



GESAMTBERICHT



Der NÖ Corona-
Evaluierungskommission

„Corona, Gräben schließen – Verantwortung übernehmen“
St. Pölten, Dezember 2025



INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	6
TEIL I. AUFTRAG DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION UND CHRONOLOGIE DER PANDEMIE	9
I. EINRICHTUNG UND AUFTRAG DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION	9
EVALUATIONSFOKUS	9
METHODISCHES VORGEHEN	9
DER FORMALE PROZESS DER AUFTRAGSKLÄRUNG	10
ZWECK UND ADRESSATEN DES EVALUATIONSBERICHTS	10
II. CHRONOLOGIE DER COVID-19-PANDEMIE	10
BEGINN DER PANDEMIE UND AUSBREITUNG IN EUROPA UND ÖSTEREICH	11
ERSTER BUNDESWEITER LOCKDOWN (16.3.2020–30.4.2020)	11
LOCKDOWN „LIGHT“, ZWEITER UND DRITTER LOCKDOWN (3.11.2020–7.2.2021)	12
REGIONALER „OST-LOCKDOWN“ (1.4.2021–3.5.2021)	12
LOCKDOWN FÜR UNGEIMPFTE (15.11.2021–31.1.2022)	12
VIERTER BUNDESWEITER LOCKDOWN (22.11.2021–11.12.2021)	12
ENDE DER PANDEMIE (1.7.2023)	13
REGIONALE AUSREISEBESCHRÄNKUNGEN IN NÖ	13
DER WILDTYP UND DIE VIRUSMUTATIONEN	13
TEIL II. ANALYSE DES NÖ COVID-HILFSFONDS FÜR CORONA-FOLGEN DURCH DIE NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION	15
I. DER NÖ COVID-HILFSFONDS ALS AUSGLEICHSSINSTRUMENT	15
II. RECHTLICHE UND INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN	15
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	15
INSTITUTIONELLER RAHMEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN	16
III. KONZEPTION DES FONDS UND OPERATIONALISIERUNG DER ZIELGRUPPEN	18
DIE ZIELVORGABEN DES NÖ LANDTAGES UND DIE UMSETZUNG IN DEN RICHTLINIEN	18
ANTRAGSLEGITIMATION	19
DOPPELFÖRDERUNGSVERBOT, SUBSIDIARITÄT UND NACHWEISERFORDERNISSE	19
FONDSLAUFZEIT UND ANTRAGSFRISTEN	20
EIGNUNG DER ZUGANGSWEGE	20
IV. OPERATIVE ABWICKLUNG	21
PROZESSORGANISATION UND ARBEITSABLÄUFE	21
VERWALTUNGSKOSTEN UND KONTROLLMECHANISMEN	22
V. OUTPUTANALYSE: WELCHE ZIELGRUPPEN WURDEN ERREICHT?	22
ANTRÄGE UND BEWILLIGUNGEN GESAMT UND NACH KATEGORIEN	22
DER NÖ COVID-HILFSFONDS IM NATIONALEN UND INTERNATIONALEN VERGLEICH	23
TEIL III. ENDBERICHT DES NÖ COVID-HILFSFONDS FÜR CORONA-FOLGEN	25
I. HINTERGRUND	25
II. EINRICHTUNG DES FONDS	25
III. RICHTLINIEN ZUM FONDS	25
AUSGLEICH FÜR STRAFGELDER UND KOSTEN FÜR ANWÄLTINNEN UND ANWÄLTE	25
AUSGLEICH FÜR ÄRZTlich BESTÄTIGTE COVID-19-IMPFBEEINTRÄCHTIGUNGEN	26
AUSGLEICH FÜR ÄRZTlich BESTÄTIGTE LONG-COVID-FOLGEN	26
AUSGLEICH FÜR ÄRZTlich/FACHLICH BESTÄTIGTE PSYCHISCHE ODER SEELISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN	26

AUSGLEICH FÜR ÄRZTLICH/FACHLICH BESTÄTIGTE THERAPIEN	26
AUSGLEICH FÜR NACHHILFE	26
AUSGLEICH VON AUFWENDUNGEN FÜR FREIZEITAKTIVITÄTEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	26
AUSGLEICH FÜR COVID-19-BEDINGTE PERSÖNLICHE ODER FAMILIÄRE NOTLAGEN	27
FÖRDERUNG VON VEREINEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	27
SONSTIGE VEREINSFÖRDERUNGEN	27
IV. ABWICKLUNG	27
V. STATISTIKEN	27
VI. ZUSAMMENFASSUNG	30
TEIL IV. STELLUNGNAHME DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION ZUM ENDBERICHT	31
I. STELLUNGNAHME ZUR UMSETZUNG	31
BEURTEILUNG DER ZIELERREICHUNG	31
II. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	32
III. GESAMTBEWERTUNG	33
TEIL V. ANALYSE DER AUSWIRKUNGEN UND FOLGEN DER PANDEMIE UND PANDEMIEMASSNAHMEN	34
I. PANDEMIEMANAGEMENT IN Ö UND NÖ	34
PANDEMIEMANAGEMENT DES BUNDES	34
DAS CORONA- UND KRISENMANAGEMENT DES LANDES NÖ	35
DATENGRUNDLAGEN	36
DIE ENTSCHEIDUNGSPROGNOSEN UND DEREN BASIS	38
ÜBERWACHUNGSSYSTEME NACH ENDE DER PANDEMIE	40
COVID-19-MASSNAHMEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	40
II. MASSNAHMEN ZUR PANDEMIEBEKÄMPFUNG	41
LOCKDOWNS	41
MASKEN	41
TESTSTRATEGIE – VOM RISIKOBASIERTEN ANSATZ ZU MASSENTESTS	42
COVID-19-IMPFUNGEN UND DIE IMPFPFLICHT	43
III. SCHULSCHLIESUNGEN UND DIE AUSWIRKUNGEN	49
DAUER DER SCHULSCHLIESUNGEN	49
LERNDEFIZITE DURCH SCHULSCHLIESUNGEN	50
IV. AUSWIRKUNGEN AUF DAS GESUNDHEITS- UND PFLEGESYSTEM	52
KLINIKEN – VERSCHOBENE SELEKTIVE EINGRiffe	52
VERSORGUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	53
DIE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG ERWACHSENER	54
ALTEN- UND PFLEGEHEIME	55
VERSORGUNG IM NIEDERGELASSENEN BEREICH	55
DIE VERSORGUNG VON LONG-COVID UND POSTVIRALER SYNDROME	56
DAS PFLEGE- UND GESUNDHEITSWESEN IN NÖ	58
V. GESUNDHEITLICHE UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, VULNERABLE UND SOZIAL BENACHTEILIGTE PERSONEN	60
SOZIALE AUSWIRKUNGEN DER PANDEMIE	60
VERLORENE LEBENSJAHRE UND ÜBERSTERBLICHKEIT ALS INDIREKTE AUSWIRKUNGEN	61
GERINGERE BEHANDLUNGS- UND VORSORGEMÖGLICHKEITEN	62
PSYCHISCHE GESUNDHEITSKRISE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	63
ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	64
ZUNAHME VON MOBBING	65

VI. GESELLSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN	65
GESELLSCHAFTLICHE SPALTUNG WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE IN Ö	65
VERTRAUEN IN DEMOKRATIE UND INSTITUTIONEN	66
LANGFRISTIGE FOLGEN UND AUSBLICK	66
VII. WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN	67
FOLGEN FÜR DEN BUNDESHAUSHALT	67
FOLGEN FÜR DEN LANDESHAUSHALT	68
FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN	68
VIII. EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNSTIGE PANDEMIEN/KRISEN	68
ZUM PANDEMIE- UND KRISENMANAGEMENT	68
GESUNDHEITSSYSTEM STÄRKEN UND WEITERENTWICKELN	71
ZU DEN SCHULSCHLIESSENGEN	72
WIRTSCHAFTLICHE/FINANZIELLE FOLGEN	72
GESELLSCHAFTLICHE VERSÖHNUNG, KOMMUNIKATION UND MEDIEN	72
DIE ZUKUNFT VORBEREITEN	73
ANHANG 1 – GLOSSAR	74
ANHANG 2 – ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	79

GESAMTBERICHT DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION IM AUFTRAG DER NÖ LANDESREGIERUNG

ERSTELLT VON:

DR. OTTO HUBER, VORTRAGENDER HOFRAT I. R., EHEMALIGER LEITER DER GRUPPE GESUNDHEIT UND SOZIALES DES AMTES DER NÖ LANDESREGIERUNG

MAG. JÖRG HAUSBERGER, DIPLO. KH-BW., AKADEMISCHER HEALTH CARE MANAGER, GF-STV. NÖGUS

ST. PÖLTEN, DEZEMBER 2025

ZUSAMMENFASSUNG

Mehr als drei Jahre lang haben die Pandemie und die Pandemie-Maßnahmen das Leben der Bevölkerung in allen Lebensbereichen massiv beeinflusst. **Gräben schließen – Verantwortung übernehmen**, im Rückblick die Stärken und Schwächen der getroffenen Maßnahmen klar aufzeigen und daraus Schlüsse und Empfehlungen für die Zukunft ableiten – das waren Auftrag und Leitlinie für den vorliegenden Bericht der NÖ Corona-Evaluierungskommission.

Die lange Dauer der Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen und Einschränkungen haben in Teilen der Bevölkerung zu starken Vertrauensverlusten auf verschiedenen Ebenen geführt. Um dieses Vertrauen zurückzugewinnen, bedarf es einer Aufarbeitung der Krise, beginnend bei einer Analyse der gesetzten Maßnahmen und der dadurch entstandenen nicht intendierten Effekte sowie einer darauf aufbauenden Identifikation von Schwächen, um daraus die richtigen Schlüsse für künftige Krisen ziehen zu können. In Hinblick auf das wiederzugewinnende Vertrauen ist es von großer Wichtigkeit, klare Signale jenen Menschen zu senden, die von den Pandemie-Maßnahmen besonders betroffen waren.

Den ersten Schritt in diese Richtung setzte das Land Niederösterreich bereits im Mai 2023 mit der Einrichtung des **NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen** als wichtiger Teil eines umfassenden Aufarbeitungsprozesses.

Der gegenständliche Bericht analysiert daher in den Teilen II bis IV die Hintergründe, die Ziele und die Zielerreichung des bis 31.8.2025 befristet eingerichteten Fonds, der von manchen kritisch gesehen wurde. Das Hauptziel des Fonds, nämlich den Ausgleich von nachteiligen Folgen für besonders Betroffene, konnte erreicht werden: 92 % der ausbezahlten Mittel in Höhe von € 4,6 Mio. sind Personen mit psychischen und seelischen Beeinträchtigungen, Long-COVID-Betroffenen und Personen, die Impfbeeinträchtigungen erlitten haben, zugutegekommen. Dass hinsichtlich der Vorbereitung, Umsetzung und Abwicklung des NÖ COVID-Hilfsfonds auch Optimierungspotenzial besteht, ist klar – hat das Land NÖ mit diesem Fonds doch Neuland betreten. Die in der Stellungnahme zum Endbericht angeführten Empfehlungen tragen diesem Umstand Rechnung. Der angestellte nationale und internationale Vergleich zeigt, dass Niederösterreich nicht nur Vorreiter war, sondern auch einen umfassenderen Aufarbeitungsansatz gewählt hat.

Die Ergebnisse der Aufarbeitung von Auswirkungen und Folgen der Pandemie und der Pandemie-Maßnahmen sind in Teil V dargestellt. Dabei war es der Kommission von großer Wichtigkeit, möglichst umfassend die einschneidendsten Maßnahmen zu beleuchten und die Ergebnisse der während und nach der Pandemie veröffentlichten Berichte und Studien möglichst umfassend darzustellen und zu analysieren. Neben Berichten öf-

fentlicher Stellen, wie Rechnungshof, Volksanwaltschaft usw., wurden auch nationale und internationale Berichte und Studien in die Betrachtung mit einbezogen, insb. wissenschaftliche Studien und Analysen wie etwa von der AGES, der GÖG, dem WIFO, der ÖAW, des IHS, der österreichischen Universitäten und FHS sowie weiterer Forschungseinrichtungen. Diese haben nachteilige Effekte in verschiedenen Bereichen aufgezeigt, welche Grundlage für die erarbeiteten Empfehlungen waren. In dieser Empfehlung finden sich zahlreiche Verbesserungsvorschläge für ein effizienteres Pandemiemanagement und eine bessere Vorsorge bei zukünftigen Pandemien.

In jeder tiefgreifenden Krise, wie in der durch die Corona-Pandemie ausgelösten Krisensituation, sind zwei Zugänge ganz besonders wichtig: rasche Hilfe und gemeinsame Krisenbewältigung.

Außergewöhnliche Situationen erfordern handlungsfähige staatliche Strukturen und resiliente Gesundheitssysteme.

Zu Beginn der Pandemie (März bis Okt. 2020) gab es in der Bevölkerung noch großes Verständnis und einen starken Zusammenhalt, was beginnend mit dem zweiten Lockdown und dem folgenden dritten Lockdown deutlich abgenommen hat.

Rückblickend betrachtet hat das abnehmende Verständnis für die langandauernden harten Einschränkungen zunehmend zu einer **Abnahme des gesellschaftlichen Zusammenhalts** geführt, die durchaus als **Spaltung der Gesellschaft** bezeichnet werden kann. Diese Spaltung hat sich auf mehrere Ebenen bzw. Bereiche ausgewirkt. Besonders bemerkbar war sie in der Diskussion rund um die Impfung und die Einführung der gesetzlichen **Impfpflicht**. Für die einen war die Impfung das erhoffte rasche Ende der Pandemie, für die anderen das (gefühlte) Ende der Freiheit. Auch hier war es am Anfang so, dass es große Solidarität für eine Impfung gegeben hat und die rasche Reaktion der wissenschaftlichen Gemeinschaft sowohl national als auch international in sehr kurzer Zeit die Entwicklung eines Impfstoffs, der bereits ab Nov. 2020 zur Verfügung stand, möglich gemacht hat.

Die im Bericht (Teil V.) angeführten Punkte betreffend Kommunikation zur Wirksamkeit des Impfstoffs waren ausschlaggebend für die Änderung der Stimmungslage. Die Impfung diente der Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe und war kein vorzeitiger Weg zurück zur Normalität, da der erhoffte Schutz vor Infektionen nicht gegeben war. Bereits im März 2021 zeigten zahlreiche internationale Studien und Daten aus den USA, Israel und Großbritannien, dass die Impfung die Zahl schwerer Verläufe verringern kann und folglich die Zahl der Hospitalisierungen. Der proklamierte Schutz vor Infektionen und damit einhergehend die Senkung der Infektionszahlen war nicht gegeben.

Die Beschlussfassung des Impfpflichtgesetzes mit Wirksamkeit ab 5.2.2022 muss vor dem Hintergrund der damals und aktuell vorliegenden Studien rückblickend kritisch beurteilt werden. Dieser Beschluss hat zu steigender Impfskepsis geführt, an der die nachträgliche Aufhebung der Impfpflicht, die de facto nie in Kraft getreten ist, nichts mehr geändert hat. Trotzdem haben sich viele Menschen impfen lassen. 71,5 % der Bevölkerung waren zum Stichtag 1.7.2023 zumindest zweimal geimpft, in Niederösterreich lag die Impfquote bei 74,9 %.

Aber auch **Wissenschaft und Expertinnen- und Expertenebene** waren sich uneinig. Diese Uneinigkeit hatte Auswirkungen auf die Einschätzung auf politischer Ebene. Die eine Seite, nämlich die Virologinnen und Virologen, Epidemiologinnen und Epidemiologen sowie Komplexitätsforscherinnen und -forscher, räumte dem Schutz der Gesundheit und des Gesundheitssystems oberste Priorität ein, während die andere Seite auf die nicht intendierten Folgen der Einschränkungen im sozialen, psychischen und gesundheitlichen Bereich hinwiesen und für eine umfassendere Betrachtung eintraten. Die Infektiosität wurde zu Beginn der Pandemie stark unterschätzt, ebenso wie die Mutationsdynamik des Virus, die Gefährlichkeit des Virus nahm im Laufe der Pandemie stark ab, was teilweise nicht berücksichtigt wurde.

Dies führte teilweise zu verspäteten Anpassungen der Maßnahmen.

In der Frage der Wirksamkeit der **Masken** konnten unterschiedliche Expertisen eruiert werden. Die Befürworterinnen und Befürworter wie ausgewiesene Hygieneexpertinnen und Hygieneexperten (z. B. Univ. Prof. Dr. Assadian) befürworteten das konsequente Tragen von Masken in Kombination mit Distanzregeln, da dies das Infektionsrisiko aus ihrer Sicht deutlich verringern konnte. Die Maskenpflicht als gelindestes Mittel in Hinblick auf die Einschränkung der persönlichen Freiheit hatte für manche einen deutlichen Rückgang anderer aerogen übertragbarer Erkrankungen zur Folge. Andere, wie z. B. Prof. Allesberger (AGES), sahen diese als Einschränkung der persönlichen Freiheit an und wiesen auf Gefahrenerhöhungen durch Schmierinfektionen hin. Diese unterschiedliche Wirksamkeits- und Gefährlichkeitsbeurteilung findet sich auch in zahlreichen Studien wieder.

Eine Stimme oder eine Expertin oder ein Experte, die oder der klar und verständlich die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Maßnahmen sowie die Grundlagen, auf denen diese Entscheidungen beruhten, kommunizierte, fehlte in Österreich. Beispiele aus anderen Staaten wie Anders Tegnell in Schweden, Anthony Fauci in den USA oder Christian Drosten in Deutschland zeigten, dass die Kommunikation dort besser und einheitlicher verlief.

Die zunächst risikoorientierte Teststrategie des Gesundheitsministeriums, also Testungen gezielt nur bei Angehörigen vulnerabler Gruppen und Menschen, die Symptome zeigten oder Kontakt zu einer Infizierten oder einem Infizierten hatten, wurde Ende 2020/Anfang 2021 von der politischen Ebene verlassen. Ein umfassendes Testangebot für alle war ebenso die Folge,

wie sogenannte Massentests, zu denen es unterschiedliche Expertinnen- und Expertenmeinungen gab, sowie vielfältige Testangebote in den Ländern, im niedergelassenen Bereich, in Betrieben, Apotheken und Schulen. Aus fachlicher Sicht wäre – rückblickend gesehen – die Beibehaltung des risikoorientierten Ansatzes zielführender gewesen. Unter Zugrundelegung von Kosten-Nutzen-Aspekten (€ 5,1 Mrd. wurden dafür ausgegeben) sind die Massentestungen auch unter diesem Gesichtspunkt kritisch zu beurteilen. Die bestehenden Parallelstrukturen sowie Mehrfachtestungen erschweren die bundesweite Steuerung, wodurch die Tests an Aussagekraft verloren und das Pandemiemanagement teilweise erschweren. Die bereits Ende 2021 abgegebene Empfehlung der GECKO, zum risikoorientierten Ansatz zurückzukehren, wurde erst im April 2022 umgesetzt.

Die **Schulschließungen**, die in Österreich im internationalen Vergleich sehr lange verfügt wurden und zu denen es von Virologinnen und Virologen, Psychologinnen und Psychologen sowie Bildungsexpertinnen und Bildungsexperten in den Beratungsgremien unterschiedliche Empfehlungen gab, hatten negative Folgen für die Schülerinnen und Schüler, insbesondere wegen der Lernrückstände bzw. Bildungsverluste und den psychosozialen Auswirkungen, die zwischenzeitlich durch zahlreiche Studien belegt sind. Diese hätten stärker berücksichtigt werden müssen.

Im Laufe der Pandemie konnte ein systematischer Rückgang des **Vertrauens** der Bevölkerung zu den Traditionsmédien festgestellt werden und damit einhergehend ein kontinuierlicher Verlust des Vertrauens in die Politik. So vermieden ca. 40 % der Bevölkerung ab Jänner 2022 bewusst die Corona-Nachrichten und Berichterstattungen dieser Medien und wechselten zunehmend zu alternativen Informationsquellen und coronakritischeren und sozialen Medien.

Die ÖAW hielt dies in ihrer Studie „Nach Corona. Reflexionen für zukünftige Krisen.“ aus 2023 fest. Durch die enge Koppelung von Politik, Medien und Teilen der Wissenschaft entstand der Eindruck mangelnder Unabhängigkeit und Objektivität. Diese enge Verflechtung führte zu einer steigenden Institutionenskepsis und einer wachsenden Unzufriedenheit mit der Corona Politik.

Bei zukünftigen Krisen ist vor allem auf eine offene und sachliche Krisenkommunikation auf Basis einer fundierteren Wissens- und Datenlage zu achten. Dies hilft, Vertrauen zu erhalten und zu stärken.

Nach der ÖAW-Studie entwickelte sich die Einstellung zur **Wissenschaft** so, dass 27 % der Bevölkerung wissenschaftsaffin waren, 58 % distanzierten sich und 14 % waren stark wissenschaftskeptisch (Ende 2023). Die letzte Gruppe ist zwar auf den ersten Blick klein, spielt aber im öffentlichen Diskurs eine große Rolle. Die Skepsis bei den 58 % Distanzierten erfordert Maßnahmen, um das verlorene Vertrauen zurückzugewinnen, andernfalls wird die Skepsis weiter steigen. Unabhängigkeit,

Objektivität und Sachlichkeit sollten wieder Einzug halten, ebenso wie der korrekte, objektive und sachliche Umgang im wissenschaftlichen Diskurs. Die Unabhängigkeit der Wissenschaft und das Verständnis für den wissenschaftlichen Prozess müssen sichergestellt werden, ebenso die politische Bildung.

Umfassend analysierten wir im Rahmen der Evaluation die Auswirkungen und Folgen der Pandemie bzw. pandemiebedingten Maßnahmen. Nicht intendierte Effekte stellten wir in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, soziale Ungleichheiten und andere fest. Dort, wo dies aufgrund der Analysen möglich war, haben wir Empfehlungen ausgearbeitet, um diese Folgen zu beseitigen oder zu lindern.

Im Zuge dessen haben wir den NÖ Gesundheitsplan 2040+ analysiert und auf Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungslandschaft zurückgegriffen.

Auf Bundesebene gab es drei Versuche einer umfassenden Aufarbeitung, nämlich durch den Rechnungshof (mit den 18 Prüfberichten und den erstellten Handlungsempfehlungen Rechnungshof.Mehr.Wert), die Österreichische Akademie der Wissenschaften und den Bericht des Verteidigungsministeriums.

Im nationalen Vergleich zeigt sich, dass das Land NÖ als bislang einziges Bundesland den Versuch unternommen hat, Gräben und Risse in der Gesellschaft durch eine Aufarbeitung der Pandemie 2020 bis 2023 zu schließen und aufzuzeigen, wo Nachteile eingetreten sind und wo Verbesserungen erforderlich sind, um diese zu beseitigen und um besser auf künftige Krisen vorbereitet zu sein.

TEIL I. AUFTRAG DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION UND CHRONOLOGIE DER PANDEMIE

I. EINRICHTUNG UND AUFTRAG DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION

Der NÖ Landtag hat mit Beschluss vom 25.5.2023 die Errichtung und Einrichtung des „NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen“ in der Höhe von maximal € 31,3 Mio. auf die Dauer von zwei Jahren genehmigt. In Entsprechung dieses Landtagsbeschlusses hat die NÖ LReg Richtlinien für die Abwicklung der Fondsmittel ausgearbeitet, nach denen die Tätigkeit des NÖ COVID-Hilfsfonds mit 31.8.2025 endete. Der NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen fußt auf dem Arbeitsübereinkommen der ÖVP NÖ und der FPÖ NÖ 2023–2028 „Niederösterreich weiterbringen“.

Dieses Arbeitsübereinkommen sieht zum Thema „Corona, Gräben schließen – Verantwortung übernehmen“ die Errichtung einer Evaluierungskommission vor, die sich mit den Maßnahmen, Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie, wie z. B. Schulschließungen und Ausgangsbeschränkungen, auseinandersetzen soll. Die Ergebnisse dieser Kommission sollen für das Land Orientierung im Fall einer allfälligen neuerlichen auftretenden Pandemie sein.

Auf dieser Basis hat die NÖ LReg in der Sitzung am 9.9.2025¹ die Einrichtung einer NÖ Corona-Evaluierungskommission beschlossen. Das Mandat ist zweigeteilt und umfasst (1) die Beurteilung des „NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen“ und (2) die umfassende Aufarbeitung der Maßnahmen, Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie (Evaluationsgegenstand). Der Abschlussbericht soll bis Ende 2025 vorgelegt werden. Die Kommission besteht aus zwei Mitgliedern und verfügt über eine eigene Geschäftsordnung sowie eine Geschäftsstelle², die in der Abteilung Landesamtsdirektion (LAD1) eingerichtet wurde. Diese fungiert als Vertreterin der Auftraggeberin, Schnittstelle zu den einzelnen Abteilungen und zentrale Stelle Aufbereitung der zur Verfügung gestellten Daten und Unterlagen.³

Evaluationsfokus

Der Fokus der Evaluation liegt hinsichtlich des NÖ COVID-Hilfsfonds (Teil 1 des Auftrages) auf der Programmevaluation, d. h. die Evaluation folgt einem Eignungsansatz.⁴ Die Analyse der Eignung untersucht, ob der NÖ COVID-Hilfsfonds geeignet war, die betroffenen Zielgruppen zu erreichen und ihnen die Möglichkeit zum Ausgleich einzuräumen, ob die Rahmenbedingungen eine adäquate Grundlage für die Programmumsetzung bildeten, ob die Richtlinien geeignet waren, die vom NÖ Landtag intendierten Zielgruppen zu operationalisieren und anzusprechen und ob die gewählten Umsetzungsschritte geeignet waren, die Ziele des NÖ Landtages umzusetzen und die Zielgruppen zu erreichen. Weiters wird die Eignung der operativen Abwicklung, diese Ziele zu erreichen, untersucht, einschließlich der tatsächlichen Zielerreichung aufgrund der Output-Daten. Der Fokus der Evaluation liegt hinsichtlich der Maßnahmen, Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie (Teil 2 des Auftrages) auf der systematischen Analyse der diesbezüglich vorliegenden Studien und Berichte öffentlicher Stellen.

Methodisches Vorgehen

Als grundlegende Datenquellen im Rahmen der „Fondsevaluation“ dienten der Landtagsbeschluss vom 25.5.2023⁵ und der dem Beschluss zugrundeliegende Antrag vom 16.5.2023⁶, die von der NÖ LReg am 27.6.2023 beschlossene Richtlinie zum NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen⁷, die rechtliche Stellungnahme vom 27.3.2023⁸, die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse 2023 bis 2025⁹ sowie Unterlagen zur Programmumsetzung. Aus der Antragsdatenbank wurden administrative Daten zu Antragszahlen, Bewilligungen, Ablehnungen, Auszahlungen und Bearbeitungszeiten ausgewertet.

Grundlage der „Maßnahmenevaluation“ sind Studien, Berichte, Ergebnisse öffentlicher Stellen usw. Auf eigene Primärerhebungen muss aus Zeitgründen verzichtet werden, stattdessen werden die bestverfügbarsten österreichischen und einschlägigen internationalen Studien, Berichte und amtlichen Dokumente

¹ Beschluss der NÖ LReg in der Sitzung am 9.9.2025

² Geschäftsordnung der NÖ Corona-Evaluierungskommission (GO)

³ § 2 GO

⁴ Diese Unterscheidung ist methodisch und normativ bedeutsam. Methodisch wäre eine fundierte Wirkungsevaluation auf Längsschnittdaten, Kontrollgruppenvergleiche und umfassende Befragungen von Begünstigten und Nicht-Begünstigten angewiesen. Sie müsste erfassen, ob sich beispielsweise die psychische Gesundheit von Personen, die Ausgleich für Behandlungs- oder Therapiekosten erhielten, tatsächlich verbesserte, ob Lernrückstände durch Ausgleich für Nachhilfeaufwand aufgeholt wurden oder ob das gesellschaftliche Vertrauen in staatliche Institutionen stieg. Solche Analysen erfordern erhebliche zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie eine Follow-up-Erhebung mehrere Jahre nach Programmende. Eine umfassende Wirkungsevaluation, die langfristige gesellschaftliche Effekte wie die Überwindung der gesellschaftlichen Spaltung, beurteilen könnte, war aufgrund zeitlicher Restriktionen nicht möglich. Solche Wirkungen können erst Jahre nach Programmende valide erfasst werden und erfordern umfassende Befragungen, Längsschnittstudien und gesamtgesellschaftliche Indikatoren, die im Rahmen dieser Evaluation nicht erhoben werden konnten.

⁵ NÖ Landtag, Zl. Ltg-54/A-2/1-2023

⁶ Antrag gemäß § 32 LGO 2001 betreffend COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen, Zl. Ltg-54/A-2/1-2023

⁷ NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen – Allgemeine Richtlinien, https://www.noe.gv.at/noe/Coronavirus/NOe_COVID-Hilfsfonds_fuer_Corona-Folgen_Richtlinien.pdf

⁸ Univ.-Prof. Dr. Peter Bussjaeger, Rechtliche Stellungnahme zur Frage der Entschädigung für rechtskräftig verhängte Verwaltungsstrafen wegen Übertretung von Corona-VO, die vom VfGH aufgehoben wurden, 27.3.2023, https://www.noe.gv.at/noe/Kontakt-Landesverwaltung/Rechtliche_Stellungnahme_-_Univ.-Prof._Dr._Peter_Bussjaeger.pdf

⁹ Abrufbar auf der Homepage des Landes NÖ, <https://www.noe.gv.at/noe/Budget/Budget.html>

öffentlicher Stellen herangezogen. Dies mit besonderem Fokus auf NÖ und bundesweit zuständige Institutionen wie GÖG, AGES, Ministerien, Volksanwaltschaft, Rechnungshof, Nationalrat und andere sowie Hochschulen und Fachhochschulen in NÖ und Ö, um eine methodisch belastbare Evidenzbasis zu gewinnen und konsistent auszuwerten.

Der formale Prozess der Auftragsklärung

Die präzise Definition des Evaluationsgegenstandes erfolgte in einem formalen Prozess. Der vorgelegte Anfangsbericht stellte sicher, dass die Evaluatoren den Evaluationsgegenstand inhaltlich richtig und vollständig verstanden haben, dies mit den Vorstellungen der Auftraggeberin übereinstimmt und offene Punkte geklärt werden. Etwaige Einschränkungen und Schwierigkeiten wie Zugangsprobleme oder Dokumentenmangel, die die Beurteilung bestimmter Evaluationsfragen verhindern könnten, werden im Bericht offengelegt.

Die Sitzungen der Kommission, einberufen durch die Geschäftsstelle, dienten der Abstimmung von Erwartungen und Grenzen der Evaluation sowie der erforderlichen Unterstützung seitens der Geschäftsstelle. Die Geschäftsordnung der Evaluierungskommission bildet den formellen Rahmen. Beschlüsse der Kommission werden in Sitzungen gefasst, für einen gültigen Beschluss ist Einvernehmen zwischen den beiden Kommissionsmitgliedern erforderlich. Sitzungen der NÖ Corona-Evaluierungskommission fanden am 9.9.2025, 23.9.2025, 4.11.2025 und 18.11.2025 statt. In der 1. Sitzung wurde folgende Vorgangsweise beschlossen: Im ersten Schritt soll eine Grobanalyse aller Studien, Prüfungsberichte, Forschungsprojekte und Expertisen von 2020 bis 2025, die mit dem Auftragsgegenstand im Zusammenhang stehen, erfolgen. Dabei sollen die konkreten Empfehlungen für künftige Pandemien im Fokus stehen. Im zweiten Schritt erfolgt die Festlegung der Evaluierungsschwerpunkte, verbunden mit einer groben Gliederung des Berichts in Ausgangslage und Auftrag, einem Rückblick auf die Pandemie (von 11.3.2020 bis 30.6.2023) und den wesentlichen Maßnahmen sowie deren Folgen und Auswirkungen auf das Gesundheits- und Bildungswesen und den psychosozialen Auswirkungen auf alle Bevölkerungsgruppen, insb. auf Kinder und Jugendliche sowie vulnerable Personen. Im dritten Schritt erfolgt die Ableitung von Empfehlungen für ein künftiges Pandemiemanagement samt Empfehlungen für einen entsprechenden Schutz vulnerable Gruppen. Sofern dies aus den Ergebnissen ableitbar ist, sollen Maßnahmen zur Beseitigung negativer Effekte vorgeschlagen werden. Im vierten Schritt erfolgt eine Stärken- und Schwächen-Analyse.

Einvernehmen besteht darüber, dass angesichts der zahlreichen vorhandenen Berichte und Studien und des engen Zeitplans keine wissenschaftliche Arbeit beabsichtigt ist, sondern der Kommissionsbericht auf bestehenden Ergebnissen aufbaut. Durch Verweis

auf die herangezogenen Berichte und Studien sollen die Quellen offenlegt werden. Die Kommission soll möglichst Daten, Berichte und Studien mit Bezug zu NÖ und Ö, aber auch international relevante Studien heranziehen. Die Aufbereitung der Unterlagen und Daten erfolgt durch die Geschäftsstelle (zentrale Stelle).

Zweck und Adressaten des Evaluationsberichts

Die „Fondsevaluation“ verfolgt den Zweck der Erfüllung der Berichtspflicht gegenüber der NÖ LReg und dem NÖ Landtag, die „Maßnahmenevaluation“ bezweckt die systematische Aufarbeitung der Maßnahmen, Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie und darauf aufbauend die Ableitung von Empfehlungen für ein künftiges Pandemiemanagement. Der Evaluationsbericht ist der NÖ LReg als Auftraggeberin vorzulegen, die diesen dem NÖ Landtag weiterleitet. Der Bericht ist anschließend öffentlich zugänglich.

II. CHRONOLOGIE der COVID-19-PANDEMIE

Corona steht nicht nur für eine neuartige Viruserkrankung, sondern auch für eine krisenhafte Situation, die NÖ, Ö und die internationale Staatengemeinschaft unerwartet getroffen hat. Diese stellte alle Staaten vor eine große Herausforderung. Niemand konnte sich vorstellen, dass wir unsere Wohnung nur in Ausnahmefällen verlassen dürfen, die Kinder zuhause unterrichtet werden müssen und das öffentliche Leben stillsteht.

Krisen und der Umgang damit können pluralistische Gesellschaften zu Gefahrengemeinschaften zusammenschließen. Krisen können aber auch dazu führen, dass eine tragfähige Vertrauens- und Verständigungsgrundlage erodiert. Beim Verlauf der Pandemie ist von Bedeutung, in welcher Phase der Pandemie Maßnahmen ergriffen wurden und was ihr Ziel war. Während es in der Anfangsphase um die Eindämmung (Containment) des Virus ging, verschob sich im Laufe der Pandemie der Fokus auf die Abmilderung (Mitigation) der Folgen, die Vermeidung der Überlastung des Gesundheitssystems und den Schutz (Protection) vulnerable Gruppen. In der jetzigen Phase (Endemie) steht der Schutz der vulnerablen Gruppen im Mittelpunkt.

Die Ansätze der Pandemiebekämpfung können grob in zwei Wege eingeteilt werden. Viele europäische Staaten und Ö haben auf staatlich angeordnete Beschränkungen gesetzt (Verbote), die zu Grundrechtsbeschränkungen nie dagewesenen Ausmaßes führten, manche Staaten überwiegend auf Freiwilligkeit (Vernunft der Bürgerinnen und Bürger). Das Verteidigungsministerium hat dies in einem umfassenden Bericht¹⁰ in vier Hauptansätze unterteilt. Ö und die meisten europäischen Staaten setzten auf Nicht-Pharmazeutische-Interventionen (NPIs)¹¹ verschiedenster Intensität, also Maßnahmen zur aktiven Bekämpfung der Pandemie wie z. B. Ausgangssperren, Kontaktsperrn, Maskenpflicht, Social Distancing, Lockdown/

¹⁰ BM für Landesverteidigung, Gunther Hauser, Die Coronakrise 2020–2023 – Strategien zu deren Eindämmung und Lehren aus der Pandemie, Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie, Wien, 11/2023 (15/2023), https://www.bmlv.gv.at/pdf_pool/publikationen/15_s_iss_die_coronakrise_web.pdf

¹¹ engl. Non-Pharmaceutical-Interventions

Shutdown, Grenzschließungen, Reiseverbote usw., um eine Verbreitung des Virus einzudämmen.

Beginn der Pandemie und Ausbreitung in Europa und Ö

Die COVID-19-Pandemie nahm ihren dokumentierten Ausgang am 1.12.2019 mit dem ersten bestätigten Fall in der chinesischen Provinz Hubei, wobei wissenschaftliche Analysen nahelegen, dass sich das neuartige Virus¹² bereits im Nov. 2019 in China verbreitete. Die 11-Mio. Einwohnerinnen- und Einwohner-Stadt Wuhan war vom ersten großen Ausbruch betroffen, woraufhin die chinesische Zentralregierung ab 23.1.2020 einen strikten Lockdown verhängte.

Das Virus gelangte nach heutigem Wissensstand bereits früh nach Europa.¹³ Die WHO reagierte mit der Aufforderung, ähnliche Krankheitsfälle von Ende 2019 nachträglich auf SARS-CoV-2¹⁴ zu untersuchen.¹⁵ Öffentlich bekannt wurden die ersten Fälle in Europa Ende Jänner 2020 (Frankreich, gefolgt von Deutschland sowie Italien). Am 11.3.2020 stufte die WHO COVID-19 offiziell als globale Pandemie ein.¹⁶ Das Coronavirus wurde in Ö am 25.2.2020 bei zwei 24-jährigen Personen aus Italien diagnostiziert.¹⁷ Gesundheitsminister Anschobers und Innenminister Nehammer informierten am 27.2.2020 den Nationalrat¹⁸ über die Entwicklung sowie über bundesweit einheitliche Vorgaben im Umgang mit dem Virus. Der Gesundheitsminister hat das neue Coronavirus SARS-CoV-2 am 26.1.2020 der Anzeigepflicht nach dem EpiG unterworfen.¹⁹ Eine zentrale Rolle in der frühen europäischen Ausbreitung spielte Ischgl (zu Details siehe die in der Fußnote angegebenen Quellen).²⁰ Bereits am 6.3.2020 wurde eine VO angekündigt, die Gesundheitschecks an der Grenze zu Italien einführte.²¹

¹² Auch als „Wildtyp“ oder „Wuhan-Virus“ bezeichnet

¹³ A. Deslandes, V. Berti, Y. Tandjaoui-Lambotte, Chakib Alloui, E. Carbonnelle, JR. Zahar, S. Brichler, Yves Cohen, SARS-CoV-2 was already spreading in France in late December (2019), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7196402/#abs0001>; J.M. Brauner, S. Mindermann, M. Sharma, D. Johnston, J. Salvatier, T. Gavenciak, A. Stephenson, G. Leech, G. Altman et al., Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19, <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd9338>

¹⁴ Lt. WHO wird die Erkrankung als COVID-19 (coronavirus disease) bezeichnet, das Virus erhielt die Bezeichnung SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Seitens der WHO erfolgte dies am 11.2.2020; vgl. WHO, Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it, [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it); Das Virus wurde von der WHO und anderen Organisationen zunächst unter der provisorischen Bezeichnung „2019-nCoV“ für „novel Coronavirus“ geführt. Weitere Virusbezeichnungen waren „Wuhan-Coronavirus“, „WH-Human-1 coronavirus“ (WHCV) und „Wuhan seafood market pneumonia virus“. Ein Namensvorschlag in Anlehnung an MERS-CoV war „Wuhan respiratory syndrome coronavirus“. Die WHO folgte dem Vorschlag des International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV).

¹⁵ Siehe Homepage der WHO, z. B. COVID-19, China, 12.1.2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2020-DON233>

¹⁶ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 11.3.2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-----11-march-2020>

¹⁷ Markus Pollak, Nikolaus Kowarz, Julia Parthemüller, Chronologie zur Corona-Krise in Ö – Teil 1: Vorgeschichte, der Weg in den Lockdown, die akute Phase und wirtschaftliche Folgen, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog51/>

¹⁸ Parlamentskorrespondenz Nr. 161 vom 27.02.2020, Coronavirus: Anschobers und Nehammer setzen auf Zusammenarbeit und Information, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2020/pk0161#XXVII_NRSITZ_00012

¹⁹ VO des BMSGPK betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020, BGBl II 15/2020

²⁰ In Ö hatten sich am 9.4.2020 rund 57 % aller Infizierten zuvor in Ischgl aufgehalten, in Norwegen fast die Hälfte aller Infizierten und in Dänemark etwas mehr als die Hälfte. Eine Datenauswertung des Bayerischen Rundfunks identifizierte 341 Fälle aus 101 deutschen Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen sich Reisende mutmaßlich in Ischgl angesteckt hatten. Al-Serori, L. (2020): „Ischgl und das Coronavirus. Chronologie des Versagens“ (20.3.2020), <https://www.sueddeutsche.de/politik/corona-ischgl-tirol-chronologie-1.4848484>

²¹ DI B. Hersche, Univ.-Prof. Dr. W. V. Kern, Doz. Dr. N. Stüber-Berries, Dr. R. Rohrer (Vorsitzender), Univ.-Prof. Dr. A. Trkola, em.o.Univ.-Prof. Dr. K. Weber, Bericht der unabhängigen Expertenkommission Management COVID-19-Pandemie (10/2020), https://www.tirol.gv.at/fileadmin/presse/downloads/Presse/Bericht_der_Unabhaengigen_Expertenkommission.pdf

²² COVID-19-MG; VO des BMSGPK betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl II 2020/96, und VO des BMSGPK gem. § 2 Z 1 des COVID-19-MaßnahmenG, BGBl II 2020/98.

²³ COVID-19-Maßnahmengesetz (COVID-19-MG), BGBl. I Nr. 12/2020, Vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. II Nr. 96/2020

²⁴ VfGH, V411/2020 (V411/2020-17), 14.7.2020: Die Wortfolge „wenn der Kundenbereich im Inneren maximal 400 m² beträgt“ sowie der vierte Satz – „Veränderungen der Größe des Kundenbereichs, die nach dem 7.4.2020 vorgenommen wurden, haben bei der Ermittlung der Größe des Kundenbereichs außer Betracht zu bleiben.“ – in § 2 Abs 4 der VO des BMSGPK betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl II 96/2020, idF BGBl II 151/2020 waren gesetzwidrig.

²⁵ VfGH V363/2020 (V363/2020-25), 14.7.2020: § 1 der VO des BMSGPK gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-G, BGBl II 98/2020, § 2 der VO des BMSGPK gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-G, BGBl II 98/2020, idF BGBl II 108/2020 sowie §§ 4 und 6 der VO des BMSGPK gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-G, BGBl II 98/2020; idF BGBl II 107/2020 waren gesetzwidrig.

²⁶ COVID-19-LV, BGBl II 2020/197

²⁷ Die Corona-Ampel ist „ein Werkzeug zur Einschätzung der epidemischen Lagen auf Basis von Schlüsselfaktoren“. Bis zum 26.9.2020 war es ein Werkzeug ohne Rechtsgrundlage. Dann ist das Bundesgesetz, mit dem das EpiG und das COVID-19-G geändert wurde (BGBl I 104/2020), in Kraft getreten und war eine gesetzliche Grundlage für die Corona-Ampel geschaffen.

Erster bundesweiter Lockdown (16.3.2020–30.4.2020)

Ab dem 16.3.2020 galt in Ö ein „harter“ Lockdown mit umfassenden Beschränkungen.²² Das Verlassen des privaten Wohnbereichs war nur aus besonderen Gründen zulässig, wie etwa zum Aufsuchen der Arbeitsstätte, zur Befriedigung der Bedürfnisse des täglichen Lebens, zum Zweck der Hilfeleistung oder zur kurzzeitigen Erholung. Veranstaltungen wurden untersagt, die Gastronomie geschlossen und alle nicht lebensnotwendigen Geschäfte gesperrt.²³ Pflegeheime und Krankenhäuser setzten ein generelles Besuchsverbot um. Die Schließung der Universitäten begann am 16.3.2020, Schulen blieben ab 18.3.2020 geschlossen, mit Ausnahme notwendiger Betreuung. Fernunterricht (Distance Learning) ersetzte den Präsenzunterricht, erste Teilöffnungen für Abschlussklassen folgten Anfang Mai. Der VfGH hob in der Folge mehrere Verordnungsbestimmungen auf.^{24, 25}

Ab 14.4.2020 durften kleine Geschäfte (bis 400 m²) sowie Bau- und Gartenmärkte öffnen, am 1.5.2020²⁶ folgte der restliche Handel und Dienstleistungsbetriebe, am 15.5.2020 die Gastronomie mit strengen Auflagen und Ende Mai weitere Freizeitbereiche. Die Maskenpflicht, zunächst in Handel und öffentlichen Verkehrsmitteln eingeführt, wurde am 15.6.2020 großteils aufgehoben und im Juli selektiv wieder eingeführt. Ö führte im Juli wegen lokaler Cluster regional eine Maskenpflicht ein. Am 23.7.2020 kehrte die Maskenpflicht in ausgewählten Innenräumen zurück. Mit 4.9.2020 ging die Corona-Ampel²⁷ als neues Steuerungsinstrument mit regionalen Risikostufen in Betrieb.

Lockdown „light“, zweiter und dritter Lockdown (3.11.2020–7.2.2021)

Ab 3.11.2020 galt ein sogenannter Lockdown „light“²⁸ (3.11.–16.11.2020) mit nächtlichen Ausgangsbeschränkungen, Schließungen im Freizeit-, Kultur- und Gastronomiebereich, Kontaktbeschränkungen und strengerer Veranstaltungsregeln, während der Handel (außer Freizeitbereiche) offenblieb. Der Schulbetrieb blieb im Wesentlichen aufrecht. Die Maßnahmen zielten auf Kontaktreduktion ohne vollständige Stilllegung des öffentlichen Lebens ab.

Ab 17.11.2020 wurden im Rahmen eines zweiten „harten“ Lockdowns²⁹ (17.11.–6.12.2020) ganztägige Ausgangsbeschränkungen eingeführt, der Einzelhandel geschlossen, ebenso Betriebe, die körpernahe Dienstleistungen anboten. Neuerlich wurden umfassende Kontaktbeschränkungen verordnet. Ausnahmen galten für die Befriedigung der Erfordernisse des täglichen Lebens, die notwendige Gesundheitsversorgung und berufliche Zwecke. Weitere VO traten mit 7.12.2020 in Kraft (mit nächtlichen Ausgangsbeschränkungen).³⁰

Nach kurzen Weihnachtslockerungen trat ab 26.12.2020 der dritte „harte“ Lockdown³¹ (26.12.2020–7.2.2021) in Kraft, der erneut ganztägige Ausgangsbeschränkungen, Handelschließungen (außer Grundversorgung), flächendeckende Kontaktbeschränkungen und weitgehende Einschränkungen für den Freizeit- und Kulturbereich sowie die Gastronomie vorsah. Schulen kehrten Anfang Jänner in den Distance-Learning-Betrieb zurück. In öffentlichen Verkehrsmitteln und im Handel galt ab 25.1.2021³² eine FFP2-Maskenpflicht, flankiert von Test- und Zutrittsregeln („Eintrittstests“) bei ersten Öffnungsschritten ab 8.2.2021.³³ Bundesweit folgte am 19.5.2021³⁴ eine Öffnung weiter Bereiche (Gastronomie, Tourismus, Kultur, Sport), sofern die 3G-Regel (geimpft, genesen, getestet) eingehalten wurde.

Regionaler „Ost-Lockdown“ (1.4.2021–3.5.2021)

In Wien, NÖ und dem Burgenland wurde ab 1.4.2021 ein regionaler „harter“ Lockdown³⁵ mit ganztägigen Ausgangsbeschrän-

kungen, Schließung von Handel (außer Grundversorgung), Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie Schulen angeordnet. Das Burgenland beendete diesen am 19.4.2021, Wien und NÖ am 3.5.2021.

Lockdown für Ungeimpfte (15.11.2021–31.1.2022)

Ab 15.11.2021 trat ein „Lockdown für Ungeimpfte“³⁶ in Kraft. Ungeimpfte und nicht Genesene durften ihre Wohnung nur zu bestimmten Zwecken verlassen (Lebensmitteleinkäufe, Arbeit, Ausbildung, körperliche Erholung). Einzelne Bundesländer (Wien, Salzburg, OÖ) verhängten zusätzlich schärfere Maßnahmen. Nachdem Berichte zur Überlastung der Kliniken und zur Vorbereitung auf Triage zunahmen, kündigte OÖ am 19.11. einen generellen Lockdown an.

Der Lockdown für Ungeimpfte dauerte von 15.11.2021 bis 31.1.2022. Der VfGH hielt den ersten und zweiten Lockdown für Ungeimpfte für verfassungskonform.³⁷

Vierter bundesweiter Lockdown (22.11.2021–11.12.2021)

Ab 22.11.2021 galt der vierte „harte“ Lockdown für Geimpfte und Ungeimpfte,³⁸ begründet mit den Kapazitäten auf den Intensivstationen. Handel, Gastronomie und Freizeitbereiche wurden geschlossen und ganztägige Ausgangsbeschränkungen verhängt.³⁹ Schulen blieben offen, ein Fernbleiben war entschuldigt (ca. 75 % der Schülerinnen und Schüler kamen in die Schule). Der Lockdown endete für Geimpfte am 11.12.2021⁴⁰ und für Ungeimpfte erst am 31.1.2022. Das COVID-19-Impfpflichtgesetz wurde am 20.1.2022 beschlossen und trat am 5.2.2022 in Kraft (dazu später). Mit der Omikron-Variante (B.1.1.529) verschärfte sich die epidemiologische Lage erneut. Ab 11.1.2022 galten wieder Maßnahmen für alle,^{41,42} wie FFP2-Maskenpflicht im Freien bei Unterschreitung des 2-m-Abstands, verkürzte Quarantäneregeln (Freitesten nach fünf statt 10 Tagen, keine Quarantänepflicht für dreimal Immunisierte) und Kontrollen im Handel. Die Omikron-Welle erreichte im Feb. 2022 ihren Höchststand. Mit 12.2.2022 fiel die 2G-Regel im Handel, in Museen und bei Dienstleistern, weitere Lockerungen folgten im März 2022.

²⁸ COVID-19-SchuMaV, BGBl II 463/2020

²⁹ COVID-19-NotMV; BGBl II 479/2020

³⁰ 2. COVID-19-SchuMaV, BGBl II 2020/544; 3. COVID-19-SchuMaV, BGBl II 2020/566

³¹ 2. COVID-19-NotMV, BGBl II 2020/598

³² 3. COVID-19-NotMV, BGBl II 2021/27

³³ 4. COVID-19-SchuMaV, BGBl II 2021/58

³⁴ COVID-19-ÖV, BGBl II 2021/214

³⁵ Parlamentskorrespondenz Nr. 458 vom 16.4.2021, Harter Lockdown in Wien und NÖ wird vorerst bis zum 25.4.2021 verlängert, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2021/pk0458

³⁶ 5. COVID-19-SchuMaV, BGBl II 465/2021, ausgegeben am 14.11.2021

³⁷ VfGH V 294/2021, 17.3.2022; VfGH V 23/2022, 29.4.2022

³⁸ 5. COVID-19-NotMV, BGBl II 475/2021, ausgegeben am 21.11.2021

³⁹ Parlamentskorrespondenz Nr. 1311 vom 21.11.2021, Hauptausschuss genehmigt bundesweiten Lockdown für alle, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2021/pk1311

⁴⁰ 6. COVID-19-SchuMaV, BGBl II 537/2021, ausgegeben am 10.12.2021; Nachrichten BKA vom 26.1.2022, Bundeskanzler Nehammer: Lockdown für Ungeimpfte kommenden Montag zu Ende, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2022/01/bundeskanzler-nehammer-lockdown-fuer-ungeimpfte-kommenden-montag-zu-ende.html>

⁴¹ 6. Novelle zur 6. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung, BGBl II 6/2022, ausgegeben am 10.1.2022

⁴² S2 – Krisenstab COVID-19, BMSGPK, Fachliche Begründung zur 4. COVID-19 Maßnahmenverordnung, 28.1.2022, 1803/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung – Beilage 10 FB, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1803/imfname_1699477.pdf

Ende der Pandemie (1.7.2023)

Mit 1.7.2023 war die Pandemie in Ö offiziell beendet, SARS-CoV-2 wurde aus der VO der anzeigenpflichtigen Krankheiten gestrichen und die rechtlichen Sonderbestimmungen für COVID-19 aufgehoben.⁴³ COVID-19 wird seither wie alle nicht anzeigenpflichtigen Infektionskrankheiten behandelt. Teile der geschaffenen Bestimmungen wurden rechtlich beibehalten (wie etwa EMS, das Statistikregister, neu geschaffene Früherkennungs- und Überwachungssysteme, einschließlich das Abwassermanagement)⁴⁴.

Regionale Ausreisebeschränkungen in NÖ

Mit dem sog. Hochinzidenzgebiet-Erlass⁴⁵ wies der Gesundheitsminister die Landeshauptleute bzw. BVB an, Ausreiseverbote aus Hochinzidenzgebieten per VO zu verfügen.⁴⁶ Als Hochinzidenzgebiet galt ein Bezirk, wenn die 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner über 400 lag.

Ausreisebeschränkungen wurden verordnet für die Statutarstadt Wr. Neustadt⁴⁷ (13.3.2021–24.4.2021), die Bezirke Wr. Neustadt-Land (25.3.2021–24.4.2021), Neunkirchen (25.3.2021–24.04.2021) und Scheibbs (2.4.2021–23.4.2021). Im Okt. 2021 wurden für folgende Bezirke Ausreisebeschränkungen erlassen: Melk (23.10.2021)⁴⁸, Scheibbs (23.10.2021)⁴⁹, Lilienfeld (29.10.2021)⁵⁰, Amstetten (29.10.2021)⁵¹, Statutarstadt Waidhofen/Ybbs (2.11.2021)⁵² und Waidhofen/Thaya (6.11.2021)⁵³. Ab 7.11.2021 wurden die VO aufgehoben.⁵⁴ Personen durften den betreffenden Bezirk nur verlassen, wenn sie einen Nachweis über ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 vorweisen konnten (Antigentest, dessen Abnahme nicht länger als 48 Stunden zurücklag, oder PCR-Test, dessen Ab-

nahme nicht länger als 72 Stunden zurücklag). Für Genesene wurden auch alternative Nachweise akzeptiert.

Der Wildtyp und die Virusmutationen

Das ursprüngliche Virus wurde auch als „Wuhan-Virus“ oder „Wildtyp“ bezeichnet, wesentliche Virusmutationen erhielten seitens der WHO am griechischen Alphabet orientierte Namen.^{55, 56} Alpha-Variante (B.1.1.7, 501Y.V1, VOC-20DEC-01): erstmals nachgewiesen Mitte Dez. 2020 in Großbritannien. Beta-Variante (B.1.351, 501Y.V2, VOC-20DEC-02): erstmals nachgewiesen in Südafrika. Gamma-Variante (P1, 501Y.V3, VOC-21JAN-02): erstmals nachgewiesen in Brasilien. Delta-Variante (B.1.617.2, VOC-21APR-02): erstmals nachgewiesen in Indien. Omikron-Variante⁵⁷ (B.1.1.529, VOC-21NOV-01): erstmals im Nov. 2021 in Botswana und Südafrika aufgetreten.⁵⁸

Die internationalen Prognosen aus dem Jahr 2020⁵⁹ gingen von einer Infektionssterblichkeit (Infection Fatality Rate – IFR) von 0,5–1,0 % und einer Fallsterblichkeit (Case Fatality Rate – CFR) von 2,2–3,4 % aus. Tatsächlich lag die IFR in Ö während der gesamten Pandemie bei 0,16 % und die CFR bei 0,31 % (3- bis 10-fach niedriger als erwartet). Die CFR sank kontinuierlich von 5,9 % im April 2020 (Wuhan-Variante), 2,05 % (Wuhan gesamt), 1,5 % (Alpha) und 0,5 % (Delta) auf 0,08 % bei Omikron BA.1. Dieser Trend war auch in Ländern mit niedriger Impfquote, wie z. B. Myanmar (IFR 0,028 %) oder Bangladesh (IFR 0,014 %), zu beobachten. Die niedrigere Gesamtsterblichkeit als prognostiziert war durch die „milder“ Virusvarianten, insb. bei der Omikron-Variante (96 % niedrigere CFR)⁶⁰, natürliche Immunität (steigende Seroprävalenzen, die Anfang

⁴³ COVID-19-Überführungsgesetz, BGBl I 69/2023, das am 1.7.2023 in Kraft trat

⁴⁴ Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl 186/1950, idF. BGBl I 69/2023

⁴⁵ Erlass des BMSGPK betreffend zusätzliche Maßnahmen in Hochinzidenzgebieten, vom 5.3.2021, Geschäftszahl 2021-0.166.395, bzw. vom 20.4.2021, Geschäftszahl: 2021-0.280.329, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1717/imfname_1699059.pdf

⁴⁶ Auf Grundlage des EpiG 1950

⁴⁷ Theresianische Militärakademie, Alles hat ein Ende, <https://www.milak.at/news/detail/alles-hat-ein-ende>

⁴⁸ NÖ Hochrisikogebietsverordnung – Bezirk Melk, VBL. ME Nr. 2/2021, ausgegeben am 22.10.2021

⁴⁹ NÖ Hochrisikogebietsverordnung – Bezirk Scheibbs, VBL. SB Nr. 1/2021, ausgegeben am 22.10.2021

⁵⁰ NÖ Hochrisikogebietsverordnung – Bezirk Lilienfeld, VBL. LF Nr. 1/2021, ausgegeben am 28.10.2021

⁵¹ NÖ Hochrisikogebietsverordnung – Bezirk Amstetten, VBL. AM Nr. 1/2021, ausgegeben am 28.10.2021

⁵² NÖ Hochinzidenzverordnung – Bezirk Waidhofen/Ybbs, VBL. WY Nr. 1/2021, ausgegeben am 01.11.2021

⁵³ NÖ Hochrisikogebietsverordnung – Bezirk Waidhofen/Thaya, VBL. WT Nr. 1/2021, ausgegeben am 05.11.2021

⁵⁴ Die Aufhebungsverordnungen sind unter folgendem Link abrufbar: <https://www.ris.bka.gv.at/Ergebnis.wxe?Abfrage=Bvb&Titel=&Bundesland=Nieder%c3%b6sterreich&Bezirksverwaltungsbehoeerde=&Kundmachungsnummer=&VonKundmachungsdatum=01.09.2021&BisKundmachungsdatum=23.10.2025&BundeslandDefault=Nieder%c3%b6sterreich&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=COVID-19&Position=18>

⁵⁵ Die WHO benannte besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten mit griechischen Buchstaben (Alpha, Beta, Gamma, Delta, Omikron), während die UK Health Security Agency (UKHSA) parallel ein eigenes VUI/VOc-Codesystem (z. B. VOC-20DEC-01) verwendete; vgl. dazu <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern#variants-of-concern-voc>

⁵⁶ AGES, COVID-Whole Genome Sequencing-Surveillance System Sentinel-Labore, <https://www.ages.at/forschung/wissen-aktuell/detail/covid-whole-genome-sequencing-surveillance-system-sentinel-labore>

⁵⁷ COVID-Prognose-Konsortium, Policy Brief vom 22.12.2021, Risikobewertung, Szenarien und Handlungsanleitungen im Zusammenhang mit der Virusvariante B.1.1.529 Omikron, https://www.csh.ac.at/wp-content/uploads/2021/12/Policy_Brief_Omikron.pdf

⁵⁸ Dr. F. Antwerpes, S. Alexander Bröse, uA, SARS-CoV-2, <https://flexikon.doccheck.com/de/SARS-CoV-2>

⁵⁹ J. P. A. Ioannidis, Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data (10/2020), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7947934/>; G. Meyerowitz-Katz, L. Merone, A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection fatality rates (09/2020), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7524446/>

⁶⁰ NR, 1590/AB XXVIII, GP – Anfragebeantwortung – Beilage I, Fachliche Begründung Verkehrsbeschränkungsverordnung S2 – Krisenstab COVID-19, BMSGPK, Stand: 27.7.2022, S. 3, wo ausgeführt wird: „Bei den Aufnahmen von Jän. bis Feb. 2022 wurde jedoch ein Rückgang der altersstandardisierten ICU-Rate gegenüber Jul. bis Dez. 2021 um 81 % beobachtet, was u.a. auf die geringere Virulenz der Omikron-Variante zurückgeführt werden kann. Weiters hat sich das Verhältnis zwischen Hospitalisierungen und Neufinfektionen stark verändert: Während im Nov. 2020 bei knapp über 170.000 Infektionen der Intensivbelag auf über 700 und der Normalbelag auf knapp 4.000 Patienten anstieg, zeichnet sich in den darauffolgenden Wellen und besonders im Mär. 2021 ein deutlich abweichendes Bild: In diesem M. waren über 1,1 Mio. Infektionen zu verzeichnen (Faktor 6 im Vergleich zu Nov. 2020), der Höchststand von hospitalisierten Patienten in Normalpflege betrug ca. 3.000, intensivmedizinische Betreuung benötigten knapp 250 Patienten.“, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1590/imfname_1698403.pdf; F. Bachner, L. Rainer, F. Trauner, M. Zuba, Factsheet, COVID-19 Hospitalisierungen, 5.9.2022, https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:f472e977-e1bf-415f-95e1-35a1b53e608d/Factsheet_Coronavirus-Hospitalisierungen.pdf

2022 bereits sehr hoch war⁶¹⁾ und verbesserte Behandlungsmethoden bedingt. Die Übersterblichkeit in Ö betrug 2020 +6.524 Sterbefälle (+7,7 %), was deutlich unter den befürchteten Worst-Case-Szenarien von bis zu 80.000 zusätzlichen Todesfällen lag.⁶²

Manche sprachen sich aufgrund von Studienergebnissen bereits in der ersten Zeit der Pandemie für den gezielten Schutz vulnerabler Gruppen aus.⁶³

⁶¹ APA, 2.2.2022, Zwei Drittel der Österreicher gegen Omikron immun: 67 % gegen Omikron immun, 86 % gegen Delta, <https://science.apa.at/power-search/305846973670132274>

⁶² U. Riedmann, A. Chalupka, L. Richter, M. Sprenger, W. Rauch, R. Krause, P. Willeit, H. Schennach, B. Benka, D. Werber, T. Beth Høeg, J. PA Ioannidis, S. Pilz, COVID-19 case fatality rate and infection fatality rate from 2020 to 2023: Nationwide analysis in Austria, 18.4.2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39954609/>; N. G. Davies et al., Estimated transmissibility and impact of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England (03/2021), <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abg3055>

⁶³ <https://gbdeclaration.org/die-great-barrington-declaration/>

TEIL II. ANALYSE DES NÖ COVID-HILFSFONDS FÜR CORONA-FOLGEN DURCH DIE NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION

I. DER NÖ COVID-HILFSFONDS ALS AUSGLEICHIS- INSTRUMENT

Die zur Eindämmung der Virusverbreitung ergriffenen Maßnahmen führten zu erheblichen Beeinträchtigungen: Lockdowns, Ausgangsbeschränkungen, Schulschließungen, Besuchsverbote und Betriebsschließungen prägten über mehr als drei Jahre den Alltag. Diese Maßnahmen verursachten nicht nur unmittelbare Einschränkungen, sondern auch nicht intendierte Nachteile.

Die Volksanwaltschaft dokumentierte in einem umfassenden Bericht die vielfältigen Beschwerden über unerwünschte Effekte der Pandemiemaßnahmen⁶⁴. Ganz besonders belastend erwiesen sich die Ausgangsbeschränkungen für vulnerable Gruppen, die Einschränkung der Besuchsmöglichkeiten in Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie die Schulschließungen. Die Pandemie führte zudem zu einer gesellschaftlichen Polarisierung, die den Zusammenhalt nachhaltig beeinträchtigte. Weitere Berichte der Volksanwaltschaft folgten, in denen unter anderem Beschwerden über die Verfahren nach dem Impfschadengesetz dokumentiert sind⁶⁵ und andere Probleme aufgezeigt werden.⁶⁶ Nationale und internationale Studien zeigten bereits im Jahr 2023, dass nicht intendierte Effekte eintraten (näheres siehe Teil V des Berichts).

Nach den Landtagswahlen am 29.1.2023 einigten sich die ÖVP NÖ und die FPÖ NÖ auf Basis des Arbeitsübereinkommens „Niederösterreich weiterbringen“⁶⁷ auf eine Zusammenarbeit. Ein zentraler Teil dieses Übereinkommens war die Anerkennung, dass die Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung Gräben in der Gesellschaft hinterlassen haben. Im Kapitel „Corona, Gräben schließen – Verantwortung übernehmen“ ver-

einbarten die Koalitionspartner die Einrichtung eines COVID-Hilfsfonds zum Ausgleich pandemiebedingter Nachteile⁶⁸. Der NÖ Landtag beschloss am 25.5.2023 mit Stimmenmehrheit die Einrichtung des NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen.⁶⁹ Der dem Beschluss zugrundeliegende Antrag⁷⁰ konkretisiert die Ziele des Fonds, nämlich Ausgleichsmaßnahmen für pandemiebedingte Nachteile. Der Fonds wurde mit maximal € 31,3 Mio. dotiert und als Verwaltungsfonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit mit einer Laufzeit von zwei Jahren ab Errichtung konzipiert. Die Fondsmittel wurden in den Voranschlägen 2023, 2024 und 2025 unter dem Ansatz „1/05904 COVID-Hilfsfonds“ veranschlagt.⁷¹ Die NÖ LReg wurde beauftragt, möglichst rasch Richtlinien zur Abwicklung auszuarbeiten und alles Weitere zu veranlassen. Am 27.6.2023 beschloss die NÖ LReg die Richtlinien mit 12 Ausgleichskategorien.⁷²

II. RECHTLICHE UND INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen bildeten die unveränderlichen Strukturen, innerhalb derer der Fonds konzipiert und umgesetzt werden musste. Ihre Analyse ist bedeutend, da rechtliche verbindliche Vorgaben sowohl Möglichkeiten eröffnen als auch Grenzen setzen. Dieses Kapitel untersucht systematisch die verfassungsrechtlichen Grundlagen und haushaltrechtlichen Vorgaben sowie institutionellen Zuständigkeiten.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die verfassungsrechtliche Grundlage für den Fonds bildete Art. 17 B-VG.⁷³ Im Bereich der Privatwirtschaftsverwaltung handeln Gebietskörperschaften wie Private, ohne hoheitliche

⁶⁴ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2020 COVID-19, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/PB_44_Covid-19_2020.pdf

⁶⁵ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2023, Lange Verfahrensdauer nach vermuteten COVID-19-Impfschäden, S. 200 ff, „Bis Jahresbeginn 2024 wurden insg. 2.251 Anträge wegen COVID-19-Impfungen gestellt. In 340 Fällen wurde bis dahin ein Impfschaden anerkannt. 281 Betroffene erhielten Einmalzahlungen in Höhe von rund 1.300 bis 8.700 Euro. Der Rest betrifft meist Rentenleistungen, wobei 26 Renten dauerhaft ausbezahlt werden. Über 1.000 Verfahren waren Ende 2023 noch anhängig.“, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/PB-47-Nachpr%C3%BCfung_Covid-19_2023_bf.pdf

⁶⁶ Vgl. dazu die Berichte der Volksanwaltschaft, <https://volksanwaltschaft.gv.at/berichte/>; Stellungnahme des Menschenrechtsbeirats zur Einhaltung von Menschenrechten bei Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen während der COVID-19-Pandemie, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/Stellungnahmen/MRB/Stellungnahme_des_MRB_zur_Einhaltung_von_Menschenrechten_bei_Kindern_und_Jugendlichen_in_Einrichtungen_w%C3%A4hrend_der_COVID-19-Pandemie.pdf; Stellungnahme des Menschenrechtsbeirats, Beschränkungen der persönlichen Freiheit von Bewohnern in Pflegeheimen, die über jene der allgemeinen Bevölkerung hinausgehen, sind ausschließlich nach den Voraussetzungen des EpiG oder des HeimAufG möglich, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/Stellungnahmen/MRB/2021-01-11-covid-19-wuen-schenswerter-soll-zustand-aph-bpe-psychisch-erkrankte-version-11-1-2021.pdf

⁶⁷ ARBEITSÜBEREINKOMMEN Niederösterreich weiterbringen, Arbeitsübereinkommen ÖVP NÖ und FPÖ NÖ 2023-2028, https://www.noe.gv.at/noe/Arbeitsuebereinkommen_Webansicht.pdf

⁶⁸ ARBEITSÜBEREINKOMMEN Niederösterreich weiterbringen, S. 6

⁶⁹ vgl. NÖ Landtag, Zl. Ltg-54/A-2/1-2023, 3. Landtagssitzung Sitzung der XX. GP am 25.5.2023, <https://noe-landtag.gv.at/gegenstaende/XX/XX-54>

⁷⁰ ANTRAG der Abgeordneten Ing. Mag. Teufel, Kasser, Mühlberghuber, Ing. Ebner, MSc, Punz, BA, Schmidl gemäß § 32 LGO 2001 betreffend COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen, Zl. Ltg-54/A-2/1-2023; https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/20/00/54/0054_Antrag.pdf

⁷¹ Zu den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen des Landes NÖ siehe <https://www.noel.gv.at/noe/Budget/Budget.html>

⁷² NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen – Allgemeine Richtlinien, https://www.noe.gv.at/noe/Coronavirus/Noe_COVID-Hilfsfonds_fuer_Corona-Folgen_Richtlinien.pdf

⁷³ Art. 17 B-VG: Es besteht keine Bindung an die Kompetenzverteilungsbestimmungen des B-VG (ins. Art. 10–15 B-VG); Auf Art. 17 B-VG gestützte Gesetze dürfen nur Innenwirkung haben und nur das Verhalten der Vollzugsebenen regeln, keine subjektiven Rechte Dritter normieren und nicht zu hoheitlichem Vollzug ermächtigen (also auch keine Verordnungsermächtigung oder die Anwendbarkeit der Verwaltungsverfahrensgesetze normieren). VO können auf Grundlage von Selbstbindungsgesetzen, die sich ausschließlich auf Art. 17 B-VG stützen, nicht erlassen werden. Die Pflichten aus einem Selbstbindungsgesetz können nur durch „Verwaltungsverordnungen“ erfüllt werden, oft bezeichnet als (verwaltungsinterne) Erlässe (generelle Weisung an die nachgeordneten Organe, bestimmte Vollzugshandlungen zu setzen). Adressatinnen und Adressaten können nur die nachgeordneten Organe sein. Ein Selbstbindungsgesetz, das sich ausschließlich auf Art. 17 B-VG stützt, hätte am Umsetzungserfordernis nichts geändert. Zu hoheitlichem Vollzug dürfen diese nicht ermächtigen, sohin auch keine Verordnungsermächtigung enthalten. Nur auf Basis von Gesetzen, die sich auf eine andere Kompetenzgrundlage als Art. 17 B-VG stützen, z. B. Art. 15 B-VG, dürfen VO erlassen werden. D.h. für privatwirtschaftliches Handeln ist keine explizite gesetzliche Grundlage erforderlich. Eine gesetzliche Regelung wäre zulässig. Jedenfalls sind in der Privatwirtschaftsverwaltung die Grundrechte zu beachten, insb. der Gleichheitsgrundsatz.

Befugnisse auszuüben.⁷⁴ Gebietskörperschaften sind aufgrund verfassungsrechtlicher Anordnung Privatrechtssubjekte.⁷⁵ Diese rechtliche Konstruktion war für den Fonds legitim und entspricht der üblichen Vorgehensweise im Bereich der Ausgleichs- und Förderverwaltung. Sie ermöglichte eine zügige Umsetzung ohne Erfordernis eines formellen Gesetzes (Selbstbindungsgesetz). Die Bindung an den Gleichheitssatz gemäß Art. 7 B-VG blieb bestehen, da dieser auch im Bereich der Privatwirtschaftsverwaltung gilt. Abgrenzungen in den Richtlinien mussten sachlich begründet sein, wie der VfGH öfters klargestellt hat.⁷⁶ Die eingeholte rechtliche Stellungnahme⁷⁷ bestätigte die Zulässigkeit, indem es darlegt, dass ein Ausgleich von Strafen, die auf später vom VfGH aufgehobenen Normen beruhten, privatwirtschaftlich zulässig sei.

Die haushaltrechtliche Einbettung des Fonds folgte den verfassungsrechtlichen und einfachgesetzlichen Vorgaben des Landes NÖ. Die NÖ LReg verwaltet das Landesvermögen⁷⁸ und trägt die Verantwortung für die rechtzeitige Vorlage von Voranschlag⁷⁹ und Rechnungsabschluss⁸⁰, die einer Genehmigung des NÖ Landtages bedürfen. Der NÖ Landtag übt damit die Budgethoheit aus. Er hat die Fondsmitte mit Beschluss der Voranschläge 2023 bis 2025 genehmigt. Der NÖ Landtag hat somit seinen (politischen) Willen zum Ausdruck gebracht, fungiert aber nicht als operativ verantwortliches Organ.

Dies bedeutete, dass die Dotierung und die Abwicklungsmodalitäten diesen Vorgaben entsprechen mussten. Die Dotierung mit maximal € 31,3 Mio. basierte auf dem Beschluss des NÖ Landtages. Die Festlegung der Obergrenze (arg. „maximal“) war eine Deckelung nach oben, die Prognoseunsicherheiten ausglich und budgetäre Planungssicherheit gab, da der tatsächliche Bedarf nicht annähernd verlässlich abgeschätzt werden konnte. Dennoch sollten ausreichend Mittel für alle potenziell Berechtigten zur Verfügung stehen, um sicherzustellen, dass potenziell Betroffene Ausgleich erhalten können. Dieses Ziel wurde mit der gewählten Konstruktion erreicht. Die Schwierigkeit einer Bedarfsabschätzung bestand und besteht

darin, dass zwar aus diversen Studien und Berichten öffentlicher Stellen⁸¹ ableitbar war/ist, dass durch die Pandemie bzw. durch Pandemiemaßnahmen unerwünschte (nicht intendierte) Effekte eingetreten sind (wie etwa psychische Belastungen usw.). Diese waren aber nicht quantifizierbar, da die dafür erforderlichen Daten unvollständig und nicht qualitätsgesichert verfügbar waren, insb. fehlten jene von Wahlärzinnen und Wahlärzten oder Wahltherapeutinnen und -therapeuten.⁸² Impfkomplikationen wurden ebenso wenig systematisch erfasst wie Long-COVID-Betroffene, Informationen zu Lernrückständen waren nur aus Studien ableitbar – dies war bereits im Rahmen des Pandemie-managements ein großes Problem⁸³ – und fehlen immer noch, mangels entsprechender Surveillance Programme, die nicht installiert wurden (im Unterschied zu anderen Staaten). Siehe dazu im Detail in Teil V dieses Berichts.

Nicht ausgeschöpfte Mittel verblieben im Landesbudget und konnten mit Ende des Fonds für andere Zwecke verwendet werden.

Der Fonds berührte verschiedene Rechtsmaterien, ohne direkt in diese einzugreifen. Das EpiG 1950 und das COVID-19-MG waren Grundlage für die Verwaltungsstrafen. Sofern Materiengesetze keine Regelung bezüglich Strafgeldwidmung enthalten, fließen diese den Ländern für Zwecke der Sozialhilfe zu.⁸⁴ Die Zweckwidmung blieb durch den Fonds unberührt, da er Strafbescheide nicht aufhob, sondern im Wege der Privatwirtschaftsverwaltung einen Ausgleich ermöglichte.⁸⁵ Der VfGH hat mehrere VO teilweise für verfassungswidrig erklärt.⁸⁶ Rechtskräftige Strafbescheide blieben davon unberührt. Ein Vorgehen nach § 52a VStG hätte eine offenkundige Gesetzesverletzung zum Nachteil der oder des Bestraften vorausgesetzt, was nachherrschender Lehre bei nachträglicher Aufhebung durch den VfGH nicht der Fall ist.⁸⁷

Im Impfrecht war das Impfschadengesetz relevant, das Entschädigungen für Impfschäden (schwere Körperverletzung oder Dauerfolge) vorsieht, die im Rahmen von in Ö durchgeföhrten, empfohlenen Impfungen auftreten. Impfbeeinträchtigung wa-

⁷⁴ Für die Privatwirtschaftsverwaltung gemäß Art. 17 B-VG ist im Gegensatz zur Hoheitsverwaltung keine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung notwendig. Ohne eine solche gelten für die staatlichen Rechtsträger dieselben privatrechtlichen Regeln, wie sie alle privatrechtlich handelnden Personen gelten.

⁷⁵ V. Hauptstück (Vollziehung des Landes) der NÖ LV; Art. 34 NÖ LV; Konkretisierung von Art. 17 B-VG

⁷⁶ Bindung der Verwaltung an die Grundrechte, sowohl im Bereich der Hoheits- und Privatwirtschaftsverwaltung; OGH 11.2.2025, 10 Ob 19/24b, ÖZPR 2025/39; vgl. Kodek in Rummel/ Lukas, ABGB4 § 1 (Stand 1.7.2015, rdb.at), RZ 40

⁷⁷ Univ.-Prof. Dr. Peter Bußjäger, Rechtliche Stellungnahme zur Frage der Entschädigung für rechtskräftig verhängte Verwaltungsstrafen wegen Übertretung von Corona-VO, die vom VfGH aufgehoben wurden, 27.3.2023, https://www.noe.gv.at/noe/Kontakt-Landesverwaltung/Rechtliche_Stellungnahme_-Univ.-Prof._Dr._Peter_Bussjaeger.pdf

⁷⁸ Art. 29 Abs. 1 NÖ Landesverfassung 1979 – NÖ LV 1979, LGBl 0001 idgF.

⁷⁹ Art. 29 Abs. 2 NÖ Landesverfassung 1979 – NÖ LV 1979, LGBl 0001 idgF.

⁸⁰ Art. 31 Landesverfassung 1979 – NÖ LV 1979, LGBl 0001 idgF

⁸¹ Diese werden im gegebenen Zusammenhang zitiert

⁸² Zur Problematik der Datenlage siehe im Kapitel unten; vgl. dazu Aigner et al. (2023): Grundlagenpapier zur Schaffung des Ö Gesundheitsdatenraumes. Arbeitsgruppe Digitalisierung und Register des Obersten Sanitätsrates. Ö Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper), Nummer 12, Wien, https://ierm.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/ierm/_Varanstellungen/WP_12_-_-Aigner_et_al._-_-Grundlagenpapier_zur_Schaffung_des_oesterreichischen_Gesundheitsdatenraumes.pdf

⁸³ Gesundheitsdaten zur Pandemiekontrolle im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2021/43, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43_Gesundheitsdaten_Pandemiekontrolle.pdf

⁸⁴ § 15 VStG

⁸⁵ Univ.-Prof. Dr. Peter Bußjäger, Rechtliche Stellungnahme zur Frage der Entschädigung für rechtskräftig verhängte Verwaltungsstrafen wegen Übertretung von Corona-VO, die vom VfGH aufgehoben wurden, 27.3.2023, https://www.noe.gv.at/noe/Kontakt-Landesverwaltung/Rechtliche_Stellungnahme_-Univ.-Prof._Dr._Peter_Bussjaeger.pdf

⁸⁶ NR, COVID-19: Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofes 2020, 9.2.2021, <https://www.parlament.gv.at/fachinfos/rlw/COVID-19-Entscheidungen-des-Verfassungsgerichtshofes-2020>; NR, COVID-19: Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofes 2021, 10.3.2022, <https://www.parlament.gv.at/fachinfos/rlw/COVID-19-Entscheidungen-des-Verfassungsgerichtshofes-2021>

⁸⁷ Lewisch/Fister/Weilguni, VStG § 52a (Stand 1.7.2023, rdb.at) mwN.

ren nach Kategorie XI förderbar, nicht aber Impfreaktionen und anerkannte Impfschäden.⁸⁸

Im Sozialversicherungsrecht regeln das ASVG und diverse Sondergesetze die Kostenerstattung im Bereich der Wahlärztinnen und Wahlärzte.⁸⁹ Versicherte, die eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt in Anspruch nehmen, können einen Teil der Kosten von der Sozialversicherung zurückfordern, sofern die Behandlung dem Leistungskatalog entspricht. Bei Behandlungen durch eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt war daher nur die Differenz zwischen tatsächlichen Kosten und Sozialversicherungserstattung ausgleichsfähig.

Institutioneller Rahmen und Zuständigkeiten

Die Einrichtung des Fonds erfolgte auf mehreren Ebenen. Der NÖ Landtag nahm die politische Initiativfunktion wahr, indem er am 25.5.2023 die Einrichtung des Fonds beschloss. Grundlage bildete ein Antrag gemäß § 32 LGO, der am 16.5.2023 eingebracht und im Wirtschafts- und Finanzausschuss am 17.5.2023 behandelt wurde⁹⁰.

Die NÖ LReg ist oberstes Vollzugsorgan und oberstes Organ des Landes als Träger von Privatrechten.⁹¹ Sie kann mit VO ihre Geschäftsordnung^{92,93} erlassen, mit der das Ressortprinzip eingeführt werden kann.⁹⁴ Die Geschäftsordnung bestimmt, dass Förderrichtlinien der kollegialen Beschlussfassung⁹⁵ vorbehalten sind. Dies gewährleistete, dass alle Regierungsmitglieder in

die Entscheidung eingebunden waren. Die Ressortzuständigkeit lag beim Landesrat für Sicherheit, Asyl und Zivilschutz, damals Dr. Christoph Luisser.⁹⁶ Mit 3.7.2025 ging die Zuständigkeit auf Landesrat Martin Antauer über.⁹⁷

Das Amt der NÖ LReg ist das behördliche Hilfsorgan der NÖ LReg⁹⁸ und ist in Gruppen und Abteilungen gegliedert.⁹⁹ Vorsitzender des Amtes ist die Landeshauptfrau oder der Landeshauptmann.¹⁰⁰ Die Leitung des inneren Dienstes obliegt der Landesamtsdirektorin oder dem Landesamtsdirektor¹⁰¹. Die jeweilige Abteilung hat die ihr zugewiesenen Aufgaben unter Leitung des jeweiligen Mitglieds der LReg zu besorgen¹⁰². Die operative Zuständigkeit für den Fonds war der Abteilung GS3 (vormals GS7) zugewiesen. Diese war für die Erstellung des Richtlinienentwurfs sowie des Regierungsaktes^{103,104}, die Einrichtung und Betreuung des Online-Portals, die Prüfung eingegangener Anträge, die Entscheidung über die Anträge, die Erstellung der Auszahlungsanweisungen an die Finanzabteilung im Wege des zuständigen Mitglieds der LReg sowie das laufende Monitoring und Berichtswesen zuständig.¹⁰⁵

Die Umsetzung insb. durch die Abteilung GS3 erforderte intensive Koordination mit unterstützenden Abteilungen,¹⁰⁶ insb. mit der Abteilung LAD1 (zuständig für Verwaltungsorganisation¹⁰⁷, Informationstechnologie¹⁰⁸, Öffentlichkeitsarbeit¹⁰⁹ und Datenschutz¹¹⁰) und der Abteilung F1. Diese war zuständig für haushaltsrechtliche Angelegenheiten wie die Erstellung der

⁸⁸ § 1 des Bundesgesetzes vom 3.7.1973 über die Entschädigung für Impfschäden (Impfschadengesetz), BGBl. 371/1973 idgF.; Impfschäden, Wer hat Anspruch auf Leistungen nach dem Impfschadengesetz?, Homepage des Sozialministeriums, https://www.sozialministeriumservice.gv.at/weitere_Zielgruppen/Sozialentschadigungen/Impfschaden/Impfschaden.de.html

⁸⁹ § 131 ff ASVG (Langtitel: Bundesgesetz vom 9.9.1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl 189/1955 idgF.; Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), BGBl 560/1978 idgF.; Bauernsozialversicherungsgesetz (BSVG), BGBl 559/1978 idgF.; Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger (FSVG), BGBl 624/1978 idgF.; Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz (SVEG), BGBl. I Nr. 100/2018 idgF.

⁹⁰ Siehe dazu bereits oben

⁹¹ V. Hauptstück (Vollziehung des Landes) der NÖ LV; Art. 34 NÖ LV; Art. 17 B-VG

⁹² VIII. Hauptstück der NÖ LV (Organisation der Landesverwaltung); Art. 48 NÖ LV

⁹³ Art. 103 B-VG

⁹⁴ Dies ermöglicht, Angelegenheiten des selbständigen Wirkungsbereiches des Landes einem Mitglied der LReg zur selbständigen Erledigung zuzuweisen (Ressortprinzip), ebenso Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung. Sind Angelegenheiten des selbständigen Wirkungsbereiches des Landes NÖ noch keinem Mitglied zugewiesen, sind sie von der Landeshauptfrau oder vom Landeshauptmann zu besorgen.

⁹⁵ § 4 Abs. 1 Z 2 Geschäftsordnung der NÖ LReg

⁹⁶ § 2 VI. Z 13 VO über die Geschäftsordnung der NÖ LReg, LGBL 0001/1 idF. LGBL 20/2023

⁹⁷ VO über die Geschäftsordnung der NÖ LReg, LGBL 0001/1 idF. LGBL 62/2025

⁹⁸ Art. 49 NÖ LV; VO des Landeshauptmannes von NÖ über die Geschäftsordnung des Amtes der NÖ LReg, LGBL 0002/1 idF LGBL Nr. 94/2019; Bundesverfassungsgesetz betreffend Grundsätze für die Einrichtung und Geschäftsführung der Ämter der LReg außer Wien (Ämter-der-LReg-Bundesverfassungsgesetz – BVG ÄmterLReg), BGBl 289/1925 idgF; § 4 Abs. 1 Z 5 VO über die Geschäftsordnung der NÖ LReg, LGBL 0001/1 idF. LGBL 62/2025, sieht vor, dass die vom Landeshauptmann zu erlassende GO der Zustimmung der NÖ LReg bedarf.

⁹⁹ Art. 49 Abs. 4 NÖ LV; Geschäftseinteilung des Amtes der NÖ LReg; § 4 Abs. 1 Z 5 VO über die Geschäftsordnung der NÖ LReg, LGBL 0001/1 idF. LGBL 62/2025, sieht vor, dass die vom Landeshauptmann zu erlassende GO der Zustimmung der NÖ LReg bedarf.

¹⁰⁰ Art. 49 Abs. 2 NÖ LV

¹⁰¹ Art. 50 NÖ LV; Art. 106 B-VG

¹⁰² § 5 VO des Landeshauptmannes von NÖ über die Geschäftsordnung des Amtes der NÖ LReg, LGBL 0002/1 idgF.

¹⁰³ Dienstanweisung Regierungsdienst, LAD1-RD-1/011-2025

¹⁰⁴ Wenn die Angelegenheit Gegenstand einer Beschlussfassung der NÖ LReg war, ist dieser Beschluss für die Bearbeitung der Angelegenheit maßgebend (§ 5 GO Amt der NÖ LReg). Demgemäß sind nach § 13 GO der NÖ LReg Geschäftsstücke nach Behandlung in der LReg sowie der Beschluss der LReg an die zuständige Abteilung (Gruppe) zur weiteren Veranlassung zurückzustellen, die für die weiteren Umsetzung verantwortlich ist; vgl. auch Dienstanweisung Regierungsdienst, LAD1-RD-1/011-2025

¹⁰⁵ Vgl. dazu den Teil Endbericht

¹⁰⁶ Geschäftseinteilung des Amtes der NÖ LReg, LAD1-VD-100381/222-2025

¹⁰⁷ Organisationsgrundlagen; Vorschrift, LAD1-VE-101/009-2018

¹⁰⁸ Vgl. die einschlägigen Vorschriften: „Individuelle IT-Anwendungen, Organisation und Dokumentation, Information“ samt Beilage 01 „Leitfaden für ProjektmitarbeiterInnen in IT-Projekten“, LAD1-IT-A-27/045-2018; „Internet/Intranetpräsentation der NÖ Landesverwaltung, Dienstanweisung“, LAD1-VB-4/030-2017; „IT-Betrieb; Vorschrift“, LAD1-IT-A-27/049-2019; „Kanzleiordnung; Dienstanweisung“, LAD1-KA-1/068-2023; „Leitfaden Prozessmanagement; Information“, LAD1-VE-101/013-2019

¹⁰⁹ „Öffentlichkeitsarbeit; Vorschrift“, LAD1-PD-P-22/002-2024

¹¹⁰ DSG und DSGVO; Vorschrift, Datenschutz-Grundverordnung, LAD1-VD-100407/027

Voranschlagsansätze, die Prüfung von Auszahlungsanweisungen¹¹¹ hinsichtlich Budgetdeckung und die Durchführung der Überweisungen.¹¹² Die BVB spielten eine wichtige Rolle beim amtsweigig durchzuführenden Ausgleich für Verwaltungsstrafen.¹¹³ Sie identifizierten automatisationsunterstützt betroffene Personen anhand des Verwaltungsstrafregisters und der vom VfGH aufgehobenen Normen und versandten Informationsbeschreiben mit auszufüllenden Formularen an die identifizierten Personen.

Diese institutionelle Architektur war grundsätzlich geeignet, eine zügige und koordinierte Umsetzung zu ermöglichen. Die Konzentration der operativen Verantwortung bei einer Abteilung schuf klare Zuständigkeiten. Die Unterstützung durch spezialisierte Abteilungen für Recht, IT und Finanzen gewährleistete Expertise in den jeweiligen Bereichen.

III. KONZEPTION DES FONDS UND OPERATIONALISIERUNG DER ZIELGRUPPEN

Die Herausforderung bestand darin, die im Landtagsbeschluss bzw. im zugrundeliegenden Antrag formulierten Ziele in konkrete, handhabbare Richtlinien überzuführen. Dieses Kapitel untersucht, wie die Zielgruppen operationalisiert wurden und ob die 12 Kategorien geeignet waren, die verschiedenen Zielgruppen zu erreichen.

Die Zielvorgaben des NÖ Landtages und die Umsetzung in den Richtlinien

Aus dem dem Beschluss des NÖ Landtages zugrundeliegenden Antrag vom 16.5.2023¹¹⁴ lassen sich materielle und formelle Ziele ableiten. Generelles (materielles) Ziel war, pandemiebedingte Nachteile auszugleichen, um Gräben, die durch die Pandemie entstanden sind, zu schließen. Die zu erreichenden Zielgruppen wurden demonstrativ angeführt, woraus sich folgende spezifischen Ziele ableiten lassen: amtsweigig auszugleichende Nachteile (für bestimmte Verwaltungsstrafen) samt Verfahrenskosten; auf Antrag auszugleichende Aufwendungen für medizinische/therapeutische Behandlungen zur Linderung/Heilung bestimmter gesundheitlicher Nachteile (Impfbeeinträchtigungen, psychische Beeinträchtigungen, Long-COVID); auf Antrag auszugleichende Aufwendungen für schulschließungsbedingte Nachteile (Nachhilfe); auf Antrag auszugleichende Aufwendungen von Vereinen für Aktivitäten zur Linderung pandemiebedingter Nachteile sowie für bestimmte sonstige Unterstützungsaktivitäten.

Formelle Ziele waren schnelle Richtlinienausarbeitung sowie eine möglichst einfache, rasche und nach Möglichkeit automatisationsunterstützte Abwicklung. Antragslegitimierte Per-

sonen waren – mit Ausnahme des Falles des amtsweigigen Ausgleichs für Verwaltungsstrafen – natürliche und juristische Personen mit Hauptwohnsitz/Sitz in NÖ (territorialer Anknüpfungspunkt), deren Nachteil nicht anderweitig ausgeglichen wurde, wie insb. durch Ausgleichs-/Fördermaßnahmen oder Kostenersätze von anderen Einrichtungen (wie z. B. Wahlärztin- bzw. Wahlarzt- oder Therapiekostenrückerstattung seitens der Sozialversicherungsträger usgl.). Explizit ausgeschlossen waren politische Parteien und parteinahme Organisationen. Die zeitliche Befristung auf zwei Jahre ab Einrichtung sollte der raschen Antragstellung/Abwicklung dienen und ist den formellen Zielvorgaben zuzurechnen.

Nichtziele: Der Fonds wurde mit maximal € 31,3 Mio. zum Zweck des Ausgleichs pandemiebedingter Nachteile dotiert (Obergrenze). Ziel war nicht, die Mittel vollständig aufzubrauchen, sondern Ausgleich für bestimmte Nachteile zu ermöglichen.

Die NÖ LReg beschloss am 27.6.2023, also ca. vier Wochen nach dem Landtagsbeschluss, die Richtlinien,¹¹⁵ in denen der Begriff „Förderung“ etwas irreführend Verwendung fand. Dies deshalb, da das Ausgleichziel für bereits eingetretene, pandemiebedingte Nachteile im Zentrum der Landtagsvorgaben stand, mit Ausnahme jener Bereiche, die zukunftsgerichtet waren (also die Vereinsförderungen). Dies war in der Bezeichnung der einzelnen Ausgleichskategorien abgebildet. Ausgleichs- und nicht Förderzweck stand im Vordergrund.

Die Richtlinien konkretisierten die Landtagsvorgaben in 12 Ausgleichskategorien (siehe dazu im Detail Teil III Endbericht). Die Richtlinien setzten den Ansatz des NÖ Landtages der amtsweigigen Vorgehensweise hinsichtlich des Ausgleichs von „verfassungswidrigen“ Verwaltungsstrafen um. Die Rückzahlung erfolgte in Höhe des Strafbetrags zuzüglich Verfahrenskosten. Der Ausgleich für Kosten für Anwältinnen oder Anwälten zur Bekämpfung derartiger Strafen wurde ebenfalls umgesetzt. Über diese Ausgleichsmöglichkeit informierten die Schreiben der BVB.

Ausgleich für Impfbeeinträchtigungen sah die Richtlinie in Form von Pauschalbeträgen vor. Die Richtlinien definierten Impfbeeinträchtigungen als gesundheitliche Beeinträchtigungen, die über eine übliche Impfreaktion hinausgehen und ärztlicher Abklärung oder Behandlung bedürfen, aber nicht als Impfschaden anzusehen waren bzw. nicht anerkannt worden sind. Erforderlich war eine ärztliche Bestätigung über die Impfbeeinträchtigung und deren Verursachung durch einen in Ö zugelassenen Impfstoff. Die Pauschierung war ein pragmatischer Ansatz, da die tatsächlichen Kosten von Impfbeeinträchtigungen schwer nachweisbar sind. Die Pauschale bot einen Ausgleich ohne aufwändige Kausa-

¹¹¹ „Voranschlag, Richtlinien zum Budgetvollzug“, F1-VR-2025/011-2024

¹¹² „Verrechnungsvorschrift“, F1-A-852/027-2021, diese regelt die Anordnungsbefugnis; „Zahlungsverkehr“, F1-A-96/491-2024

¹¹³ Art. 22 B-VG; Vorschrift „Amtshilfe“, LAD1-VD-0409/115

¹¹⁴ ANTRAG der Abgeordneten Ing. Mag. Teufel, Kasser, Mühlberghuber, Ing. Ebner, MSc, Punz, BA, Schmidl gemäß § 32 LGO 2001 betreffend COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen, ZL. Ltg-54/A-2/1-2023; https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/20/00/54/0054_Antrag.pdf

¹¹⁵ NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen – Allgemeine Richtlinien, https://www.noe.gv.at/noe/Coronavirus/Noe_COVID-Hilfsfonds_fuer_Corona-Folgen_Richtlinien.pdf

litätsbeweise oder Einzelnachweise. Diese Kategorie war grundsätzlich geeignet, Betroffene zu erreichen. Entsprechend der Intention des NÖ Landtages wurde damit ein niederschwelliger Zugang umgesetzt, da von Befund und Gutachten abgesehen wurde. Grund für die Entscheidung Impfbeeinträchtigte zu unterstützen, bildeten zahlreiche wissenschaftliche Publikationen und offizielle Berichte (siehe dazu Teil V).

Ähnlich regelte die Richtlinie den Ausgleich für Long-COVID-Betroffene – zur Definition von Long-COVID siehe Glossar.¹¹⁶ Erforderlich war eine ärztliche Bestätigung.

Die Kategorien XIII und XIV regelten Kostenerstattungen für tatsächliche Behandlungs- und Therapiekosten. Beide Kategorien erforderten Rechnungs- und Zahlungsnachweise sowie ärztliche/fachliche Bestätigungen über die Behandlungen.

Ausgleich für Nachhilfeaufwendungen war ebenfalls vorgesehen. Erforderlich waren Rechnungen über die Nachhilfe. Kategorie XVI glich Aufwendungen für Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen aus, sofern diese € 50 überstiegen. Diese Kategorie war subsidiär zu anderen Kategorien.

Die Härtefallregel in Kategorie XVII sah einen Zuschuss für sonstige erforderliche Unterstützungen aus besonders berücksichtigungswürdigen Gründen vor, sofern Ausgleich nach anderen Kategorien nicht möglich war (Subsidiarität). Diese Subsidiarität war zweckmäßig, um die Härtefallregelung als echtes Auffangnetz zu konzipieren und nicht als generelle Alternative zu spezifischeren Kategorien. Dieser konnte zur Beseitigung einer unverschuldeten, persönlichen oder familiären Notlage infolge der Pandemie und deren Folgen zuerkannt werden, und zwar zu speziellen Behandlungen, Unterstützungen, Therapien oder Begräbniskosten. In Klammer waren Beispiele angeführt, nämlich Krankheit, Unfall, Todesfall in der Familie. Diesbezüglich lässt sich aus den Richtlinien ein Ermessensspielraum ableiten. Diese Formulierung sollte individuelle Lösungen in besonderen Härtefällen ermöglichen.

Die Vereinskategorien ermöglichten Projektförderungen. Kategorie XVIII betraf Projekte zur Förderung von Aktivitäten für Kinder und Jugendliche, während Kategorie XIX Vereine umfasste, die sich für die Interessen von Impf- oder COVID-19-Beeinträchtigten einsetzen. Das Antragsverfahren war zweistufig: Vereine mussten zunächst ein Projektkonzept einreichen, auf Basis dessen erfolgte die Prüfung der grundsätzlichen Förderwürdigkeit. Bei positiver Beurteilung erhielten die Vereine eine (grundsätz-

liche) Förderzusage. Erst nach ordnungsgemäßer Durchführung des genehmigten Projekts konnten die Abrechnungen eingereicht und die Auszahlung beantragt werden. Im Rahmen der Abrechnung war zu prüfen, ob das ursprünglich genehmigte Projekt durchgeführt wurde, widrigenfalls keine Auszahlung erfolgte.

Antragslegitimation

Ein zentrales Strukturmerkmal der Richtlinie war die Antragslegitimation, mit der generell abstrakt der Personenkreis umschrieben wurde, der Anträge stellen kann. Diese Abgrenzung enthielt schon der Landtagsantrag zum NÖ COVID-Hilfsfonds, der sich entsprechend seiner Zuständigkeit für das Landesgebiet dazu entschieden hat, Ausgleichsmaßnahmen für Personen vorzusehen, die einen Bezug zum Land NÖ hatten. Dieser Anknüpfungspunkt war der Hauptwohnsitz in NÖ in einem Zeitraum zwischen 16.3.2020 bis zum 25.5.2023. Antragslegitimierte Vereine mussten ihren Vereinssitz in NÖ haben. Davon sah die Richtlinie eine Ausnahme vor: Wenn in einer Kategorie etwas anderes vorgesehen war, sollte die speziellere Regelung der allgemeinen Regelung vorgehen. Dies galt für den amtsweigigen Ausgleich von Strafen,¹¹⁷ angeknüpft wurde hier an den Ort der Verwaltungsübertretung, aus dem sich die Zuständigkeit der NÖ BVB ergab. Damit waren Personen antragslegitimierte, bei denen ein Bezug zu NÖ besteht oder bestand. Dieser Bezug kann auf verschiedenste Art und Weise hergestellt werden, muss aber an objektive Kriterien geknüpft werden. Anträge von Personen, bei denen dieser Bezug nicht bestand, waren mangels Erfüllung der „formellen“ Voraussetzung der Antragslegitimation abzulehnen.¹¹⁸ Eine weitere Präzisierung erfolgte dahingehend, dass österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, Staatsbürgerinnen und Staatsbürger eines EWR-Mitgliedstaates, Schweizer Staatsangehörige und bestimmte Drittstaatsangehörige (mit gültigem Aufenthaltstitel oder aufgrund internationaler Vorgaben Gleichstellungsberechtigte) antragslegitimierte waren.¹¹⁹ Die Richtlinien haben die Vorgaben des NÖ Landtages hinsichtlich der Antragsberechtigung Minderjähriger oder nicht eigenberechtigter Volljähriger im Wege der gesetzlichen oder bestellten Vertreterinnen oder Vertreter umgesetzt. Der Hauptwohnsitz in NÖ ließ sich durch Abgleich mit dem Zentralen Melderegister automatisationsunterstützt überprüfen.

Doppelförderungsverbot, Subsidiarität und Nachweiserfordernisse

Punkt VIII der Richtlinien normierte ein Doppelförderungsverbot, wonach Leistungen aus dem Fonds nur zuerkannt wurden, soweit nicht anderweitig Ausgleich, Entschädigung oder Kostenerstattung erfolgte. Dies betraf insb. Leistungen der

¹¹⁶ BMSGPK, Long-COVID – Informationen zu Long-COVID für Bevölkerung, Betroffene und Fachpersonal (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Corona/long-covid.html>; M. Gyöngyösi und V. Schweiger, Long-COVID-Syndrom, Ö ARZTEZEITUNG 17 | 10.9.2021, <https://aerztezeitung.at/wp-content/uploads/2021/09/Long-COVID-Syndrom.pdf>; ICD-10 BMSGPK 2025 – Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMSGPK-Version 2025+ 31.1.2025; U09 Post-COVID-19-Zustand, U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025/Kataloge-2025.html>

¹¹⁷ Der Grund, diese Einschränkung nicht vorzunehmen, erscheint sachgerecht, sind die Strafen doch von NÖ BVB verhängt worden und die Strafgelder dem Land NÖ zugeflossen, sodass dies ein sachlicher Anknüpfungspunkt ist.

¹¹⁸ Dies Einschränkung verhinderte, dass NÖ Nachteile ohne Bezug zu NÖ ausgleicht. Erforderlich war dies, da das Land NÖ für das Landesgebiet zuständig ist. Überdies darf nicht übersehen werden, dass der Ausgleich durch das Land NÖ gewährt wurde, obwohl die Maßnahmen vom Bund gesetzt wurden.

¹¹⁹ Damit war sichergestellt, dass aus europarechtlichen oder internationalen Verpflichtungen resultierende Vorgaben in Hinblick auf Zugang zu sozialrechtlichen Leistungen eingehalten werden. Die Einbeziehung aller sonst sozialrechtlich Gleichgestellten durch eine Generalklausel sicherte, dass alle in Betracht kommenden Personen einbezogen waren.

Sozialversicherung, anerkannte Impfschäden nach dem Impfschadengesetz, Amtshaftungsansprüche¹²⁰ oder Leistungen von anderen Stellen. Bei Kosten für Wahlärztinnen und Wahlärzte oder Wahltherapeutinnen und -therapeuten war nur die Differenz zwischen tatsächlichen Kosten und Sozialversicherungserstattung erstattungsfähig. Dieses Doppelförderungsverbot verhinderte ungerechtfertigte „Überkompensation“.¹²¹

Die Richtlinien definierten für jede Kategorie spezifische Nachweiserfordernisse, mit Ausnahme des amtswegigen Ausgleichs für „verfassungswidrige“ Strafen. Bei Kategorien mit tatsächlichen Kostenentstehungen (X, XIII, XIV, XV, XVI) waren Rechnungen oder Honorarnoten und Zahlungsnachweise vorzulegen. Dies war sachlich gerechtfertigt, um die tatsächliche Kostenentstehung zu belegen. Dies setzte voraus, dass Betroffene die Rechnungen aufbewahrten oder diese beischafften.

Bei gesundheitsbezogenen Kategorien (XI, XII, XIII, XIV) waren ärztliche oder therapeutische Bestätigungen erforderlich. Bei Impfbeeinträchtigungen musste eine Ärztin oder ein Arzt bestätigen, dass eine Impfbeeinträchtigung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Impfung stand, ebenso bei Long-COVID. Bei psychischen Beeinträchtigungen war eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Behandlung nötig. Die Nachweisführung über ärztlichen Bestätigungen war niederschwellig, von einer Vorlage von Befund und Gutachten wurde bewusst Abstand genommen, da dies nicht der Intention des NÖ Landtages entsprochen und ein kompliziertes Überprüfungsverfahren zur Folge gehabt hätte. Aufgrund der im ÄrzteG normierten Berufspflicht war dies angemessen.¹²²

Fondslaufzeit und Antragsfristen

Die Richtlinien galten von 1.7.2023 bis 31.8.2025, die Punkte XI bis XIX von 1.9.2023 bis 31.8.2025. Anträge konnten bis 28.2.2025 eingereicht werden. Damit war sichergestellt, dass ausreichend Zeit für die Antragstellung zur Verfügung stand und alle Anträge bis zum Ende des Fonds erledigt und Auszahlungen vorgenommen werden konnten.

Auszugleichende Nachteile mussten im Zeitraum 16.3.2020 bis 30.6.2023 eingetreten sein. Bei Strafen waren alle Strafen erfasst, die aufgrund von „verfassungswidrigen“ COVID-19-VO verhängt wurden. Diese zeitlich umfassende Ausgestaltung stellte sicher, dass alle pandemiebedingten Nachteile erfasst wurden, nicht nur solche aus einem engen Zeitfenster.

Eignung der Zugangswege

Die Eignung eines Programms hängt davon ab, ob die gewählten Zugangswege für die Zielgruppen des Fonds praktikabel sind und ob die Information darüber geeignet ist, potenziell Berechtigte zu erreichen. Dieses Kapitel analysiert die Antragswege,

das Online-Portal, die Öffentlichkeitsarbeit sowie strukturelle Zugangsbarrieren.

Der Ablauf der Antragstellung war in Punkt III der Richtlinie geregelt und setzte die elektronische Antragstellung um. Die Schritte im Onlineformular und die verpflichtende und verbindliche Anerkennung der Richtlinien waren dezidiert angeführt, ebenso der Hinweis auf die Verpflichtung der Antragstellerin oder des Antragstellers, richtige und vollständige Angaben zu machen. Die Angaben, die jedenfalls erforderlich waren, führte die Z 4 dieses Punktes an, bezüglich der vorzulegenden Unterlagen wurde auf die einzelnen Kategorien verwiesen.

Die Antragstellung erfolgte über ein Online-Portal, das von der landeseigenen IT-Abteilung entwickelt und bereitgestellt wurde. Das Portal ermöglichte die elektronische Eingabe von Antragsdaten, den Upload von Nachweisen in gängigen Dateiformaten und die elektronische Übermittlung des Antrags. Die Entscheidung für ein rein digitales Portal war aus Effizienzgründen nachvollziehbar und ist gängige Praxis bei der Ausgleichs- und Förderabwicklung im Land NÖ. Die Portalgestaltung sowie die FAQs boten Hilfestellung, ebenso die eingerichtete Hotline. So konnten Fragen möglichst einfach geklärt und Unterstützung sichergestellt werden. Dokumente konnten hochgeladen werden, Hürden durch eine elektronische Signatur bestanden nicht, da auch ein Ausweisdokument hochgeladen werden konnte.

In Punkt IV der Richtlinie fanden sich die allgemeinen Bestimmungen zu Nachweisen, die ebenfalls online zu übermitteln waren. Im Falle einer Antragstellung, ohne die notwendigen Nachweise anzuschließen, musste dies vermerkt werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass ohne diesen Vermerk der Antrag abgelehnt werden würde, wobei eine neuerliche Antragstellung zulässig war. Ausdrücklich angeführt war auch die Reihung der Anträge nach dem Zeitpunkt des Einlangens. Damit war klar dargelegt, dass im Falle fehlender budgetärer Mittel die Auszahlung nach dem Zeitpunkt des Einlangens erfolgt.

Die Gründe, die zu einer Rückforderung führen können, waren ebenfalls geregelt. Dies waren unrichtige oder falsche Angaben durch die Antragstellerin oder den Antragsteller und andere Umstände, wie Fehler bei der automatisationsunterstützten Antragsabwicklung oder bei allen weiteren Bearbeitungsschritten, die irrtümlich erfolgten (Punkt VII). Ausführlich waren die Informationen zum Datenschutz, was angesichts der Sensibilität von Gesundheitsdaten¹²³ erforderlich war.

Bei allen Kategorien (X bis XX), mit Ausnahme des amtswegigen Strafausgleichs, war eine aktive Antragstellung erforderlich. Betroffene mussten vom Fonds erfahren, sich entscheiden,

¹²⁰ Die Amtshaftung ist im AHG geregelt, das auf Art 23 B-VG beruht. Bund, Länder, Gemeinden haften „wem immer“ für Schäden, die ihre Organe in Vollziehung der Gesetze rechtswidrig und schuldhaft verursacht haben (§ 1 Abs 1 AHG „Verschuldenshaftung“). Maßgeblich ist im Bereich der mittelbaren Bundesverwaltung die funktionale Zuordnung. Davon ist die Eingriffshaftung nach dem EpiG zu unterscheiden, das auch bei rechtmäßigem Behördenhandeln Ersatzansprüche in bestimmten Fällen vorsieht. Eine Haftung für legislative Fehler gibt es in NÖ nicht

¹²¹ Hier orientiert sich die Richtlinie an den schadenersatzrechtlichen Grundsätzen, die ebenfalls vorsehen, dass nur der tatsächliche Schaden zu ersetzen ist.

¹²² § 55 ÄrzteG (Ärztliche Zeugnisse)

¹²³ Art. 9 DSGVO;

einen Antrag zu stellen, das Online-Portal nutzen, erforderliche Nachweise beschaffen und den Antrag einreichen. Dieser Ansatz war administrativ effizienter, da nur Personen mit tatsächlichem Interesse Anträge stellten, setzte aber voraus, dass Betroffene über Information, Motivation und digitale Kompetenz verfügten. Forschung zu „non-take-up“ von Sozialleistungen¹²⁴ dokumentiert, dass eine erhebliche Anzahl Berechtigter aus verschiedenen Gründen keine Leistungen in Anspruch nimmt, obwohl sie Anspruch hätten.

Die Kombination beider Zugangswege war zweckmäßig. Das amtswegige Vorgehen bei Strafen war möglich, weil Betroffene aus administrativen Daten identifizierbar waren. Bei gesundheitlichen oder bildungsbezogenen Nachteilen war eine amtswegige Identifikation nicht möglich, da diese Informationen nicht verfügbar waren. Eine Antragstellung war daher unumgänglich.

Eine effektive Strategie zur Zielgruppenerreichung bestand darin, Multiplikatoren einzubinden, die direkten Kontakt zu Betroffenen haben. Hier wurden die NÖ Ärztekammer sowie die wesentlichen Berufsverbände miteinbezogen.

IV. OPERATIVE ABWICKLUNG

Die operative Abwicklung eines Fonds determiniert maßgeblich, ob die konzeptionell vorgesehenen Möglichkeiten zur Zielgruppenerreichung faktisch realisiert werden. Dieses Kapitel analysiert die Abwicklungsprozesse, die Bearbeitungsqualität, die Effizienz und die Gleichbehandlung verschiedener Antragsgruppen.

Prozessorganisation und Arbeitsabläufe

Die operative Verantwortung für die Fondsabwicklung lag bei der Abteilung GS3. Nach Beschlussfassung der Richtlinien für den COVID-Hilfsfonds am 27.6.2023, die mit 1.7.2023 in Kraft getreten sind, begann die operative Umsetzung. Die BVB starteten mit dem Anschreiben der Betroffenen. Diese erhielten ein Informationsschreiben samt Formular, das es auszufüllen und zu retournieren galt, um den vorgesehenen Ausgleich zu erhalten.

Parallel begann die Abteilung GS3 mit der Implementierung des Online-Portals und dem Aufbau der weiteren Abwicklungsstrukturen, wie Entwicklung von Arbeitsabläufen, Prüfschemata, Mitarbeiterschulungen, Hotline, FAQs usw. Mit 1.9.2023 konnten mittels gesicherter elektronischer Signatur („Handysignatur“) oder einem hochgeladenen Ausweisdokument Anträge eingereicht werden. Die Prüfung des Hauptwohnsitzes erfolgte automatisiert durch Abgleich mit dem Zentralen Melderegister, bei Vereinen auf Basis des Vereinsregisterauszuges. Die Antragsbearbeitung folgte einem standardisierten Ablauf. Pflichtangaben im Online-Formular waren erforderlich, um zum nächsten Schritt zu gelangen. Das Abwicklungstool FX

dokumentierte alle durchgeführten Kontrollschrifte. Die Daten konnten direkt aus dem Online-Antragsformular übernommen werden, damit lag eine Vielzahl von elektronisch auswertbaren Daten für ein Berichtswesen vor. Eingehende Anträge wurden zunächst auf Antragslegitimation geprüft, anschließend auf Vollständigkeit. Bei Fehlen erforderlicher Dokumente ohne Vermerk war der Antrag abzuweisen, eine neuerliche Antragstellung war möglich. Vollständige Anträge wurden nach Eingangsdatum abgearbeitet. Anschließend erfolgte eine Plausibilitätsprüfung auf Basis der erforderlichen Nachweise sowie die Prüfung des in Betracht kommenden Ausgleichsbetrages, sofern nicht ein Pauschalbetrag vorgesehen war. Die Antragsteller mussten ausdrücklich erklären, dass kein Ausgleich von anderer Stelle erfolgte. Anschließend erfolgte eine Plausibilitätsprüfung auf Basis der erforderlichen Nachweise sowie die Prüfung des in Betracht kommenden Ausgleichsbetrages, sofern nicht ein Pauschalbetrag vorgesehen war. Die Antragstellerinnen und Antragsteller mussten ausdrücklich erklären, dass kein Ausgleich von anderer Stelle erfolgte.

Bei positiver Entscheidung erstellte die Sachbearbeiterin oder der Sachbearbeiter ein Zuerkennungsschreiben und eine Auszahlungsanweisung im elektronischen Aktenverwaltungsprogramm des Landes, die von der Abteilungsleitung freigegeben und anschließend an den zuständigen Landesrat zur Fertigung weitergeleitet wurde. Die Auszahlung erfolgte über die Finanzabteilung F1, die nach Prüfung der Budgetdeckung die Überweisung durchführte. Ablehnungsschreiben fertigte die Abteilung GS3. Ein Berichts- und Monitoringsystem wurde umgesetzt.

Dieser Prozess war grundsätzlich geeignet, Anträge strukturiert und nachvollziehbar zu bearbeiten. Die Standardisierung gewährleistete Gleichbehandlung, indem alle Anträge denselben Prüfschritten unterzogen wurden. Die 4-Augen-Prinzip-Anwendung bei Auszahlungsanweisungen schuf Kontrolle und reduzierte Fehlerrisiken. Die administrativen Daten zeigen, dass die durchschnittliche Bearbeitungszeit über alle Kategorien hinweg bei etwa 33 Kalendertagen lag, was gemessen an der ambitionierten Umsetzungszeit als gut zu bewerten ist.

Ein zentrales Qualitätsmerkmal öffentlicher Programme ist die Gleichbehandlung vergleichbarer Fälle, insb. bei Kategorien mit Ermessensspielräumen (Härtefallregelung der Kategorie XVII). Bei standardisierten Kategorien mit klaren Tatbeständen, wie Ausgleich für Strafen oder Nachhilfe, war dies durch die formalisierte Prüfung relativ einfach zu gewährleisten. Die Evaluation konnte keine systematische Analyse der Gleichbehandlung bei Härtefällen durchführen, da dazu eine Einzelfallprüfung aller Härtefallanträge mit Vergleich ähnlicher Fälle erforderlich gewesen wäre. Aus Datenschutzgründen wurde davon abgesehen.

¹²⁴ R. Heuberger, Non Take Up der Wiener Mindestsicherung (WMS), Endbericht / Überarbeitung 07/2021, https://www.statistik.at/fileadmin/pages/338/2021_07_15_WMS_Bericht_nontakeup.pdf; C. Mayrhuber, S. Angel, M. Fink, S. Rocha-Akis, Armut und Sozialhilfe in Ö. WIFO Monatsberichte 11/2023, https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-7279/mb_2023_11_04_sozialhilfe_.pdf; C. Mayrhuber, S. Angel, M. Fink, S. Rocha-Akis (WIFO), F. Weber, R. Haindorfer, A. Iby (prospect), Das letzte soziale Netz (06/2023), BMSGPK, <https://www.wifo.ac.at/news/das-letzte-soziale-netz/>

Bei medizinischen Kategorien war die ärztliche/fachliche Bestätigung entscheidend für die positive Erledigung. Diesbezüglich hat die zuständige Abteilung Vorlagen mit der NÖ ÄK, dem Landesverband für Psychotherapie und dem Dachverband der MTD erstellt, um die Nachweisführung zu erleichtern. In der Praxis akzeptierte die Abwicklungsstelle Bestätigungen in verschiedenen Formaten, von ausführlichen Ärztinnen- und Ärztebriefen bis zu knappen Formularbestätigungen. Dies war zweckmäßig, da es den Ärztinnen und Ärzten obliegt, wie derartige Bestätigungen erteilt werden.

Verwaltungskosten und Kontrollmechanismen

Die Verwaltungskosten des Fonds umfassten Personalkosten, Kosten für die Entwicklung und den Betrieb des Online-Portals, für Öffentlichkeitsarbeit sowie sonstige Sachkosten. Nach Berechnungen beliefen sich die Gesamtverwaltungskosten auf etwa € 800.000 über die gesamte Fondslaufzeit. Etwa 56 % der Kosten betrafen Personalkosten, 24 % Öffentlichkeitsarbeit, 19 % IT-Kosten und 1 % sonstige Kosten. Bei ausgezahlten Fondsmitteln von € 4.597.190,96 ergibt sich eine Verwaltungskosten-Quote von etwa 17 %. Alle Bediensteten, die für die Zwecke der Fondsabwicklung aufgenommen wurden, wurden mittlerweile in den Landesdienst übernommen.

Eine niedrigere Quote wäre durch noch stärkere Standardisierung und Automatisierung erreichbar gewesen. Die amtswegige Strafen-Rückzahlung wies deutlich niedrigere Abwicklungs-kosten pro Fall auf als antragsbasierte Kategorien, da die Identifikation automatisiert erfolgte und Anträge weitgehend formalisiert bearbeitet werden konnten.

Ein wichtiger Aspekt der operativen Abwicklung ist die Verhinderung ungerechtfertigter Inanspruchnahme, wie etwa durch falsche Angaben zur Antragslegitimation, Einreichung fingierter Rechnungen oder ärztlicher Bestätigungen, Mehrfachanträge für denselben Nachteil oder Verschweigen anderweitigen Ausgleichs. Die Abwicklungsstelle implementierte zur Verhinderung mehrere Kontrollmechanismen. Durch eine automatische Prüfung im Abwicklungstool wurden Anträge derselben Person für dieselbe Kategorie verhindert. Zweitens wurden Rechnungen und ärztliche Bestätigungen auf Plausibilität geprüft, wobei ungewöhnlich hohe Beträge, unplausible Daten oder formale Mängel zu Rückfragen führten. Das Risiko einer „Überförderung“ (Doppelförderungen), wie vom Rechnungshof angeführt, erscheint aufgrund der zu erbringenden Nachweise gering. Personen, die die Behandlungen bei Vertragspartnern der Sozialversicherung erhalten haben, hatten aufgrund des Sachleistungsprinzips keine Kosten zu tragen. Dort, wo dies nicht oder nicht zur Gänze der Fall war, also im Bereich der Wahlärztinnen und Wahlärzte sowie der Wahltherapeutinnen und -therapeuten, konnten ausgleichsfähige Aufwendungen entstehen.

Seitens des Bundes und des Landes NÖ waren – neben Wirtschaftshilfen – Unterstützungen für Private und Familien vorgesehen, wie z. B. COVID-19 Sonder-Familienbeihilfe (§ 15 Abs. 1 Familienlastenausgleichsgesetz 1967); COVID-19 Verlängerter Anspruch auf Familienbeihilfe (bei längerer Ausbildungsdauer); Teuerungsbedingte Energiesicherung; COVID-19-Gesetz-Armut (COVID-19 Zuwendung für Kinder in Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungshaushalten; COVID-19 Teuerungsausgleich für Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungs-haushalte; COVID-19 Energiekostenzuschuss für Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungshaushalte), COVID-19 Bildung stärken in Krisenzeiten, COVID-19 Lernunterstützung, COVID-19 Maßnahmen der Universitäten, COVID-19 Schulveranstaltungsaus-fall-Härtefonds, COVID-19 Corona-Familienhärteausgleich, COVID-19 Sonderrichtlinie Armutsbekämpfung.¹²⁵ In NÖ gab es z.B. den Bonus für eine Betreuungskraft während der Dauer der Pandemie (COVID-19) im Zeitraum von 16.3.2020 bis 30.6.2020; Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften,¹²⁶ Sonderförderung zum jährlich an Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe ausbezahlten NÖ Heizkostenzuschuss (€ 150) in Höhe von zusätzlich € 150, Teuerungsausgleich in Höhe von € 300 auf Grundlage von § 3 Lebenshaltungs- und Wohnkosten-Ausgleichs-Gesetz (LWA-G) – vom Bund gewährt und vom Land NÖ ausbeahlt.¹²⁷

Unterstützungen, die sich mit Maßnahmen des NÖ COVID-Hilfsfonds überschnitten, waren nicht ersichtlich, sodass auch diesbezüglich keine Gefahr einer „Überförderung“ bestand.

V. OUTPUTANALYSE: WELCHE ZIELGRUPPEN WURDEN ERREICHT?

Die Analyse der Output-Daten gibt Aufschluss darüber, welche Zielgruppen faktisch erreicht wurden und wo strukturelle Zugangsbarrieren bestanden. Dieses Kapitel präsentiert die verfügbaren administrativen Daten und interpretiert diese in Hinblick auf die Eignung des Fonds zur Zielgruppenerreichung.

Anträge und Bewilligungen gesamt und nach Kategorien

Bis zum Ende der Frist für Antragstellungen am 28.2.2025 gingen insg. 8.734 Anträge ein. Von diesen wurden 6.785 positiv und 1.949 negativ beschieden. Von den 245 Vereinsanträgen wurden 93 positiv erledigt. Die Gesamtsumme der ausgezahlten Mittel betrug € 4.597.190,96, was einer Ausschöpfungsquote von 14,69 % der maximal dotierten € 31,3 Mio. entsprach.

Im Kontext mit der Zielsetzung des Fonds, nämlich die Möglichkeit zum Ausgleich einzuräumen und nicht eine bestimmte Auszahlungsquote zu erzielen, ist die Auszahlungsquote wenig aussagekräftig und kein Maßstab für eine Erfolgsbeurteilung. Daraus ist nur ableitbar, dass die Nachfrage geringer war als die

¹²⁵ Vgl. dazu den Förderbericht des BM für Finanzen, <https://www.bmf.gv.at/themen/budget/publikationen/foerderungsbericht.html>, sowie die Transparenzdatenbank <https://transparenzportal.gv.at/tdb/tp/startpage>

¹²⁶ NÖ Sozialbericht 2020, https://www.noel.gv.at/noe/Sozialhilfe/Sozialbericht_2020.pdf

¹²⁷ NÖ Sozialbericht 2022, https://www.noel.gv.at/noe/Sozialhilfe/Sozialbericht_2022.pdf

dafür maximal bereitgestellten Mittel. Entscheidend ist, ob alle, die einen Ausgleich benötigten, diesen beantragen konnten. Mit der Maximaldotierung war dies gegeben. Eine knappere Dotierung hätte das Risiko beinhaltet, dass antragslegitimierte Personen aufgrund erschöpfter Mittel leer ausgegangen wären. Mehr Aussagekraft hätte ein Vergleich mit den tatsächlichen Betroffenen, was aber aufgrund fehlender Datengrundlagen bzw. deren systematischer Erhebungen nicht möglich war.^{128,129}

Zum zeitlichen Verlauf der Antragseingänge siehe den Endbericht (Teil III dieses Berichts). Die Verteilung der Anträge nach Kategorien zeigt deutliche Unterschiede, wie aus dem Endbericht (Teil III dieses Berichts) hervorgeht.

Die Antragsdatenbank enthielt Informationen zu Geschlecht und Wohnort der Antragstellerinnen und Antragsteller. Diese Daten ermöglichen eine Analyse der Verteilung. Die Geschlechterverteilung zeigte eine doch deutliche Überrepräsentation von Frauen mit 69,25 % der Anträge gegenüber 30,75 % von Männern. Dies entspricht der Studienlage, da Frauen häufiger psychische Belastungen berichten und häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Männer.

Der NÖ COVID-Hilfsfonds im nationalen und internationalen Vergleich

Auf Bundesebene gab es mehrere Initiativen zum Ausgleich von pandemiebedingten Strafen, insb. jener, die auf Normen beruhten, die später vom VfGH aufgehoben wurden. Zu erwähnen ist etwa das „COVID-Strafen-Rückzahlungsvolksbegehren“¹³⁰, das im Nationalrat behandelt, aber nicht umgesetzt wurde. Auf weitere Volksbegehren wird verwiesen.¹³¹ Auch parlamentarische Initiativen in Form von Entschließungsanträgen, die von unterschiedlichen Parteien eingebracht wurden und in der Fuß-

note nur beispielhaft angeführt sind, gab es mehrere.¹³²

Der Unabhängige Verwaltungssenat der Steiermark hat 2007 in zwei Verfahren Strafbescheide wegen nicht gehöriger Kundmachung von Geschwindigkeitsbeschränkung nach IG-L beobeten.¹³³ Die LReg der Steiermark hat sich entschlossen, die Strafen zu erstatte.¹³⁴ Bedenken wegen einer „Signalwirkung“ oder Probleme mit § 52a VStG sah man offenbar nicht.

Auf internationaler Ebene haben mehrere Länder und Staaten einen Ausgleich für Verwaltungsstrafen umgesetzt. Bayern¹³⁵ führte 2024 ein einfaches Verfahren zur Rückerstattung bestimmter Bußgelder ein, beschränkt auf das als verfassungswidrig eingestufte Ausgehverbot vom 16.12.2020–10.1.2021. Slowenien¹³⁶ beschloss im Sep. 2023 eine umfassende Amnestie für alle Corona-Strafen mit vollständiger Rückerstattung von € 5,7 Mio. an 62.000 Betroffene. Ziel war die Wiederherstellung des Vertrauens in den Rechtsstaat und Wiedergutmachung für verfassungswidrige Eingriffe. Die Slowakei¹³⁷ verabschiedete im April 2025 ein „Gesetz zur Wiedergutmachung von Unrecht“ mit Rückerstattung aller Corona-Strafen auf Antrag (Budget: € 3,34 Mio.). Italien¹³⁸ hat von der Einhebung nicht bezahlter Strafen wegen Verstoß gegen die Impflicht abgesehen (Impflicht galt für Personen ab dem 50. Lebensjahr).

Diese internationalen Beispiele zeigen verschiedene Modelle zum Umgang mit pandemiebedingten Verwaltungsstrafen. Das Spektrum reicht von eng gefassten Rückerstattungen für verfassungswidrige Strafen (Bayern) über generelle Amnestien (Slowenien, Slowakei) bis zu partiellen Lösungen (Italien). Alle diese Ansätze verbindet das Ziel, gesellschaftliche Versöhnung zu fördern und ein politisches Signal der Anerkennung zu setzen, dass manche Maßnahmen im Rückblick problematisch waren.

¹²⁸ Siehe zu dieser Problematik in Teil V

¹²⁹ Parlamentskorrespondenz Nr. 620 vom 5.6.2023, Frauengesundheit: In Ö fehlen die Daten, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2023/pk0620; BMASGPK, Frauen leben länger – in schlechter Gesundheit, 16.2.2023, <https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Aktuelles/Archiv-2023/Februar-2023/frauengesundheitsbericht2022.html>; MedUni Wien, Depressionen zeigen sich bei Männern anders als bei Frauen, 3.10.2022, <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2022/news-im-oktober-2022/depressionen-zeigen-sich-bei-maennern-anders-als-bei-frauen/>; BMSGPK und Statistik Austria, Ö Gesundheitsbefragung 2019, <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Oesterreichische-Gesundheitsbefragung2019-Hauptergebnisse.pdf>

¹³⁰ „COVID-Strafen-Rückzahlungsvolksbegehren“ (2024), Unterschriften: 101.652 (1,60%), https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2024/pk0807; 2408 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP; https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/1/2408/fname_1604179.pdf; Verfassungsausschuss: Hearing zu „COVID-Strafen-Rückzahlungsvolksbegehren“, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2024/pk0773#XXVII_1_02408

¹³¹ „Impfpflicht: Striktes NEIN“ (2022), Unterschriften: 269.391 (4,23%), https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2022/pk0528; „Nein zur Impfpflicht“ (2022), Unterschriften: 246.878 (3,88%), https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2022/pk0982; „Impfpflichtabstimmung: NEIN respektieren!“ (2022), Unterschriften: 246.476 (3,87%), https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2022/pk0982; „COVID-Maßnahmen abschaffen“ (2023), Unterschriften: 218.800 (3,44%), <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/1/1934>; „Wiedergutmachung der COVID-19-Maßnahmen (2023)“, Unterschriften: 184.936 (2,91%), <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/1/1933>; „Impfpflichtgesetz abschaffen – Volksbegehren“ (2024), Unterschriften: 101.393 (1,60%), https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2024/pk0807

¹³² Entschließungsantrag der Abgeordneten Dr. Nikolaus Scherak, MA, Dr. Johannes Margreiter, Kolleginnen und Kollegen betreffend Generalamnestie bei Corona-Strafen, 702/A(E) vom 18.6.2020 (XXVII. GP), https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/A/702/fname_804151.pdf; Auszug aus den Stenographischen Protokollen der 38. Sitzung des Nationalrats vom 18.6.2020 / S. 135 ff. Debattenbeiträge zum Entschließungsantrag der Abg. Dr. Nikolaus Scherak, MA, Kolleginnen und Kollegen betreffend „Generalamnestie bei Corona-Strafen“, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/1/38/fname_841314.html#Seite_0136.html; Forderung der NEOS nach einer Generalamnestie für Corona-Strafen, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2020/pk1291; Entschließungsantrag der Abg. Dr. Fürst und weiterer Abg. betreffend Generalamnestie bei menschenrechtswidrigen COVID-19-Strafen, 1680/A(E) vom 20.5.2021 (XXVII. GP), <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/1/1680>; Entschließungsantrag der Abg. Dr. Dagmar Belakowitsch, Christian Hafenecker, MA, Mag. Gerhard Kania, Peter Wurm, Mag. Gerald Hauser und weiterer Abgeordneter betreffend Corona-Wiedergutmachungsfonds des Bundes vom 30.3.2023, 3303/A(E) XXVII. GP, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/1/A/3303/fname_1548902.pdf

¹³³ UVS Steiermark, 30.18-24/2007, 09.3.2007 (TatortAutobahn); https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Uvs/JUT_ST_20070309_3018024_07_00/JUT_ST_20070309_3018024_07_00.pdf; UVS Steiermark, 30.16-66/2007, 24.7.2007 (Freilandstraße); VO des Landeshauptmannes von Steiermark, LGBI 131/2006

¹³⁴ Die LReg der Steiermark hat daher am 9.7.2007, FA13A-07.10.634-07/555, folgenden Beschluss gefasst: „Die Rückzahlung von bereits einbezahlten Strafgeldern betreffend Geschwindigkeitsüberschreitungen auf Freilandstraßen im Zeitraum vom 15.12.2006 bis 14.3.2007 gemäß § 6 Abs. 1 Z 2 IG-L-Maßnahmenverordnung, LGBI 131/2006, wird genehmigt. https://www.umwelt.steiermark.at/cms/dokumente/10434780/67942b52/ERLASS_R%C3%BCckzahlung%20von%20Strafgeldern.doc; <https://www.kommunikation.steiermark.at/cms/beitrag/11694128/374565/>

¹³⁵ R. Jahn, 5.4.2023, Update – Bußgelder wegen rechtswidriger Corona-Ausgangsbeschränkungen in Bayern werden zurückgezahlt. <https://www.nwb-experten-blog.de/update-bussgelder-wegen-rechtswidriger-corona-ausgangsbeschränkungen-in-bayern-werden-zurückgezahlt/>

¹³⁶ S. Barkey, „Unrecht wiedergutmachen“: Slowenien zahlt Corona-Strafen zurück, 22.09.2023, <https://www.berliner-zeitung.de/news/unrecht-wiedergutmachen-slowenien-zahlt-corona-strafen-zurück-li/434115>; https://www.kleinezeitung.at/politik/aussenpolitik/6324134/Generalamnestie_Slowenien-zahlt-alle-CoronaStrafen-zurück

¹³⁷ Erstattung von Pandemie-Bußgeldern in der Slowakei, 9.4.2025, <https://www.viennaoffices.at/de/News-Room/City-News/Erstattung-von-Pandemie-Bussgeldern-in-der-Slowakei>; <https://www.viennaoffices.at/de/News-Room/City-News/Slowakei-beschließt-Covid-Amnestie>

¹³⁸ Reuters, Italy scraps fines for COVID-19 vaccine opponents, 10.12.2024, <https://www.reuters.com/world/europe/italy-scaps-fines-covid-19-vaccine-opponents-2024-12-10/>; <https://www.usnews.com/news/world/articles/2024-12-10/italy-scaps-fines-for-covid-19-vaccine-opponents>

Gründe, die sich für einen Ausgleich von pandemiebedingten Strafen generell bzw. von „verfassungswidrigen“ Strafen ins Treffen führen lassen, sind bspw. multiple und schwerwiegende Eingriffe in Grundrechte über einen langen Zeitraum; der VfGH hat VO aufgehoben, da diese ohne Prüfung des Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen erlassen wurden bzw. diesbezügliche Unterlagen im VfGH-Verfahren nicht vorgelegt werden konnten; Wiederherstellung des Rechtsfriedens; Gleichstellung jener Personen, die Strafen nicht bekämpft haben mit jenen, die dies erfolgreich gemacht haben; Wiederherstellung des Vertrauens in den Rechtsstaat; gesellschaftliche Versöhnung. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es Ansätze, die sich mit der Pandemieaufarbeitung befassten, im Sinne einer „Pandemic Transitional Justice“¹³⁹ also Ausgleich für massive Grundrechtseingriffe. Eine (mögliche) Signalwirkung, also die Gefahr, dass dadurch die Bereitschaft verringert wird, sich künftig in ähnlichen Situationen regelkonform zu verhalten, ist ein vielfach vertretenes Argument. Die nationalen und internationalen Initiativen zeigten, dass dies offenbar nicht so gesehen wurde. Der Ausgleich in NÖ durch den NÖ COVID-Hilfsfonds erfolgte nach Ende der Pandemie, sodass die Interessen des Bundes nicht beeinträchtigt (torpediert) werden konnten. Ein Vertrauenstatbestand, dass hinkünftig mit gleichen Ausgleichsmaßnahmen gerechnet werden kann, wurde nicht begründet, sah der Fonds doch einen Ausgleich für „verfassungswidrige“ Strafen vor. Intention des NÖ Landtages war der Ausgleich von Nachteilen. Mit dem Ausgleich für „verfassungswidrige“ Strafen sollten die multiplen und teilweise verfassungswidrigen Grundrechtseingriffe ausgeglichen werden. Eine Benachteiligung gegenüber Personen, die sich regelkonform verhalten haben, ist nicht ersichtlich, sah der Fonds doch vor, allen von „verfassungswidrigen“ Strafen Betroffenen die Strafen amtswegig auszugleichen. Die Annahme, dass sich alle Personen regelkonform verhielten, ist in dieser Pauschalität mit großer Wahrscheinlichkeit nicht korrekt. Aus dem Umstand, dass keine Strafen verhängt wurden, kann nicht pauschal und undifferenziert auf rechtskonformes Verhalten der gesamten restlichen Bevölkerung geschlossen werden. Möglicherweise haben sich viele in der einen oder anderen Situation nicht rechtskonform verhalten, sind dabei aber nicht wahrgenommen und angezeigt worden.

Der Beschluss des NÖ Landtages an sich – vor dem Hintergrund der rechtlich korrekten Umsetzung – war die demokratische Legitimation für den Fonds, ebenso die Genehmigung der Vorschläge und die kollegiale Beschlussfassung der Richtlinien durch die NÖ LReg.

Der NÖ COVID-Hilfsfonds positionierte sich im Vergleich als mittlerer Ansatz. Er ging über den bayerischen Ansatz hinaus (nur Strafen-Rückerstattung) und war spezifischer als die slowenische Generalamnestie. Der NÖ COVID-Hilfsfonds kombinierte den Ausgleich für „verfassungswidrige“ Strafen mit einem breiteren Ausgleichsprogramm, das gesundheitliche und bestimmte andere Nachteile umfasste. Dies macht ihn einzigartig im internationalen Vergleich. Im Unterschied zu Slowenien erfolgte in NÖ keine Amnestie¹⁴⁰ für alle Strafen (was aufgrund der Kompetenzlage auch nicht möglich war), sondern ein gezielter Ausgleich für „verfassungswidrige“ Strafen.

Die internationale und nationale Kontextualisierung hat mehrere Implikationen für die Bewertung des NÖ COVID-Hilfsfonds. Der Vergleich zeigt, dass NÖ nicht allein mit der Idee des Ausgleichs für Strafen war, sondern Erster einer europäischen Entwicklung. Die Tatsache, dass andere Länder ähnliche Programme implementierten, bestätigt die politische Intuition, dass eine Aufarbeitung pandemiebedingter Nachteile geboten war.

NÖ nahm eine Vorreiterrolle ein. Dies kann als Stärke interpretiert werden, da das Land NÖ Initiative zeigte, wo der Bund trotz mehrerer Initiativen bisher nicht tätig wurde. Die verschiedenen Modelle zeigen, dass es keinen Standard gibt, sondern unterschiedliche Ansätze. Der NÖ Ansatz war umfassender, aber auch komplexer. Der NÖ COVID-Hilfsfonds war ein wichtiger Teil, um Gräben in der Gesellschaft zu schließen, aber nicht der einzige. Im Arbeitsübereinkommen waren weitere Maßnahmen vorgesehen, um Nachteile auszugleichen oder hinkünftig zu verhindern (Punkte 4–10 des Übereinkommens), die – soweit überschaubar – bereits umgesetzt wurden.

Diese demokratisch legitimierte Zielsetzung ist anzuerkennen, wenngleich die Umsetzung nicht einfach war. Den Fonds ergänzten weitere Maßnahmen zur Aufarbeitung der Pandemie und Pandemiemaßnahmen sowie Beseitigung von weiteren Nachteilen.¹⁴¹

¹³⁹ B. R. Reveggino, Á. Becerra-Bolaños, Transitional Justice after the COVID-19 Pandemic, 29.9.2022, <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12388>; Pandemic Transitional Justice (PTJ) ist ein konzeptioneller Ansatz, der Instrumente und Prinzipien der juristischen und gesellschaftlichen Aufarbeitung einer Krisenphase, die von legislativem Unrecht geprägt war, verfolgt. Im Rahmen der Pandemiefolgenaufarbeitung beinhaltet es die Schwerpunkte: Wahrheit (Aufklärung und Dokumentation von multiplen Menschenrechtsverletzungen), Gerechtigkeit (juristische Aufarbeitung, ggf. Rehabilitierung oder Entschädigung von Betroffenen), Reparation (symbolischer und/oder materieller Ausgleich von Nachteilen), Nichtwiederholungsgarantie (institutionelle Reformen, Anpassung der Notfallgesetze usw.); weitere Beiträge dazu siehe <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36231689/>

¹⁴⁰ Eine Generalamnestie wäre aufgrund der Kompetenzverteilung des B-VG nur mit Bundesgesetz möglich.

¹⁴¹ Vgl. das Arbeitsübereinkommen: 4. Das Land NÖ hat die Corona-Impfpflicht für Mitarbeiter aufgehoben und steht als Arbeitgeber wieder all jenen ehemaligen Mitarbeitern offen, die auf Grund der eingeführten Corona-Impfpflicht ihrer Tätigkeit nicht weiter nachgehen konnten. 5. Das Land NÖ wird alle Bewerber, deren Bewerbung für eine Stelle im Landesdienst auf Grund ihres Corona-Impfstatus nicht weiterverfolgt wurde, zu einer neuzeitlichen Bewerbung einladen. Voraussetzung bleiben selbstverständlich die allgemeinen Aufnahmekriterien. 6. Dort, wo das Land NÖ die Personalhoheit ausübt, werden keine Maßnahmen gesetzt, die auf eine direkte oder indirekte Corona-Impfpflicht hinauslaufen. 7. Das Land NÖ wird gesetzliche Anpassungen gegen eine Diskriminierung aufgrund des Corona-Impfstatus im Bereich des Landes vornehmen. 8. Das Land NÖ wird keine Werbemaßnahmen mehr für die Corona-Impfung durchführen. 9. In den Kliniken der Landes-Gesundheitsagentur wird mit 30.4.2023 die Corona-Maskenpflicht für alle Mitarbeiter aufgehoben. 10. Das Land NÖ richtet unabhängig vom Fonds gem. Punkt 1 eine unabhängige, unbefangene und weisungsfreie Evaluierungskommission ein, die sich mit den Maßnahmen, Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie wie z. B. Schulschließungen und Ausgangsbeschränkungen auseinandersetzen und diese aufarbeiten wird. Die Ergebnisse dieser Kommission sollen für das Land Orientierung für Maßnahmen im Falle einer allfälligen neuerlich auftretenden Pandemie sein.

TEIL III. ENDBERICHT DES NÖ COVID-HILFSFONDS FÜR CORONA-FOLGEN

I. HINTERGRUND

Mehr als drei Jahre lang hat die Corona-Pandemie das Leben in allen Lebensbereichen massiv beeinflusst. Verantwortungsvolle Politik bedeutet, kritisch zurückzublicken, Fehler einzugehen und aus ihnen zu lernen. Daher wurde bereits im März 2023 im Arbeitsübereinkommen zwischen ÖVP NÖ und FPÖ NÖ für die gemeinsame Regierungsarbeit der Jahre 2023 bis 2028 unter dem Leitsatz „Gräben schließen, Verantwortung übernehmen“ vereinbart, die im Zuge der Pandemie gesetzten Maßnahmen aufzuarbeiten und Maßnahmen zu setzen, die entstandene Schäden – so gut dies möglich ist – wiedergutzumachen. Damit befasste sich NÖ – noch bevor die letzten Pandemie-Maßnahmen mit 1.7.2023 in Ö endeten – als erstes Bundesland in Ö mit der Aufarbeitung der Maßnahmen, den Folgen der Pandemie und den Schäden, die verursacht wurden.

Ein Fonds in Höhe von maximal € 31,3 Mio. sollte Zahlungen zum Ausgleich von negativen gesundheitlichen Auswirkungen ermöglichen, wie z. B. bei Impf-Beeinträchtigungen, psychischen Problemen usw. Unterstützungen waren zudem in Bezug auf Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche und Nachhilfe angedacht. Darüber hinaus sollten Personen, die wegen Verletzung von Corona-Maßnahmen Strafgelder zahlen mussten, deren Bestimmungen später vom VfGH aufgehoben wurden, Ausgleichszahlungen erhalten.

II. EINRICHTUNG DES FONDS

Am 25.5.2023 beschloss der NÖ Landtag gemäß dem Arbeitsübereinkommen die Errichtung und Einrichtung des „NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen“ in Höhe von maximal € 31,3 Mio. Davon sollten € 1,3 Mio. aus dem Land zugeflossene Strafgelder eingebbracht werden und Personen zugutekommen, die durch die Pandemie Schaden genommen haben. Der Fonds sollte auf die Dauer von zwei Jahren eingerichtet werden.

Ein Teil des Fonds sollte Ausgleichszahlungen für jene ermöglichen, die wegen Verletzung von Corona-Beschränkungen Strafgelder bezahlt haben, welche aufgrund von Bestimmungen verhängt worden sind, die in der Folge vom VfGH aufgehoben wurden. Aus dem Fonds sollten zudem insb. Maßnahmen zum Ausgleich von negativen Auswirkungen im Zusammenhang mit Corona und mit Corona-Maßnahmen finanziert werden. Ebenfalls im NÖ Landtag beschlossen wurde, dass die NÖ LReg ehestmöglich Richtlinien für die Abwicklung der Fondsmittel zu erlassen habe. In diesen Richtlinien sei eine einfache, rasche und nach Möglichkeit automatisationsunterstützte Abwicklung sicherzustellen.

III. RICHTLINIEN ZUM FONDS

Innerhalb von vier Wochen nach der Beschlussfassung durch den NÖ Landtag am 23.5.2023 zur Errichtung und Einrichtung des Fonds wurden am 27.6.2023 die Richtlinien für den „NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen“ von der NÖ LReg beschlossen. Allgemeine Richtlinien sowie bestimmte jeweilige Voraussetzungen pro Kategorie mussten für eine Inanspruchnahme erfüllt sein. Wurden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, konnte keine Bewilligung und Ausbezahlung erfolgen. Antragsvoraussetzung war ein Hauptwohnsitz in NÖ in der Zeit von 16.3.2020 bis 25.5.2023. Die Antragstellerinnen und Antragsteller mussten zudem österreichische Staatsangehörige oder deren Familienangehörige, Staatsangehörige eines anderen EWR-Staates oder der Schweiz oder deren Familienangehörige oder Drittstaatsangehörige mit einem Aufenthaltstitel „Daueraufenthalt-EU“ sein. Vereine, die Projekte im Zeitraum zwischen 1.9.2023 und 30.6.2025 einreichen wollten, mussten ihren Sitz in NÖ haben. Ausgeschlossen waren politische Parteien sowie parteinähe Organisationen. Zur Kontrolle der Voraussetzungen erfolgte ein automatischer Abgleich mit dem Zentralen Melderegister oder eine Prüfung anhand des Vereinsregisterauszugs.

Die Prüfung der Voraussetzungen der jeweiligen Kategorie erforderte die Nachweisprüfung wie etwa ärztliche Bestätigung einer COVID-19-Impfbeeinträchtigung bzw. Langzeitfolgen aufgrund einer COVID-19-Erkrankung. Mit der ÄK NÖ, dem NÖ Landesverband für Psychotherapie und dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Ö Vorlagen erarbeitete man Vorlagen. Die maximale Förderhöhe bzw. der jeweilige Pauschalbetrag war von der jeweiligen Kategorie abhängig. Die Richtlinien traten mit 1.7.2023 in Kraft und galten bis 31.8.2025.

Ausgleich für Strafgelder und Kosten für Anwältinnen und Anwälte

Die Kategorie „Ausgleichszahlungen für Strafgelder, die aufgrund von Bestimmungen verhängt worden sind, die in der Folge vom VfGH aufgehoben wurden“ richtete sich an jene Personen, die Strafgelder aufgrund von COVID-19-Bestimmungen bezahlt hatten, deren Rechtsgrundlage später vom VfGH aufgehoben wurde.

Förderhöhe: Vermögenverschiebungen durch die Bezahlung von Strafgeldern zuzüglich der im Instanzenzug entstandenen Verfahrenskosten, die aufgrund von COVID-19 Bestimmungen bezahlt wurden.

Voraussetzung: Strafbestimmungen, die später vom VfGH aufgehoben wurden.

Mit dieser Kategorie eng verbunden war der „Zuschuss zum Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Rück erstattung von Strafgeldern“. Die Kosten für Rechtsanwältinnen

und Rechtsanwälte mussten im Zusammenhang mit der Beratung und der Bekämpfung von Strafen entstanden sein, deren Rechtsgrundlage in der Folge vom VfGH aufgehoben wurde.

Förderhöhe: maximal € 1.000

Voraussetzung: Honorarnote einer Rechtsanwältin oder eines Rechtsanwalts (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Zahlungsnachweise

Ausgleich für ärztlich bestätigte COVID-19-Impfbeeinträchtigungen

Die Kategorie „Zahlung eines Pauschalbetrages für Menschen mit ärztlich bestätigten COVID-19-Impfbeeinträchtigungen“ richtete sich an Menschen, die schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen auf eine COVID-19-Impfung erlebten, die nicht in den Anwendungsbereich des Impfschadengesetzes fallen oder wo kein Ausgleichsanspruch in diesem Rahmen trotz ärztlicher Bescheinigung vorliegt. Nicht gemeint damit sind Impfreaktionen bzw. harmlose Beschwerden, die im Zuge einer ärztlichen Aufklärung erläutert werden.

Pauschalbetrag: € 1.000 bei einer ärztlich bestätigten Beeinträchtigung bzw. € 1.500 bei einer ärztlich bestätigten Beeinträchtigung plus zusätzlicher Bestätigung über einen stationären Krankenhausaufenthalt

Voraussetzungen: Ärztliche Bestätigung samt Diagnose über das Vorliegen einer Impfbeeinträchtigung, die durch einen in Österreich zugelassenen COVID-19-Impfstoff verursacht wurde (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Impfzertifikat, Krankenhaus-Aufenthaltsbestätigung

Ausgleich für ärztlich bestätigte Long-COVID-Folgen

Bei der Kategorie „Zahlung eines Pauschalbetrages für Menschen, die unter Long-COVID-Folgen leiden“ ging es um gesundheitliche Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Erkrankung. Häufige Symptome sind zum Beispiel Kurzatmigkeit, Erschöpfung, verminderte Leistungsfähigkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme. Die Symptome können sehr unterschiedlich sein.

Long-COVID umfasst eine langanhaltende COVID-19-Erkrankung (ab vier Wochen Symptomdauer) und das sogenannte Post-COVID-Syndrom (ab 12 Wochen Symptomdauer).

Pauschalbetrag: € 1.000 im Fall von ärztlich bestätigtem Long-COVID sowie € 1.500 bei einer Bestätigung über einen stationären Krankenaufenthalt

Voraussetzungen: Ärztliche Bestätigung über das Vorliegen von Langzeitfolgen aufgrund einer COVID-19-Erkrankung (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Krankenhaus-Aufenthaltsbestätigung, Behandlungsnachweise

Ausgleich für ärztlich/fachlich bestätigte psychische oder seelische Beeinträchtigungen

Bei der Kategorie „Zahlung eines Betrages zum Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Behandlung nachgewiesener psychischer und seelischer Störungen und Krankheiten, die während COVID-19 aufgetreten sind“ standen Behandlungskosten von Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie Logopädinnen und Logopäden in Zusammenhang mit COVID-19 im Mittelpunkt.

Förderhöhe: maximal € 1.000

Voraussetzungen: Ärztliche/fachliche Bestätigung (psychische oder seelische Störung oder Krankheit, Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Rechnungen, Zahlungsnachweise

Ausgleich für ärztlich/fachlich bestätigte Therapien

Die Kategorie „Zahlung eines Betrages zum Ausgleich von Aufwendungen für erforderliche Therapien, die im Zusammenhang mit COVID-19 aufgetreten sind“ bezog sich auf die Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten.

Förderhöhe: maximal € 500

Voraussetzungen: Ärztliche/fachliche Bestätigung des Therapiebedarfs und der Erklärung, dass die Beschwerden auf COVID-19 zurückzuführen sind (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Rechnungen, Zahlungsnachweise

Ausgleich für Nachhilfe

Die Kategorie „Zahlung eines Betrages zum Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit Nachhilfe“ basierte auf absolvierten und bezahlten Nachhilfestunden.

Förderhöhe: maximal € 500

Voraussetzungen: Bezug der Familienbeihilfe, Bestätigung der Nachhilfestunden (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Hauptwohnsitz des Kindes und der oder des Antragstellenden in NÖ im gesamten Zeitraum der Nachhilfe, Besuch einer Primar- oder Sekundarschule, Rechnung, Zahlungsnachweise

Ausgleich von Aufwendungen für Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche

In der Kategorie „Zahlung eines Betrages zum Ausgleich von Aufwendungen für Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche“ wurden angefallene Kosten für Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023) bei Folgen von Corona-und/oder Corona-Maßnahmen-bedingten Problemen (Ferienlager, Jugend- & Sport-Veranstaltungen, Kulturaktivitäten, Schülerinnen- und Schüleraustauschprogramme) ausgeglichen.

Förderbetrag: maximal € 200 pro Kind oder Jugendlichem

Voraussetzungen: Keine andere Maßnahme dieses Fonds wird gefördert, Bezug der Familienbeihilfe, Antragstellerin oder Antragsteller und Kind hatten Hauptwohnsitz während der Freizeitaktivität in NÖ, Rechnungen, Zahlungsnachweise, die tatsächlichen Kosten müssen höher als € 50 pro Kind sein

Ausgleich für COVID-19 bedingte persönliche oder familiäre Notlagen

Der „Zuschuss für sonstige erforderliche Unterstützungen“ konnte bei besonders berücksichtigungswürdigen Gründen zur Beseitigung einer unverschuldeten persönlichen oder familiären Notlage aufgrund der COVID-19-Pandemie und deren Folgen (Krankheit, Unfall, Todesfall in der Familie) zu speziellen Behandlungen, Unterstützungen, Therapien oder Begräbniskosten gewährt werden.

Förderhöhe: maximal € 500

Voraussetzungen: Keine andere Maßnahme dieses Fonds wird gefördert, Rechnungen (Zeitraum: 16.3.2020–30.6.2023), Zahlungsnachweise, Nachweis über plausiblen finanziellen Nachteil

Förderung von Vereinen für Kinder und Jugendliche

Die Kategorie „Förderung von Vereinen für Kinder und Jugendliche“ kam dann in Frage, wenn Leistungen mit dem Ziel, Corona- und/oder Corona-Maßnahmen-bedingte Probleme bei Kindern und Jugendlichen durch Projekte zur Förderung der psychischen und/oder physischen Gesundheit zu bekämpfen angeboten wurden (Zeitraum: 1.9.2023– 28.2.2025).

Förderhöhe: maximal € 2.000 pro Projekt

Voraussetzungen: Projektunterlagen inkl. Kosten, Vereinsregisterauszug, Projektbeschreibung, Liste der gewährten Förderungen in den vergangenen drei Jahren vor Antragstellung, Rechnungen, Zahlungsbestätigungen, Teilnehmerinnen- und Teilnehmerliste

Sonstige Vereinsförderungen

In der Kategorie „Förderung von Vereinen“ ging es um Vereine, die sich mit ihren Leistungen für die Belange jener Menschen einsetzen, die Schäden oder Beeinträchtigungen durch COVID-19-Impfungen oder COVID-19-Erkrankungen aufweisen bzw. einzelne Projekte (Zeitraum: 1.9.2023–28.2.2025) dieses Vereins.

Förderhöhe: maximal € 5.000 pro Projekt

Voraussetzungen: Vereinssitz in NÖ, auf das jeweilige Projekt bezogene Personalkosten, Projektunterlagen, Kosten, Vereinsregisterauszug, Projektbeschreibung, Liste der gewährten

Förderungen der letzten drei Jahre vor Antragstellung, Rechnung, Zahlungsbestätigung und Teilnehmerinnen- und Teilnehmerliste nach genehmigtem und durchführtem Projekt

IV. ABWICKLUNG

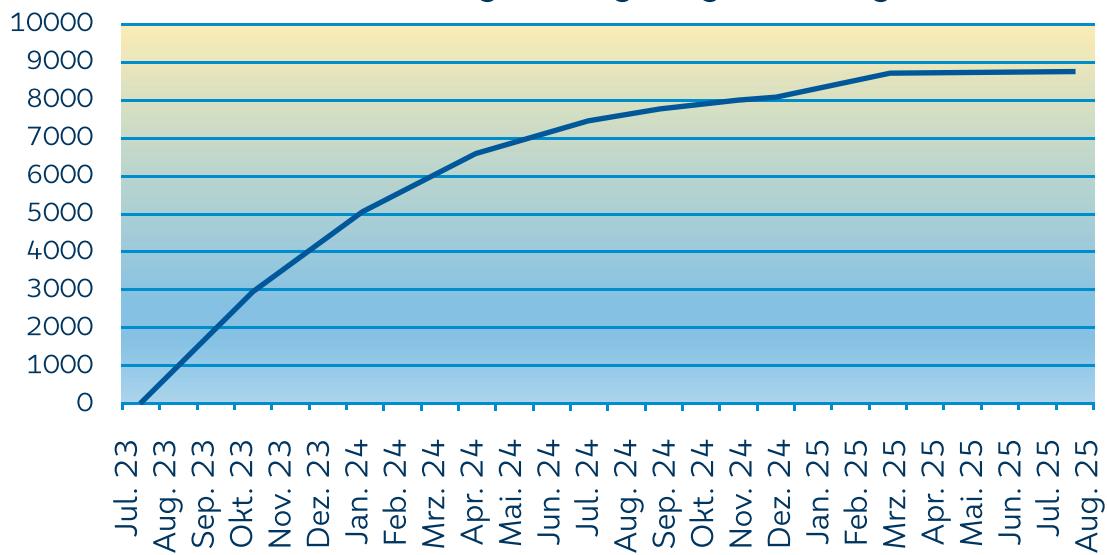
Fördergeber des „NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen“ war das Land NÖ. Verantwortlich war laut Geschäftsordnung der NÖ LReg der zuständige Landesrat für Sicherheit, Asyl und Zivilschutz. Förderabwickelnde Stelle war die Abteilung Gesundheitsstrategie (GS3) des Amtes der NÖ LReg, die gegenüber dem Landesrat weisungsgebunden war.

Ab 1.7.2023 ermittelten die BVB jene Personen, die für eine Ausgleichszahlung von COVID-19-Strafgeldern in Frage kamen. Die Personen erhielten ein Informationsschreiben sowie ein Formular, das es auszufüllen und zu retournieren galt, um die Ausgleichszahlung zu erhalten.

Für eine effiziente Förderabwicklung wurden durch die förderabwickelnde Stelle rasch technische und organisatorische Ressourcen zur Verfügung gestellt. Damit stand für alle anderen Förderkategorien ab 1.9.2023 ein Online-Formular bereit, über das mittels Handysignatur oder durch das Hochladen eines Ausweisdokuments Anträge eingereicht werden konnten. Das dazugehörige Tool ermöglichte eine durchgehende Dokumentation und automatisierte Kontrollschrifte. Monitoring-Berichte über den gesamten Verlauf der Einreichphase dokumentierten die Entwicklung der eingelangten und bewilligten Anträge und die Auszahlungsbeträge. Die Richtlinien galten bis zum 31.8.2025 (letztmögliche Auszahlungen).

Neben Informationen auf der Internetseite des Landes NÖ stand für Anfragen eine telefonische Hotline sowie eine eigene E-Mail-Adresse zur Verfügung. In den ersten Monaten der Einreichphase war das Interesse am größten. Bereits nach sechs Monaten (Anfang Jänner 2024) machten die Anträge mehr als die Hälfte aller insg. eingelangten Anträge aus. Im Juli 2024, also ein Jahr nach Start des Hilfsfonds, waren über 85 % aller Förderansuchen eingelangt.

Entwicklung der eingelangten Anträge

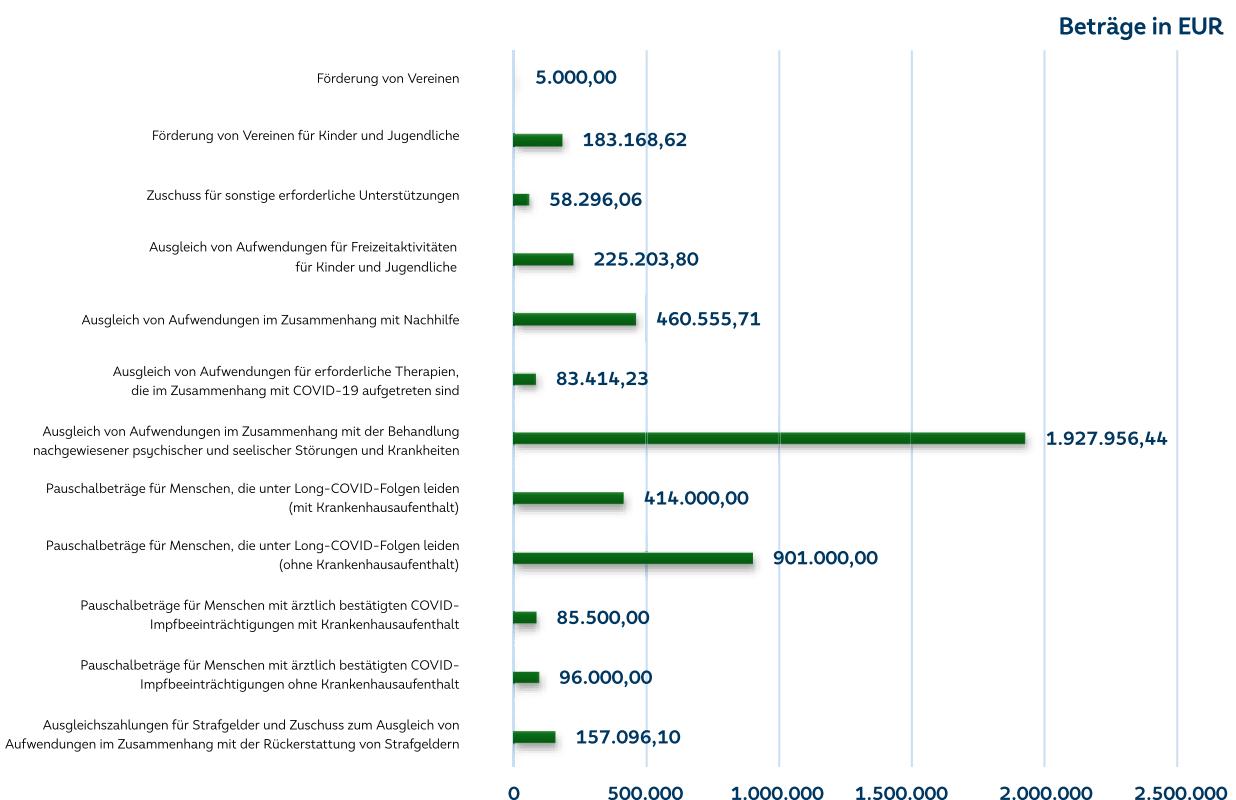


V. STATISTIKEN

Nach Förderkategorien

Förderkategorie	Antragsstatistik				Auszahlungsstatistik		
	Anzahl der eingelangten Anträge	Antragsquote je Förderkategorie	Beantragte Fördermittel (Betrag in EUR)	Anteil beantragte Fördermittel in % je Förderkategorie	Anzahl der ausbezahlten Anträge	Auszahlungsbetrag (Betrag in EUR)	Anteil ausbezahlte Förderung in % je Förderkategorie
Ausgleichszahlungen für Strafgelder und Zuschuss zum Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Rückerstattung von Strafgeldern	550	6,30 %	173.164,50	2,51 %	480	157.096,10	3,42 %
Pauschalbeträge für Menschen mit ärztlich bestätigten COVID- Impfbeeinträchtigungen ohne Krankenaufenthalt	185	2,12 %	185.000,00	2,69 %	96	96.000,00	2,09 %
Pauschalbeträge für Menschen mit ärztlich bestätigten COVID- Impfbeeinträchtigungen mit Krankenaufenthalt	117	1,34 %	175.500,00	2,55 %	57	85.500,00	1,86 %
Pauschalbeträge für Menschen, die unter Long-COVID-Folgen leiden (ohne Krankenaufenthalt)	1.009	11,55 %	1.009.000,00	14,65 %	901	901.000,00	19,60 %
Pauschalbeträge für Menschen, die unter Long-COVID-Folgen leiden (mit Krankenaufenthalt)	517	5,92 %	775.500,00	11,26 %	276	414.000,00	9,01 %
Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Behandlung nachgewiesener psychischer und seelischer Störungen und Krankheiten	2.601	29,78 %	2.601.000,00	37,77 %	2.368	1.927.956,44	41,94 %
Ausgleich von Aufwendungen für erforderliche Therapien, die im Zusammenhang mit COVID-19 aufgetreten sind	450	5,15 %	225.000,00	3,27 %	200	83.414,23	1,81 %
Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit Nachhilfe	1.258	14,40 %	629.000,00	9,13 %	1.005	460.555,71	10,02 %
Ausgleich von Aufwendungen für Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche	1.393	15,95 %	278.600,00	4,05 %	1.188	225.203,80	4,90 %
Zuschuss für sonstige erforderliche Unterstützungen	409	4,68 %	204.500,00	2,97 %	121	58.296,06	1,27 %
Förderung von Vereinen für Kinder und Jugendliche	210	2,40 %	459.985,17	6,68 %	92	183.168,62	3,98 %
Förderung von Vereinen	35	0,40 %	169.881,00	2,47 %	1	5.000,00	0,11 %
Gesamtsumme	8.734	100,00 %	6.886.130,67	100,00 %	6.785	4.597.190,96	100,00 %

Auszahlungen nach Förderkategorien



Auszahlungen nach Jahren

Auszahlungsstatistik nach Jahren	Betrag in EUR	Aufteilung in %
Ausbezahlt Fondsmittel 2023	2.605.825,86	56,68 %
Ausbezahlt Fondsmittel 2024	1.521.956,55	33,11 %
Ausbezahlt Fondsmittel 2025	469.408,55	10,21 %
Ausbezahlt Fondsmittel 2023–2025	4.597.190,96	100,00 %

Geschlechterverteilung der Ausgleichsempfänger

Geschlecht	Anzahl der geförderten Personen	Anteil in %
Männlich	2.058	30,75 %
Weiblich	4.634	69,25 %
Gesamt	6.692	100,00 %

Endabrechnung

	Betrag in EUR	Anteil in %
Fondsmittel des NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen	31.300.000,00	100,00 %
Ausbezahlt Fondsmittel 2023–2025	4.597.190,96	14,69 %
Nicht verbrauchte Fondsmittel	26.702.809,04	85,31 %

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Das Land NÖ hat in kurzer Zeit die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine effiziente Abwicklung geschaffen, die rechtzeitig zum Start der Fördermaßnahmen bereitstanden. Insgesamt führte dies zu einer raschen und bürgernahen Bearbeitung der Anträge. Die Einreichphase lief von 1.7.2023 bis 28.2.2025. 8.734 Anträge wurden eingereicht. 8.489 davon stammten von Personen bzw. Obsorgeberechtigten oder Erwachsenenvertretern, 245 Anträge von Vereinen. 6.785 Anträge konnten bewilligt und ausbezahlt werden (6.692 an Personen und 93 an Vereine). Die Gesamtsumme aller Auszahlungen betrug € 4.597.190,96. Das sind 14,69 % der für den NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen dotierten maximal € 31,3 Mio. Davon gingen € 4.409.022,34 an Einzelpersonen und € 188.168,62 an Vereine. Die meisten eingelangten sowie ausbezahlten Anträge betrafen die Themengruppe Gesundheit. Die Auszahlungssumme für (Ausgleichs-)Zahlungen für die Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten, in Zusammenhang mit COVID-19 stehende Therapien, Folgen von Long-COVID und COVID-Impfbeeinträchtigungen betrug € 3.507.870,67. Für die zwei Förderkategorien, die Kinder und Jugendliche betrafen (Nachhilfe und Freizeitaktivitäten), wurden über € 685.000 ausbezahlt.

Die Förderkategorie „Zahlung eines Betrages zum Ausgleich von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Behandlung nachgewiesener psychischer und seelischer Störungen und Krankheiten, die während COVID-19 aufgetreten sind“, wies die meisten Anträge (2.601) und die höchste Auszahlungssumme einer Kategorie in der Höhe von € 1.927.956,44 auf.

TEIL IV. STELLUNGNAHME DER NÖ CORONA-EVALUIERUNGSKOMMISSION ZUM ENDBERICHT

I. STELLUNGNAHME ZUR UMSETZUNG

Der NÖ Landtag beschloss am 25.5.2023 die Einrichtung des NÖ COVID-Hilfsfonds mit einer Dotierung in Höhe von maximal € 31,3 Mio. für die Dauer von zwei Jahren. Ziel war es, pandemiebedingte Nachteile auszugleichen und gesellschaftliche Gräben zu schließen. Der Fonds sollte Betroffenen niederschwellig und rasch Ausgleich bieten, sei es bei „verfassungswidrigen“ Verwaltungsstrafen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Impfungen oder Long-COVID, psychischen Belastungen, Nachhilfekosten oder anderen coronabedingten Nachteilen.

Der NÖ COVID-Hilfsfonds setzte die Zielvorgaben gut und rechtlich einwandfrei um. Er bot niederschwelligen, raschen und unbürokratischen Ausgleich für pandemiebedingte Nachteile. Die operative Umsetzung war trotz Zeitdruck und Komplexität gut, die Bearbeitungszeiten angemessen und der Zugang für die unterschiedlichen Zielgruppen gesichert. Mit über 6.700 positiv beschiedenen Anträgen erreichte der Fonds Tausende Betroffene und leistete dadurch, dass er Nachteile anerkannte und Ausgleich ermöglichte, einen wichtigen Beitrag zur Beseitigung pandemiebedingter Nachteile und zur gesellschaftlichen Versöhnung.

Aus der Analyse und dem Endbericht ergibt sich, dass ca. vier Wochen nach der Beschlussfassung durch den NÖ Landtag die Richtlinien für den „NÖ COVID-Hilfsfonds für Corona-Folgen“ von der NÖ LReg beschlossen werden konnten. Die adaptierten Zuständigkeitsnormen und die Organisationsvorschriften regelten die politischen und administrativen Zuständigkeiten sowie der Ablauforganisation. Bereits am 1.7.2023 erfolgte ein partieller Start der Kategorie „Ausgleich für Strafgelder“. Vor der ersten Auszahlung lag die haushaltrechtliche Ermächtigung durch den beschlossenen Nachtragsvoranschlag 2023 vor.

Am 1.9.2023 startete das Online-Portal und ermöglichte die Antragstellung. Die technischen, organisatorischen und personellen Vorarbeiten waren abgeschlossen, die FAQs waren online abrufbar und die Hotline war in Betrieb. Dies ermöglichte es, dass die Förderanträge in durchschnittlich 33 Tage ab Einlangen erledigt und die Auszahlung veranlasst werden konnte. Das Abwicklungstool FX dokumentierte die durchgeföhrten Kontrollschrifte und ermöglichte die direkte Übernahme der Daten aus dem Online-Antragsformular. Damit war eine automatisierte und strukturierte Auswertung möglich, was für das Fonds-Monitoring genutzt werden konnte.

Die Zielvorgaben der raschen, unbürokratischen und automatisierten Abwicklung der Anträge konnten damit umgesetzt werden, ebenso wie die teilweise automatisierten Kontrollschrifte, etwa durch Abgleich mit dem ZMR oder Kontrolle von Mehrfachanträgen für dieselbe Kategorie.

Laufende Berichte konnten ebenfalls automatisiert zur Verfügung gestellt werden.

Beurteilung der Zielerreichung

12 Ausgleichskategorien sahen Maßnahmen für folgende Zielgruppen vor, nämlich für

- a. Personen, die pandemiebedingte Nachteile erlitten (z. B. Impfbeeinträchtigte, Long-COVID-Betroffene, psychisch oder seelisch Beeinträchtigte, Nachhilfearaufwand);
- b. Personen, über die Strafen aufgrund von Normen verhängt wurden, die in weiterer Folge vom VfGH aufgehoben wurden;
- c. Vereine, die Projekte durchführten, um Nachteile zu beseitigen oder nachteilsbetroffene Personen zu unterstützen.

Der Großteil der ausbezahlten Mittel in Höhe von € 4.251.926,24 ging als Ausgleich an Personen, die pandemiebedingte Nachteile erlitten, was einem Anteil von 92,50 % an der Gesamtauszahlungssumme entspricht.

Einen Ausgleich für Aufwendungen im Zusammenhang mit nachgewiesenen psychischen und seelischen Störungen und Krankheiten erhielten 2.368 Betroffene, in Summe waren dies € 1.927.956,44 oder 41,94 % der Gesamtauszahlungssumme. Ausgleich für „verfassungswidrige“ Strafen erhielten 480 Personen, in Summe waren dies € 157.096,10 oder 3,42 % der Gesamtauszahlungssumme. Die durchschnittliche Ausgleichssumme pro Betroffenem betrug € 327. Ca. 20 % der von „verfassungswidrigen“ Strafen Betroffenen haben das zugesandte Formular nicht rückgemittelt. An Vereine, die Projekte für Kinder und Jugendliche durchführten, wurden Mittel in Höhe von € 183.168,62 oder 3,98 % ausbezahlt. Ein Verein erhielt für ein Projekt der Kategorie „sonstige Vereinsförderungen“ eine Förderung in Höhe von € 5.000.

Gruppe	Maßnahmen	Prozent	Betrag
a. Ausgleich für Personen mit pandemiebedingten Nachteilen	Impfbeeinträchtigung ohne KH	2,09 %	€ 96.000,00
	Impfbeeinträchtigung mit KH	1,86 %	€ 85.500,00
	Long-COVID ohne KH	19,60 %	€ 901.000,00
		9,01 %	€ 414.000,00
	Psychische und Seelische Störungen	41,94 %	€ 1.927.956,44
		1,81 %	€ 83.414,23
	Therapien Nachhilfe Freizeitaktivitäten	10,02 %	€ 460.555,71
		4,90 %	€ 225.203,80
		1,27 %	€ 58.296,06
		92,5 %	€ 4.251.926,24
b. Strafen	Ausgleich für Strafen	3,42 %	€ 157.096,10
c. Vereinsförderungen	Vereine für Kinder und Jugendliche	3,98 %	€ 183.168,62
	Sonstige Vereine	0,11 %	€ 5.000,00
Gesamtauszahlungssumme a. bis c.		100 %	€ 4.597.190,96
		Betrag	Anteil
Fondsmittel gesamt		€ 31.300.000,00	100 %
Auszahlungssumme gesamt		€ 4.597.190,96	14,69 %

Die Auszahlungsquote lag damit bei 14,69 % des maximalen Fondsvolumens. Die Abwicklung erfolgte im Sinne der Zielvorgaben rasch, niederschwellig und automatisationsunterstützt. Für nachteilige Folgen konnten die antragslegitimierte Zielgruppen Ausgleich beantragen. Die tatsächliche Auszahlung hing von der Erfüllung der weiteren, in den einzelnen Kategorien näher geregelten Voraussetzungen ab. Tatsächlich gingen 92,5 % der ausbezahlten Mittel an Betroffene, die gesundheitliche und lernbedingte Nachteile erlitten. Die Kategorie „Ausgleich für psychische und seelischen Störungen und Erkrankungen“ machte mit 42 % den größten Anteil aus, gefolgt von den Kategorien „Nachhilfe“ und „Freizeitaktivitäten“. 28,61 % erhielten Long-COVID-Betroffene, 3,95 % Impfbeeinträchtigte.

Diese Schwerpunkte überraschen in Zusammenschau mit den Ergebnissen in Teil V dieses Berichts nicht. Sie bestätigen den Erkenntnisstand hinsichtlich der negativen Auswirkungen der

Pandemie bzw. Pandemiemaßnahmen, der bereits vor Einrichtung des NÖ COVID-Hilfsfonds vorlag. Sowohl während der Pandemie als auch zum jetzigen Zeitpunkt fehlen Daten zu den Zahlen der Betroffenen und zum Ausmaß der Betroffenheit. Zu den nicht intendierten Auswirkungen und Folgen sowie den fehlenden Surveillance-Programmen siehe im Detail die Ausführungen in Teil V des Berichts.

Die Befristung des Fonds auf zwei Jahre erwies sich als richtig. 89,79 % der Anträge und Auszahlungen erfolgten in den Jahren 2023 und 2024. Die Vereinsförderungen blieben hinter den Erwartungen zurück. Nur einem Verein (bei 36 Anträgen) wurde eine Förderung nach Kategorie XIX ausbezahlt.

II. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der NÖ Landtag beschloss am 25.5.2023 die Einrichtung des Fonds mit einer Dotierung von maximal € 31,3 Mio. und forderte die NÖ LReg auf, ehestmöglich Richtlinien für den Fonds zu erarbeiten. Eine Bedarfsschätzung war aufgrund der fehlenden Daten nicht möglich (siehe dazu Teil V des Berichts). Ehestmögliche Fristsetzungen brachten einen gewissen Zeitdruck für die operative Umsetzung.

Bedarfsschätzungen sind, sofern möglich, anzustreben und durchzuführen. Wo dies nicht möglich ist, ist eine Maximaldotierung grundsätzlich geeignet, (budgetäre) Planungssicherheit zu geben. Prospektive Surveillance-Systeme sind künftig ab Beginn einer Krise zu installieren, um künftig eine Quantifizierbarkeit sicherzustellen.

In Ausgleichs- und Förderrichtlinien soll klar nach dem Zweck unterschieden werden. Dort, wo der Förderzweck im Vordergrund steht, soll dies klar dargelegt werden. Der Förderbegriff sollte vermieden werden, wenn es um Ausgleichsmaßnahmen geht, auch wenn in einer Richtlinie Ausgleich und Förderungen gleichermaßen vorgesehen werden.

Auf eine möglichst klare Umschreibung der Tatbestände ist zu achten, ebenso auf eine klare Beschreibung der erforderlichen Nachweise und vorzulegenden Unterlagen. Härtefälle sind ebenfalls klar zu regeln und – sofern dies nicht möglich ist – durch genaue Dokumentation der Gründe, die für das Vorliegen eines Härtefalles maßgeblich waren, nachvollziehbar dargelegt werden. Dies hilft, Fallkategorien und Kriterien zu definieren, die Parameter für die Beurteilung weiterer Fälle sind und eine gleiche Vorgehensweise sichern. Bei Projektförderungen sollten die inhaltlichen Schwerpunkte klarer definiert werden, ebenso die Mindestinhalte der Projektbeschreibung.

Bei der Kategorie „Sonstige Vereine“ war die Tatbestandsbeschreibung nicht ganz eindeutig und sollte künftig klarer umschrieben werden. Dies reduziert Verwaltungsaufwand, Auslegungsschwierigkeiten, Fehlanträge und Bearbeitungszeit. Parameter, die eine Wirkungsbeurteilung ermöglichen (SMART-Prinzip), erleichtern diese. Konkrete und messbare Indikatoren sollen daher definiert werden. Die Verpflichtung zur Angabe allfälliger Ausgleichsleistungen Dritter sollte bei Online-Antragstellung vor definitiver Einbringung des Antrages vorgesehen werden. Hier kann man sich an Finanz-Online orientieren, wo dies vor Antragseinbringung nochmals ausdrücklich verlangt wird. Die Gefahr von Überförderungen wird dadurch minimiert.

Ungeklärte Zuständigkeitsfragen sollen schnell und klar beseitigt werden, sofern diese nicht bereits in den Organisationsvorschriften festgelegt wurden. Ein standardisiertes Monitoringverfahren ist zielführend und sollte etabliert werden, ebenso wie automatisierte Querprüfungen, um Auffälligkeiten schnell zu erkennen.

III. GESAMTBEWERTUNG

Das übergeordnete Ziel des Fonds bestand darin, Ausgleich für pandemiebedingte Nachteile zu leisten und dadurch zur Überwindung der gesellschaftlichen Spaltung beizutragen.

Die vorliegende Evaluation ist eine Eignungsevaluation und prüft daher nicht, ob die Ziele tatsächlich erreicht wurden, sondern ob der Fonds in seiner Konzeption und Implementierung geeignet war, die Zielvorgaben umzusetzen.

Die Eignung ist gegeben, wenn die Konstruktion angemessen ist, die Richtlinien die relevanten Nachteile operationalisieren, die Zugangswege für Zielgruppen praktikabel sind, die operative Abwicklung effizient und gleichberechtigt erfolgt und die verschiedenen Zielgruppen faktisch erreicht werden, sodass diesen die Möglichkeit der Antragstellung offensteht.

Die Evaluation zeigt, dass diese Eignung in weiten Teilen gut gegeben war. Für das Ziel der gesellschaftlichen Versöhnung war der Fonds als Baustein ebenfalls gut geeignet.

Gesellschaftliche Versöhnung erfordert Zeit, ehrliche Aufarbeitung und vielfältige Gesten der Anerkennung. Ein Fonds kann einen Beitrag leisten, aber die Spaltung nicht allein überwinden.

Mit dem NÖ COVID-Hilfsfonds hat das Land NÖ Neuland betreten und war zugleich Vorreiter. Die Erfahrungen sind wertvoll für künftige Ausgleichsprogramme, sei es bei neuen Pandemien oder anderen gesellschaftlichen Herausforderungen.

TEIL V. ANALYSE DER AUSWIRKUNGEN UND FOLGEN DER PANDEMIE UND PANDEMIEMASSNAHMEN

I. PANDEMIEMANAGEMENT IN Ö UND NÖ

Pandemiemanagement des Bundes

Das Pandemiemanagement in Ö beruhte verfassungsrechtlich auf der Bundeskompetenz in Gesundheitsangelegenheiten. Gesetzgebung und Vollziehung im „Gesundheitswesen“¹⁴² sind Bundessache, einschließlich aller Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für die öffentliche Gesundheit¹⁴³. Darauf gründete das Epidemiegesetz,¹⁴⁴ das veraltet war. Der Pandemieplan des Gesundheitsministeriums war aus 2006, der Oberste Sanitätsrat, das wichtigste Beratungsgremium der Gesundheitsministerin oder des Gesundheitsministers¹⁴⁵, war ebenfalls nicht besetzt. Die Grundlagen für die Pandemiebekämpfung mussten erst geschaffen werden. Bis zum 5.5.2020 fanden 10 Sitzungen des Nationalrats statt, in denen insg. 134 Gesetze verabschiedet oder geändert wurden. Am 15.3.2023 beschloss der Nationalrat das COVID-19-MG¹⁴⁶ als zentrale Ermächtigungsgrundlage der Pandemiebekämpfung.

Die Vollziehung fiel in die mittelbare Bundesverwaltung.¹⁴⁷ Oberstes Vollzugsorgan war und ist die Gesundheitsministerin oder der Gesundheitsminister, der oder dem weitgehend auch die Verordnungskompetenz zukam. Sie oder er hatte Leitungs- und Koordinierungsaufgaben hinsichtlich der ihm unterstehenden Landeshauptleute und diesen unterstehenden BVB (Landesbehörden, die funktionell als Bundesbehörden tätig werden).

Das Epidemiegesetz war Basis für die Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Screening Program-

me¹⁴⁸, Reisebeschränkungen¹⁴⁹, Absonderungen¹⁵⁰ usw.), während das am 15.3.2020 beschlossene COVID-19-MG weitreichende Verordnungsermächtigungen enthielt (Betreuungsverbote, Ausgangsbeschränkungen, Betriebsbeschränkungen usw.). Mit der Novelle am 25.9.2020 kam es zu grundlegenden Anpassungen des Epidemiegesetzes und des COVID-19-Maßnahmengesetzes.¹⁵¹ Damit wurden die rechtlichen Grundlagen für weitgehende Einschränkungen geschaffen (Verbot des Betretens bestimmter Orte und öffentlicher Orte in ihrer Gesamtheit¹⁵², Verbot des Verlassens des privaten Wohnbereichs¹⁵³). Die Novelle sah die Einrichtung der Corona-Kommission¹⁵⁴ als Beirat vor, die von der Ministerin oder vom Minister vor Erlassung einer VO anzuhören war.

Hinsichtlich der Zuständigkeiten wurde das „Kaskadensystem“¹⁵⁵ verankert. Bestimmte, auf das COVID-19-MG gestützte VO (insb. Ausgangsbeschränkungen) des Gesundheitsministeriums bedurften des Einvernehmens mit dem Hauptausschuss des Nationalrates¹⁵⁶ und durften für max. vier Wochen bzw. 10 Tage erlassen werden. VO des oder der LH bzw. der BVB gemäß § 5 COVID-19-Maßnahmengesetz bedurften vor ihrer Kundmachung der Zustimmung der jeweils übergeordneten Stelle.

Der Gesundheitsminister hatte die rechtliche und strategische Steuerung inne, Länder und Bezirke vollzogen in mittelbarer Bundesverwaltung. Operativ stützten die Konferenz der Landessanitätsdirektionen und das SKKM¹⁵⁷ den Informationsfluss. VO waren zentrales Element für die konkreten Maßnahmen, wobei die gesetzlichen Voraussetzungen (als Ermächtigungs-

¹⁴² Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG; Der Kompetenztatbestand „Gesundheitswesens“ (Abs. 1 Z 12) nimmt folgende Bereiche explizit aus: „...mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortewesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht.“

¹⁴³ vgl. etwa VfGH VfSlg 3650/1959 zum Kompetenztatbestand Gesundheitswesen: „Maßnahmen der Staatsgewalt, die der Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (für die Volksgesundheit) dienen, [...] zur Sanitätspolizei und damit zum Gesundheitswesen [...], es sei denn, dass eine für eine bestimmte andere Kompetenzmaterie allein typische Abart dieser Gefahr bekämpft, wird“. Art. 12 B-VG bildet die kompetenzrechtliche Grundlage für Kranken- und Kuranstalten.

¹⁴⁴ Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl 186/1950 (WV)

¹⁴⁵ Bundesgesetz über den Obersten Sanitätsrat (OSR-Gesetz), BGBl I 70/2011

¹⁴⁶ Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz – COVID-19-MG), BGBl I 12/2020

¹⁴⁷ Art. 102 Abs. 1 B-VG

¹⁴⁸ § 5a EpiG

¹⁴⁹ § 25 EpiG als VO-Grundlage

¹⁵⁰ § 7 EpiG als Grundlage für die „AbsonderungsVO“; § 48 EpiG: Eine konkrete Absonderung musste mit Bescheid erfolgt, wobei diese gemäß telefonisch erlassen werden konnten. Binnen 48 h musste ein schriftlicher Bescheid ergehen.

¹⁵¹ Änderung des EpiG 1950, des Tuberkulosegesetzes und des COVID-19-MG, BGBl I 104/2020; https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_I_104/BGBLA_2020_I_104.pdf

¹⁵² § 4 COVID-19-MG, BGBl I 104/2020

¹⁵³ § 5 COVID-19-MG mit der Überschrift „Ausgangsregelung“, BGBl I 104/2020; § 7 Abs. 2 COVID-19-MG bestimmt, dass derartige VO der Zustimmung des jeweils übergeordneten Organs bedürfen, also wenn dies mit VO der oder des LH angeordnet werden sollte, war die Zustimmung der Gesundheitsministerin oder des Gesundheitsministers erforderlich, bei VO der BVB die Zustimmung der oder des LH.

¹⁵⁴ § 2 COVID-19-MG, Aufgabe: Beratung der Gesundheitsministerin oder des Gesundheitsministers bezüglich der Bewertung der epidemiologischen Situation. Diese ist nach § 10 leg. cit. zu hören, bevor der zuständige BM eine VO erlässt, es sei denn, es ist Gefahr in Verzug.

¹⁵⁵ § 43a EpiG bzw. § 7 COVID-19-MG idF BGBl I 104/2020

¹⁵⁶ § 11 COVID-19-MG, BGBl I 104/2020, normierte das Erfordernis des Einvernehmens mit dem Hauptausschuss des Nationalrates in folgenden Fällen: VO der Gesundheitsministerin oder des Gesundheitsministers gemäß § 3 Abs. 2 letzter Satz (mit denen das Betreten, Befahren oder Benutzen von Arbeitsstätten oder öffentlicher Verkehrsmittel untersagt wird), gemäß § 4 Abs. 2 letzter Satz, (mit denen das Betreten oder Befahren von bestimmten Orten und öffentlichen Orten in ihrer Gesamtheit untersagt wird), und gemäß § 5 (mit denen das Verlassen des privaten Wohnbereichs eingeschränkt wird). Zur zeitlichen Befristung dieser VO vgl. § 11 Abs. 3 COVID-19-MG.

¹⁵⁷ Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM), siehe dazu die Homepage des BM für Inneres (aufgerufen am 25.10.2025), <https://www.bmi.gv.at/204/skkm/start.aspx>; Generell zum Zivilschutz, Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz in Ö siehe <https://www.bmi.gv.at/204/> (aufgerufen am 25.10.2025); Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2021/43, S. 53 ff, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43_Gesundheitsdaten_Pandemiebewaeltigung.pdf

normen) für die mit VO angeordneten Maßnahmen erfüllt und nachvollziehbar dokumentiert sein mussten, was nicht immer der Fall war. Der VfGH wirkte teilweise als Korrektiv, indem er den Maßstab an Verhältnismäßigkeit, Determinierung und Begründung aufzeigte.^{158, 159}

Der Rechnungshof¹⁶⁰ mahnte einheitliche bundesweite Steuerung, professionellere Beschaffung und klare Vorgaben an Länder/Bezirke ein – Kritikpunkte, die sich in der Praxis (Testlogistik, Datenmonitoring, Inventarisierung) bestätigten. Der Rechnungshof¹⁶¹ formulierte im Themenpapier vom 4.4.2023 Handlungsempfehlungen. Darin führte er aus: „Lehren für die Zukunft heißt, zutage getretene Probleme kritisch aufzuarbeiten, um uns besser aufzustellen: • in der Forcierung von Maßnahmen zur Gesundheitsprävention, • in der Datenverfügbarkeit zur Steuerung des Gesundheitssystems, • im Pandemiemanagement von Bund und Ländern, • in der Anerkennung des wissenschaftlichen Fortschritts, • im Schutz vulnerabler Gruppen und einer größeren Unterstützung der jungen Menschen, • in der Vorsorge für den Krisenfall, gerade auch in Bezug auf die öffentlichen Finanzen.“ Weiters führte der Rechnungshof 14 konkrete Handlungsempfehlungen an: ausreichend qualifiziertes Fachpersonal gewährleisten sowie Kontinuität in Schlüsselfunktionen und Gremien im Gesundheitsministerium sicherstellen; für zeitgemäße Rechtsgrundlagen und aktuelle Krisenpläne sorgen; mit funktionierenden elektronischen Meldestystemen und Schnittstellen gewährleisten, dass jene Daten zur Verfügung stehen, die für das Pandemiemanagement erforderlich sind; Zusammenspiel zwischen Gesundheitsministerium, Krankenanstalten und niedergelassenem Bereich klar regeln, um schnelle, einheitliche und konsequente Entscheidungen zu gewährleisten; auch in Krisensituationen den Dienstbetrieb sicherstellen; bestehende Expertise und Strukturen in der Verwaltung nutzen und bei externen Beauftragungen Wissenstransfer sicherstellen; uA.¹⁶²

Das Corona- und Krisenmanagement des Landes NÖ

Die unerwartet abrupt eintretende Pandemie stellte auch das Krisenmanagement vor große Herausforderungen.¹⁶³ Das Land NÖ richtete am 25.2.2020 den NÖ Sanitätsstab ein.^{164, 165} Dieser wurde nach den Regeln des staatlichen Krisen- und Katast-

rophenschutzmanagements (SKKM) gegliedert und bestand aus einer Führungsgruppe, unter der Leitung der damaligen Sanitätsdirektorin Dr. Irmgard Lechner, sowie einer erweiterten Fachgruppe aus ca. 20 bis 30 Fachexpertinnen und Fachexperten (Rettungsorganisationen, Abteilungen des Amtes der NÖ LReg, der NÖ LGA, Interessenvertretungen, Polizei, Bundesheer sowie Vertreterinnen und Vertreter der BVB). Der NÖ Sanitätsstab eruierte laufend und meldete regelmäßig die täglichen Fallzahlen (auf Basis der durchgeführten Testungen), die bestätigten Fälle und die Anzahl der belegten und freien Betten in den Kliniken, insb. die Intensivbetten. Ein täglicher Austausch per Videokonferenz mit dem SKKM-Koordinationsstab des BMI und dem BMASGPK sowie den Sanitätsdirektorinnen und Sanitätsdirektoren der Bundesländer gewährleistete, dass die in weiterer Folge rasch wechselnden VO möglichst einheitlich umgesetzt und eine landesweit einheitliche Vorgangsweise ermöglicht wurde.

Das Contact Tracing, das eine der Hauptaufgaben bildete, wurde praxistauglich umgesetzt. Zu hinterfragen zukünftig ist, bis zu welchen Fallzahlen dies sinnvoll ist, da dafür ein immenser Personaleinsatz erforderlich ist. 2,5 Mio. Absondernsbescheide wurden im Laufe der Pandemie erlassen. Die Erstellung eines eigenen IT-Systems (M-EPI) zur Erfassung und Bearbeitung der COVID-19-Fälle und die zentralen Versorgungsaufgaben mit Schutzmaterial, Tests, Masken etc. zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit kritischer Infrastruktur wie Kliniken, Alten- und Pflegeheimen waren zu bewältigen. So stehen aktuell im System M-EPI 2,4 Mio. Datensätze zur Verfügung, die eine Grundlage darstellen.

Auf Landesebene waren nicht alle Stellen des Amtsärztlichen Dienstes besetzt. Mit Epidemiärztinnen und -ärzten,¹⁶⁶ die aus dem Kreis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte rekrutiert werden konnten, schloss man die Lücke. Der Pandemieplan des Landes stammte aus dem Jahr 2006. Die Arbeiten zur Erstellung eines neuen Pandemieplans sind im Gange. In einem ersten Schritt arbeitete die NÖ Landessanitätsdirektion im Jahr 2023 das „Epidemiologische Handbuch NÖ“ aus. Dieses stellt eine Handlungsanleitung für das öffentliche Gesundheitswesen in NÖ im Umgang mit meldepflichtigen und anderen Infektionserkrankungen dar.

¹⁵⁸ Fachinfos – Fachdossiers 10.3.2022, COVID-19: Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofes 2021 (700 Anträge und Beschwerden mit Bezug zu COVID-19 sind im Zeitraum 04/2020 bis 24.2.2022 eingegangen), <https://www.parlament.gv.at/fachinfos/rlw/COVID-19-Entscheidungen-des-Verfassungsgerichtshofes-2021>

¹⁵⁹ Unter dem Link finden sich die VfGH-Entscheidungen mit Bezug zu COVID-19, https://www.ris.bka.gv.at/Ergebnis.wxe?Abfrage=Vfgh&Entscheidungsart=Undefined&Sammlungsnummer=&Index=&SucheNachRech_tssatz=False&SucheNachText=True&GZ=&VonDatum=&BisDatum=28.02.2022&Norm=&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&PageSize=100&Suchworte=Covid&Position=1

¹⁶⁰ Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2022/18, Reihe NÖ 2022/2, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2022-18_Pandemiemanagement.pdf

¹⁶¹ Im Themen-Papier „Rechnungshof_Mehr.Wert“, das der Rechnungshof am 4.4.2023 veröffentlichte, zeigt Lessons Learned zur Bewältigung von Krisen auf, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/news/news_3/Themenpapier_Handlungsempfehlungen_Pandemie.html; COVID-19 Handlungsempfehlungen aus der Pandemie – Rechnungshof_Mehr.Wert (04/2023), https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home_1/home_6/Rechnungshof_Mehr.Wert_Fokus_Covid-19_BF.pdf

¹⁶² S. 8 und 9 des Themenpapiers, COVID -19 Handlungsempfehlungen aus der Pandemie – Rechnungshof_Mehr.Wert (04/2023), https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home_1/home_6/Rechnungshof_Mehr.Wert_Fokus_Covid-19_BF.pdf

¹⁶³ Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe NÖ 2022/2, https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/19/21/2145/2145_Bericht.pdf

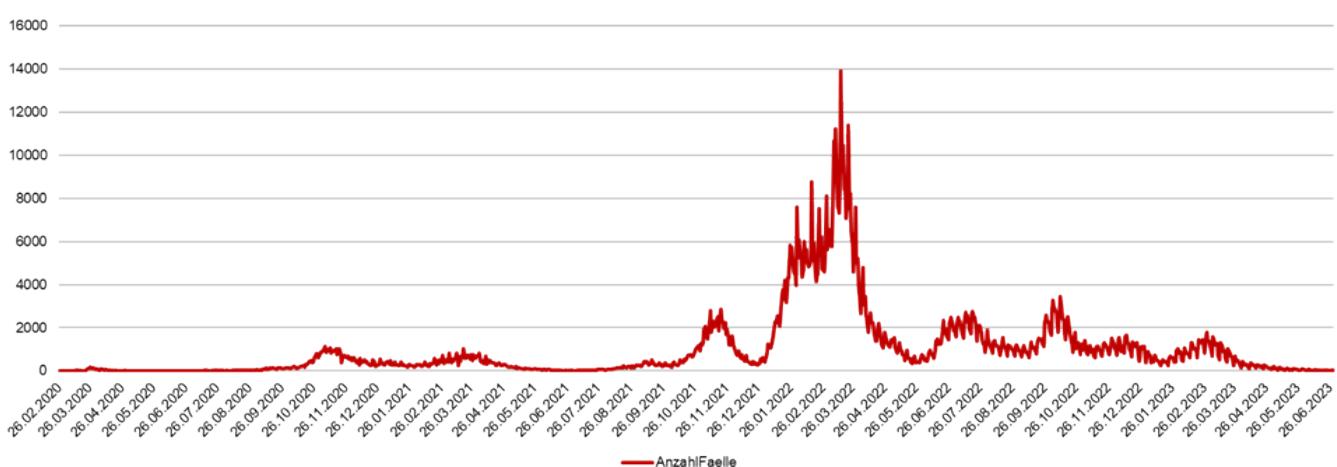
¹⁶⁴ 25. Landtagssitzung der XIX. Gesetzgebungsperiode am 16.4.2020, Status-Bericht der NÖ LReg über Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie in NÖ, <https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/19/10/1055/1055B.pdf>

¹⁶⁵ NÖ COVID-19-Gesetz, LGBL. Nr. 34/2020, kundgemacht am 17.4.2020, <https://noe-landtag.gv.at/gegenstaende/XIX/XIX-1051>; 2. NÖ COVID-19-Gesetz, LGBL. Nr. 107/2020, kundgemacht am 21.12.2020, <https://noe-landtag.gv.at/gegenstaende/XIX/XIX-1374>; 3. NÖ COVID-19-Gesetz, LGBL. Nr. 35/2021, kundgemacht am 25.5.2021, <https://noe-landtag.gv.at/gegenstaende/XIX/XIX-1614>

¹⁶⁶ § 27 EpiG; das 3. COVID-19-G fügte einen neuen § 41 Abs 8 ÄrzteG 1998 ein, mit dem Epidemiärztinnen und -ärzte den Amtsärztinnen und -ärzten gleichgestellt wurden.

Die Herausforderungen auf Landesebene waren im Wesentlichen die gleichen wie auf Bundesebene: veralteter Pandemieplan, veraltetes Epidemiegesetz, mangelnde Koordinierung und Vorgaben durch das Gesundheitsministerium (wie etwa bei Tests¹⁶⁷, Kontaktnachverfolgung, Schutzausrüstungsbeschaffung usw.), kurzfristige Kundmachung neuer VO und deren Umsetzung, unklare Zuständigkeiten usw. Die Koordination zwischen den BM für Inneres und Gesundheit war teilweise mangelhaft, die von den beiden Ministerien veröffentlichten Zahlen wichen teilweise voneinander ab, was evidenzbasierte Entscheidungen erschwerte und die Glaubwürdigkeit beeinträchtigte (und in weiterer Folge die Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen). Die Einschränkungen beruhten auf Prognosen der vom Bund beigezogenen Kommissionen, die auf Grundlage der 7-Tage-Inzidenz und der Auslastung der Intensivbetten in den Kliniken ihre Empfehlungen erstellten.

Entwicklung Anzahl positive Fälle in NÖ



Datengrundlagen

Als große Schwierigkeit hat sich die verfügbare Datenlage herausgestellt, wobei sowohl die Qualität der epidemiologischen Grunddaten als auch deren Interpretation und Nutzung im Rahmen des Pandemiemanagements zu betrachten sind. Dies vor dem Hintergrund der besonderen Sensibilität von Gesundheitsdaten¹⁶⁸, die ein besonders hohes datenschutzrechtliches Schutzniveau erfordern, was künftig sicherzustellen ist.

Das Epidemiologische Meldesystem (EMS) erfasste gemäß Epidemiegesetz 1950 alle anzeigenpflichtigen COVID-19-Fälle mit laborbestätigtem Nachweis. Diese Daten enthielten jedoch

primär epidemiologische Parameter (Infektionszeitpunkt, Kontaktpersonen, Absonderungsstatus), aber keine systematische Verknüpfung mit stationären oder ambulanten Behandlungsdaten.¹⁶⁹ Das EMS bildete die zentrale Datengrundlage für die Pandemiebekämpfung, wobei bis zum 27.6.2023 insg. 6.084.221 COVID-19-Fälle gemeldet wurden¹⁷⁰. Die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) führte in Kooperation mit der TU-Graz kontinuierliche epidemiologische Analysen durch, die auf Poisson-Regression basierende Modelle¹⁷¹ zur Schätzung der täglichen Steigerungsrate und der effektiven Reproduktionszahl verwendeten.¹⁷² Die Datenaufbereitung endete zum 30.6.2023. Die Datenlage wies erhebliche strukturelle Probleme

¹⁶⁷ Bevölkerungsweite COVID-19-Tests, Bericht des Rechnungshofes, Reihe NÖ 2023/3, https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/20/01/139/0139_Bericht.pdf

¹⁶⁸ Art. 9 DSGVO

¹⁶⁹ A. Degesegger-Márquez (11/2021): Gesundheitsdaten in Ö – ein Überblick, GÖG, [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten in Österreich_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten_in_Oesterreich_bf.pdf)

¹⁷⁰ BMASGK, E. C. Lang, E.-M. Pfandlsteiner, G. Satzinger, R. Scharinger, B. Schmeissl, T. Worel, 2.9.2019, https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:99d679b8-3676-455e-abfc-a6ec27c4d4d/Schutz_sensibler_Daten_-Position_der_Gesundheitssektionen_-VIII_und_-IX.pdf

¹⁷¹ AGES, Epidemiologische Parameter des COVID19 Ausbruchs, Österreich, <https://www.ages.at/forschung/wissen-aktuell/detail/epidemiologische-parameter-des-covid19-ausbruchs-oesterreich>; Die AGES berechnete mit Poisson-Regression aus den täglich gemeldeten COVID-19-Fallzahlen die Wachstumsrate der Pandemie und daraus die effektive Reproduktionszahl (R-Wert), um die Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus zu überwachen und politische Maßnahmen zu evaluieren.

¹⁷² AGES, Epidemiologische Parameter des COVID19 Ausbruchs, Ö, 2020 – Jun. 2023, Update 27.6.2023, <https://www.ages.at/forschung/wissen-aktuell/detail/epidemiologische-parameter-des-covid19-ausbruchs-oesterreich>

auf, die der Rechnungshof dokumentierte.¹⁷³

Die Erhebung von Leistungs-, Diagnose- und Behandlungsdaten während der COVID-19-Pandemie erfolgte auf Basis der damals geltenden Rechtslage, die erhebliche Lücken im ambulanten Bereich aufwies und maßgeblich zur Datendefizitproblematik beitrug.¹⁷⁴

Im stationären Bereich der Krankenanstalten bestand eine gute Datenlage.^{175, 176} Diese Daten wurden pseudonymisiert über die Landesgesundheitsfonds an das BMASGPK weitergeleitet und bildeten die Datenquelle für Hospitalisierungsanalysen.^{177, 178} Die Verfügbarkeit einer täglichen validen Kapazitätserhebung ab Nov. 2020 ermöglichte tagesaktuelle Analysen der Bettenbelegung, was für die Systemrisiko-Bewertung essentiell war.¹⁷⁹

Im spitalsambulanten und ambulanten Bereich bestand während der Pandemie keine verpflichtende und einheitliche Diagnosedokumentation. Spitalsambulanzen sowie Kassenärztinnen und Kassenärzte waren nicht verpflichtet, systematisch Diagnose- und Behandlungsdaten in standardisierter Form zu erfassen und weiterzuleiten.^{180, 181} Kassenärztinnen und Kassenärzte übermittelten zwar Leistungsdaten ohne standardisierte Diagnosecodes zur Abrechnung an die Sozialversicherung. Die Diagnosestellung erfolgte allenfalls in Freitextform und war nicht systematisch auswertbar. Diese Datenlücke verhinderte valide Analysen zu ambulanten COVID-19-Verläufen, Behandlungsmustern und der tatsächlichen Inanspruchnahme der Angebote im niedergelassenen Bereich.¹⁸²

Die Sozialversicherungsträger verfügten über Abrechnungsdaten der Kassenärztinnen und Kassenärzte (e-card-Konsultationen, HeilmittelVO), jedoch ohne codierte Diagnosen. Diese Daten erlaubten lediglich Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.¹⁸³ Für den Bereich der Wahlärztinnen und Wahlärzte lagen der Sozialversicherung keine Detailinformationen zu Diagnosen vor.¹⁸⁴

Diese fragmentierte Datenlandschaft hatte gravierende Auswirkungen auf die Pandemiebewältigung. Der Rechnungshof stellte fest, dass „unvollständige Datenfelder im EMS“ und „fehlende Kontaktverfolgungsdaten“ die epidemiologische Analyse erschwerten.¹⁸⁵ Der Rechnungshof hielt weiters fest, dass zur epidemiologischen Steuerung weniger die Zahl der täglichen Neuinfizierten zu einem bestimmten Zeitpunkt relevant war, sondern vielmehr Trends und Entwicklungen. Die Fokussierung auf tägliche Fallzahlen in der Kommunikation führte zu einer Verzerrung der Risikowahrnehmung und zu inadäquaten politischen Reaktionen.^{186, 187}

Ein zentrales Problem lag im Fehlen einheitlicher Definitionen und Erhebungsmethoden.¹⁸⁸ Unterschiedliche Stellen des Bundes und der Länder publizierten in unterschiedlichen Formaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten, die sich hinsichtlich der Definitionen unterschieden. Dies wirkte sich ungünstig auf die Glaubwürdigkeit der Behörden aus und damit auf die Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen der Pandemiebewältigung.¹⁸⁹

¹⁷³ Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2021/43, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43_Gesundheitsdaten_Pandemiebewaeltigung.pdf

¹⁷⁴ A. Degesegger-Márquez (11/2021): Gesundheitsdaten in Ö – ein Überblick, GÖG, [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten in Österreich_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten_in_Oesterreich_bf.pdf)

¹⁷⁵ Grundlage war das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl 74/5/1996 idF. BGBl I 100/2018; COVID-19-Hospitalisierungen wurden systematisch mit ICD-10-Diagnosen (U07.1 für laborbestätigtes COVID-19, U07.2 für klinisch-epidemiologisch diagnostiziertes COVID-19) sowie erbrachten Leistungen nach LKF-Katalog erfasst

¹⁷⁶ VO der BM für Gesundheit und Frauen über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO), BGBl II 25/2017

¹⁷⁷ A. Degesegger-Márquez (11/2021): Gesundheitsdaten in Ö – ein Überblick, GÖG, [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten in Österreich_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten_in_Oesterreich_bf.pdf)

¹⁷⁸ Statistik Austria, Standard-Dokumentation Metainformationen zur Spitalsentlassungsstatistik, 8.5.2024, https://www.statistik.at/fileadmin/shared/QM/Standarddokumentationen/B_2/std_b_spitalsentlassungsstatistik.pdf

¹⁷⁹ BMASGK, E. C. Lang, E.-M. Pfandlsteiner, G. Satzinger, R. Scharinger, B. Schmeissl, T. Worel, 2.9.2019, https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:99d679b8-3676-455e-abfc-a6ec27c4d64d/Schutz_sensibler_Daten_-Position_der_Gesundheitssektionen_VIII_und_IX.pdf

¹⁸⁰ Die Dokumentation in Krankenhäusern umfasst die KA-Kostenrechnung, die KA-Statistik sowie die Diagnosen- und Leistungsberichte inkl. Intensivbericht und besteht in aktualisierter und weiterentwickelter Form seit 1.1.2004, vgl. BMASGPK, Ambulante Leistungs- und Diagnosendokumentation (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs-und-Diagnosendokumentation.html>

¹⁸¹ Meldung von nach ICD-10 codierten Diagnosen aus dem spitalsambulanten Bereich sind ab 1.1.2025 verbindlich; Niedergelassener Bereich: verpflichtenden Leistungsdokumentation seit 2014, verpflichtende codierte Diagnosendokumentation für den gesamten ambulanten Bereich aufgrund der am 13.12.2024 kundgemachten Gesundheitsdokumentationsverordnung, die aber zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kraft tritt: Bestimmungen, die sich auf die bestehende Datenmeldung beziehen, sind bereits auf das Berichtsjahr 2024 anzuwenden (insb. Übermittlung von Pseudonymen durch die Sozialversicherung), Bestimmungen der VO, die die Diagnosendokumentation im extramuralen Bereich betreffen, treten mit 1.1.2026 in Kraft; vgl. BMASGPK, Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich Diagnosencodierung, 5.11.2025, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs-und-Diagnosendokumentation.html>

¹⁸² A. Degesegger-Márquez (2021): Gesundheitsdaten in Ö – ein Überblick, GÖG, Wien, [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten in Österreich_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2023/1/Gesundheitsdaten_in_Oesterreich_bf.pdf)

¹⁸³ BMASGPK, Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich Diagnosencodierung 5.11.2025, https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:033b5a81-4248-485e-9d77-0a1adc75cbcd/Handbuch_Medizinische_Dokumentation_fuer_den_extramuralen_ambulanten_Bereich_Stand_25-06-2025_ergaenzt.pdf

¹⁸⁴ Seit 1.7.2024 direkten Abrechnung von Rechnungen von Wahlärztinnen und Wahlärzten mit der Krankenversicherung und ab 1.1.2026 werden Wahlärztinnen und Wahlärzte an das e-card-System und ELGA angebunden, mit lückenloser Dokumentation der individuellen Krankengeschichte, vgl. BMASGK, Einfachere Kostenertatung nach Besuch von Wahlärztinnen und Wahlärzten ab 1.7.2024 (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Aktuelles/Archiv-2024/wahlarztrechnung.html>; AK Wien, Verpflichtende Honorarnotenübermittlung, (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.aekwien.at/wahlarzt-honorarnoteneübermittlung>

¹⁸⁵ BMASGK, E. C. Lang, E.-M. Pfandlsteiner, G. Satzinger, R. Scharinger, B. Schmeissl, T. Worel, 2.9.2019, https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:99d679b8-3676-455e-abfc-a6ec27c4d64d/Schutz_sensibler_Daten_-Position_der_Gesundheitssektionen_VIII_und_IX.pdf; BMASGK, Allgemeine Informationen zum LKF-Modell (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Allgemeine-Informationen-zum-LKF-Modell.html>; BMASGK, Ambulante Leistungs- und Diagnosendokumentation, 5.11.2025, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs-und-Diagnosendokumentation.html>

¹⁸⁶ Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2021/43, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43_Gesundheitsdaten_Pandemiebewaeltigung.pdf

¹⁸⁷ Einschätzung der epidemiologischen Lage in Ö, Finale Fassung vom 5.1.2022, 1717/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung – Kommission 5.1.2022, Sitzungsergebnis, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1717/imfname_1699095.pdf

¹⁸⁸ A. Degesegger-Márquez, A. Gruböck, F. I. Katharina (2022), Gesundheitsdaten in Ö – ein Überblick, Ergebnisbericht, GÖG, Wien, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2409/2/Gesundheitsdaten%20in%20Oesterreich_bf.pdf

¹⁸⁹ AGES, Epidemiologische Parameter des COVID19 Ausbruchs, Österreich, <https://www.ages.at/forschung/wissen-aktuell/detail/epidemiologische-parameter-des-covid19-ausbruchs-oesterreich>

Die AGES etablierte zwar modellbasierte Ansätze zur Berechnung der COVID-19-assoziierten Übersterblichkeit, diese stützen sich im späteren Verlauf auf Daten¹⁹⁰ aus alternativen Surveillance-Systemen wie dem begonnenen Abwassermanagement.

Die GÖG entwickelte im Auftrag des Gesundheitsministeriums eine COVID-19-Datenplattform, die nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen anonymisierten Zugang zu Hospitalisierungsdaten ermöglichte. Diese Daten basierten auf den Abrechnungsdaten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und umfassten Informationen der Intensivdokumentation. Die Analyse der Spitalsaufenthalte während der COVID-19-Pandemie zeigte, dass die Auswirkungen des zweiten Lockdowns auf das stationäre Gesundheitswesen deutlich geringer ausfielen als jene des ersten Lockdowns.¹⁹¹ Die GÖG betonte in ihren Publikationen die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der verfügbaren Daten und warnte vor übereilten Schlussfolgerungen.¹⁹²

Die Statistik Austria erhielt zwischen Sept. 2021 und Sept. 2022 spezielle pandemiebezogene Daten.¹⁹³ Diese umfassten Daten aus dem EMS und dem Nationalen Impfregister. Die Verknüpfung mit Daten der registerbasierten Erwerbsverläufe, des Bildungsstandregisters und den Daten zum Bevölkerungsstand ermöglichte soziodemographische Analysen über Erwerbsstatus, Bildungsstand oder Haushaltssammensetzung.

Die ab 2024 bis 2026 schrittweise Implementierung flächen-deckender Diagnosedokumentation – unter Einbindung des Bereiches von Wahlärztinnen und Wahlärzten – soll diese Lücken schließen. Die Unmöglichkeit, ambulante COVID-19-Verläufe systematisch zu analysieren, verhinderte differenzierte Einschätzungen zur Krankheitslast außerhalb der Krankenhäuser. Behandlungen von Wahlärztinnen und Wahlärzten blieben vollständig im „blinden Fleck“ der Gesundheitsdatenerfassung.¹⁹⁴ Wichtig ist, dass höchste datenschutzrechtliche Sicherheits-standards verankert werden, handelt es schließlich um sensible Daten¹⁹⁵, deren Schutz besonders geboten und umzusetzen ist.

Die Entscheidungsprognosen und deren Basis

Das COVID-Prognose-Konsortium¹⁹⁶ erstellte ab März 2020 wöchentliche Kurzfristprognosen für Fallzahlen (9 Tage) und Hospitalisierungen auf Normal- und Intensivstationen (15 Tage).¹⁹⁷ Die tagesaktuelle Belegungszählung erfasste alle Patientinnen und Patienten mit positivem SARS-CoV-2-Test, unabhängig von der tatsächlichen Ursache ihrer Hospitalisierung („an“ oder „mit“ COVID).

Das Gesundheitsministerium räumte in seiner Stellungnahme zu einer Anfrage des VfGH ein:¹⁹⁸ „Auf Basis der Daten ist es nicht möglich, klinische Kausalketten abzubilden und die Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnosen ist zahlreichen Limitationen unterworfen, da erst nach Entlassung mit erheblicher Verzögerung (Wochen bis Monate) differenzierte Diagnose- und Leistungsdaten verfügbar waren. Die Modellprognosen basierten auf der Annahme konstanter Teststrategie und Maßnahmenwirkung, wobei EMS-Daten für die letzten ein bis drei Tage mit erheblicher Unsicherheit durch Nachmeldungen behaftet waren. Verzerrungen waren möglich. Grundlagen waren das EMS (für Fallzahlen), tägliche Kapazitätsmeldungen der Bundesländer für Hospitalisierungen, e-Impfpass-Daten für Impffortschritt sowie internationale Daten zu Impfleistungsfähigkeit und Hospitalisierungsraten. Die Modelle berücksichtigen effektive Reproduktionszahl, Durchimpfungsrate, natürlich erworbene Immunität, Altersstruktur der Fälle, Virusvarianten, Teststrategie und Maßnahmeneffekte, wobei angenommen wurde, dass Maßnahmen konstant wirken und keine plötzlichen Verhaltensänderungen auftreten.“

Das Gesundheitsministerium führt zu den Hospitalisierungen aus:¹⁹⁹ „Bei 77,4 % aller COVID-19-Hospitalisierungen wurde COVID-19 als Hauptdiagnose kodiert, bei 22,6 % als Nebendiagnose. Von den Nebendiagnosen konnten etwa 20 % unmittelbar mit COVID-19 (z. B. Lungenentzündungen) und weitere 21,5 % potenziell assoziiert werden (z. B. Herzkreislauferkrankungen). Bei den verbleibenden rund 13–18 % der Fälle mit Nebendiagnose handelte es sich um mögliche Zufallsbefunde (z. B. Verletzungen, Krebserkrankungen, Schwangerschaft/

¹⁹⁰ AGES, Coronavirus, <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/coronavirus>

¹⁹¹ GÖG, Datenplattform COVID-19 (aufgerufen am 1.11.2025), https://goeg.at/iped_dp_covid19; GÖG, Hospitalisierungsdaten in der COVID-19-Datenplattform (aufgerufen am 1.11.2025), https://goeg.at/covid19_hospitalisierungsdaten; GÖG, Bericht zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Spitalsaufenthalte, https://goeg.at/Auswirkung_COVID_Spitalsaufenthalte

¹⁹² Vgl. etwa S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, A. Grabenhofer-Eggerth, Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse (O1/2025), GÖG, <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4331/>

¹⁹³ A. Wisbauer, J. Schuster, P. Pohl, Auswirkungen der Coronapandemie auf die Demographie, Statistische Nachrichten 05/2023, S. 380, https://www.statistik.at/fileadmin/pages/1693/Stat_Nachr_2023_05_Corona_Demographie.pdf

¹⁹⁴ ÄK Wien, Verpflichtende Honorarnotenübermittlung (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.aekwien.at/wahlarzt-honorarnotenuebermittlung>

¹⁹⁵ Art. 9 DSGVO

¹⁹⁶ Das COVID-Prognosekonsortium wurde vom Gesundheitsministerium beauftragt (GÖG, MUW/csh, TU Wien/dwh, AGES) zur Prognose der Fallentwicklung COVID-19 / Bettenkapazitäten, vgl. BMSGPK, Sachverhalt und Begründungen zur Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnung, https://www.google.com/url?sa=t&rltj&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiyuCYwd6QA-xUjg-OHHWmpQsQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sozialministerium.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3A87cc0324-ee98-46db-966e-d93e1c2dc452%2F20201112_Sachverhalt%20und%2520Begr%25BCndungen%2520zur%2520Covid-19-%2520Schutzma%25C3%25B5nahmenverordnung.pdf&usg=AOvVawOCNigFXuSWZ3w4TleMA-Tib&opi=89978449; TU Wien, MedUni Wien/Complexity Science Hub, GÖG, AGES unter Mitwirkung von dwh GmbH (vgl. etwa Covid-19 Epidemiesimulation, <https://www.dwh.at/projects/covid-19/>), der Forschungsplattform DEXHELPP (<https://dexhelpp.at/>).

¹⁹⁷ Die Prognosen basieren auf einem Ensemble-Forecast aus 3 unterschiedlichen Modellen: einem agentenbasierten Simulationsmodell (TU Wien/dwh), einem SIR-X epidemiologischen Ausbreitungsmodell (MedUni Wien/CSH) und einem State Space Model der Regelungstechnik (TU Wien), deren Outputs in einem multiplikativen Prozess harmonisiert werden.

¹⁹⁸ Verordnungsprüfungsverfahren des VfGH (zu V 318/2021, V 324/2021, V 3/2022, V 4/2022, V 6/2022, V 7/2022, V 8/2022, V 9/2022, V 10/2022, V 11/2022, V 14/2022, V 23/2022, V 24/2022), 1626/AB XXVIII. GP, Anfragebeantwortung, Beilage Verordnungsprüfungsverfahren des VfGH, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1626/imfna-me_1698538.pdf

¹⁹⁹ Verordnungsprüfungsverfahren des VfGH (zu V 318/2021, V 324/2021, V 3/2022, V 4/2022, V 6/2022, V 7/2022, V 8/2022, V 9/2022, V 10/2022, V 11/2022, V 14/2022, V 23/2022, V 24/2022), 1626/AB XXVIII. GP, Anfragebeantwortung, Beilage Verordnungsprüfungsverfahren des VfGH, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1626/imfna-me_1698538.pdf

Geburt). Insg. konnten somit 82–87 % der Krankenhausaufenthalte mit COVID-19 in Zusammenhang gebracht werden. Auf Intensivstationen wurde bei 71,88 % COVID-19 als Hauptdiagnose kodiert, bei 28,12 % als Nebendiagnose. Von den Intensivpatienten mit Nebendiagnose hatten etwa 19 % eine Hauptdiagnose, die nicht oder nur potenziell mit COVID assoziiert war (2.473 von 13.224 Intensivfällen). Das Durchschnittsalter der COVID-19-Hospitalisierten betrug 66,1 Jahre (Median: 72 Jahre), bei Intensivpatienten 65,3 Jahre (Median: 67 Jahre), bei Verstorbenen insg. 78,9 Jahre (Median: 82 Jahre). Die Prognosen wurden auf Bundeslandebene erstellt, wöchentlich in Sitzungen mit dem BMSGPK diskutiert, mit qualitativen Begleittexten versehen und rückwirkend validiert, indem überprüft wurde, ob beobachtete Werte innerhalb der Konfidenzintervalle lagen. Die Veröffentlichung erfolgte auf der Datenplattform COVID (datenplattform-covid.goeg.at) und der Website des Sozialministeriums, wobei der European Forecasting Hub verschiedene Vorhersagemodelle für Ö international verglich.“

Die „an“ und „mit“ Corona Zählweise:²⁰⁰ Ab 5.8.2020 stellte Ö die Zählweise bei Todesfällen fundamental um. Fortan galten alle Verstorbenen mit positivem Test binnen 28 Tagen als COVID-Todesfälle, unabhängig von der tatsächlichen Todesursache („an“ und „mit“ COVID verstorben).²⁰¹ Die Diagnose „COVID-19“ war völlig heterogen und umfasste stationäre Krankenhausaufenthalte mit acht Hauptdiagnosen, unter anderem Patientinnen und Patienten mit Virusnachweis, schweren Erkrankungen sowie keinen oder leichten Erkrankungen, aber auch Patientinnen und Patienten ohne Virusnachweis, Patientinnen und Patienten mit Angaben zu COVID-19 in der Anamnese (also ohne jegliche Tests), Zustände nach COVID-19 und das Multisystemische Entzündungssyndrom.²⁰² Ö errobte nicht, wie viele Menschen in Ö „an“ COVID-19 oder „mit“ COVID-19 verstarben. Diese Meldepraxis²⁰³ führte zu systematischer Überschätzung der COVID-Todesfälle und damit zur Verzerrung der CFR, wobei die ECDC klarstellte, dass die 28-Tage-Frist keine Empfehlung sei und die WHO-

Definition nur kausale Todesfälle²⁰⁴ vorsehe. In einer Anfragebeantwortung führte die Gesundheitsministerin aus: „Bei diesen Daten konnte im EMS nicht zwischen dem Tod mit oder an Corona unterschieden werden.“²⁰⁵ Überdies führte die Teststrategie zu Verzerrungen – von risikoorientierten Testungen (März–Nov. 2020) über epidemiologisch wenig sinnvolle Massentests (Nov.–Dez. 2020, Teilnahme nur 23 %, 0,21 % Positivrate) bis zu unbegrenzten bevölkerungsweiten Screenings (ab Jän. 2021). Die fehlende Limitierung der Testzahl ermöglichte epidemiologisch und medizinisch redundante Tests, auch mehrmals täglich, während über ein Drittel der ausgegebenen Testkits unbenutzt blieb. Diese volatile Teststrategie machte CFR-Werte über verschiedene Zeiträume nicht vergleichbar und verhinderte valide Risikoeinschätzungen.²⁰⁶

Die Infektionsrate konnte aufgrund fehlender serologischer Studien in der Frühphase nicht zeitnah ermittelt werden²⁰⁷ (die erste systematische, repräsentative Seroprävalenzstudie für Ö wurde von Statistik Austria und der MedUni Wien im Auftrag des BMBWF von 12.–14.11.2020 durchgeführt). Die Sterblichkeitsrate (CFR) war verzerrt, einerseits durch die Testfrequenz, andererseits durch die „an“-und-„mit“-Zählweise im EMS (Zahl der Todesfälle war im Zähler zu hoch angesetzt).²⁰⁸ Diese Effekte machten die CFR international unvergleichbar und nicht aussagekräftig. Seit Ende der Meldepflicht (30.6.2023)²⁰⁹ basiert die COVID-Todesfall-Erfassung nur noch auf modellbasierten Übersterblichkeitsschätzungen, da die Todesursachenstatistik COVID-19 häufig nicht die Ursache erfasste.²¹⁰ Systematische, repräsentative serologische Studien zur Ermittlung der Infektionssterblichkeit (IFR), wie sie die WHO und internationale sowie internationale Expertinnen- und Expertengremien als Grundlage für eine evidenzbasierte Risikobewertung und Verhältnismäßigkeitsprüfung empfahlen, führte Ö während der Frühphase der Pandemie nicht durch. Diese Datenlage erschwerte eine wissenschaftlich fundierte Beurteilung des Nutzens der Maßnahmen erheblich, wie der Rechnungshof²¹¹ und andere²¹² aufzeigten.²¹³

²⁰⁰ Verordnungsprüfungsverfahren des VfGH (zu V 318/2021, V 324/2021, V 3/2022, V 4/2022, V 6/2022, V 7/2022, V 8/2022, V 9/2022, V 10/2022, V 11/2022, V 14/2022, V 23/2022, V 24/2022), NR 1626/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung, Beilage Verordnungsprüfungsverfahren des VfGH, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1626/imfname_1698538.pdf

²⁰¹ Statistik Austria, Pressemitteilung 12.756–054/22.03/2022, Rund 9% aller Sterbefälle im Jahr 2021 aufgrund von COVID-19, <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf>; NR, 10261/AB XXVII. GP – Anfragebeantwortung vom 1.6.2022, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/10261/imfname_1449869.pdf

²⁰² NR 1497/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1497/imfname_1698121.pdf

²⁰³ NR 1890/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1890/imfname_1701659.pdf

²⁰⁴ WHO COVID-19: Case Definitions Case Definitions Updated in Public health surveillance for COVID-19, published 7.8.2020; <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/19ed9a87-fa5d-4636-8dc1-303c9401f790/content>; WHO COVID-19, case definitions: updated in public health surveillance for COVID-19, published 16.12.2020

²⁰⁵ NR, 1890/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 24.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1890/imfname_1701659.pdf

²⁰⁶ Bevölkerungsweite COVID-19-Tests Bericht des Rechnungshofes, Reihe NIEDERÖSTERREICH 2023/3, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023_19_COVID-19-Tests.pdf

²⁰⁷ G. Luo, X. Zhang, H. Zheng, D. He, Infection fatality ratio and case fatality ratio of COVID-19, International Journal of Infectious Diseases (10/2021), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8496974/>; WHO, Estimating mortality from COVID-19, Scientific Brief, 4.8.2020, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19>

²⁰⁸ Die Case Fatality Rate (CFR) bezeichnet den Anteil der Verstorbenen an allen diagnostizierten COVID-19-Fällen. CFR = Anzahl Todesfälle lt. EMS/bestätigte Fälle lt. EMS × 100 %. 208 Die Infection Fatality Rate (IFR) gibt den Anteil der Verstorbenen im Verhältnis zu allen tatsächlich Infizierten (inkl. Dunkelziffer) an. Ermittlung IFR = Todesfälle/alle Infizierten inkl. Dunkelziffer × 100 %. Der IFR setzt Prävalenzstudien voraus.

²⁰⁹ <https://www.oesterreich.gv.at/de/Gesetzliche-Neuerungen/archiv-bgbl-2023/covid-19-ueberfuehrungsgesetz-ua>

²¹⁰ Ö Gesellschaft für klinische Pathologie und Molekularpathologie und Ä Abteilung der internationalen Akademie für Pathologie, Obduktion im Zusammenhang mit COVID-19 in Österreich – Rahmenbedingungen und Informationen, 18.4.2020, S 2: „Jede verstorbene Person, die zuvor COVID-positiv (Anm. SARS-CoV-2) getestet wurde, wird in der Statistik als „COVID-Tote/r“ geführt, unabhängig davon, ob sie direkt „an“ den Folgen der Viruserkrankung selbst oder „mit dem Virus“ (an einer potentiell anderen Todesursache) verstorben ist.“, <https://oegpath.at/wp-content/uploads/2020/04/Rahmenbedingungen-und-Informationen-zur-Obduktion.pdf>; NR, 1590/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung – Beilage Verordnungsprüfungsverfahren des Verfassungsgerichtshofes, 18.2.2022, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1590/imfname_1698407.pdf

²¹¹ Gesundheitsdaten zur Pandemiekämpfung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie – Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2021/43, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021_43_Gesundheitsdaten_Pandemiekämpfung.pdf

²¹² W. Grossmann, P. Hackl, J. Richter, Corona: Concepts for an Improved Statistical Database, Austrian Journal of Statistics 07/2022, Volume 51, 1–26, <https://www.ajs.or.at/index.php/ajs/article/view/1350>

²¹³ Deutsche Gesellschaft für Virologie (GfV) e.V., 5 Jahre COVID-19: Anmerkungen der Gesellschaft für Virologie zur Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie in Deutschland, 27.3.2025, <https://g-f-v.org/fuenf-jahre-covid-19-anmerkungen-der-gesellschaft-fuer-virologie-zur-aufarbeitung-der-covid-19-pandemie-in-deutschland/>; Ergebnisse der „Heinsberg-Studie“ veröffentlicht am 4.5.2020, <https://www.uni-bonn.de/de/neues/111-2020>

Überwachungssysteme nach Ende der Pandemie

Mit dem COVID-19-Überführungsgesetz, das am 1.7.2023 in Kraft trat, wurde SARS-CoV-2 aus der VO der anzeigepflichtigen Krankheiten gestrichen und das rechtliche Sonderregime aufgehoben. Das Epidemiologische Meldesystem (EMS)²¹⁴ als zentrale gemeinsame Datenbank der Landessanitätsdirektionen, aller Ö BVB, der AGES und des Gesundheitsministeriums blieb für anzeigepflichtige Krankheiten bestehen, ebenso das Statistikregister.²¹⁵ Die Daten aus beiden Systemen stehen für statistischen Auswertung und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung²¹⁶.

Neue Früherkennungs- und Überwachungssysteme²¹⁷ für nicht meldepflichtige übertragbare respiratorische Krankheiten wurden eingeführt. Hier ist insb. das SARS-CoV-2 Abwassermanagement²¹⁸ zu nennen. Die Nationale Referenzzentrale für SARS-CoV-2 Abwassermanagement²¹⁹ startete am 17.1.2022. Derzeit werden 48 ausgewählte Kläranlagen, die 58 % der Ö Bevölkerung abdecken, überprüft.^{220, 221} Die Stärken des Abwassermanagements liegen in der Genauigkeit und der schnellen Ergebnisverfügbarkeit.²²²

COVID-19-Maßnahmen im internationalen Vergleich

Der Oxford Stringency Index²²³, der die Strenge der Maßnahmen international vergleichbar macht, zeigte, dass Ö mit durchschnittlich 53–60 Punkten (in etwa wie Deutschland mit 50–61), deutlich restriktivere Maßnahmen als die Schweiz (39–51) oder Schweden (34–52) umsetzte. Ö und Deutschland erreichten in einzelnen Monaten einen Wert über 80!²²⁴ Trotz dieser harten Linie erzielte Ö keine besseren Ergebnisse, die „Übersterblichkeit“ war sogar höher als in der Schweiz oder Schweden. Ö führte die Liste der deutschsprachigen Län-

der an. EU-Länder mit strengeren Maßnahmen waren bspw. Griechenland (69), Irland (63), Italien (69), Portugal (62), England (62).²²⁵ Ö setzte auf mehrere harte Lockdowns mit Ausgangsbeschränkungen, Schulschließungen, strenge Kontaktbeschränkungen, intensive Kontrollen und Strafen, 2G/3G-Regelungen im Alltag, zeitweise Lockdown für Ungeimpfte.

Das WIFO²²⁶ zog im Jahr 2022 folgendes Fazit: „In Deutschland, der Schweiz, Schweden oder Frankreich ist die Übersterblichkeitsrate jedoch um 33 % niedriger.²²⁷ In Finnland oder Norwegen sowie in ostasiatischen Ländern ist sie deutlich niedriger.“^{228, 229, 230} Schweiz, Schweden und Frankreich hatten deutlich niedrigere Werte, trotz teilweise deutlich liberalerer Maßnahmen und kamen besser durch die Krise, sowohl bei der Übersterblichkeit als auch bei den wirtschaftlichen und sozialen Folgen.

Schweden setzte von Anfang an auf einen anderen Ansatz, nämlich Selbstverantwortung statt Zwang, Freiwilligkeit (Empfehlungen) statt Verbote. Schweden hielt Schulen offen (Kinder bis 15 Jahre gingen durchgehend zur Schule – ohne Masken), ebenso Geschäfte und Restaurants (mit Hygiene-Konzepten), vertraute seinen Bürgerinnen und Bürgern (keine Polizeikontrollen, keine Strafen), kommunizierte transparent und offen die Risikobewertung. Es gab keine Lockdowns, keine Maskenpflicht und keine Impfnachweise für den Alltag. Das Ergebnis waren niedrigere Gesamtübersterblichkeit, geringere wirtschaftliche Schäden, keine gesellschaftliche Spaltung, Kinder ohne Bildungsverluste und psychische Belastungen und kein Vertrauensverlust.

Die Schweiz wählte einen Weg zwischen dem harten österreichisch-deutschen Ansatz und dem schwedischen Modell.²³¹ Es erlaubte föderalistische Flexibilität, sodass die Kantone eigene Entschei-

²¹⁴ § 4 EpiG

²¹⁵ § 4a EpiG

²¹⁶ Abrufbar über die Datenplattform COVID, www.datenplattform-covid.goeg.at; Akkreditierung als Forschungseinrichtung notwendig.

²¹⁷ § 5a EpiG

²¹⁸ Empfehlung (EU) 2021/472 der Kommission vom 17.3.2021 über einen gemeinsamen Ansatz zur Einführung einer systematischen Überwachung von SARSCoV-2 und seinen Varianten im Abwasser in der EU, Abl. L 98/4, vom 19.3.2021, https://abwassermanagement.at/docs/CELEX_32021H0472_DE_TXT.pdf

²¹⁹ <https://abwassermanagement.at/>

²²⁰ Nationales Monitoring Österreich, <https://abwassermanagement.at/natmon/>

²²¹ § 5a EpiG idF. COVID-19-Überführungsgesetz, BGBl I 69/2023; 24-Stunden-Mischproben werden aus dem Zulauf entnommen und auf Virusvarianten gescreent. Das ist kostengünstig und schnell, Ergebnisse sind innerhalb 12–48 Stunden verfügbar und liefern Informationen zur zeitlichen und regionalen Entwicklung der Virenfracht. Das Abwassermanagement fungiert als Frühwarnsystem mit bis zu 7 T. Vorsprung gegenüber klinischen Tests, ermöglicht die Bewertung der Maßnahmenwirksamkeit und kann etwa eine virusauscheidende Person in 10.000 Personen detektieren.

²²² Vgl. die Erläuterungen zu § 5a EpiG, wo explizit festhalten wird, dass sich insb. das Abwassermanagement als äußerst aussagekräftige Methode zur Überwachung des Infektionsgeschehens erwiesen hat. Aufgrund der zentralen Bedeutung für die Infektionsprävention wird es nunmehr ausdrücklich im Epidemiegesetz verankert.

²²³ Die Universität Oxford entwickelte mit dem COVID-19 Government Response Tracker ein wissenschaftliches Instrument, das die Strenge von Corona-Maßnahmen in über 180 Ländern vergleichbar macht. Der sogenannte Stringency Index bewertet auf einer Skala von 0 (keine Maßnahmen) bis 100 (maximale Restriktion) folgende 9 Bereiche: Schulschließungen, Arbeitsplatzschließungen, Absage öffentlicher Veranstaltungen, Versammlungsbeschränkungen, Schließung öffentlicher Verkehrsmittel, Ausgangsbeschränkungen, Einschränkungen bei Inlandsreisen, internationale Reisebeschränkungen, Informationskampagnen. Je höher der Wert, desto härter die Maßnahmen. Alle Daten sind öffentlich verfügbar und werden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern weltweit genutzt

²²⁴ Wirtschaftskammer Ö, Öffnung nach 2 Jahren COVID-19, 25.2.2022, S 3, <https://www.wko.at/oe/news/wko-analyse-oeffnung-zwei-jahre-covid-19-2022.pdf>; Universität Speyer in Kooperation mit der Universität Zagreb, 45th annual Conference of the European Group for Public Administration (EGPA) in cooperation with The Faculty of Law of the University of Zagreb, Evaluation of the Success of the Covid-19 Measures in Europe, 5–8, 24.9.2023, https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuhle/Knorr/Evaluation_of_the_Success_of_the_Covid_Measures_24_09_2023.pdf

²²⁵ F. Meier Schwarzer, N. Probst-Hensch, M. Kwiatkowski, M. Höglinger, Long-term development of loneliness in older people and associations with stringency of COVID-19 measures: an observational cohort study, 10.4.2024, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11007266>

²²⁶ G. Felbermayr, How Austria Got Through the Crisis and What to be Done Now, WIFO-Reports on Austria (02/2022), https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-4125/roa_2022_03_austria_economic_policy_.pdf

²²⁷ S. 4 des WIFO-Reports; Wirtschaftskammer Ö, Öffnung nach 2 Jahren COVID-19, 25.2.2022, <https://www.wko.at/oe/news/wko-analyse-oeffnung-zwei-jahre-covid-19-2022.pdf>

²²⁸ M. Reitzner, Excess Mortality in Austria during the COVID-19 Pandemic, Austrian Journal of Statistics 2025, Volume 54, 36–58, <https://www.ajs.or.at/index.php/ajs/article/view/2032>

²²⁹ Ch. Th. Pallari et al., Sustained excess all-cause mortality post COVID-19 in 21 countries: an ecological investigation, International Journal of Epidemiology (06/2025), 54 (3), <https://academic.oup.com/ije/article/54/3/dyaf075/8159616?login=false>

²³⁰ G. Corraoa, F. Reaa, G. C. Blangiardoc, Lessons from COVID-19 mortality data across countries, Journal of Hypertension (05/2021), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9584045/>

²³¹ Nationale Wissenschaftliche COVID-19-Taskforce, Vergleich der epidemiologischen und wirtschaftlichen Lage in der Schweiz und in Schweden, 25.5.2020, https://sciencetaskforce.ch/wp-content/uploads/2020/10/Vergleich_der_epidemiologischen_und_wirtschaftlichen_Lage_in_der_Schweiz_und_in_Schweden.pdf

dungen treffen konnten. Die Lockdowns dauerten kürzer, danach kam es zu schnelleren Öffnungen als in Ö. Maßnahmen dort, wo sie nötig waren, Freiheit wo möglich. Das Ergebnis war eine niedrigere Übersterblichkeit als in Ö trotz liberalerer Maßnahmen.²³²

II. MASSNAHMEN ZUR PANDEMIEBEKÄMPFUNG

Lockdowns

Insgesamt vier Lockdowns wurden in Ö verfügt. Beim ersten Lockdown (03/2020) gab es trotz der damit verbundenen massiven Einschränkungen seitens der Bevölkerung großes Verständnis.

Damals waren noch die Bilder aus Norditalien präsent, und es lagen kaum gesicherte Informationen zur Gefährlichkeit des Virus vor. Schutzausrüstung, Masken, Desinfektionsmittel usw. waren praktisch nicht vorhanden, Behandlungserfahrungen fehlten. Maßnahmen zur Verhinderung der Virusverbreitung, um eine Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung hintanzuhalten und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten, trug ein Großteil der Bevölkerung mit. Dass diese Maßnahmen, so unerfreulich sie für die Menschen im Land waren, teilweise griffen, zeigt die Chronologie. Im April/Mai 2020 kam es zu Lockerungen. Ein erhofftes rasches Ende der Pandemie hat sich in weiterer Folge nicht bewahrheitet. Im Gegenteil, bereits Ende August stiegen die Infektionszahlen neuerlich. Im November waren die Infektionszahlen deutlich höher als im Frühjahr. Der zweite und dritte Lockdown folgten. Vom 22.11.–11.12.2021 galt ein vierter Lockdown, jener für Ungeimpfte noch länger. In diesen Phasen begann das Verständnis für die harten Maßnahmen mehr und mehr zu schwinden.

²³² M. Spenger, Zwei Nachbarländer, eine Pandemie, ÖKZ 20.2.2023, <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-1-2/zwei-nachbarlaender-eine-pandemie/>

²³³ G. Antony, J. Antosik, M. Weigl, C. Marbler, A. Laschkolnig (2021), Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Ö, Zeitraum Frühjahr 2020, GÖG, Wien (2/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1866/1/GFA_Ergebnisbericht_Corona2020_bf.pdf

²³⁴ Ö Akademie der Wissenschaften, Corona-Pandemie verstärkt vorhandene Ungleichheiten, 5.5.2020, <https://www.oew.ac.at/detail/news/corona-pandemie-verstaerkt-vorhandene-ungleichheiten>

²³⁵ K. Eglau et al., Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche, GÖG, Wien (2/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1633/1/Auswirkungen%20COVID19_KA_Aktualisierung_Gesamtjahr2020_bf.pdf

²³⁶ GÖG, COVID-19 Datenplattform, Hospitalisierungsdaten 2020–2022

²³⁷ S. Haas, D. Antony, G. Antosik, S. Gaiswinkler, R. Griebler, C. Marbler, M. Weigl, P. Winkler, Soziale Faktoren der Pandemie. GÖG (12/2021), <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1996/>

²³⁸ C. Mayrhuber, J. Bock-Schappelwein, R. Eppel, M. Fink, U. Huemer, W. Hyll, H. Mahringer, C. Moreau, H. Pitlik, S. Rocha-Akis, Analysen zur sozialen Lage in Ö Bestandsaufnahme und Ausblick in der COVID-19-Pandemie, WIFO (08/2020), https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-5206/s_2020_covid19_soziale_lage_66737.pdf

²³⁹ Kolland, F., Richter, L., Heidlinger, T., Hartmann, V. (2020). Covid-19 und Social Distancing im Alter. Eine Befragung der Bevölkerungsgruppe 60+ in NÖ, https://research.wu.ac.at/ws/portfolios/portal/37930261/Covid-19_RapidReport.pdf

²⁴⁰ T. Entringer, H. Kröger, Weiterhin einsam und weniger zufrieden – Die Covid-19-Pandemie wirkt sich im 2. Lockdown stärker auf das Wohlbefinden aus, 1.7.2021, https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.820781.de/diw_aktuell_67.pdf

²⁴¹ J. Jessen, C. K. Spieß, K. Wrohlich, Sorgearbeit während der Corona-Pandemie: Mütter übernehmen größeren Anteil – vor allem bei schon zuvor ungleicher Aufteilung (9/2021), https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.812216.de/21-9-1.pdf

²⁴² S. Haas, D. Antony, G. Antosik, S. Gaiswinkler, R. Griebler, C. Marbler, M. Weigl, P. Winkler, Soziale Faktoren der Pandemie. GÖG, (12/2021), <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1996/>

²⁴³ C. Mayrhuber, J. Bock-Schappelwein, R. Eppel, M. Fink, U. Huemer, W. Hyll, H. Mahringer, C. Moreau, H. Pitlik, S. Rocha-Akis, Analysen zur sozialen Lage in Ö Bestandsaufnahme und Ausblick in der COVID-19-Pandemie, WIFO (08/2020), https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-5206/s_2020_covid19_soziale_lage_66737.pdf

²⁴⁴ Verordnung (EU) 2016/425 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9.3.2016 über persönliche Schutzausrüstungen und zur Aufhebung der Richtlinie 89/686/EWG des Rates, Abl. L 81/51 vom 31.3.2016, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=CELEX%3A32016R0425>; EN 149:2001+A1:2009 bzw. ÖNORMEN 149.2001+A1:2009; Empfehlung (EU) 2020/403 der Kommission vom 13.3.2020 über Konformitätsbewertungs- und Marktüberwachungsverfahren im Kontext der COVID-19-Bedrohung, C/2020/1712, ABl. L 791 vom 16.3.2020, S. 1–5; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32020H04038>; Errlass des BMWDW, GZ 2020-0-247,451, vom 23.4.2020, <https://www.wko.at/oe/news/wfa-meg-novelle-schutzmasken-final.pdf>

²⁴⁵ J. Herby, L. Jonung, S. H. Hanke, Did Lockdowns work? The verdict on Covid restrictions, IEA Perspectives 1,6.2023, https://iea.org.uk/wp-content/uploads/2023/06/Perspectives_-1_Did-lockdowns-work_June_.web.pdf; F. Ahmed, L. Shafer, P. Malla, R. Hopkins, S. Moreland, N. Zviadite, A. Uzicanin, Systematic review of empiric studies on lockdowns, workplace closures, and other non-pharmaceutical interventions in non-healthcare workplaces during the initial year of the COVID-19 pandemic: benefits and selected unintended consequences (2024), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38519891/>; <https://www.spectator.co.uk/article/inflation-is-the-real-lockdown-scandal/>; University München, Neue Studie: Effekt von Lockdown und Notbremse offenbar deutlich überschätzt (06/2021), https://www.focus.de/politik/deutschland/studie-der-universitaet-muenchen-wissenschaftler-erklaeren-effekt-von-lockdown-un-d-notbremse-wird-offenbar-deutlich-ueberschaetzt_id_13348160.html

²⁴⁶ T. Jefferson, L. Dooley, E. Ferroni, LA Al-Ansary, ML van Driel, GA Bawazeer, MA Jones, TC Hoffmann, J. Clark, EM Beller, PP Glasziou, JM Conly, Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 1, https://www.cochrane.org/de/evidence/CD006207_do-physical-measures-such-hand-washing-or-wearing-masks-stop-or-slow-down-spread-respiratory-viruses; Cochrane Deutschland, Cochrane Review zum Nutzen von Masken gegen Atemwegsinfektionen (2023), <https://www.cochrane.de/news/cochrane-review-zum-nutzen-von-masken-gegen-atemwegsinfektionen>; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Using face masks in the community Reducing COVID-19 transmission from potentially asymptomatic or pre-symptomatic people through the use of face masks (04/2024), <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf>; Ö Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie & Präventivmedizin (ÖGHPM), W. Koller, Tragedauer von FFP-Masken in Schulen und ähnlichen Einrichtungen, 8.12.2020, https://www.oechgmp.at/media/tragedauer_von_ffp-masken_in_schulen_und_aehnlichen_einrichtungen_1.pdf

²⁴⁷ K. Nagel et al., zitiert in: Lockdown-Studie von Ökonomen stößt bei Experten auf Skepsis, Zeit Online, 2.2.2022; Kaum Menschenleben gerettet? Lockdown-Studie in der Kritik, 3.2.2022, <https://www.zeit.de/news/2022-02/03/lockdown-studie-von-oekonomen-stoessst-bei-experten-auf-skepsis>; M. Geraedts, Kaum Menschenleben gerettet? Lockdown-Studie in der Kritik, 3.2.2022, <https://www.zeit.de/news/2022-02/03/lockdown-studie-von-oekonomen-stoessst-bei-experten-auf-skepsis>

Als Folge der Lockdowns dokumentierte die GÖG-Studie²³³ negative Auswirkungen in den Bereichen des sozialen Lebens und der psychosozialen Gesundheit, insb. hinsichtlich Einsamkeit, Isolation, Ängsten und Unsicherheiten. Die Studie stellte fest, dass vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, Personen mit geringem Einkommen oder psychisch vorbelastete Personen stärker von negativen Auswirkungen betroffen waren. Spezifische Analysen der GÖG zeigten einen deutlichen Rückgang in der stationären Gesundheitsversorgung,^{234, 235} da Krankenanstalten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freigehalten wurden. Verunsicherungen und Ängste in der Bevölkerung führten zu reduzierter Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auch bei Akut- und Notfällen.^{236, 237, 238, 239}

Daten des deutschen Sozioökonomischen Panels (SOEP)²⁴⁰ zeigten für die Jahre 2020 und 2021 in Vergleich zur präpandemischen Zeit eine deutlich erhöhte wahrgenommene Einsamkeit, insb. bei vulnerablen und älteren Menschen oder Personen, die arbeitslos wurden oder ihre Erwerbstätigkeit in der Pandemie reduzierten mussten. So konnte, bedingt durch die Auswirkungen der Lockdowns mit Home-Office-Pflicht und dem Wegfall der externen Kinderbetreuung, eine Betroffenheit vor allem bei im Home-Office arbeitenden Frauen festgestellt werden,²⁴¹ bei Menschen in vulnerablen Lebenssituationen, Menschen mit geringem Einkommen und Bildungsgrad und älteren Menschen in Einpersonenhaushalt ohne sozialen Kontakten.^{242, 243}

Masken

Zur Effektivität von Masken²⁴⁴ gibt es mittlerweile unterschiedliche Studien. Während einige zum Schluss²⁴⁵ kamen, dass Masken wenig geeignet waren und der Nutzen nicht nachgewiesen werden konnte,²⁴⁶ gingen andere²⁴⁷ von deren Wirksamkeit

aus, wie die Studie von Lancet 2020²⁴⁸, die eine Reduktion der Übertragbarkeit um fast 50 %, im nicht-klinischen Bereich um mehr als 80 % ausweist. Die WHO änderte diesbezüglich ihre Empfehlungen mehrmals.²⁴⁹ Die angeführten Studien wiesen auf mögliche negative Auswirkungen hin, speziell bei Kindern.²⁵⁰ Studien²⁵¹ hielten als mögliche Folgen fest: Störungen der Sprachentwicklung, Behinderungen der gesamten Entwicklung, eine geringere Belastbarkeit, ein begrenzter Wortschatz und psychische Folgen. Mehrere neuere Studien kamen zum Schluss, dass es keine robuste Evidenz für den Nutzen von Masken bei Kindern gibt, während mögliche Nachteile nicht vernachlässigbar sind und zu sorgfältiger Reflexion anregen sollten.^{252, 253}

Besondere Nachteile und Nebenwirkungen bei der Verwendung von Masken betrafen laut WHO²⁵⁴ Kinder, behinderte Menschen, Menschen mit Atemwegserkrankungen sowie nach einer Gesichtschirurgie oder einer Gesichtsverletzungen und Menschen in heißen Umgebungen.^{255, 256} Die Nebenwirkungen von Masken sind klinisch relevant, bis hin zum maskeninduzierten Erschöpfungssyndrom.²⁵⁷ Manche Studien wiesen darauf hin, dass sich Mikrofasern aus den Corona-Masken lösen und so in die Lunge gelangen könnten. Diese Risiken werden erst erforscht und sind bis dato nicht abschließend geklärt.²⁵⁸

Teststrategie – vom risikobasierten Ansatz zu Massentests

Die Ö COVID-19-Teststrategie²⁵⁹ schlug mit Gesamtkosten von € 5,18 Mrd. für Tests des Gesundheitsministeriums (ohne Schul- und Betriebstests) zu Buche.²⁶⁰ In diesem Bericht sind alle Testausgaben des Gesundheitsministeriums (aber nicht Schul-, Apotheken- und Betriebstestungen²⁶¹) enthalten, die sich wie folgt verteilen: Tests im Anwendungsbereich des ASVG und Parallelgesetzen^{262, 263} rund € 1,59 Mrd., des Zweckzuschusses rund € 1,63 Mrd., des Epidemiegesetzes rund € 1,67 Mrd., für die Beschaffung von Wohnzimmertests sowie für „Ö testet“ rund € 283,4 Mio. Die Befugnis zur Abstrichnahme²⁶⁴ und Testzertifikate wurden im EpiG²⁶⁵ geregelt.

Der Rechnungshof überprüfte von Februar bis Juli 2022 die COVID-19-Teststrategie des Bundes sowie in NÖ und Wien.²⁶⁶ Die zentralen Befunde zeigten organisatorische Defizite, fehlende Koordination und hohe Kosten ohne klaren Nachweis des Nutzens. Ö setzte beim Pandemiemanagement im internationalen Vergleich sehr stark auf Tests und wurde als „Testweltmeister“ bezeichnet. Im Jänner 2021 beschlossen Bund und Länder ein breites, bevölkerungsweites Testangebot, obwohl die Teststrategie auf zielgerichtetes und risikoorientiertes Testen ausgerichtet war. Diese Strategie wurde bei der Entscheidung ignoriert. Das Gesundheitsministerium ließ die ihm zur Verfügung stehenden rechtlichen Steuerungsinstrumente

²⁴⁸ D. K Chu, E. A Akl, S. Duda, K. Solo, S. Yaacoub, H. J Schünemann, et al., Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis, 27.6.2020, <https://www.thelancet.com/article/S0140-67362031142-9/fulltext>

²⁴⁹ WHO, Advice on the use of masks in the context of COVID-19 (06/2020), <https://iris.who.int/items/e43f61a1-0ba8-4166-b755-6d6c6be50b65>; WHO, Advice on the use of masks in the context of COVID-19, verschiedene Versionen 2020-2021

²⁵⁰ J. Sandlund , R. Duriseti , S. N Ladhani, K. Stuart, J. Noble, T. B. Høeg, Face masks and protection against COVID-19 and other viral respiratory infections: Assessment of benefits and harms in children, 6.9.2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39306529/>; K. Kisielinski, C. Steigleder-Schweiger, S. Wagner, S. Korupp, S. Hockertz, O. Hirsch, Risks and Benefits of Face Masks in Children, 19.9.2024, <https://www.preprints.org/manuscript/2024/09.1508>; Ö Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie & Präventivmedizin (ÖGHMP), W. Koller, Tragedauer von FFP-Masken in Schulen und ähnlichen Einrichtungen, 8.12.2020, https://www.oechmp.at/media/tragedauer_von_ffp-masken_in_schulen_und_aehnlichen_einrichtungen_1.pdf

²⁵¹ Ofsted, Children hardest hit by COVID-19 pandemic are regressing in basic skills and learning, published 10.11.2020, <https://www.gov.uk/government/news/ofsted-children-hardest-hit-by-covid-19-pandemic-are-regressing-in-basic-skills-and-learning>; Amanda Spielman, Chief Inspector von Ofsted (Office for Standards in Education, Children's Services and Skills Ofsted), Research and analysis, Education recovery in early years providers: spring 2022, published 4.4.2022, <https://www.gov.uk/government/publications/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022>; dts., Research and analysis, Education recovery in early years providers: summer 2022, published 20.7.2022, <https://www.gov.uk/government/publications/education-recovery-in-early-years-providers-summer-2022/education-recovery-in-early-years-providers-summer-2022>; <https://www.theguardian.com/society/2022/apr/04/pandemic-has-delayed-social-skills-of-young-children-says-ofsted-chief>

²⁵² J. Sandlund, R. Duriseti, S. N Ladhani, K. Stuart, J. Noble, T. B. Høeg, Face masks and protection against COVID-19 and other viral respiratory infections: Assessment of benefits and harms in children, 6.9.2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39306529/>

²⁵³ K. Kisielinski, C. Steigleder-Schweiger, S. Wagner, S. Korupp, S. Hockertz, O. Hirsch, Risks and Benefits of Face Masks in Children, 19.9.2024, <https://www.preprints.org/manuscript/2024/09.1508>

²⁵⁴ WHO, Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance, 29.1.2020, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/advice-on-the-use-of-masks-2019-ncov.pdf>; WHO, Advice on the use of masks in the context of COVID-19 Interim guidance, 5.6.2020, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/018f5162-504e-40f3-9316-cadcd37166a/content/>; G. Makou, COVID coverings for kids – the World Health Organisation's mask guidelines, 28.8.2020, <https://bhekisisa.org/resources/2020-08-28-covid-coverings-for-kids-the-world-health-organizations-mask-guidelines/>; Guidance on Mask Exemptions in Children and Adolescents (09/2020), <https://www.healthvermont.gov/sites/default/files/VT-Mask-Exemptions-in-Children-and-Adolescents.pdf>

²⁵⁵ K. Patel, R. L Nixon, Mask exemptions for facial skin diseases: are they warranted? (04/2022), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9115046/>; COVID-19 Scientific Advisory Group, Rapid Evidence Report, Assessment of Potential Harm from Mask Use for Specific Populations in the Community, 17.5.2021, <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/pphi/fp-pphi-covid-19-sag-assessment-of-potential-harm-from-mask-use-for-specific-populations.pdf>

²⁵⁶ R. Lubrano, S. Bloise, A. Testa, et al, Assessment of Respiratory Function in Infants and Young Children Wearing Face Masks During the COVID-19 Pandemic (03/2021), <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776928>

²⁵⁷ K. Kisielinski, P. Giboni, A. Prescher, B. Klosterhalfen, Is a Mask That Covers the Mouth and Nose Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free of Potential Hazards? (04/2021), https://www.researchgate.net/publication/351009051_Is_a_Mask_That_Covers_the_Mouth_and_Nose_Free_from_Undesirable_Side_Effects_in_Everyday_Use_and_Free_of_Potential_Hazards

²⁵⁸ K. Kisielinski, S. Hockertz, O. Hirsch, S. Korupp, B. Klosterhalfen, A. Schnepp, G. Dyker, Wearing face masks as a potential source for inhalation and oral uptake of inanimate toxins – A scoping review (04/2024), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147651323013623>

²⁵⁹ § 5a EpiG regelt Screeningprogramme, darunter fallen auch die Testungen.

²⁶⁰ Bericht gem. § 3 Abs. 5 COVID-19-FondsG des BMSGPK an den zuständigen Ausschuss des Nationalrats über das Kalenderjahr 2025 (Jän. bis Jun. 2025, inkl. Darstellung der Gesamtkosten von 2020 bis Jun. 2025), III-24/4 der Beilagen XXVIII. GP – Bericht – Hauptdokument, <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVIII/III/244>

²⁶¹ Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über eine COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen (Betriebliches Testungs-Gesetz – BTG), BGBl I 53/2021

²⁶² Niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragsgruppenpraxen sowie selbständige Vertragsambulatorien für Labormedizin dürften für die Dauer der durch die WHO ausgerufenen COVID-19-Pandemie COVID-19-Tests durchführen (§ 741 Abs. 1 ASVG), Details waren in einer VO zu regeln, vgl. VO des BMSGPK betreffend nähere Bestimmungen über die Durchführung von COVID-19-Tests im niedergelassenen Bereich, BGBl II 453/2020.

²⁶³ COVID-19-Test in öffentlichen Apotheken, § 742a ASVG, BGBl I 2021/35

²⁶⁴ § 28d EpiG, BGBl I 33/2021 („Abstrichnahme im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“)

²⁶⁵ § 4b EpiG („Zertifikate im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“), § 4c EpiG („Testzertifikat“), § 4d („Genesungszertifikate“) und § 4e („Impfzertifikate“), mit BGBl I 100/2021

²⁶⁶ Bevölkerungsweite COVID-19-Tests, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/19, Reihe NÖ 2023/3, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023_19_COVID-19-Tests.pdf

weitgehend ungenutzt. Die Ö Teststrategie war durch fehlende Steuerung, unkoordinierte Vielfalt, mangelnde Datenqualität und Kosten ohne klaren Nutzen gekennzeichnet. Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium mit der Einschränkung der bevölkerungsweiten Tests und der Teststrategie vom April 2022²⁶⁷ teilweise zum risikoorientierten Ansatz zurückkehrte und den Auf- sowie Ausbau von Alternativen zur Überwachung der Virusaktivität forcierte. Die Surveillance-Programme – wie das Abwassermanagement – waren aus Sicht des RH zweckmäßig, um einen Ö Überblick über das Infektionsgeschehen zu gewinnen.

Im Bericht „Schulbetrieb während der COVID-19-Pandemie“²⁶⁸ kam der Rechnungshof zu folgenden Ergebnissen: Die niedrige Prävalenz von 0,3 % positiver Testergebnisse im Schulbereich (etwa 200.000 positive Tests bei 60 Mio. durchgeführten Tests zwischen September 2021 und April 2022) führte zu einem deutlich erhöhten Anteil falsch-positiver Ergebnisse, da bei guten Screening-Programmen die Prävalenz über 1 % liegen sollte.

COVID-19-Impfungen und die Impfpflicht

Die Entwicklung und Einführung der COVID-19-Impfungen stellten in zeitlicher Hinsicht einen historischen Vorgang dar. Die Entwicklung neuer Arzneimittel, z. B. Impfungen, dauert durchschnittlich 15 Jahre. Die ersten klinischen Studien des ersten Impfstoffs in der EU, dem mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer, begannen am 23.4.2020. Dieser Impfstoff wurde innerhalb von nur 8 Monaten bedingt zugelassen.²⁶⁹ Für die ersten COVID-19-Impfstoffe wurde eine bedingte Zulassung erteilt, eine besondere Art von Zulassung, mit der ein Zugang zu Arzneimitteln erleichtert wird, die zum Beispiel in Notsituationen wie der COVID-19-Pandemie eine medizinische Versorgungslücke füllen müssen, während ein umfassendes Datendossier noch nicht verfügbar ist.²⁷⁰ Für Ö zeigten sich mit Stand Sep. 2025 folgende Quoten: 76,1 %, Impfquote (mind. 1 x geimpft), Impf-

quote (vollständig) 73,7 %, Impfquote (Booster) 59,6 %.²⁷¹

Die Einführung einer Impfpflicht²⁷² hat vor dem Hintergrund, dass die Verträge streng vertraulich behandelt wurden, einen Haftungsausschluss der Impfstoffhersteller zur raschen Entwicklung und bedingten Zulassung beinhalteten, der Aussagen mancher, dass der Impfstoff auch gegen Ansteckung einen vollen Schutz bieten würde (dies hat sich bereits im März 2021 als unrichtig erwiesen), des vierten Lockdowns (insb. dem Lockdown für Ungeimpfte) viele Diskussionen ausgelöst und viele Menschen verunsichert. Letztendlich führte die lange und widersprüchliche Debatte zu einer immer größer werdenden Skepsis in der Bevölkerung. So wurde in den Verträgen zur Kenntnis genommen, dass die Langzeitwirkungen und die Wirksamkeit des Impfstoffs nicht bekannt sind und dass nicht bekannte Nebenwirkungen auftreten können.²⁷³

Bereits im Jahr 2021 zeigten mehr als 15 groß angelegte wissenschaftliche Studien aus verschiedenen Ländern, dass eine durchgemachte COVID-19-Infektion einen robusten und langanhaltenden Schutz vor erneuter Erkrankung bot („natürliche Immunität“, in Ö waren Ende 2021 bereits ca. 2–2,5 Mio. genesen, Ende 2022 ca. 5–6 Mio.). Eine großangelegte Studie²⁷⁴ mit 700.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stellte fest, dass Menschen mit Impfschutz ein 13-fach höheres Risiko für eine Durchbruchinfektion mit der Delta-Variante hatten als Menschen, die bereits eine COVID-Infektion durchgemacht hatten. Die natürliche Immunität erwies sich als 27-mal wirksamer gegen symptomatische Erkrankung als die Impfimmunität. Die Cleveland Clinic-Studie²⁷⁵ mit 52.238 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen (Juni 2021) fand heraus, dass keine einzige Person mit vorheriger Infektion eine Reinfektion erlitt, während es bei den nur Geimpften zu Durchbruchinfektionen kam. Eine britische Studie²⁷⁶ mit 25.661 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (April 2021) dokumentierte einen 84 % Schutz durch natürliche Immunität über mindestens sieben Monate.

²⁶⁷ Aufgrund neuer Virusvarianten (Virus Delta) forderten viele Expertinnen und Experten – insb. auch das Beratungsgremium GECKO – Ende 2021 eine Rückkehr zum risikoorientierten Ansatz. Erst im Apr. 2022 ist dieser Vorschlag seitens des BM für Gesundheit aufgegriffen worden und hat damit die Rückkehr zu einem zielgerichteten Vorgehen vollzogen.

²⁶⁸ Schulbetrieb während der COVID-19-Pandemie Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/24, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023_24_Schulbetrieb_COVID.pdf

²⁶⁹ European Medicines Agency (EMA), EMA recommends first COVID-19 vaccine for authorisation in the EU, 21.12.2020, <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu>; Bundeskanzleramt, 21.12.2020, Bereits 2 Covid-19-Impfstoffe in der EU zugelassen, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/europa-aktuell/eu-arzneimittel-agentur-empfiehlt-zulassung-des-ersten-covid-19-impfstoffes.html>; PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Ö, Von 13 Jahren auf 18 M.: Wie kann ein wirksames Medikament gegen das Corona-Virus so schnell auf den Markt kommen?, 22.4.2020, <https://www.pharmig.at/themen/coronavirus-covid-19/von-13-jahren-auf-18-monate-wie-kann-ein-wirksames-medikament-gegen-das-corona-virus-so-schnell-auf-den-markt-kommen/>; NR, 8369/J XXVII. GP – Anfrage vom 22.10.2021, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/J/8369/impfname_1006574.pdf; Infovac – die Informationsplattform für Impffragen, Wie wird ein Impfstoff entwickelt?, 13.7.2025, <https://www.infovac.ch/de/faq/entwicklung-von-impfstoffen>

²⁷⁰ Europäisches Parlament, Parlamentarische Anfrage - E-002126/2025(ASW), Antwort von Hadja Lahbib im Namen der Europäischen Kommission vom 27.8.2025, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-10-2025-002126-ASW_DE.html; COVID-19-Krisenstabsprotokolle des RKI, 18.12.2024, <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Protokolle/COVID-19-Krisenstabsprotokolle.html>

²⁷¹ Corona-Zahlen für Ö (aufgerufen am 5.11.2025), <https://www.corona-in-zahlen.de/weltweit/%C3%86sterreich/>

²⁷² Stellungnahme der Bioethikkommission, Ethische Fragen einer Impfung gegen COVID-19, Wien, 2020, <https://epub.bka.gv.at/obvbkabib/content/titleinfo/10640918>; EU Kommission, https://www.rai.it/dl/doc/2021/04/17/1618676600910_APA%20BioNTech%20Pfizer.pdf

²⁷³ Parlamentskorrespondenz Nr. 249 vom 10.3.2022, Heftige Debatte im Bundesrat über Impfpflicht und Pandemiebekämpfung, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2022/pk0249; Antwort der Bundesregierung auf eine diesbezügliche Anfrage, 3.3.2021, <https://dsrerver.bundestag.de/btd/19/272/1927248.pdf>; Auf den Seiten 48 und 49 der Bestellungsvorträge erklärten die EU-Mitgliedstaaten, dass sie akzeptierten, dass die Langzeit-Wirkungen und die Wirksamkeit des Impfstoffs nicht bekannt sind und dass nicht bekannte Nebenwirkungen auftreten können.

²⁷⁴ Y. Goldberg, M. Mandel, Y. M. Bar-On, O. Bodenheimer, L. S Freedman, N. Ash, S. Alroy-Preis, A. Huppert, R. Milo, Protection and Waning of Natural and Hybrid Immunity to SARS-CoV-2, *N Engl J Med* (06/2022), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35613036/>

²⁷⁵ NK. Shrestha, PC Burke, AS Nowacki, et al. Necessity of COVID-19 vaccination in previously infected individuals, *medRxiv* (06/2021), <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3>

²⁷⁶ VJ Hall, S. Foulkes, A. Charlett et al. SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with antibody-negative health-care workers in England: a large, multicentre, prospective cohort study (SIREN), *Lancet* (04/2021), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33844963/>

Eine systematische Studie von Shenai et al. (10/2021)²⁷⁷, die neun klinische Studien analysierte, kam zu dem Ergebnis, dass in allen untersuchten Studien die natürliche Immunität mindestens gleichwertig mit dem Schutz durch vollständige Impfung war; in drei Studien zeigte sie sich sogar überlegen. Auch die GECKO hielt dies fest.²⁷⁸

Die Statistik Austria kam zum Ergebnis, dass Ende 2021 ca. 22 % der Bevölkerung bereits eine natürliche Immunität aufgebaut hat.²⁷⁹ Die Modellierungsgruppen des österreichischen Prognosekonsortiums gingen von einer natürlichen Immunsierung von 67 % gegen Omikron und 87 % gegen Delta aus (Anfang Feb. 2022).²⁸⁰ Manche von noch höherer natürliche Immunität.

Die wissenschaftliche Forschung der Jahre 2023 bis 2024 bestätigte und erweiterte diese frühen Erkenntnisse. Die umfassendste Meta-Analyse von Lancet (2023)²⁸¹ analysierte 65 Studien aus 19 Ländern und stellte fest, dass natürliche Immunität bei den Pre-Omikron-Varianten 85 % Schutz gegen Reinfektion nach 10 Monaten bot. Bei den neueren Omikron-Varianten sank der Schutz vor Infektion auf 36–45 %, aber der Schutz gegen schwere Erkrankung blieb hoch und stabil bei über 80 %. Eine weitere wichtige systematische Analyse von 26 Studien von Stein et al. (03/2023)²⁸² bestätigte diese Erkenntnisse. Sie dokumentierte, dass der Schutz gegen Reinfektion bei Pre-Omikron-Varianten über 80 % betrug und der Schutz gegen schwere Erkrankung sehr hoch und langanhaltend blieb. Diese Studie lieferte die erste umfassende Analyse zum Vergleich der Schutzwirkung über verschiedene Virusvarianten hinweg. Eine Arbeit von Dr. Pilz aus Graz (2024)²⁸³ zeigte, dass die natürliche Immunität bereits Anfang 2021 einen 89–95 % Schutz vor erneuten Infektionen bot, und zwar langanhaltender als eine Impfimmunität. Die Schutzwirkung blieb über 12–14

Monate stabil, nach sechs Monaten bot sie noch 80 % Schutz vor Krankenhausaufnahme, während die Impfschutzwirkung ohne vorherige Infektion nach sechs Monaten auf nur 15–24 % sank. Gegen schwere, kritische oder tödliche COVID-19-Verläufe zeigte die natürliche Immunität Ende 2022 sogar 97,3 % Schutzwirkung, die über 14 Monaten hinweg keine Abschwächung aufwies.

Die wissenschaftliche Evidenz von 2021 bis 2024 war eindeutig und konstant: Natürliche Immunität bot einen robusten, langanhaltenden Schutz, besonders gegen schwere Erkrankungen. Die Schutzdauer gegen schwere Erkrankung betrug mindestens 10 Monate mit 80–85 % Wirksamkeit, während die Impfimmunität regelmäßige Booster benötigt.

Die wissenschaftliche Gemeinschaft und tlw. auch Gesundheitsbehörden anerkannten, dass eine durchgemachte Infektion den Bedarf an Impfungen und Boostern reduzierte und regelmäßige Booster nicht für alle Menschen notwendig sind. Die individuelle Immungeschichte sollte bei Empfehlungen berücksichtigt werden. Diese Erkenntnisse blieb in den Jahren 2021 und 2022 unberücksichtigt, was heute von führenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern kritisiert wird, da dadurch unnötige Impfmandate, ungerechte Zugangsbeschränkungen und ein massiver Vertrauensverlust in öffentliche Gesundheitsinstitutionen entstanden.²⁸⁴

Bis 26.12.2020, dem Tag vor Beginn der Ö Impfkampagne, gab es in Ö 350.484 positive Testergebnisse, österreichweit sind 5.843 Personen an den Folgen des Corona-Virus verstorben. Bis zum 29.6.2023 wurden 6.081.287 offizielle Infektionsfälle registriert, insg. verstarben 22.542 Personen an Corona.²⁸⁵ In NÖ waren 1.185.956 infiziert, 4.685 Verstorbene musste NÖ verzeichnen (Stand 29.6.2023). Der CFR (Case Fatality Rate) ergibt nach der aktuellsten Studie für Ö²⁸⁶ im Jahr 2020: 5.843

²⁷⁷ M. Shenai, R. Rahme, H. Noorhashm, Equivalency of Protection From Natural Immunity in COVID-19 Recovered Versus Fully Vaccinated Persons: A Systematic Review and Pooled Analysis, *Cureus* (10/2021), <https://www.cureus.com/articles/72074-equivalency-of-protection-from-natural-immunity-in-covid-19-recovered-versus-fully-vaccinated-persons-a-systematic-review-and-pooled-analysis#!/>

²⁷⁸ Executive Report der Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO), 02/2022, https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:8b4d7a49-a421-41eb-bcf0-30a12344ea69/executive_report_180222.pdf

²⁷⁹ J. Klimont, A. Kowarik, P. Pohl (Statistik Austria), L. Weseslindner (MedUni Wien), Statistik Austria / MedUni Wien (Wien 02/2022). Schätzung der COVID-19-Seroprävalenz von nicht geimpften und nicht behördlich als genesen bekannten Personen, Methodenbericht Feb. 2022, https://www.statistik.at/fileadmin/pages/1694/Methodenbericht_Seroprevalenz_Dezember_2021.pdf

²⁸⁰ Niki Popper in APA, 2.2.2022, Zwei Drittel der Österreicher gegen Omikron immun: 67 % gegen Omikron immun, 86 % gegen Delta, <https://science.apa.at/power-search/305846973670132274/>; NR, 1590/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung – Beilage I, Fachliche Begründung Verkehrsbeschränkungsverordnung S2 – Krisenstab COVID-19, BMSPGK, Stand: 27.7.2022, S 3, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB1590/imfname_1698403.pdf; F. Bachner, L. Rainer, F. Trauner, M. Zuba , Factsheet, COVID-19 Hospitalisierungen, 5.9.2022, https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:f472e977-e1bf-415f-95e1-35a1b53e608d/Factsheet_Coronavirus_Hospitalisierungen.pdf; 280 Executive Report der Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO), 30.6.2022, https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:3d569475-1219-4efe-88ac-06fa0a45448b/20220627_GECKO_executive_report.pdf

²⁸¹ N. Bobrovitz, R.K. Arora, T. Yan, et al, Protective effectiveness of previous SARS-CoV-2 infection and hybrid immunity against the omicron variant and severe disease: a systematic review and meta-regression. *Lancet Infect Dis.* (05/2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36681084/>

²⁸² C. Stein, H. Nassereldine, R.J.D. Sorensen, et al, Past SARS-CoV-2 infection protection against re-infection: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* (03/2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998097/>

²⁸³ Dr. Stefan Pilz, Die COVID-19 Pandemie in Ö: Eine Gegenüberstellung der wissenschaftlichen Evidenz zur natürlichen Immunität und regulatorischen Maßnahmen und Empfehlungen in den Jahren 2021 und 2022, 20.6.2024, https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=78665&pOrgNr=&pPersNr=50445

²⁸⁴ P. Falkenbach, A. J Raudasjø, R. W M Verwoerd, et al, Reporting of costs and economic impacts in randomized trials of de-implementation interventions for low-value care: a systematic scoping review, *Implement Sci* (05/2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36115368/>; J. Sachs, S. S Abdool Karim, The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic, *Epub* (10/2022), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36115368/>; N. Bobrovitz, H. Ware et al., Protective effectiveness of previous SARS-CoV-2 infection and hybrid immunity against the omicron variant and severe disease: a systematic review and meta-regression, *Lancet Infect Dis* (05/2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36681084/>; S. Pilz, J. PA Ioannidis, Does natural and hybrid immunity obviate the need for frequent vaccine boosters against SARS-CoV-2 in the endemic phase? *Eur J Clin Invest* (02/2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36366946/>; A.-M. Rick et al., Risk of COVID-19 after natural infection or vaccination, *eBioMedicine* 20.9.2023, [https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(23\)00365-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(23)00365-1/fulltext); K. Bardosh et al., The unintended consequences of COVID-19 vaccine policy: why mandates, passports and restrictions may cause more harm than good, *BMJ Global Health*, 26.5.2022, <https://gh.bmjjournals.org/content/7/5/e008684>; J. Pugh et al., The unnaturalistic fallacy: COVID-19 vaccine mandates should not discriminate against natural immunity, *J Med Ethics*, 7.3.2022, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9132858/>

²⁸⁵ Bundesministerium für Innen, Aktuelle Zahlen zum Corona-Virus, OTS-Presseaussendung vom 26.12.2020, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20201226_OTS0007/

²⁸⁶ U. Riedmann, A. Chalupka, L. Richter, M. Sprenger, W. Rauch, R. Krause, P. Willeit, H. Schennach, B. Benka, D. Werber, T. B. Høeg, J. PA Ioannidis, S. Pilz, COVID-19 case fatality rate and infection fatality rate from 2020 to 2023, Nationwide analysis in Austria, 18.4.2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39954609/>

Verstorbene bei 350.484 Fällen (1,67 % CFR), 2021–2023: 16.699 Verstorbene bei 5.730.803 Fällen (0,29 % CFR). Dem-nach lag die IFR in Ö während der gesamten Pandemie bei 0,16 % und die CFR bei 0,31 % (3- bis 10-fach niedriger als erwartet). Die Zahlen weichen insofern von den Zahlen der Statistik Austria²⁸⁷ ab, als in der Studie nur jene Verstorbenen berücksichtigt wurden, die innerhalb von 30 Tagen ab festgestellter Infektion verstarben.

Das BASG²⁸⁸ berichtete über 52.618 Meldungen im Zeitraum 27.12.2020 bis 31.12.2023 von vermuteten Nebenwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der COVID-19-Impfung. Der Bericht führte das Problem der Nichtmeldung an: „Impfdurchbrüche sind laut Arzneimittelgesetz ebenso meldepflichtig, jedoch konnte hier in der Vergangenheit von einem gewissen „underreporting“ ausgegangen werden.“²⁸⁹ Im Gegensatz zu skandinavischen Ländern, die durch Verknüpfung von Impf-, Krankenhaus- und Krankenversicherungsregistern systematische Kohortenstudien mit Millionen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen, verfügt Ö über kein aktives Surveillance-System zur prospektiven Überwachung von Impfnebenwirkungen. Diese Datenlücke verhinderte eine sachgerechte epidemiologische Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.²⁹⁰ Impfnebenwirkungen wurden in Ö nicht systematisch dokumentiert und von Long-COVID-Diagnosen²⁹¹ unterschieden, eine exakte Dokumentation ist nicht geplant.²⁹²

Die Ö Impfstrategie basierte auf der gemeinsamen Beschaffung von Impfstoffen innerhalb der EU nach Bevölkerungsanteil, was eine zeitgleiche Verteilung ermöglichte.²⁹³ Der Bund und die EU stellten Finanzmittel bereit, um eine breite Palette an

Impfstoffen zu ermöglichen.²⁹⁴ Ö verfolgte ab Jänner 2021 eine risikoorientierte Impfstrategie²⁹⁵ in vier Phasen, die primär auf den Schutz vulnerabler Gruppen und die Reduktion schwerer Verläufe abzielte.²⁹⁶ In Phase 1 (Jän.–Feb. 2021) wurden bei begrenzter Impfstoffverfügbarkeit prioritätär Bewohnerinnen und Bewohner sowie Personal von Alten- und Pflegeheimen, Personen ab 80 Jahren, Gesundheitspersonal auf COVID-Stationen sowie Hochrisikogruppen (Dialyse, Krebs, Transplantation) geimpft. Phase 2 (März–April 2021) umfasste Personen zwischen 65–79 Jahren, Hochrisikopatientinnen und -patienten unter 65 Jahren, 24-Stunden-Betreuung, Lehrerinnen und Lehrer sowie Sicherheitskräfte, während ab Mai 2021 in Phase 3 die Priorisierung aufgehoben wurde und die gesamte Bevölkerung ab dem 16. Lebensjahr Zugang zur Impfung erhielt. Phase 4 (ab Herbst 2021) fokussierte auf Booster-Impfungen, wiederum priorisiert für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, Personen ab 65 Jahren und Hochrisikogruppen (6–9 Monate nach Grundimmunisierung), gefolgt von der allgemeinen Bevölkerung nach 9–12 Monaten. Die Eintragung erfolgte im elektronischen Impfregister (e-Impfpass),^{297,298} Nebenwirkungen sollten elektronisch oder schriftlich an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen gemeldet werden,²⁹⁹ die an die europäische Datenbank EudraVigilance³⁰⁰ weitergeleitet wurden.

Die operative Umsetzung der COVID-19-Impfstrategie^{301, 302} erfolgte dezentral durch die Bundesländer bei zentraler Koordination durch den Bund (Beschaffung, Strategie) und in Partnerschaft mit dem Ö Roten Kreuz. In Phase 1 (Jän.–Feb. 2021) impften mobile Teams und betreuende Ärztinnen und Ärzte in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern, während ab Phase 2 (März–April 2021) zusätzlich niedergelassene Ärztinnen

²⁸⁷ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2020, S 20, https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Jahrbuch-der-Gesundheitsstatistik_2020.pdf

²⁸⁸ Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), Bericht über Meldungen vermuteter Nebenwirkungen nach Impfungen zum Schutz vor COVID-19, Berichtszeitraum 27.12.2020 – 31.12.2023, https://www.basg.gv.at/fileadmin/redakteure/05_KonsumentInnen/Impfstoffe/Bericht_BASG_Nebenwirkungsmeldungen_27.12.2020-31.12.2023_BTVI.pdf

²⁸⁹ B. Albrecht, Impfnebenwirkungen Was wissen wir... und was nicht?, 24.2.2022, <https://www.reporterpreis.de/upload/220908-reporterpreis-stern-impfnebenwirkungen-632a0a147ce36.pdf>

²⁹⁰ J. Durand, J. M. Dogné, C. Cohet, K. Browne, M. Gordillo-Marañón, L. Piccolo, C. Zaccaria, G. Genov, Safety Monitoring of COVID-19 Vaccines, Perspective from the European Medicines Agency (06/2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36524423/>; N. Worm Andersson, E. Myrup Thiesson, N. Pihlström, J. Perälä, K. Faková, M. Agermose Gram, E. Poukkala, T. Leino, R. Ljung, A. Hvistid, Comparative effectiveness of monovalent XBB.1.5 containing covid-19 mRNA vaccines in Denmark, Finland, and Sweden: target trial emulation based on registry data (11/2024), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11789462/>

²⁹¹ NR. 1645/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 30.6.2025: „Da meinem Ressort die Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich nicht vorliegen und ein Großteil der Fälle im niedergelassenen Bereich diagnostiziert wird, ist derzeit die Frage nach den ärztlich diagnostizierten Fällen von ME/CFS beziehungsweise Long-COVID nicht seriös beantwortbar.“; https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1645/impfname_1698662.pdf

²⁹² NR, 1477/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 27.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1477/impfname_1698044.pdf;

²⁹³ Bundeskanzleramt, Die Rolle der EU bei der Zulassung und Beschaffung von COVID-19-Impfstoffen, 27.11.2020, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/europa-aktuell/die-rolle-der-eu-bei-der-zulassung-und-beschaffung-von-covid-19-impfstoffen.html>

²⁹⁴ COVID-19-Impfstoffbeschaffung Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/16, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bericht_2023_16_Impfstoffbeschaffung.pdf; Parlamentskorrespondenz Nr. 37 vom 23.1.2024, Rechnungshof prüft bevölkerungsweite COVID-19-Tests und Impfstoffbeschaffung, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2024/pk0037

²⁹⁵ Mit Aufnahme der COVID-19-Impfung in die Liste der empfohlenen Impfungen nach § 1 Z 1 der VO des Gesundheitsministers über empfohlene Impfungen, BGBl II 577/2020, war das ImpfschadenG anwendbar.

²⁹⁶ BMSGPK, COVID-19-Impfungen: Empfehlungen des Nationalen Impfremiums zur Priorisierung Version 2.1, Stand: 26.12.2020; https://web.archive.org/web/20201226210448/https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:12f12b2b-375e-483f-8a80-d6c58b0c848c/COVID-19_Empfehlung_des_Nationalen_Impfremiums_zur_Priorisierung_Version_2.1-26.12.2020.pdf;

²⁹⁷ Aus epidemiologischer Sicht ist die Dokumentation und Erfassung der Durchimpfungsrate ein wesentliches Anliegen. Eine verlässliche Datenerhebung soll mit der Eintragung in das elektronische Impfregister (elektronischer Impfpass) erfolgen. Weil dafür eine Adaptierung der Softwaresysteme im niedergelassenen Bereich erforderlich wurde, wurde mit der Novelle BGBl I 22/2021 die Übernahme der Kosten für diese Softwareimplementierung des Elektronischen Impfpasses in § 748 ASVG normiert.

²⁹⁸ Mit § 747 Abs 2b ASVG, BGBl I 2021, wurde die Kostentragung für Ausdrucke aus dem Elektronischen Impfpass bzw. die Ausstellung eines Impfzertifikats nach § 4e Abs 4 EpiG (Impfzertifikate) geregelt. Der jeweilige Krankenversicherungsträger hat den Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten sowie den öffentlichen Apotheken pro Ausdruck ein Honorar von € 3 zu bezahlen. Näheres wurde durch VO des BMSGPK, BGBl II 2021/288, geregelt.

²⁹⁹ § 75h Arzneimittelgesetz

³⁰⁰ European Union Drug Regulating Authorities Pharmacovigilance

³⁰¹ BMSGPK, COVID-19-Impfung: Impfstrategie für Ö – Umsetzung und Durchführung Version 1.0, Stand 21.12.2020; https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvpszHv_uQAxWw1iHHbGmG7MQFnoECBYQAO&url=https%3A%2F%2Fwww.sozialministerium.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3A06416cf-e353-4658-ad10-fd3b92522045%2F201221_Covidimpfung_Impfstrategie_Barrierefrei.pdf&usg=AOvVaw1JGsst-mbo6okYxNc9ZhE3&opi=89978449

³⁰² VO des BMSGPK betreffend die Durchführung der Impfung gegen SARS-CoV-2 im niedergelassenen Bereich, BGBl II 34/2021, mit der die Priorisierung im niedergelassenen Bereich verbindlich festgelegt wurde.

und Ärzte, rund 430 Impfzentren (betrieben durch Rotes Kreuz, Samariterbund, Malteser), ÖGK-Ambulatoen und mobile Impfteams zur Verfügung standen. Ab Phase 3 (Mai 2021) kamen Betriebsimpfungen, Walk-in-Angebote ohne Termin, Impfbusse und öffentliche Impfstellen hinzu, wobei die Anmeldung über Online-Plattformen (oesterreich-impft.at, bundesländersepezifische Portale) erfolgen konnte. Ö erreichte bis Ende Aug. 2021 eine Durchimpfungsrate von unter 60 % der Gesamtbevölkerung, ähnlich wie Deutschland mit unter 65 %, was auf ein Plateau durch mangelnde Impfbereitschaft hindeutete.

Am 20.1.2022 beschloss der Nationalrat mit Stimmenmehrheit das COVID-19-Impfpflichtgesetz³⁰³, das am 5.2.2022 in Kraft trat. Das Gesetz verpflichtete alle Personen ab 18 Jahren mit Wohnsitz in Ö zur COVID-19-Impfung, mit Ausnahmen für Schwangere, Personen mit medizinischen Kontraindikationen und Genesene für 180 Tage. Die Umsetzung war in drei Phasen vorgesehen: eine Eingangsphase bis 15.3.2022 ohne Sanktionen, eine Kontrollphase ab 16.3.2022 mit Strafen bis € 3.600 und eine dritte Phase mit Erinnerungsschreiben basierend auf dem Abgleich von Impf- und Melderegister. Bereits am 9.3.2022 setzte der Gesundheitsminister die Impfpflicht für drei Monate aus³⁰⁴, da die Infektionszahlen diese nicht gerechtfertigt hätten und sie zum Schutz vor Spitalsüberlastungen nicht notwendig sei. Die Volksanwaltschaft deponierte in ihrer Stellungnahme vom 7.1.2022, dass eine sterile Immunität durch die COVID-19-Impfung mit den zugelassenen Impfstoffen nicht erreicht wird, ebenso die Grundrechtsproblematik.³⁰⁵

Der VfGH entschied³⁰⁶, dass das Impfpflichtgesetz angesichts der geltenden Nichtanwendungsverordnung nicht näher zu prüfen sei, betonte aber, dass die Impfpflicht einen besonders schweren Eingriff in die körperliche Integrität und das Selbstbestimmungsrecht darstelle, die verhältnismäßig sein müsse. Wenig später wurde die Aufhebung des Impfpflichtgesetzes³⁰⁷ bekanntgegeben, da die Omikron-Variante mildere Krankheitsverläufe zeigte, die Wirksamkeit der Impfung gegen Ansteckungen gemindert sei und trotz Gesetz zu wenige Men-

schen zum Impfen veranlasst worden seien. Am 29.7.2022 traten das COVID-19-Impfpflichtgesetz, die COVID-19-Impfpflichtverordnung und die VO betreffend die vorübergehende Nichtanwendung ersatzlos außer Kraft.³⁰⁸ Die Aufhebung beschloss der Nationalrat einstimmig, wobei die Koalitionspartner betonten, dass dies keinesfalls eine Schmälerung des Beitrags der Impfung zur Bewältigung der Pandemie zum Ausdruck bringe.³⁰⁹ De facto trat die Impfpflicht nie in Kraft, da sie bereits vor Beginn der Kontrollphase ausgesetzt und nur fünf Monate nach Inkrafttreten wieder aufgehoben wurde.

Auf Bundesebene normiert das Impfschadengesetz Anspruch auf Leistungen bei schweren oder dauernden (mind. sechs Monate) Impfschäden.³¹⁰ Betroffene haben je nach Schwere Anspruch auf Behandlung, Rehabilitation oder Rentenzahlungen.³¹¹ Die Anerkennung von Impfschäden erwies sich als äußerst schwierig. Die Kausalität zwischen Impfung und Gesundheitsschädigung muss wahrscheinlich gemacht werden, wobei die Beweislast bei den Antragstellenden liegt.³¹²

In Deutschland wurden mehr als 1.000 Klagen gegen Impfstoffhersteller eingebracht, die die erstinstanzlichen Gerichte alle abwiesen. Auch in anderen Ländern dürften derartige Klagen – soweit überschaubar – anhängig sein. Einige Oberlandesgerichte haben dies im Berufungsverfahren genauer geprüft.³¹³ Hauptfrage dürfte sein, ob die Impfstoffhersteller über mögliche Risiken in ihren Fachinformation (Produktinformationen) entsprechend aufgeklärt haben und der Beurteilungsmaßstab dafür (damaliger Stand der Wissenschaft?). Das Oberlandesgericht (OLG) Bamberg verurteilte einen Impfstoffhersteller am 8.4.2024 zu einer umfassenden Auskunft über Nebenwirkungen, was allein schon bemerkenswert war. Bemerkenswert war auch, dass der Impfstoffhersteller in einem in England anhängigen Gerichtsverfahren mögliche Nebenwirkungen eingestanden hat.³¹⁴ Schadenersatzrechtlich könnte die Haftung auf den Titel Aufklärungspflichtverletzung gestützt werden.³¹⁵ Das Urteil soll im Dez. 2025 gefällt werden.³¹⁶ Selbst dann ist zu beachten, dass die Gesetzeslage in Ö maßgeblich ist und Entscheidungen deutscher Gerichte nicht

³⁰³ Bundesgesetz über die Pflicht zur Impfung gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG), BGBl I 4/2022

³⁰⁴ VO des BMGPK betreffend die vorübergehende Nichtanwendung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes und der COVID-19-Impfpflichtverordnung, BGBl II 103/2022

³⁰⁵ Stellungnahme der Volksanwaltschaft zum Impfpflichtgesetz, 2022-0.010.182 (VA/6100/V-1), vom 7.1.2022, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/Stellungnahmen/2022/Stellungnahme_VA_-_Impfpflicht_gegen_COVID-19_-_07.01.2022.pdf

³⁰⁶ VfGH, G 37/2022-22, V 173/2022-11 23.06.2022, https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_37_2022_vom_23._Juni_2022.pdf

³⁰⁷ Parlamentskorrespondenz Nr. 843 vom 07.07.2022, Nationalrat beschließt einstimmig Aus für COVID-19-Impfpflicht, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2022/pk0843

³⁰⁸ Aufhebung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes, der COVID-19-Impfpflichtverordnung und der VO betreffend die vorübergehende Nichtanwendung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes und der COVID-19-Impfpflichtverordnung sowie Änderung des Epidemiegesetzes 1950, BGBl I 131/2022, ausgegeben am 28.7.2022

³⁰⁹ Initiativantrag, 23.6.2022, 2676/A XXVII. GP, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/A/2676/fname_1455255.pdf

³¹⁰ C. Wendehorst, Haftung für Impfschäden beim Off-Label Use1, 25.9.2021, https://www.aerztekammer.at/documents/261766/548282/20210901_Wendehorst_Haftung+fu%CC%88r+Impfscha%CC%88den+bei+m+Off-Label-Use.pdf/69c081c0-b644-56aa-c254-ce74e1fa676a?t=1696930014039

³¹¹ Vgl. Transparenzdatenbank, Leistungen nach dem Impfschadengesetz und Leistungen nach dem Conterganhilfeleistungsgesetz (aufgerufen am 8.11.2025), <https://transparenzportal.gv.at/tdb/tp/leistung/1004720.html>; Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, Impfschäden – Wer hat Anspruch auf Leistungen nach dem Impfschadengesetz? (aufgerufen am 8.11.2025), https://www.sozialministeriumservice.gv.at/weitere_Zielgruppen/Sozialentschadigungen/Impfschaeden/Impfschaeden.de.html

³¹² J. Loibner, Zur Beurteilung von Impfschäden – Probleme und Hilfestellung, Der Sachverständige, Heft 1/2008, https://widab.gerichts-sv.at/website2024/wp-content/uploads/2024/10/2008_Artikel-3.pdf; A. Makric, Haftungsrechtliche Aspekte bei Impfschäden – Diplomarbeit (03/2024), <https://ulb-dok.uibk.ac.at/ulbtirolhs/download/pdf/9733487>

³¹³ Klage gegen AstraZeneca, Impfschäden: Gericht fordert Gutachten, dpa, 4.12.2024, <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/panorama/impfschaden-gericht-fordert-gutachten-1/>

³¹⁴ AstraZeneca admits its Covid vaccine can cause rare side effect in court documents for first time, 28.4.2024, <https://www.telegraph.co.uk/news/2024/04/28/astrazeneca-admits-covid-vaccine-causes-rare-side-effect/>

³¹⁵ Prof. C. Solmecke, Aufklärung über Impfrisiken – € 600.000 Schmerzensgeld für Impfschäden durch AstraZeneca?, 15.8.2023, [https://www.wbs.legal/allgemein/aufklaerung-ueber-impf-600-000-euro-schmerzensgeld-fuer-impfschaeden-durch-astrazeneca-68002/](https://www.wbs.legal/allgemein/aufklaerung-ueber-impfrisiken-600-000-euro-schmerzensgeld-fuer-impfschaeden-durch-astrazeneca-68002/)

³¹⁶ A. Milesevic, Agentur dpa, Nach Corona-Impfung Teil des Darms verloren? Oberfränkin klagt gegen AstraZeneca, 28.10.2025, <https://www.infranken.de/lk/bamberg/impfschaden-klage-astrazeneca-oberfranken-darmvenenthrombose-schmerzensgeld-bamberg-berufung-art-5713330>

1:1 auf Ö übertragen werden können.

Laut Gesundheitsministerium³¹⁷ wurden im Jahr 2019 keine Impfschäden anerkannt, im Jahr 2020 ein Impfschaden (nach TBC-Impfung), im Jahr 2021 waren es 140 Impfschäden (137 COVID-19-Impfungen, 1 Pneumokokken-Impfung, 1 Meningo-kokken-Impfung, 1 Influenza-Impfung), im Jahr 2022 wurden 432 Impfschäden (428 COVID-19-Impfungen, 1 Pocken-Imp-fung, 1 FSME-Impfung, 2 Influenza-Impfungen) anerkannt, im Jahr 2023 waren es 102 Impfschäden (99 COVID-19-Impfun-gen, 1 Hepatitis B-Impfung, 1 HPV-Impfung, 1 Influenza-Imp-fung). In den Jahren 2024 und im Jahr 2025 (1.1.-27.5.2025) wurden 20 Impfschäden (19 COVID-19-Impfungen, 1 Kombina-tions-Impfung) bzw. 65 Impfschäden (64 COVID-19-Impfungen, 1 Kombinations-Impfung) anerkannt. Die Auszahlungen betru-gen im Jahr 2019 € 4,4 Mio., im Jahr 2020 € 4,4 Mio., im Jahr 2021 € 4,5 Mio., im Jahr 2022 € 4,7 Mio., im Jahr 2023 € 5,9 Mio. und im Jahr 2024 € 9,4 Mio. Bis zum 31.12.2023 wurden beim BASG 52.618 Impfnebenwirkungen gemeldet,³¹⁸ davon 333 Todesfälle und 489 Fälle einer Herzmuskelentzündung in zeitlicher Nähe zu einer Impfung gegen COVID-19, wobei die meisten Fälle laut BASG noch in Abklärung waren und bei den geklärten Fällen „vermutlich“ (laut BASG) eine andere Ursache zum Tod führte (schwere Vorerkrankung, Virusinfekt). Bei 649 Patientinnen und Patienten wurden die Nebenwirkungen als lebensbedrohend gemeldet (477 BioNTech/Pfizer, 61 Moderna, 89 AstraZeneca, 22 Janssen), bei insg. 197 Personen konnte der Gesundheitszustand wiederhergestellt werden. 452 weitere Fälle waren noch in Abklärung bzw. konnten darüber keine wei-teren Informationen eingeholt werden. Bei 3.014 Patientinnen und Patienten war im zeitlichen Zusammenhang mit der COVID-19-Impfung ein Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Laut Bericht der EMA³¹⁹ ergaben sich folgende bestätigte selte-
ne, aber schwere Nebenwirkungen: Thrombose mit Throm-
bozytopenie-Syndrom (TTS): sehr seltene, aber ernste neue
klinische Entität bei Adenovirus-Vektor-Impfstoffen (Vaxzevria/

AstraZeneca und Jcovden/Janssen); Myokarditis und Perikarditis (Herzmuskel-/Herzbeutelentzündung): bei mRNA-Impfstoffen, vor allem bei jungen Männern unter 30 Jahren nach der zweiten Dosis; Guillain-Barré-Syndrom, Venöse Thromboembolie (VTE): als seltene Nebenwirkung bei Jcovden identifiziert; Kapillarlecksyndrom: Bei Vaxzevria evaluiert; Immunthrombozytopenie: identifiziert und bewertet. Gemeldet wurden 2,8 Mio. Nebenwirkungen.

Eine aktuelle Auswertung der nach Impfschadengesetz anerkannten Anträge ergab für Ö folgendes Bild: Von 2021 bis zum 1.7.2025 wurden 2.683 Anträge aufgrund einer COVID-Impfung gestellt. 755 Fälle (28 % aller Anträge) wurden als Impfschäden anerkannt,³²⁰ wobei 405 Pauschalentschädigungen geleistet, 78 befristete Renten und 202 unbefristete Renten zuerkannt wurden. 367 Anträge sind noch unerledigt.³²¹

Die Jahre 2021 und 2022 waren geprägt von erheblichen Unterschieden in den COVID-19-Impfempfehlungen für Kinder zwischen verschiedenen europäischen Ländern. Im Gegensatz dazu empfahl Ö Nationales Impfpremum³²² 2021–2022 die Impfung ab dem vollendeten 5. Lebensjahr.³²³ Anders als Ö gaben folgende Länder keine Impfempfehlung für gesunde Kinder ab: England³²⁴, Schweden, Dänemark, Norwegen³²⁵, Finnland, Frankreich und die Schweiz. Die Begründungen konzentrierten sich auf das günstige Nutzen-Risiko-Verhältnis, das bei sehr niedrigem Erkrankungsrisiko der Kinder keinen klaren Vorteil der Impfung zeigte.

In Deutschland empfahl die Ständige Impfkommission (STIKO) erst am 16.8.2021 die Impfung für alle 12- bis 17-Jährigen, nachdem sie zunächst nur für Kinder mit Vorerkrankungen galt. Die STIKO betonte ihre evidenzbasierte Arbeitsweise und verwies auf Bedenken bezüglich möglicher Herzmuskelentzündungen. Für 5- bis 11-Jährige gab die STIKO im Dez. 2021 nur eine zurückhaltende Empfehlung ab, die sich auf Kinder mit Vorerkrankungen oder Kontakt zu Risikopatientinnen und -patienten beschränkte.³²⁶ Schweden³²⁷ und Dänemark stellten

³¹⁷ NR, 1645/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 30.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1645/imfname_1698662.pdf

³¹⁸ BASG, Bericht über Meldungen vermuteter Nebenwirkungen nach Impfungen zum Schutz vor COVID-19, Berichtszeitraum 27.12.2020–31.12.2023, https://www.basg.gv.at/fileadmin/redakteure/05_KonsumentInnen/Impfstoffe/Bericht_BASG_Nebenwirkungsmeldungen_27.12.2020-31.12.2023_BTVI.pdf

³¹⁹ European Medicine Agency, Report on pharmacovigilance tasks from EU Member States and the European Medicines Agency (EMA) 2019–2022, https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-pharmacovigilance-tasks-eu-member-states-and-european-medicines-agency-ema-2019-2022_en.pdf; EMA, Verdachtsfallmeldungen über Nebenwirkungen, <https://www.adrreports.eu/de/>

³²⁰ Bilanz für Corona-Impfungen liegt vor – und neue Mythen, 6.5.2025, <https://www.medmedia.at/relatus-med/bilanz-fuer-corona-impfungen-liegt-vor-und-neue-mythen/>

³²¹ Vgl. BMASGPK, Impfplan Österreich 2025/2026, Version 1.1 vom 10.10.2025, S 198ff, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html>

³²⁴ Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI), Independent report --JCVI statement on vaccination of children aged 5 to 11 years old, 16.2.2022, <https://www.gov.uk/government/publications/jcvi-update-on-advice-for-covid-19-vaccination-of-children-aged-5-to-11/jcvi-statement-on-vaccination-of-children-aged-5-to-11-years-old>; Im Vereinigten Königreich stuft das Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) im Feb. 2022 die COVID-Impfung für gesunde 5- bis 11-Jährige als „non-essential“ ein, da die Impfung keinen Schutz vor Infektion oder Weiterverbreitung biete und Kinder ein extrem niedriges Risiko für schwere Verläufe hätten.

³²⁵ Die nordischen Länder zeigten besondere Zurückhaltung. Schweden empfahl die Impfung 2021 erst ab 12 Jahren und setzte im Okt. 2021 gemeinsam mit Dänemark den Moderna-Impfstoff für unter 30-Jährige wegen erhöhter Risiken für Herzmuskelentzündungen aus.

³²⁶ Wissenschaftliche Begründung der STIKO zur Modifizierung der COVID-19-Impfempfehlung für Kinder im Alter von 5 –11 Jahren, Epidemiologisches Bulletin 21 | 2022, 25.5.2022, https://gpk.de/downloadp/STIKO_2022_Bulletin_KW_21_240522_vorab_Covid-19-Impfempfehlung_ab-5-Jahren.pdf; STIKO-Empfehlung zur Coronaimpfung: Kann mRNA-Wirkstoff das Herz schädigen? 11.11.2021, <https://herzstiftung.de/service-und-aktuelles/presse/pressemitteilungen/stiko-covid-myokarditis/>; O. Karlstad, P. Hovi, A. Husby, et al, SARS-CoV-2 Vaccination and Myocarditis in a Nordic Cohort Study of 23 Million Residents, JAMA Cardiol (04/2022), <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2791253>

³²⁷ A. Seliger, Schweden: Keine Covid-Impfung mehr für gesunde Kinder und Jugendliche, 3.10.2022, <https://www.telepolis.de/article/Schweden-Keine-Covid-Impfung-mehr-fuer-gesunde-Kinder-und-Jugendliche-7282589.html>; 328 A. Groß, Dänemark: Keine COVID-19-Impfung mehr für Kinder und Jugendliche, 24.8.2022, <https://medonline.at/news/medizin/10117255/danemark-keine-covid-19-impfung-mehr-fuer-kinder-jugendliche-unter-18/>

am 1.7.2022 die Erstimpfung für unter 18-Jährige vollständig ein³²⁸ und begründete dies mit der hohen Bevölkerungssimmunität und den sehr seltenen schweren Verläufen bei Kindern. Norwegen empfahl die Impfung ab 16 Jahren, Finnland ab 12 Jahren, wobei jüngere Kinder nur bei besonderem Risiko oder auf Wunsch der Eltern geimpft wurden. Die Schweiz³²⁹ gab ab Herbst 2022 keine Empfehlung mehr für gesunde Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren ab, da über 90 % bereits eine Infektion durchgemacht hatten und die Impfung nur eine beschränkte Kurzzeit-Schutzwirkung von 30–60 % aufweise, die binnen 1–2 Monaten abnehme.

Die unterschiedlichen Empfehlungen beruhten auf verschiedenen Bewertungen derselben wissenschaftlichen Evidenz. Zurückhaltende Länder betonten das geringe Risiko schwerer Verläufe bei Kindern, die hohe Grundimmunität durch natürliche Infektionen und die begrenzte Wirksamkeit gegen Transmission. Weiters verwiesen sie auf die unsichere Datenlage bezüglich Nebenwirkungen, insb. Herzmuskelentzündungen.³³⁰

Die COVID-19-Impfung wird aktuell in Ö kostenfrei angeboten und für folgende Personen empfohlen: „Die COVID-19-Auffrischungsimpfung wird allen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr empfohlen, die das Risiko eines möglichen schweren Krankheitsverlaufs reduzieren möchten. Bevorzugt im Herbst wird eine einmalige Impfung mit absteigender Priorität empfohlen für Personen mit speziellen Indikationen sowie alle Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr, Personal des Gesundheitswesens (wegen des erhöhten Expositionsrisikos), alle Personen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr.“³³¹ Für Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensmonat steht sie kostenfrei zur Verfügung, eine Empfehlung gibt es aktuell nicht.³³²

Deutschland, Schweiz, England, Schweden und Dänemark empfahlen die Impfung für Risikogruppen (dazu zählen Personen ab 60 bzw. 65 Jahren und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen). In den USA wurden von der CDC (Centers for Disease Control and Prevention)³³³, der obersten Seuchenbehörde der USA, die generellen Impfempfehlungen für die

COVID-19-Impfungen aufgehoben, da der Beratende Ausschuss für Impfpraktiken (ACIP) vier Hauptmechanismen der mRNA-Impfungen definierte, wobei nicht ausgeschlossen werden könnte, dass die Impfung das Immunsystem schädigen und Krebs verursachen könne.³³⁴

Eine neue Studie³³⁵ zeigte entgegen früheren offiziellen Aussagen, dass das Spike-Protein sowohl nach natürlicher COVID-19-Infektion als auch nach mRNA-Impfung im Knochenmark des Schädels und in den Hirnhäuten bis zu vier Jahrepersistierte. Eine deutsche Studie aus 2022³³⁶ konnte zudem nachweisen, dass bei 60 % der Patientinnen und Patienten mit Herzmuskelentzündung nach mRNA-Impfung das Spike-Protein direkt auf Herzmuskelzellen vorhanden war und eine Autoimmunreaktion gegen den körpereigenen Entzündungshemmer Interleukin-1-Rezeptor-Antagonist auslöste. Dies erklärte die sehr seltenen Myokarditis-Fälle nach Impfungen. Eine Nature-Studie aus dem Jahr 2025³³⁷ belegte darüber hinaus, dass Immunzellen nach mRNA-Impfung das Enzym TENT5A exprimierten, welches den Poly(A)-Schwanz der Impfstoff-mRNA verlängerte und dadurch ihre Stabilität erhöhte, was die Spike-Protein-Produktion weit über die ursprünglich kommunizierten Zeiträume hinaus verlängern konnte.

Eine Yale-Studie³³⁸ ergab, dass die Impfung bei den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu einer starken Immunantwort mit erhöhten Antikörpern und T-Zellen gegen das Virus führte (signifikante Erhöhung von SARS-CoV-2-spezifischen T-Zellen und Spike-Protein-spezifischen IgG-Antikörpern sechs und 12 Wochen nach der Impfung). Während spezifische Immunmarker, wie höhere Baseline-Werte von sIL-6R, mit Symptomverbesserung assoziiert waren, waren stabil erhöhte Werte von IFN-β und CNTF mit fehlender Verbesserung verbunden. Eine deutsche Studie³³⁹ zeigte langfristige Immunsystem-Veränderungen durch mRNA-Impfung. Zwei mRNA-Impfungen gegen COVID-19 können das Immunsystem langfristig umprogrammieren, indem sie bestimmte Gene in Immunzellen dauerhaft aktivieren, sodass diese auch nach sechs Monaten noch viel stärker auf Krankheitserreger reagieren als vor der Impfung. Diese Veränderung funktioniere wie ein Gedächtnis des angeborenen Immunsystems, wobei eine dritte

³²⁸ C. Mayrhuber, J. Bock-Schappelwein, R. Eppel, M. Fink, U. Huemer, W. Hull, H. Mahringer, C. Moreau, H. Pitlik, S. Rocha-Akis, Analysen zur sozialen Lage in Ö Bestandsaufnahme und Ausblick in der COVID-19-Pandemie, WIFO (08/2020), https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-5206/s_2020_covid19_soziale_lage_66737.pdf;

³²⁹ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF), Impfempfehlung für die Covid-19-Impfung im Herbst 2022 (gültig ab 10.10.2022), Stand 7.9.2022, https://cdn.paediatricschweiz.ch/production/uploads/2022/09/EKIF_BAG-Impfempfehlungen-Herbst-2022.pdf

³³⁰ European Medicine Agency, Report on pharmacovigilance tasks From EU Member States and the European Medicines Agency (EMA) 2019-2022, https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-pharmacovigilance-tasks-eu-member-states-and-european-medicines-agency-ema-2019-2022_en.pdf

³³¹ BMASGPK, Impfplan Österreich 2025/2026, Version 1.1 vom 10.10.025, S 14, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html>

³³² P. Zimmermann, L. F. Pittet, A. Finn, A. J. Pollard, N. Curtis, Should children be vaccinated against COVID-19?, 3.11.2021, <https://adc.bmjjournals.org/content/archdischild/107/3/e1.4.full.pdf>

³³³ CDC drops universal COVID vaccine recommendations, suggests separate MMRV shots, 6.10.2025, <https://abcnews.go.com/Health/cdc-drops-universal-covid-vaccine-recommendations-suggests-separate/story?id=126255300> und <https://www.cdc.gov/acip/meetings/presentation-slides-september-18-19-2025.html>; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.12.17.22283625v1.full.pdf>

³³⁴ H. J. Kim, M.-H. Kim, M. G. Choi, E. M. Chun, 1-year risks of cancers associated with COVID-19 vaccination: a large population-based cohort study in South Korea, H. J. Kim, M.-H. Kim, M. G. Choi, E. M. Chun, Biomarker Research (2025), <https://biomarkeres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40364-025-00831-w>;

³³⁵ Zhouyi Rong et. al., Persistence of spike protein at the skull-meninges-brain axis may contribute to the neurological sequelae of COVID-19 (11/2024), Cell Host Microbe, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39615487/>

³³⁶ Lorenz Thurner et. al., IL-1RA Antibodies in Myocarditis after SARS-CoV-2 Vaccination, published 21.9.2022, N Engl J Med, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcc2205667>

³³⁷ Paweł S Krawczyk et. al., Re-adenylation by TENT5A enhances efficacy of SARS-CoV-2 mRNA vaccines Nature (05/2025), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40240603/>

³³⁸ Connor B Grady et. al., Impact of COVID-19 vaccination on symptoms and immune phenotypes in vaccine-naïve individuals with Long-COVID, Commun Med (Lond), 9.5.2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40346201/>

³³⁹ Alexander Simonis et. al., Persistent epigenetic memory of SARS-CoV-2 mRNA vaccination in monocyte-derived macrophages, Molecular Systems Biology 25.3.2025, <https://www.embopress.org/doi/full/10.1038/s44320-025-00093-6>

Auffrischungsimpfung die Reaktionsfähigkeit der Immunzellen stark verstärkt und sie bis zu 67-mal mehr Botenstoffe gegen Infektionen produzieren lassen als bei Ungeimpften. Die Forscherinnen und Forscher sahen darin sowohl eine Chance für besseren Schutz gegen verschiedene Krankheiten als auch ein mögliches Risiko, wenn das Immunsystem dauerhaft überaktiviert und geschädigt wird, weshalb weitere Forschungen notwendig seien.

Die Studien führten aus: Als mögliche Folgen an der Persistenz von Spike-Protein im Körper von bis zu vier Jahren nach der Impfung wurden Autoimmunreaktionen gegen körpereigene Entzündungshemmer, Entzündungen der Blutgefäße und des Nervensystems, mitochondriale Dysfunktion, Mikrothromben sowie epigenetische Veränderungen des Immunsystems diskutiert, die bis zu sechs Monate nach der Impfung nachweisbar waren. Mögliche Folge könnte das Post-Vac-Syndrom sein, ein wissenschaftlich noch unzureichend verstandenes Krankheitsbild mit Long-COVID-ähnlichen Symptomen wie chronischer Erschöpfung, Herzrasen beim Aufstehen, kognitiven Störungen und Verschlechterung nach Anstrengung. Die EMA hat europaweit 424.177 Fatigue-Meldungen dokumentiert. Aktuelle Forschungen, wie jene der Universität Yale, zeigten bei Patientinnen und Patienten mit Post-Vac-Syndrom erhöhte Spike-Protein-Werte, wobei die Studienleiterinnen und Studienleiter betonten, dass keine Kausalität bewiesen sei, weshalb weitere unabhängige Studien dringend erforderlich seien. Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz legt nahe, dass das Post-Vac-Syndrom seltener auftrat als Long-COVID und dass die Mehrzahl der COVID-19-Impfungen ohne schwerwiegende Langzeitfolgen verlief, während neurologische Langzeitfolgen wie beschleunigte Gehirnalterung durch Spike-Protein-Ablagerungen in den Hirnhäuten derzeit intensiv erforscht werden. Das Spike-Protein wird auch als mögliche Ursache für Long-COVID genannt.^{340, 341, 342, 343} Forschungen zu Langzeitfolgen sind erforderlich.

Zur Impfstoffbeschaffung, Zulassung usgl. siehe „COVID-19-Impfung: Impfstrategie für Österreich – Umsetzung und Durchführung“ des BMASGPK.³⁴⁴ Reaktionen auf die Corona-Impfung können zwar wie bei allen anderen Impfstoffen auftre-

ten, dies ist bei ca. fünf bis neun von 10 Geimpften der Fall. Diese als Impfreaktionen bezeichneten Beschwerden sind vorübergehender Natur und dauern bis zu einige Tage. Schwere Nebenwirkungen wie etwa die Bildung von Blutgerinnung, Herzmuskelentzündungen oder allergischer Schock treten selten auf.³⁴⁵

Dessen ungeachtet können schwerwiegende Nebenwirkungen bei Impfungen nie ausgeschlossen werden und ist jeder individuelle Einzelfall äußerst bedauerlich.

III. SCHULSCHLIESSUNGEN UND DIE AUSWIRKUNGEN

Dauer der Schulschließungen

Das WIFO führte eine Analyse der teilweisen oder gänzlichen Schulschließungen innerhalb der EU-Staaten einschließlich der Schweiz durch.³⁴⁶ Die Analyse zeigte, dass Ö mit teilweisen oder gänzlichen Schulschließungen von 39 Wochen deutlich über dem Median von 32,5 Wochen lag (Stand 30.6.2021). Im Zeitraum März– Aug. 2020 waren die Schulen in Ö 10 Wochen (Median: 12,5 Wochen) teilweise oder gänzlich geschlossen, im Zeitraum Sep. 2020–Jun. 2021 30 Wochen (Median: 22 Wochen). Während Nachbarstaaten wie Deutschland, Schweiz³⁴⁷, Ungarn und Italien deutlich weniger Schulschließungen hatten, befand sich Ö gemeinsam mit den osteuropäischen Nachbarstaaten Tschechische Republik, Slowakische Republik und Slowenien im oberen Feld der Schulschließungen. Die WIFO-Analyse dokumentierte, dass Schulschließungen vor allem jüngere Schulkinder und Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Haushalten besonders getroffen haben. Weitere Ö Studien³⁴⁸ bestätigten dies.

Der Rechnungshof³⁴⁹ stellte fest, dass Ö die Schulen am längsten im OECD-Durchschnitt geschlossen hatte, knapp über 80 Tage an Oberstufen und knapp über 50 Tage an Volksschulen im Jahr 2020. Zu den Maßnahmen in den Schulen und den diesbezüglichen Rechtsgrundlagen siehe Anhang A, S. 144ff des Rechnungshofberichts.

Lerndefizite durch Schulschließungen

Die PH NÖ führte mit „Lernen trotz Corona“³⁵⁰ eine der umfas-

³⁴⁰ Long-COVID: Ansammlung des SARS-CoV-2-Spike-Proteins mit dauerhaften Auswirkungen auf das Gehirn verbunden, New Research Findings Bioengineering/BIO, 29.11.2024 unter Bezugnahme auf die Studie von Zhouyi Rong et. al., Persistence of spike protein at the skull-meninges-brain axis may contribute to the neurological sequelae of COVID-19 (11/2024), Cell Host Microbe, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39615487/>; NR, 1477/AB XXVII. GP – Anfragebeantwortung vom 27.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/1477/imfname_1698044.pdf

³⁴¹ S. Guevara Kamm, T. Limbach, Post-Vac-Syndrom – langfristig krank nach COVID-19-Impfung. Eine kurze Übersicht zum Stand von Forschung und Versorgung, Bayerisches Ärzteblatt 9/2024, https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2024/09/einzelpdf/BAB_9_2024_388-390.pdf

³⁴² Pascal Irrgang, Class switch toward noninflammatory, spike-specific IgG4 antibodies after repeated SARS-CoV-2 mRNA vaccination, Sci Immunol, 27.1.2023, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36548397/>

³⁴³ Kuan Peng, et. al., Risk of autoimmune diseases following COVID-19 and the potential protective effect from vaccination: a population-based cohort study, EClinicalMedicine, 16.8.2023, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37637754/>

³⁴⁴ BMASGPK, COVID-19-Impfung: Impfstrategie für Österreich – Umsetzung und Durchführung Version 1.0, Stand: 21.12.2020, S 6ff, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUEwjshe-a7_aQAxWmOwlHHbFVG6gQFn0EcBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sozialministerium.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3Aa06416cf-e353-4658-ad10-fd3b92522045%2F201221_CovidImpfung_Impfstrategie_Barrierefrei.pdf&usg=AOvVaw1JGstt-mbo6okyXnC9ZhE3&opi=89978449

³⁴⁵ Vgl. BMASGPK, Impfplan Österreich 2025/2026, Version 1.1 vom 10.10.2025, S 198ff, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html%22%5B1>

³⁴⁶ J. Bock-Schappelwein, U. Famira-Mühlberger, Ausmaß und Effekte von Schulschließungen. Ö im internationalen Vergleich, WIFO-Research Briefs 15/2021; https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-5520/rb_2021_015_.pdf; gestützt auf Daten der UNESCO, „Global Monitoring of School Closures“, <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>

³⁴⁷ M. Spenger, Zwei Nachbarländer, eine Pandemie, ÖKZ 20.2.2023, <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-1-2/zwei-nachbarlaender-eine-pandemie/>

³⁴⁸ H. Altrichter, C. Helm, Austrian schools in the COVID-19 pandemic era – In: Tertium comparationis 28 (2022) 3, S. 300–331, https://www.pedocs.de/volltexte/2022/25329/pdf/TC_2022_3_Altrichter_Helm_Austrian_schools_in.pdf

³⁴⁹ Schulbetrieb während der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/24, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023_24_Schulbetrieb_COVID.pdf

³⁵⁰ N. Schrammel, K. Tengler, G. Brandhofer, Lernen trotz Corona. Chancen und Herausforderungen des Distance Learnings an Ö Schulen, R&E-SOURCE (10/2020), https://www.researchgate.net/publication/346315485_Lernen_trotz_Corona_Chancen_und_Herausforderungen_des_Distance_Learnings_an_osterreichischen_Schulen_Ergebnisse_von_berufserfahrenen_Lehrkraeften_im_Vergleich_zu_Berufseinsteigerinnen_und_Berufseinstei

sendsten Ö Studien zu den Auswirkungen des Distance Learnings durch. Das WIFO und das IHS³⁵¹ wiesen darauf hin, dass die Umstellung von Präsenzlehre in den Schulen zu Distance Learning zu massiv negativen Effekten auf den Kompetenz- und Wissenserwerb der Kinder führte. Jüngere Kinder sind ebenso stark negativ betroffen wie Kinder aus benachteiligten Haushalten.³⁵²

Die JKU-Metaanalyse³⁵³ analysierte die Lernverluste und zeigt durchschnittliche Lernverluste von Cohen's $d = -0,20$ ($SE = 0,04$, $p < 0,001$), was etwa einem halben Schuljahr entspricht. Die psychosozialen Auswirkungen der Schulschließungen dokumentierte die AK NÖ in Kooperation mit der FH St. Pölten.³⁵⁴

Der Rechnungshof³⁵⁵ und andere (oben bereits angeführte) Analysen wiesen ebenfalls auf diese (möglichen) Auswirkungen hin. Diese Studien zeigten konsistent negative Auswirkungen der Schulschließungen, die sowohl kurz- als auch langfristige Bildungs- und Entwicklungsschäden dokumentierten. Dies hielt auch der VfGH in einem Erkenntnis³⁵⁶ fest, in dem er ausführte, dass die Organisation des Unterrichts in ortsbundener Form zu großen Belastungen für die Schülerinnen und Schüler, die Erziehungsberechtigten sowie das Lehrpersonal führe. Diese Form des Unterrichts könne den verfassungsgesetzlich verankerten Bildungsauftrag der Schule nach Art. 14 Abs. 5a B-VG auf Dauer nicht verwirklichen.

Der Rechnungshof hat die möglicherweise resultierenden Lernrückstände bekräftigt.³⁵⁷ Diverse Studien zeigen konsistent negative Auswirkungen der Schulschließungen auf, die sowohl kurz- als auch langfristige Bildungs- und Entwicklungsschäden dokumentieren. Der Rechnungshof hat in seinem Bericht anerkannt, dass es dem BM für Unterricht und den Bildungsdirektionen der Länder unter schwierigen Umständen durch flächendeckende Tests gelungen war, alle Schulstandorte mit Masken und Desinfektionsmittel zu versorgen und somit ein Schulbetrieb ohne Präsenzpflicht auch in den Lockdowns 3 und 4 ermöglicht wurde. In Summe wurden für diese Maßnahmen in den Schulen seitens des Bundes in den Jahren 2020 und 2021 € 328,65 Mio. aufgewandt. In einer Auswertung mit Stand 1.7.2023 sind in NÖ bei den in den Schulen und Universitäten durchgeführten Testungen ab 3/2020 bis 6/2023 insg. 83.938 Schülerinnen und Schüler bzw. Studentinnen und

Studenten positiv getestet worden. Das entspricht in Relation zur Anzahl aller 1.158.956 positiv Getesteten einem Prozentsatz von 7,2 %.

Durch die abrupte Umstellung von Präsenzunterricht auf Distance Learning wurde in der Anfangsphase die fehlende IT-Ausstattung in den Schulen sichtbar. Der Rechnungshof³⁵⁸ stellte zum 8-Punkte-Plan des Bundes für digitalen Unterricht fest, dass die Glasfaseranbindung der Bundesschulen in NÖ zwischen 2020 und 2023 deutlich von 49 % auf 92 % gesteigert werden konnte, wodurch die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für digitalen Unterricht erheblich verbessert wurden. Die Weiterentwicklung der verbindlichen Übung „Digitale Grundbildung“ zu einem Pflichtfach wurde als wichtiger Schritt zur nachhaltigen Vermittlung digitaler Kompetenzen bewertet. Die Einrichtung eines Mobile Device Managements im Rahmen der Geräteinitiative erwies sich als zweckmäßig, weil damit sichergestellt wurde, dass sämtliche Schülerinnen und Schüler einer Klasse mit der gleichen Software arbeiten konnten. Die Initiative zur Vereinheitlichung der Kommunikationsprozesse beurteilte der Rechnungshof als wichtig und zweckmäßig. € 140,88 Mio., davon € 119,67 Mio. für digitale Endgeräte, wurden investiert, wobei diesbezüglich einige Kritikpunkte angebracht wurden. Der Bund stellte zusätzliche Mittel für zusätzliche Schulpsychologinnen und -psychologen zur Verfügung, weiters finanzielle Mittel für Lehrpersonalressourcen für Fördermaßnahmen, die aber nur zu etwas mehr als 50 % abgerufen wurden (€ 61,68 Mio. von € 117,04 Mio.). Präsenzunterricht galt vollumfänglich wieder ab 28.2.2022, Testungen wurden im April 2022 eingestellt.

Die Virologinnen und Virologen sprachen sich aus epidemiologischer Sicht für Schulschließungen aus. Auch die Erfahrung mancher Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer, dass Kontakte in Schulen virale Erkrankungen übertragen, waren Mitgrund für die Entscheidung. Bildungs- und Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sprachen sich von Anfang an dagegen aus, wegen erwarteter Lernrückstände und damit verbunden langfristig wirksamer Hürden für die Arbeitsmarktintegration.³⁵⁹

³⁵¹ M. G. Kocher, M. Steiner, Kosten von Schulschließungen zur Pandemiebekämpfung, Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), Policy Brief Nr. 20/2020, <https://irhs.ihs.ac.at/id/eprint/5529/1/hs-policy-brief-2020-kocher-steiner-corona-schulen.pdf>

³⁵² Vgl. den Beitrag in der Kleinen Zeitung vom 6.11.2022, Unsere Kinder waren viel zu lange zu Hause, in dem der damalige Gesundheitsminister wie folgt zitiert wird: „Aber, sagt Gesundheitsminister Johannes Rauch, Heimunterricht und fehlende Kontakte hatten enorme Folgen: mehr Übergewicht, Depressionen, Stress, Suizidgedanken. Auch was den Schulstoff angeht, seien viele zurückgeblieben. Für mich sind flächendeckende Schließungen von Kindergarten oder Schulen deshalb keine Option mehr“, sagt Rauch. (aufgerufen am 25.10.2025), <https://www.kleinezeitung.at/oesterreich/6211383/CoronaSchulschliessungen..Unsere-Kinder-waren-viel-zu-lange-zu-Hause>

³⁵³ A. S. Wisenocker, C. Helm, C. S. Große, N. Hübner, S. Zitzmann, A meta-analysis of students' academic learning losses over the course of the COVID-19 pandemic, *Learning and Instruction*, 98 (2025), <https://epub.jku.at/obvulioa/download/pdf/12205826>

³⁵⁴ C. Spiel et al., Lernen unter COVID-19 Bedingungen, Universität Wien, 2020–2022; AK NÖ, Studieren unter COVID-19-Bedingungen, 09/2022; <https://lernencovid19.univie.ac.at/ergebnisse/>

³⁵⁵ Schulbetrieb während der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/24, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023_24_Schulbetrieb_COVID.pdf

³⁵⁶ VfGH V 574/2020, 10.3.2021

³⁵⁷ Schulbetrieb während der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/24, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023_24_Schulbetrieb_COVID.pdf

³⁵⁸ 8-Punkte-Plan für eine digitale Schule, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2024/29, Reihe NIEDERÖSTERREICH 2024/6, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2024_29_8_Punkte_Plan_digitale_Schule.pdf

³⁵⁹ A. Bogner, Ö Akademie der Wissenschaften, Nach Corona – Reflexion für zukünftige Krisen – Ergebnisse aus dem CORONA Aufarbeitungsprozess (2023) S 56ff, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwill73z7uQAxX5NxAlhCT6EMIOFnoECCIQAQ_&url=https%3A%2F%2Fwww.bundeskanzleramt.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3A0668fa51-0122-4efe-a49e-6270a3a05840%2F82a.1_be-NB.pdf&usg=AOvVaw24NjZKbrKKMGIZkd7R_EVZ&opi=89978449

SCHULMASSNAHMEN IN ÖSTERREICH (MÄRZ 2020 BIS FEBRUAR 2022)

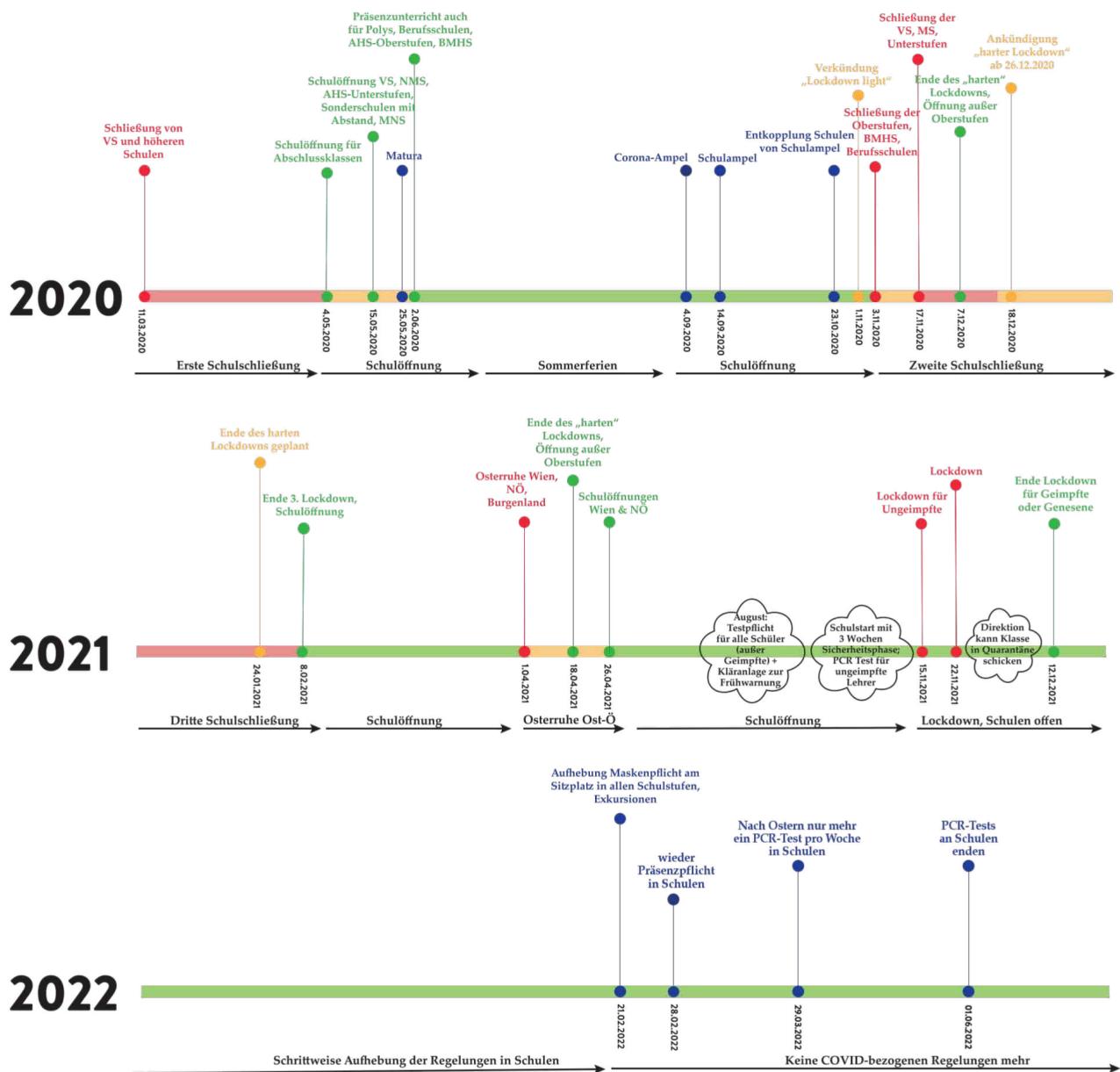


Abbildung 1: Schulmaßnahmen in Österreich (März 2020 bis Februar 2022). Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Bock-Schappelwein & Famira-Mühlberger (2021, S. 9) und unserer Medienanalyse

IV. AUSWIRKUNGEN AUF DAS GESUNDHEITS- UND PFLEGE-SYSTEM

Zahlreiche Studien und offizielle Berichte setzten sich in den letzten Jahren mit den sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen sowie Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung auseinander. Diese Ex-post-Analysen (2022–2025) ergänzen und quantifizieren systematisch die mittel- und langfristigen Auswirkungen der Pandemie und der ergriffenen Maßnahmen, wobei die Langzeitfolgen noch Gegenstand weiterer Studien sein werden.

Kliniken – verschobene elektive Eingriffe

Die Statistik Austria³⁶⁰ führte dazu aus: „Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie in Ö hat im Jahr 2020 zu einem weiteren Rückgang der Spitalsaufenthalte geführt. Im Vergleich zu 2019 wurden rund 16 % weniger vollstationäre und etwa 23 % weniger tagesklinische Aufenthalte in Akutkrankenanstalten verbucht.“

Die Studie der JKU Linz³⁶¹ dokumentierte einen starken Versorgungsrückgang, hauptsächlich während der ersten beiden Pandemiewellen (Frühjahr und Herbst 2020), in späteren Phasen kam es zu partiellen Normalisierungen. Die Gründe waren nachfrageseitige Faktoren (Patientinnen- und Patientenverhalten) wie Pandemie-Angst, die zu bewusster Reduktion von ambulanten Besuchen führte, um sich nicht anzustecken, und angebotsseitige Faktoren (Systemverhalten).

Angebotsseitig zeigte die Reduktion elektiver Leistungen ihre Wirkung.

Die GÖG³⁶² analysierte die Auswirkungen der Pandemie auf stationäre Versorgung. Die GÖG wies darauf hin, dass die Akutversorgung abseits von COVID-19 zwar funktioniert habe, es

jedoch zeitweise zu erheblichen Einschränkungen in der Regelversorgung kam. Mit der ersten Pandemiewelle im März 2020 kam es zu einem teils massiven Rückgang der Aufenthalte mit einem Tiefpunkt im April (verglichen mit 2019). Die Fallzahlen erreichten im Juni 2020 wieder jene der Vorjahre oder überstiegen sie sogar. Ab Nov. 2020 bis Feb. 2021 zeigte sich wiederum eine deutliche Reduktion der Aufenthalte, die aber nicht das Ausmaß vom April erreichte. Eine weitere Reduktion fand während der dritten Welle im April und Mai 2021 statt. Die GÖG hielt fest, dass zahlreiche planbaren und weniger dringlichen Operationen verschoben wurden. Als Grund wird angeführt, dass die zweite und dritte Pandemiewelle in einigen Bundesländern die Kapazitäten der Krankenanstalten an oder über die Auslastungsgrenze der Intensivkapazitäten führte. Pflegepersonal musste von anderen Abteilungen oder Stationen für die Betreuung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten herangezogen werden.

Der Rechnungshof dokumentierte in seinem Bericht³⁶³, dass es an systematischen Erhebungen zu Folgeschäden aufgrund aufgeschobener Operationen und reduzierter Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten fehle.

Weder zur Zeit der Geburgsüberprüfung noch danach wurden umfassende Daten darüber erhoben, wie viele Personen durch verschobene Behandlungen gesundheitliche Konsequenzen erlitten. Die fehlende Datenlage erschwert es, die tatsächlichen Folgen der Pandemiebekämpfung zu beziffern und für zukünftige Krisen zu lernen.

Die WPPA³⁶⁴ dokumentierte die weitgehenden Versorgungslücken für Wien im Bericht 2020³⁶⁵. Aus dem Jahrbuch für Gesundheitsstatistik 2023³⁶⁶ ergeben sich folgende stationäre bzw. tagesklinische Aufenthaltszahlen sowie Belagstage in Ö Akutkrankenanstalten:

Aufenthaltszahlen	Jahr	stationär	tagesklinisch	Belagstage
	2019	2.390.825	399.480	12.558.099
	2020	1.980.489	308.120	10.698.547
	2021	2.066.414	340.240	10.945.380
	2022	2.083.663	349.004	10.778.172
	2023	2.130.787	373.389	10.952.604

³⁶⁰ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2020, S. 13, https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Jahrbuch-der-Gesundheitsstatistik_2020.pdf

³⁶¹ W. Frimmel, G. J. Pruckner, The COVID-19 pandemic and health care utilization Evidence from Austrian register data, 11.4.2024, <http://www.economics.jku.at/papers/2024/wp2403.pdf>

³⁶² F. Trauner, M. Zuba, F. Bachner (2023), COVID-19-Hospitalisierungen. Eine Auswertung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation Ö landesfondsfinanzierter Krankenanstalten (01/2020–02/2023). GÖG, Wien (08/2023), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2960/1/COVID_19_Hospitalisierungen_bf.pdf

³⁶³ Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2021/43, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2021-43_Gesundheitsdaten_Pandemiebewaeltigung.pdf

³⁶⁴ Siehe dazu die Jahresberichte der WPPA abrufbar unter <https://www.wien.gv.at/kontakt/wppa-oeffentlichkeitsarbeit#vorjahre>

³⁶⁵ Wiener Pflege- und Patientenrechtsausschuss, Bericht über das Jahr 2020 (05/2021), S. 26ff, <https://www.wien.gv.at/ma08/infodat/2021/152939.pdf>

³⁶⁶ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023, S 106 und S 108, https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Jahrbuch-der-Gesundheitsstatistik-2023_Web-BF.pdf

Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Weltweit verschlechterte sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zuge der Pandemie. Der Rechnungshof³⁶⁷ stellte fest, dass Strategien vorhanden seien, jedoch deren Umsetzung fehle. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, die schon vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie von Ressourcenengpässen geprägt war, komme an ihre Grenzen. Zu wenig Fachärztinnen und Fachärzte würden ausgebildet, Pflegekräftemangel sei ebenfalls gegeben.

Der Rechnungshof erkannte die Bemühungen des Gesundheitsministeriums mit dem Projekt „Gesund aus der Krise“ an, bemängelte aber, dass damit Leistungen gefördert werden, die Aufgabe der Sozialversicherung seien. Das Projekt war als kurzfristige, befristete Leistung außerhalb der Regelversorgung der Sozialversicherung konzipiert und nicht in die Versorgungsplanung eingebunden. Aufgrund des hohen Bedarfs wurde das Projekt im überprüften Zeitraum bereits zweimal verlängert. Der Rechnungshof empfahl einen bedarfsgerechten Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungstermin bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien lag – laut den Ergebnissen von im Jahr 2024 durchgeföhrten

verdeckten Testanrufen im Auftrag der ÄK für Wien – bei 90 Tagen.³⁶⁸ In der Steiermark und im Burgenland existierte zur Zeit der RH-Prüfung keine einzige Kassenstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie die Volksanwaltschaft bereits 2015 kritisierte.

Die ÖGKJP³⁶⁹ und die Volksanwaltschaft³⁷⁰ teilten die Auffassung des Rechnungshofs und sprachen sich dafür aus, die stationäre und ambulante Versorgung auszubauen, valide Prävalenzdaten psychischer Erkrankungen zu erheben, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken sowie die Ausbildungssituation im Sonderfach zu verbessern. Die Volksanwaltschaft äußerte dies in ihrem Bericht 2024³⁷¹ und wies darauf hin, dass die Verbesserungen auf einem derart niedrigen Niveau stattfanden, dass es nicht zu einer wirklichen Bereinigung der Situation führe. Die Volksanwaltschaft forderte, dass in Prävention investiert werden sollte.

Siehe dazu auch die Berichte der WPPA, die dies anhand vieler Beispiele aufzeigte.³⁷²

Laut Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik 2019–2023³⁷³ hat sich die Zahl der stationären und tagesklinischen Aufenthalte sowie Belagstage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ö Akutkrankenanstalten wie folgt entwickelt:

Aufenthaltszahlen	Jahr	stationär	tagesklinisch	Belagstage
	2019	13.502	935	102.542
	2020	11.533	825	96.440
	2021	14.164	923	112.798
	2022	13.807	667	106.847
	2023	13.872	741	107.583

³⁶⁷ Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2025/28, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2025_28_Kinder_Jugendpsychiatrie.pdf

³⁶⁸ P. Hajek, A. Siegl, N. Dziedziel, im Auftrag der ÄK Wien, Mystery Calling Wartezeiten bei Kassenärztliche April 2024, https://www.aekwien.at/documents/263869/2558270/240516_Pr%C3%A4sentation+der+gro%C3%9Fen+Wiener+Wartezeitenstudie.pdf?710708e2-949c-e67f-0911-7692e1ec90e2

³⁶⁹ Stellungnahme der Ö Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP) zum aktuellen Rechnungshofbericht, 1.9.2025, <https://oegkjp.at/rechnungshof-verweist-auf-prekaere-lage-der-kinder-und-jugendpsychiatrie-in-oesterreich/>

³⁷⁰ Mängel in Kinder- und Jugendpsychiatrie: Rechnungshof bestätigt Kritik der Volksanwaltschaft, 1.9.2025, <https://volksanwaltschaft.gv.at/aktuelles/artikel/maengel-in-kinder-und-jugendpsychiatrie-rechnungshof-bestaeigt-kritik-der-volksanwaltschaft/>

³⁷¹ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat, 2024 Präventive Menschenrechtskontrolle, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/PB-48-Pr%C3%A4ventiv_2024_bt.pdf

³⁷² Wiener Pflege- und Patientenanstaltschaft, Bericht über das Jahr 2020 (05/2021), S. 26 ff, <https://www.wien.gv.at/ma08/infodat/2021/152939.pdf>; Alle Jahresberichte sind auf der Homepage abrufbar: <https://www.wien.gv.at/kontakt/wppa-oeffentlichkeitsarbeit#vorjahre>

³⁷³ Statistik Austria, die Jahrbücher für Gesundheitsstatistik sind abrufbar unter https://www.statistik.at/suche?tx_schl%5Bfilter%5D%5B0%5D=type%3Apublication&tx_schl%5Bq%5D=Gesundheitsstatistik

Die psychiatrische Versorgung Erwachsener

Die Volksanwaltschaft³⁷⁴ führte österreichweit 55 Besuche in Krankenanstalten mit psychiatrischen Abteilungen durch und stellte fest, dass Patientinnen und Patienten häufig viel später entlassen werden, als aus medizinischer Sicht notwendig wäre, da es oft an geeigneten Betreuungs- oder Wohnformen für chronisch psychisch erkrankte Menschen fehle. Das Entlassungsmanagement der Psychiatrien wies erhebliche Defizite auf. Durch die Pandemie kam es zu zusätzlichen Belastungen der psychiatrischen Abteilungen, trotz bestehender Engpässe. Die Volksanwaltschaft hielt in ihren Berichten wiederholt fest, dass Patientinnen und Patienten nach stationären Aufenthalten keine ambulanten Nachsorgemöglichkeiten und Anschlussbetreuung vorfinden, was häufig zu Wiederaufnahmen führe.

Der Rechnungshof³⁷⁵ betonte in seinen Empfehlungen, dass psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sich häufig im Erwachsenenalter fortsetzen, zu eingeschränkter Erwerbstätigkeit führen und dauerhafte Ausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich zur Folge haben können. Eine zielgerichtete und wirksame Versorgung im Kindes- und Jugendalter könnte daher späteren Versorgungsbedarf im Erwachsenenalter reduzieren und sei sowohl aus individueller als auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive von hoher Bedeutung.

Zahlreiche Studien und Analysen zeigen die Versorgungsengpässe für Erwachsene auf.^{376, 377}

Laut den Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik 2019–2023³⁷⁸ ergeben sich für Ö Akutkrankenanstalten folgende Zahlen aufgrund der Spitalsentlassungsstatistik:

Entlassungsdiagnose	Jahr	stationär	tagesklinisch
Gesamt – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	2019	95.376	6.468
	2020	80.306	4.735
	2021	84.495	5.024
	2022	84.561	5.570
	2023	85.549	5.952
Demenz (F00–F03)	2019	6.616	129
	2020	5.198	112
	2021	5.129	106
	2022	4.702	73
	2023	4.690	91
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	2019	17.506	2.622
	2020	14.147	1.607
	2021	14.694	1.556
	2022	15.184	1.981
	2023	14.708	1.804
Andere psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F11–F19)	2019	5.520	414
	2020	5.093	440
	2021	5.229	438
	2022	5.468	548
	2023	6.124	666
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F29)	2019	11.956	458
	2020	10.970	370
	2021	10.907	566
	2022	11.002	559
	2023	11.422	724
Affektive Störungen (F30–F39)	2019	22.560	612
	2020	18.986	557
	2021	19.982	767
	2022	20.142	738
	2023	20.055	935
Andere psychische und Verhaltensstörungen (Rest von F00–F99)	2019	31.218	2.233
	2020	25.912	1.649
	2021	28.554	1.591
	2022	28.063	1.671
	2023	28.550	1.732

³⁷⁴ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2024, Präventive Menschenrechtskontrolle, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/PB-48-Pr%C3%A4ventiv_2024_bf.pdf

³⁷⁵ Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2025/28, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2025_28_Kinder_Jugendpsychiatrie.pdf; Bericht des Rechnungshofes, Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung, Reihe BUND 2019/8, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Versorgung_psychisch_Erkrankter_SV.pdf

³⁷⁶ E. Kainz, Analyse der Versorgungslücken in der niedergelassenen Kassenpsychiatrie in Ö und die daraus resultierende Anreisebelastung, 4.9.2025, <https://psychiater.at/2025/09/analyse-der-versorgungsluecken-in-der-niedergelassenen-kassenpsychiatrie-in-oesterreich-und-die-daraus-resultierende-anreisebelastung/>; M. Berger, M. Zuba, J. Simon, Urban-rural disparities in hospital admissions for depression in Austria: A spatial panel data analysis, Health Policy Volume 151 (01/2025), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024002197?via%3Dihub>

³⁷⁷ P. Hajek, A. Siegl, N. Dziedziel, im Auftrag der ÄK Wien, Mystery Calling Wartezeiten bei Kassenärzte Apr. 2024, <https://www.aekwien.at/documents/263869/2558270/240516-Pr%C3%A4sentation+der+gross%C3%9Fen+Wiener+Wartezeitenstudie.pdf>

³⁷⁸ Statistik Austria, die Jahrbücher für Gesundheitsstatistik sind abrufbar unter https://www.statistik.at/suche?tx_solr%5Bfilter%5D%5B0%5D=type%3Apublication&tx_solr%5Bq%5D=Gesundheitsstatistik

Alten- und Pflegeheime

Die Volksanwaltschaft dokumentierte in ihrem Sonderbericht 2020 zu COVID-19³⁷⁹, dass sich die Pandemie besonders gravierend auf Alten- und Pflegeheime auswirkte. Während die Ausgangsbeschränkungen für die allgemeine Bevölkerung mit mehreren Ausnahmen versehen waren, galt in vielen Einrichtungen ein teils rigoroses Ausgangsverbot, Besuche wurden untersagt oder massiv eingeschränkt. Sie kritisierte dies heftig und dokumentierte bereits am 28.4.2020, dass sich täglich Heimbewohnerinnen und Heimbewohner meldeten, denen de facto verboten wurde, das Heimgelände für kurze Spaziergänge zu verlassen. Die Volksanwaltschaft stellte klar, dass Ausgangsverbote Freiheitszug bedeutet, die keine Rechtsgrundlage hätten. Das Sozialministerium griff die Vorschläge der Volksanwaltschaft auf und stellte in Handlungsempfehlungen klar, dass für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner dieselben Regelungen für Ausgänge gelten, wie für die restliche Bevölkerung.³⁸⁰

Das BMSGPK veröffentlichte einen umfassenden Bericht³⁸¹, wonach bis zum 22.6.2020 insg. 923 SARS-CoV-2-Infektionsfälle in stationären Alten- und Pflegeheimen erfasst wurden, was rund 1,3 % aller Bewohnerinnen und Bewohner betraf (kumulative Inzidenz). In Summe infizierten sich in 117 Einrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner mit SARS-CoV-2. Die Vulnerabilität von Menschen in diesen Einrichtungen wurde am hohen Anteil an COVID-19-Todesfällen sichtbar. Mehr als die Hälfte aller Frauen, die aufgrund von COVID-19 in Ö verstarben, lebten in Alten- und Pflegeheimen (52,1 %), ebenso ein Viertel aller Männer (24,5 %). Bis zum 22.6.2020 verstarben insg. 260 Bewohnerinnen und Bewohner an COVID-19, was einem Anteil von rund 36,8 % an allen bis zu diesem Zeitpunkt verstorbenen COVID-19-Fällen in Ö entsprach.

Im Mai 2020 führte die Volksanwaltschaft österreichweit 166 Telefoninterviews mit Pflegedienstleitungen durch, um die Situation während des Lockdowns zu erfassen. Die Heimleitungen hätten sich von der Politik klarere Vorgaben statt schwammiger Empfehlungen gewünscht und teilweise das Gefühl gehabt, dass viel Verantwortung auf sie abgeschoben wurde. Emp-

fehlungen des Gesundheitsministeriums kamen zu spät.³⁸² Die Volksanwaltschaft warnte in ihrem Jahresbericht 2021³⁸³ eindringlich davor, dass Personalengpässe zu Rechtsverletzungen führen können. Im Berichtsjahr 2020 führten die Kommissionen der Volksanwaltschaft insg. 448 Kontrollen durch, davon 431 in Einrichtungen und 17 bei Polizeieinsätzen. Die meisten Kontrollen fanden in Alten- und Pflegeheimen (109), in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (102) und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung (93) statt. Bei hunderten Kontrollen von Alten- und Pflegeheimen wurden in 63 % der Fälle Missstände aufgezeigt. Die Volksanwaltschaft verzeichnete eine Liste an Pflegeproblemen, die in Einrichtungen auftauchten. Oft waren Personalengpässe die Ursache.

Eine vom Sozialministerium in Auftrag gegebene Studie „Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung“³⁸⁴ betonte, dass ältere Menschen weltweit das größte Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Sterblichkeit durch COVID-19 aufwiesen. Die Schutzmaßnahmen für diese Risikogruppe müsste sorgfältig gegen das Recht auf Selbstbestimmung und soziale Teilhabe abgewogen werden.

Die Statistik Austria³⁸⁵ analysierte zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Demographie, dass die Pandemie und die verhängten politischen Maßnahmen die Gesundheit und Lebensgestaltung der Menschen nachhaltig beeinflussten.

Versorgung im niedergelassenen Bereich

Der Rechnungshof³⁸⁶ sowie Ärztinnen- und Ärztevertreter dokumentierten, dass die Belastung durch zusätzliche Tätigkeiten wie Testungen, Impfungen und Bescheinigungen die ohnehin knappen Zeitressourcen für die Regelversorgung weiter reduzierten. Bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Regelbetriebs führte dies zu massiven Überlastungen des Personals.³⁸⁷

Die Wiener Pflege- und Patientenanwaltschaft dokumentierte in ihrem Bericht 2020³⁸⁸, dass während des ersten Lockdowns viele Einzelordinationen auf „Telefonbereitschaft“ umstellten oder ganz schlossen, während auch Spitalsambulanzen groß-

³⁷⁹ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2020 COVID-19, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/PB_44_Covid-19_2020.pdf

³⁸⁰ BMSGPK (Hg.), Empfehlungen zur schrittweisen Rückkehr zum Alltag in Alten- und Pflegeheimen und teilstationären Einrichtungen ab 9.6.2020, <https://www.freiwilligenweb.at/wp-content/uploads/2020/06/Empfehlungen-zur-schrittweisen-R%C3%BCckkehr-zum-Alltag-in-Alten-und-Pflegeheimen-und-teilstation%C3%A4ren-Einrichtungen-ab-9.-Juni-2020.pdf>

³⁸¹ E. Rappold, F. Bachner, A. Schmidt, GÖG, Pressekonferenz 9.6.2020, <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/COVID-19%20Alten%20und%20Pflegeheimen%20v1a.pdf>; BMSGPK (Hg.), Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19-Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen ab 4.5.2020, https://www.gesundheitsrecht.at/wp-content/uploads/2020/04/20200424_Empfehlungen-zur-schrittweisen-Lockerung-der-aufgrund-der-COVID-19-Pandemie-erlassenen-Besuchsbeschr%C3%A4nkungen-in-Alten-und-Pflege.pdf

³⁸² Lebenswelt Heim – Bundesverband (2020), <https://www.lebensweltheim.at/fachzeitschrift/bisher-erschienen-online/ausgabe-85-juli-2020/pflegeeinrichtungen-in-zeiten-von-corona-volksanwaltschaft-befragte-heime>

³⁸³ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2021 Präventive Menschenrechtskontrolle, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/pb-45-praeventiv_2021_bf-1.pdf

³⁸⁴ BMSGPK (Hg.), Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten, 2021, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwihlv38v_uQAxUI7wIHHVhJhkQFn0ECB8QAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sozialministerium.gv.at%2Fdam%2Fjcr%3a598172e-cb7f-4b01-93cd-ff1f6d2a8b51%2F25C3%2584ltere_Menschen_zwischen_Schutz_und_Selbstbestimmung_.pdf&UA.pdf&usg=AOvVaw3gZkMGbZrD3hM9wbpqh2n&opi=89978449

³⁸⁵ A. Wisbauer, J. Schuster, P. Pohl, Auswirkungen der Coronapandemie auf die demographische Struktur in Ö, Statistische Nachrichten 05/2023, https://www.statistik.at/fileadmin/pages/1693/Stat_Nachr_2023_05_Corona_Demographie.pdf

³⁸⁶ Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2022/18, <https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2022-18-Pandemiemanagement.pdf>

³⁸⁷ ÄK Wien, Psychische Gesundheit im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege: „Ich glaub', ich krieg' die Krise“, 21.10.2021, https://www.aekwien.at/pressekonferenzen/-/asset_publisher/dwFaXtW3lYQX/content/psychische-gesundheit-im-gesundheitswesen-und-der-langzeitpflege-%E2%80%9Eich-glaub-ich-krieg-die-krise

³⁸⁸ Wiener Pflege- und Patientenanwaltschaft, Bericht über das Jahr 2020 (05/2021), S. 20 und S 28ff, <https://www.wien.gv.at/ma08/infodat/2021/152939.pdf>

flächig geschlossen waren, was zu einer „besorgniserregenden Unter- und Fehlversorgung während der ersten Pandemiephase“ führte.³⁸⁹ Die Ärztekammer für Wien weigerte sich trotz mehrmaliger Aufforderung, eine koordinierende Rolle zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung zu übernehmen und stellte auch keine patientinnen- und patientenrelevanten Informationen auf ihrer Homepage bereit, was zu dokumentierten Behandlungsverweigerungen führte. So konnte etwa ein 14-jähriger Junge mit Angina keine Ordination finden und ein Patient mit akutem Hörsturz wurde mehrfach abgewiesen. Die WPPA kritisierte zudem die erhebliche Diskrepanz zwischen den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten und der Behauptung der Ärztekammer, 90 % der Ordinationen seien geöffnet gewesen, und vermutete, dass auch Ordinationen mit lediglich eingeschränkter Telefonbereitschaft als „offen“ bezeichnet wurden. Die WPPA wörtlich: „Im Zusammenspiel mit den starken Leistungsreduzierungen im niedergelassenen Bereich hatte dies zu einer besorgniserregenden Unter- und Fehlversorgung während der ersten Pandemiephase geführt.“³⁹⁰

Diese Befunde bestätigten Analysen des IHS Wien³⁹¹ und der GÖG,³⁹² die von „unkoordinierten Schließungen“ und „stark reduzierter ambulanter Versorgung“ mit verzögerten Diagnosen und unterlassenen Behandlungen berichteten. Als positive Ausnahme wurden die Primärversorgungseinheiten hervorgehoben, die durch ihre multiprofessionelle Struktur die Versorgung aufrechterhalten konnten.

Die Versorgung von Long-COVID und postviralen Syndromen

Long-COVID ist ein Überbegriff für gesundheitliche Folgen, die nach einer akuten Infektion mit dem Coronavirus und möglicherweise nach einer Impfung (dies bedarf noch weiterer wissenschaftlicher Forschung – siehe dazu bereits oben) auftreten können.³⁹³ Die häufigsten Symptome sind etwa Atembeschwer-

den, Erschöpfung und verminderte Leistungsfähigkeit.³⁹⁴ Long-COVID kann jeden treffen, nach milder COVID-Erkrankung oder nach schwerem Verlauf. Die Risikofaktoren sind noch nicht vollständig geklärt. Häufig nehmen Long-COVID-Beschwerden bei entsprechender Behandlung im Laufe der Zeit wieder ab, manche dauern sehr lange.³⁹⁵

Laut einer ACCP-Umfrage³⁹⁶ gaben bereits im April 2022 ca. 10 % aller jemals positiv auf COVID-19 getesteten Personen an, aktuell von Long-COVID betroffen zu sein. Weitere 8 % gaben an, Long-COVID gehabt zu haben, aber bereits wieder genesen zu sein.

Das Office of National Statistics (ONS) schätzte für Großbritannien, dass bei etwa einer von fünf positiv auf COVID-19 getesteten Personen die mit Long-COVID in Verbindung gebrachten Symptome über einen Zeitraum von fünf Wochen oder länger auftraten.³⁹⁷ Folgt man den Einschätzungen des ONS, könnten in Ö ca. zwischen 350.000 und 850.000 Personen von Long-COVID betroffen sein.

Im Zeitraum April 2020 bis April 2022 verzeichnete die ÖGK 46.000 Krankenstände aufgrund von Long-COVID.³⁹⁸ Laut GÖG³⁹⁹ waren mit Stichtag 8.2.2022 bei der ÖGK etwa 20.600 Krankenstände mit der Diagnose Long-COVID (bzw. multisystemisches Entzündungssyndrom) mit einer durchschnittlichen Dauer von etwa 14 Tagen registriert. Dies bestätigte auch die Statistik Austria im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2022⁴⁰⁰ bzw. 2023⁴⁰¹. Von der Wiedereingliederungsteilzeit (nach ununterbrochenem Krankenstand über sechs Wochen) waren bis 31.1.2022 erst 52 Fälle betroffen. Diese Zahlen zeigten, dass viele Betroffene zwar arbeitsunfähig waren, die langfristigen Auswirkungen jedoch noch nicht vollständig in den Versorgungsstrukturen abgebildet waren.

³⁸⁹ Ö Ärztezeitung Nr. 6 / 25.03.2020, Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte: Maßnahmen im Zuge der Corona-Krise, 25.3.2020, <https://aerztezeitung.at/2020/oaz-artikel/politik/niedergelassene-aerztinnen-und-aerzte-massnahmen-im-zuge-der-corona-krise/>

³⁹⁰ Wiener Pflege- und Patientenarbeitswirtschaft, Bericht über das Jahr 2020 (05/2021), S. 20 und S 28ff, <https://www.wien.gv.at/ma08/infodat/2021/152939.pdf>

³⁹¹ T. Czypionka, B. Stacherl, S. Drexler, Kollateralschäden im Gesundheitswesen durch die Maßnahmen gegen COVID-19, Institut für Höhere Studien (11/2020), <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5564/1/ihs-report-2020-czypionka-et-al-kollateralschaden-gesundheitswesen-covid-19.pdf>

³⁹² K. Egla, Auswirkungen der COVID-19- Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche – Rapid Analysis, Aktualisierung 2022, GÖG (04/2022), <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Auswirkungen%20Covid19%20in%20KA...Aktualisierung%202022.pdf>

³⁹³ Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Definition „Long-COVID“ (aufgerufen am 9.11.2025), <https://www.kl.ac.at/de/allgemeine-gesundheitsstudien/long-covid-leitlinie/definition>; auf der Homepage der KL Privatuniversität finden sich weitere Informationen zu Long-COVID, <https://www.kl.ac.at/de/allgemeine-gesundheitsstudien/long-covid-leitlinie>

³⁹⁴ Öffentliches Gesundheitsportal Ö, Long-COVID (aufgerufen am 9.11.2025), <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/immunsystem/long-covid.html>

³⁹⁵ BMGPK (Hg.), Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS), 2024, https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=842&attachmentName=Aktionsplan_zu_postakuten_Infektionssyndromen.pdf

³⁹⁶ Austrian Corona Panel Project (ACPP), F. Holl, C. Walcherberger, T. Resch, J. Parthemüller, Long-Covid in Ö: Häufigkeit und Symptome, 24.10.2022, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog-154-long-covid-in-oesterreich-haeufigkeit-und-symptome/>; I-RECOVER, Long COVID Treatment Protocol, 3.10.2023, <https://imahealth.org/wp-content/uploads/2022/09/FLCCC-Long-COVID-Protocol-Summary-12-11-23.pdf>

³⁹⁷ Office of National Statistics (ONS), Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK, 6.5.2022, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsympomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/6may2022>

³⁹⁸ Austrian Corona Panel Project (ACPP), F. Holl, C. Walcherberger, T. Resch, J. Parthemüller, Long-COVID in Ö: Häufigkeit und Symptome, 24.10.2022, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog-154-long-covid-in-oesterreich-haeufigkeit-und-symptome/>

³⁹⁹ R. Winkler, K. Egla, W. Seebacher, J. Ladurner (2022), Long-COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung. GÖG, Wien (04/2022), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2283/1/Long%20COVID_Ergebnisbericht_Final_bf.pdf

⁴⁰⁰ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2022, S. 19, https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/GesundheitsJB-2022_barr_Web.pdf

⁴⁰¹ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023, S. 19, https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Jahrbuch-der-Gesundheitsstatistik-2023_Web-BF.pdf; K Acevedo-Whitehouse, R Bruno, Potential health risks of mRNA-based vaccine therapy: A hypothesis, Med Hypotheses 25.1.2023, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9876036/>

⁴⁰² NR, 1647/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 2.7.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1645/imfname_1698662.pdf; NR, 1645/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 30.6.2025: „Da meinem Ressort die Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich nicht vorliegen und ein Großteil der Fälle im niedergelassenen Bereich diagnostiziert wird, ist derzeit die Frage nach den ärztlich diagnostizierten Fällen von ME/CFS beziehungsweise Long-COVID nicht seriös beantwortbar.“; https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1647/imfname_1698681.pdf

Die Gesundheitsministerin⁴⁰² führte in Anfragebeantwortungen aus: „Die Anzahl der Betroffenen kann mangels entsprechender Datenlage nicht genau angegeben werden, weiters werden Zahlen zu Berufskrankheit und Invalidität angeführt.“ Weiters: „Der bisherige Stand der Forschung hat gezeigt, dass schätzungsweise 1 bis 10 % der Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung ME/CFS entwickeln können ... Wenn man dies anhand der verfügbaren Zahlen hochrechnet, könnten in Ö bis zu 64.000 Menschen mit Post-COVID-19-Syndrom (Stand 06/2021, AGES) zusätzlich zu den bereits bestehenden 25.000 ME/CFS-Patienten betroffen sein (Informationen zu ME/CFS/MedUni Wien).“^{403, 404}

Die Volksanwaltschaft⁴⁰⁵ forderte mehrmals den Ausbau von Long-COVID-Ambulanzen und warnte vor einem Rückbau der Versorgungsstrukturen. Sie betonte, dass, wenn junge, aktive Menschen auf einmal das Haus nicht mehr verlassen können, in verdunkelten Zimmern liegen müssen und ihnen sogar das Sprechen zu anstrengend ist, dies ein gravierender Einschnitt sei und einen enormen Verlust an Lebensqualität darstelle. In Ö schätzt man, dass etwa 26.000 bis 80.000 Menschen an Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) leiden, viele in Folge einer COVID-19-Infektion. Obwohl die Zahl der Erkrankten weiter steigt, existieren wenig spezialisierte Anlaufstellen. Die Volksanwaltschaft dokumentierte in ihrem Bericht 2024⁴⁰⁶, dass sich zahlreiche Betroffene meldeten, da sie keine entsprechende medizinische Versorgung zur Bekämpfung und Linderung ihrer Krankheit erhalten. Die Betroffenen berichteten von fehlendem Fachwissen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Die Patientinnen und Patienten bräuchten spezialisierte Angebote, die die eingeschränkte Mobilität berücksichtigt (Hausbesuche, Telemedizin usw.).

Bis Ende Juli 2022 wurden laut GÖG 4.593 Patientinnen und Patienten mit Long-COVID-Symptomen stationär behandelt, wovon 4,2 % im Rahmen ihres Aufenthalts verstarben.⁴⁰⁷ Die

GÖG⁴⁰⁸ erarbeitete 2022 im Auftrag des BMSGPK einen umfassenden Bericht dazu. Der entwickelte Versorgungspfad sah die Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte als erste Anlaufstelle vor, mit Überweisung an Fachärztinnen und Fachärzte und spezialisierte Einrichtungen bei komplexen Fällen. Eine zentrale Empfehlung war die verpflichtende Einführung der ambulanten Diagnosenkodierung sowie die Durchführung von Studien. Im März 2022 fanden Besprechungen mit Deutschland und der Schweiz (DACH-Austausch) statt, da alle drei Länder vor ähnlichen Herausforderungen stehen.^{409, 410}

Das vom Gesundheitsministerium angekündigte Nationale Referenzzentrum für postvirale Erkrankungen, das als Wissenshub fungieren, Forschung betreiben und Gesundheitspersonal bei komplizierten Fällen beraten sollte,⁴¹¹ ging am 11.9.2024 an der MedUni Wien in Betrieb.⁴¹² Die Umsetzung des Aktionsplans zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) verzögerte sich allerdings.⁴¹³ Ein Praxisleitfaden wurde 2024 veröffentlicht.⁴¹⁴

Die bestehenden Probleme hat auch der NÖ Landtag aufgegriffen (vgl. die Begründung: „Die sektorenübergreifende Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ist wichtiger denn je, insb. bei chronischen Multisystemerkrankungen – z. B. bei Long-COVID, dem Post-COVID / Post-Vac-Syndrom oder eben auch bei Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) ...“). Aus der Antwort des Gesundheitsministeriums ist der aktuelle Stand ersichtlich.⁴¹⁵

Die GÖG dokumentierte in ihrem Bericht zu Long-COVID⁴¹⁶, dass der niedergelassene Bereich als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle spielen sollte, jedoch strukturell nicht auf die Herausforderungen der Pandemie vorbereitet war. Die Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte wies erhebliche Defizite in der Behandlung postviraler Syndrome auf, da spezifisches Fachwissen fehlt und

⁴⁰³ A. L. Komaroff, L. Bateman for the U.S. ME/CFS Clinician Coalition, Will COVID-19 Lead to Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome?, Front. Med., 18.1.2021, <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2020.606824/full>

⁴⁰⁴ Vgl. auch NR, 2641/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 3.10.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/2641/imfname_1714561.pdf

⁴⁰⁵ Presseaussendung Volksanwaltschaft 8.5.2025, ME/CFS: Es muss etwas getan werden, <https://volksanwaltschaft.gv.at/leichte-sprache/aktuelles/artikel/me-cfs-handlungsbedarf-bei-medizinischen-anlaufstellen-sowie-pva-und-sms-gutachten/>; sowie Presseaussendung Volksanwaltschaft 8.5.2025, ME/CFS: Handlungsbedarf bei medizinischen Anlaufstellen sowie PVA- und SMS-Gutachten, ME/CFS: Handlungsbedarf bei medizinischen Anlaufstellen sowie PVA- und SMS-Gutachten, <https://volksanwaltschaft.gv.at/aktuelles/artikel/me-cfs-handlungsbedarf-bei-medizinischen-anlaufstellen-sowie-pva-und-sms-gutachten/>

⁴⁰⁶ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2023, S. 194f, S. 215ff, S. 226ff, S. 232f, https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/NR/PB-47-Nachpr%C3%BCfung_2023_bf.pdf

⁴⁰⁷ Bisher 4.600 Spitalspatienten und -patienten mit Long-COVID in Ö registriert, 19. 9.2022, APAMED (APA-OTS), https://www.cgm.com/aut_de/magazin/artikel/2022/september/bisher-4-600-spitalspatienten-mit-long-covid-registriert.html

⁴⁰⁸ R. Winkler, K. Eglau, W. Seebacher, J. Ladurner, Long-COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung. GÖG, Wien (04/2022), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2283/1/Long%20COVID_Ergebnisbericht_Final_bf.pdf

⁴⁰⁹ BMSGPK (Hg.); Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS), 2024, https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=842&attachmentName=Aktionsplan_zu_postakuten_Infektionssyndromen.pdf

⁴¹⁰ Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Das Webtool, Postvirale Zustände am Beispiel von Long-COVID (aufgerufen am 9.11.2025), <https://www.kl.ac.at/de/allgemeine-gesundheitsstudien/long-covid-leitlinie>

⁴¹¹ BMSGPK, 19.9.2024, Nationales Referenzzentrum für postvirale Syndrome eingerichtet, <https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Aktuelles/Archiv-2024/postvirale-syndrome.html>

⁴¹² MedUni Wien, Nationales Referenzzentrum für postvirale Syndrome, (aufgerufen am 9.11.2025), <https://www.meduniwien.ac.at/web/referenzzentrum-postvirale-syndrome/>

⁴¹³ APA, 12.10.2025, Verzögerung bei Versorgungsplan zu ME/CFS, Post COVID & Co <https://science.apa.at/power-search/681022698319866129>

⁴¹⁴ Hainzl A., Rohrhofer J., Schweighardt J. et al. (2024): Care for ME/CFS – Praxisleitfaden für die Versorgung von ME/CFS-Betroffenen (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom). MedUni Wien/Ö Gesellschaft für ME/CFS, Wien 2024, <https://doi.org/10.5281/zenodo.12091631>

⁴¹⁵ ANTRAG der Abgeordneten Dammerer, Punz, BA, Mag. Scheele, Mag. Moser, MSc und Mag. Hofer-Gruber gemäß § 34 LGO 2001 betreffend Entwicklung sektorenübergreifender Behandlungspfade und Etablierung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen für Betroffene von Multisystemerkrankungen, sowie die diesbezügliche Beantwortung vom 4.11.2025, in der die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums wiedergegeben ist, <https://noe-landtag.gv.at/gegenstaende/XX/XX-625-1>

⁴¹⁶ R. Winkler, K. Eglau, W. Seebacher, J. Ladurner (2022), Long-COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung. GÖG, Wien (04/2022), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2283/1/Long%20COVID_Ergebnisbericht_Final_bf.pdf

Fortbildungsangebote zunächst nicht ausreichend zur Verfügung standen.^{417, 418, 419} Die Ö Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)⁴²⁰ erstellte zwar eine S1-Leitlinie für Long-COVID, über deren Inhalte alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte informiert werden sollten, doch die praktische Umsetzung erfolgte uneinheitlich.

Das Pflege- und Gesundheitswesen in NÖ

Die NÖ LGA⁴²¹, seit 2020 Betreiberin der NÖ Krankenanstalten und Pflegeheime, war mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert.⁴²² Die 27 Landeskliniken hatten in dieser Zeit die COVID-19-Erkrankten auf den Intensiv- und Normalstationen zu behandeln und zu betreuen. Teilweise wurden Kliniken als „Spezialversorgung-KA“ definiert.⁴²³ Die Abteilungen für innere Medizin (Interne) sowie Geriatrie versorgten überdies vulnerable Personen, die vor Ansteckung zu schützen waren. Dies bewerkstelligte man mit Absonderungskonzepten. Planbare Eingriffe („elektive“) mussten ab März 2020 in allen Landeskliniken reduziert werden, 4.500 Betten (davon 170 Intensivbetten) waren für COVID-19-Patientinnen und -Patienten frei. Das Landesklinikum Melk definierte man als „Corona-Zielklinikum“. Das Landesklinikum Melk definierte man als „Corona-Zielklinikum“. Weitere wurden in jeder der fünf Versorgungsregionen NÖs Schwerpunkt�퀙liniken für COVID-19-Patientinnen und -Patienten definiert, nämlich die LK Hollabrunn, Neunkirchen, Lienfeld und Waidhofen/Thaya. Die LK Scheibbs, Tulln, Gmünd, Stockerau und Mödling sollten im Bedarfsfall miteinbezogen werden.⁴²⁴ Die Auswirkungen betrafen Patientinnen und Patienten, deren geplante Eingriffe verschoben wurden, sowie Patientinnen und Patienten, die kaum Besuche empfangen konnten.

In den Pandemiejahren 2020 und 2021 war die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems, vor allem auf den Intensivstationen der Kliniken, maßgeblich für die vier Lockdowns.

Aus Abbildung 1 ist erkennbar, dass die Intensivbettenauslastung (gelbe Linie) im Betrachtungszeitraum stark variierte. Rot hinterlegte Zeiträume stellen die Lockdowns dar. So sank im ersten Lockdown zwar die Auslastung der Intensivbetten auf unter 60 %, was auf Mobilitäts einschränkungen verbunden mit einem sehr geringen Verkehrsaufkommen zurückzuführen war. Schon damals lag die Intensivbettenauslastung durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten bei 20 %, im Zeitraum

des zweiten Lockdowns stieg diese stark an und der COVID-19-Patientinnen- und -Patientennanteil lag bei 45 % (80 bis 90 Patientinnen und Patienten pro Tag). Im dritten Lockdown ging sie leicht auf 30 % zurück. Ende Feb. 2021 bis Mitte April 2021 stieg der COVID-19-Patientinnen- und -Patientennanteil auf einen Höchststand auf den Intensivstationen an – 170 Patientinnen und Patienten pro Tag oder 50 %. Dies führte zu einer 100 %-Auslastung in den Intensivstationen in NÖ. Die Versorgung konnte nur durch den zusätzlichen Ausbau von Notkapazitäten und die Reduktion von planbaren elektiven Eingriffen im regulären Betrieb sichergestellt werden. So konnten in Summe zusätzlich 100 Intensivbetten eingerichtet werden. Im vierten Lockdown ging dann die Belastung auf knapp 80 zusätzliche Intensivbetten zurück.

Die lange Aufenthaltsdauer von schwer kranken COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf der Intensivstation (deutlich über der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 4–5 Tagen von Intensivpatientinnen und -patienten ohne COVID-19-Erkrankung) war einer der Hauptgründe, warum während der gesamten Pandemie in Phasen sinkender Infektionszahlen die Belastung der Intensivstationen durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten nur mit deutlicher Zeitverzögerung zurückging.

Retrospektiv betrachtet wäre ohne die getroffenen Maßnahmen auf Ebene der Kliniken an über 270 Tagen mit einer Überlastung der Intensivbetten zu rechnen gewesen. Der dritte Lockdown wäre im Rückblick betrachtet vermeidbar gewesen. In der Zeit von Ende Februar bis Mitte April 2021 wäre ein zusätzlicher Lockdown objektiv gesehen notwendig gewesen. Der zusätzliche Personalaufwand für die Aufstockung der Intensivbetten und der personelle Mehraufwand für die Betreuung von schwer an COVID-19 erkrankten Personen konnte durch die Reduktion elektiver und operativer Eingriffe und der damit verbundenen Freimachung von personellen Kapazitäten bewältigt werden.

Die Versorgungsfähigkeit der Intensiveinheiten in allen NÖ Landes- und Universitätskliniken war vor und während der Pandemie immer gegeben. Kontaktbeschränkungen waren ein richtiger Ansatz, die Infektionszahlen und die Inanspruchnahme der Intensivstationen nach unten zu drücken.

⁴¹⁷ S. Neubauer, R. Strauß, J. Weber, R. Winkler, Factsheet Folgezustände nach Virusinfektionen mit Fokus auf Long-COVID und ME/CFS, GÖG (11/2023), https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Factsheet_G%2396G_Symposium_Folgezust%C3%A4nde_Nov%202023_bf.pdf

⁴¹⁸ Ö Ärztekammer, Pressemeldung vom 4.11.2021, Das Kassensystem ist auf die Betreuung von Menschen mit Long-COVID im niedergelassenen Bereich nicht vorbereitet. Die Bundesärztekammer niedergelassene Ärzte identifiziert 5 Punkte, die dringend behandelt werden müssen, https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/pk-long-covid/261766

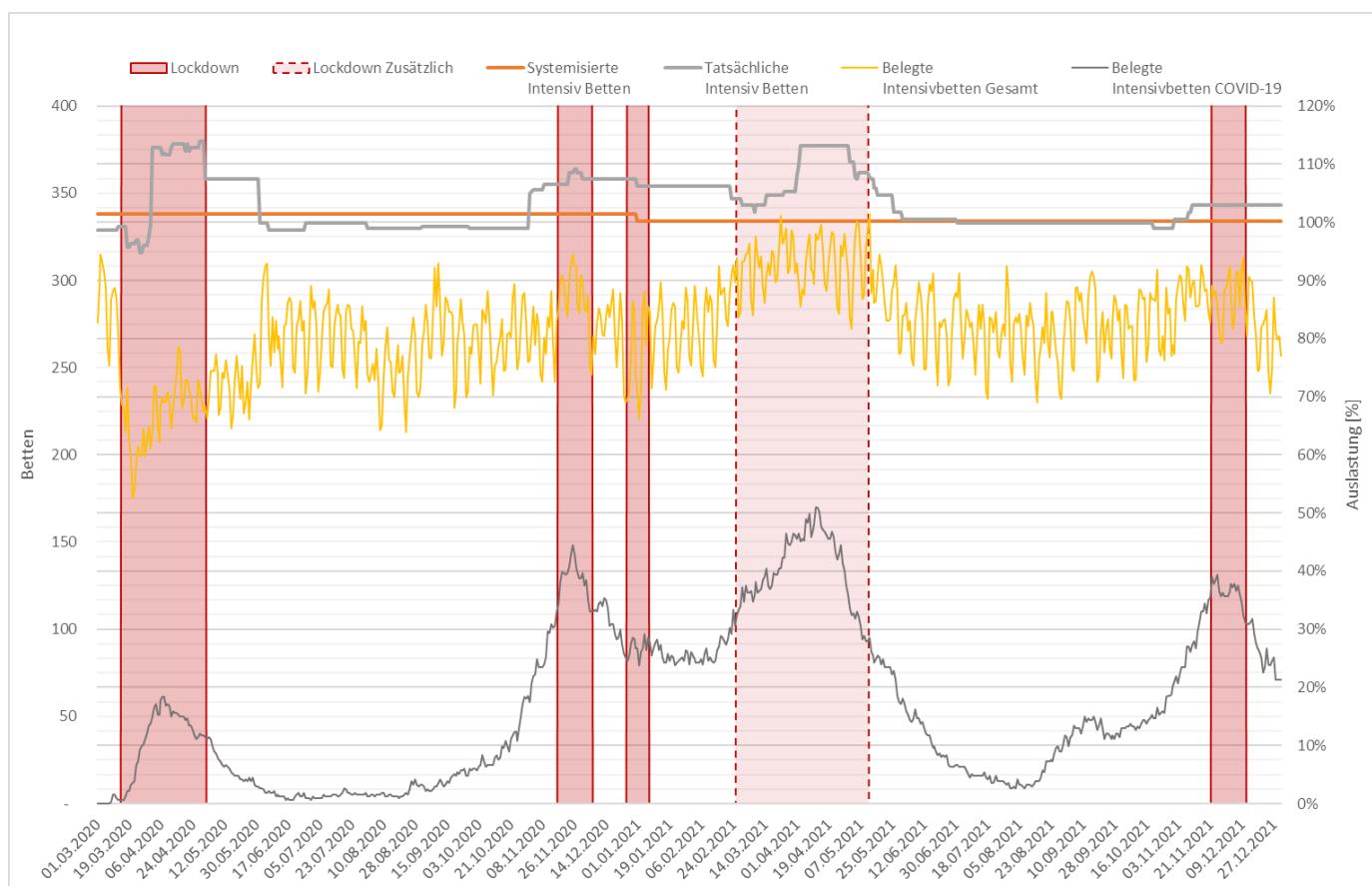
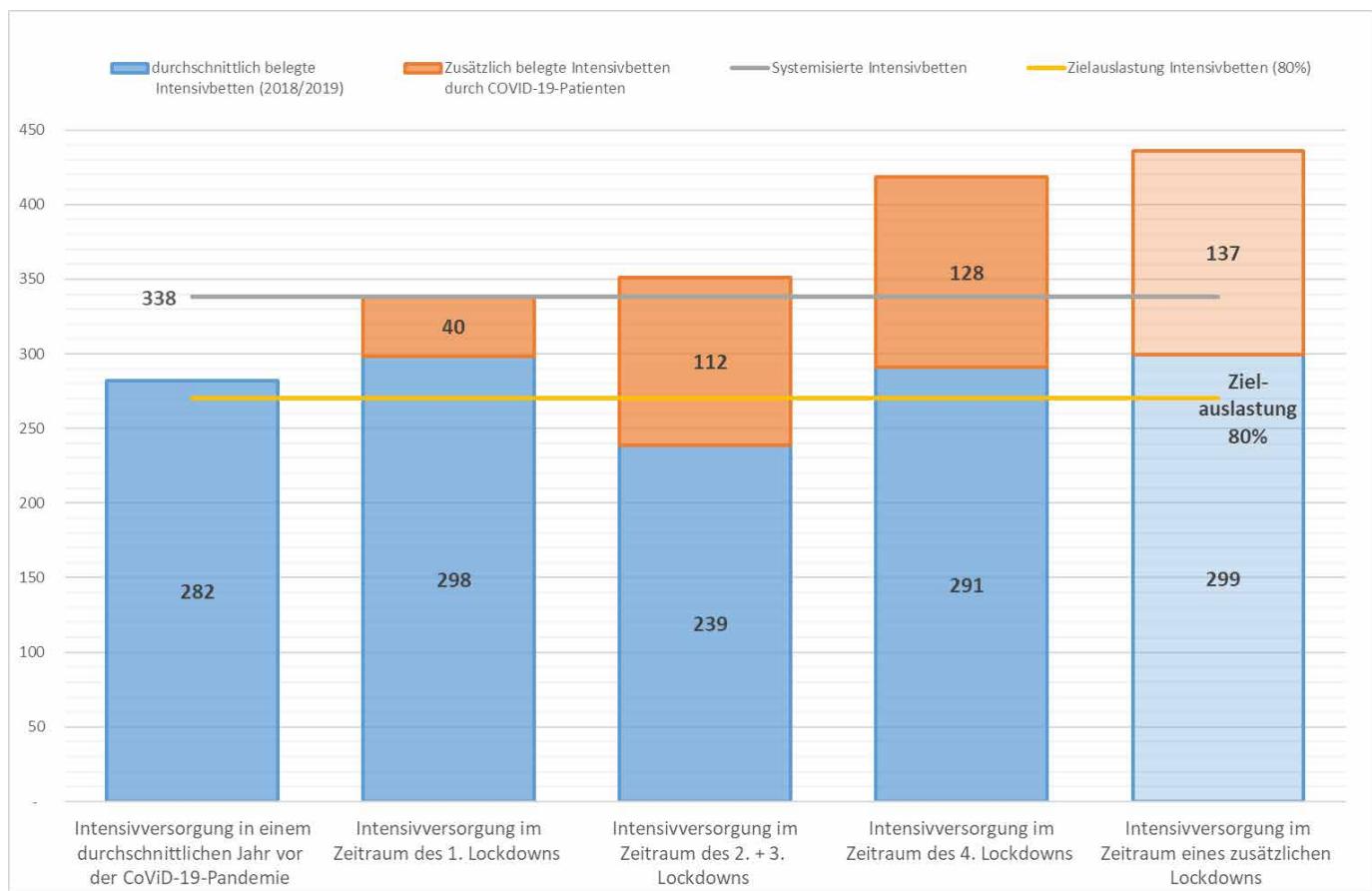
⁴¹⁹ GÖG, Empfehlungen für bessere Versorgung bei Long-COVID und ME/CFS (aufgerufen am 9.11.2025), https://goeg.at/aktionsplan_postakuten_infektionssyndromen#:~:text=Empfehlungen%20f%C3%BCr%20bessere%20Versorgung%20bei,ME/CFS%20%20%20Gesundheit%20C3%96sterreich%20GmbH

⁴²⁰ S. O. LGBL. Nr. 1/2020 idG. NÖ Landesgesundheitsagentur eingerichtet mit dem NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz (NÖ LGA-G), LGBL. Nr. 1/2020 idG.

⁴²¹ 25. Landtagssitzung der XIX. Gesetzgebungsperiode am 16.4.2020, Status-Bericht der NÖ LReg über Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie in NÖ, <https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/19/10/1055/1055B.pdf>

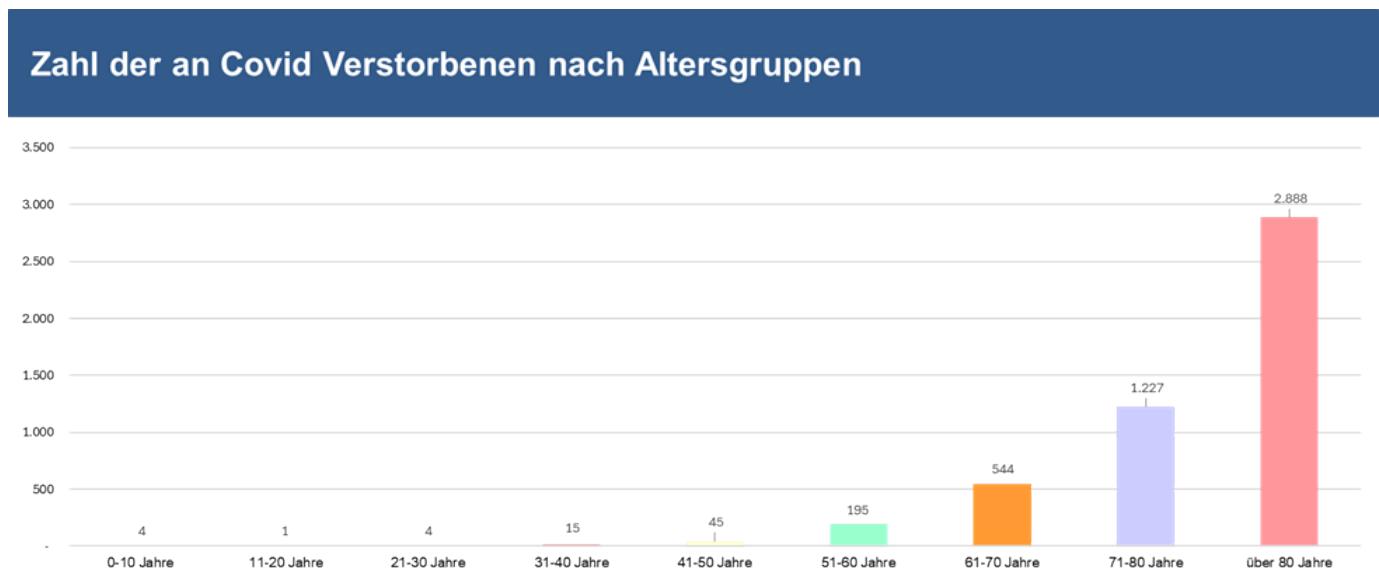
⁴²² § 2 Abs. 2 lit. g KAKuG; vgl. auch § 42f KAKuG; beide Bestimmungen wurden mittlerweile wieder aufgehoben.

⁴²³ A. Elsner, NÖ Kliniken und Pflegeheime im Kampf gegen das Coronavirus, Stufenplan, NÖ Perspektiven 02/2020, https://www.unserboden.at/files/perspektiven_2020_02.pdf; NR. 1497/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 24.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB1497/infname_1698121.pdf; https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.parlament.gv.at%2Fdokument%2FXXVIII%2FAB%2F1497%2Ffnameorig_1698122.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK



Bei den 50 Landespflege- und Betreuungszentren ergab sich sowohl organisatorisch als auch bewohnerbezogen ein ähnliches Bild. Ca. 6.000 Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Durchschnittsalter von 80 Jahren und einer hohen Pflegebedürftigkeit (durchschnittlich Pflegestufe 5) mussten besonders geschützt werden. Gravierende Maßnahmen wie Besuchsverbote, ausgenommen im stationären Hospiz, die Schließung von teilstationären Angeboten (wie Tages- und Kurzzeitpflege) und die Einschränkung des Besuchs durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mussten umgesetzt werden.

Cluster konnten dennoch nicht vermieden werden. Jede Gesundheitsregion definierte Schwerpunkttheime für an COVID-19 erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Dass diese vulnerable Gruppe eines besonderen Schutzes bedurfte, zeigt die nachfolgende Grafik.



Anmerkung zur Abbildung: 2.888 Personen der Altersgruppe über 80 verstarben. Dies entsprach 58,7 % der in NÖ insg. Verstorbenen (4.923).

V. GESUNDHEITLICHE UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE, VULNERABLE UND SOZIAL BENACHTEILIGTE PERSONEN

Soziale Auswirkungen der Pandemie

Mehrere Studien untersuchten die Auswirkungen der Pandemie und der Pandemiemaßnahmen auf die Gesundheit und Sterblichkeit in Europa systematisch. Diese zeichneten hinsichtlich der Wirkung strenger Pandemiemaßnahmen ein differenziertes Bild.

Die Association of Schools of Public Health in the European Region

(ASPERH)⁴²⁵ identifizierte gemeinsam mit führenden europäischen Public-Health-Expertinnen und Experten auf Grundlage von sieben internationalen Berichten, zahlreichen Fachpublikationen und Länderperspektiven 20 zentrale Lektionen, die aus der Pandemie gelernt werden müssen. Die Studie führte unter anderem aus, dass künftig vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders zu schützen sind und soziale Ungleichheiten, die durch die Pandemie verschärft wurden, vermieden werden müssen, insb. beim Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Die Pandemie verschärftete bestehende Gesundheitsungleichheiten massiv, wobei vulnerable Bevölkerungsgruppen, insb. sozioökonomisch Benachteiligte, Kinder- und Jugendliche und ältere Menschen, überproportional hohe Lasten trugen.⁴²⁶ Die Public-Health-Infrastruktur war in vielen Ländern unzureichend

⁴²⁵ Lombatti S, Magid A, Davidovitch N, Middleton J, Sheek-Hussein M, Lopes H, Skhvitaridze N, Agha H, Lopez-Acuña D, Martínez Olmos J, Bauernfeind A, Prikazsky V, Vesela N, Petrakova A, Privitera GP, Naboulet JP, Leighton L, Otok R, Reid J (2024), The COVID-19 Pandemic as a Public Health Teacher – the Lessons We Must Learn. Public Health Rev 45:1607232. doi: 10.3389/phrs.2024.1607232 (05/2024), https://www.researchgate.net/publication/380414746_The_COVID-19_Pandemic_as_a_Public_Health_Teacher-the_Lessons_We_Must_Learn

⁴²⁶ R. Rani, N. Bajos, É. Counil, Social inequalities in SARS-CoV-2 infection in high income countries: highlighting the need for an intersectional perspective in quantitative research, 31, 7.2025, <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1642407/full>; V. K. Yadavendu, Looking Beyond the Lamp Post: Health Inequality in the Times of COVID-19, International Journal of Social Determinants of Health and Health Services (07/2023), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10372503/>

vorbereitet und während der Pandemie besonders gefordert.

Frühzeitige Surveillance-Systeme, umfassende epidemiologische Berichtssysteme und eine systematische Datenerfassung hätte die Reaktionsfähigkeit erheblich verbessert.⁴²⁷

Die GÖG⁴²⁸ führte eine umfassende Studie zu „Soziale Faktoren der Pandemie“ durch. Die Ergebnisse zeigten, dass Personen, die bereits vor der Pandemie benachteiligt waren, häufig zusätzliche negative Auswirkungen durch die Pandemie bzw. die Pandemiemaßnahmen erfuhrten (Einsamkeit, Stress, Angst, Depressionen, Selbstmordgedanken und das Erreichen körperlicher Grenzen). Das von der GÖG entwickelte umfassende Surveillance-System für psychosoziale Gesundheit zeigte⁴²⁹ anhaltende psychosoziale Belastungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Besonders betroffen waren unter 25-Jährige, armutsgefährdete Personen und chronisch erkrankte Personen (Stand 09/2025).⁴³⁰

Verlorene Lebensjahre und Übersterblichkeit als teilweise indirekte Auswirkungen

Studien zeigten, dass die Strenge der Pandemie-Maßnahmen (Stringency Index) keine signifikante Assoziation mit der Übersterblichkeitsrate hatte, d. h. Länder mit sehr strengen Pandemiemaßnahmen (insb. Lockdowns) hatten keine systematisch niedrigere Übersterblichkeit als Länder mit lockeren oder gar keinen Lockdowns.⁴³¹ Die Studien zeigten, dass sozioökonomische Faktoren viel stärker mit der Übersterblichkeit korrelieren als die Lockdown-Strenge.⁴³² Stark korrelierten (hochsignifikant) das BIP pro Kopf (je reicher, desto weniger Übersterblichkeit)⁴³³, die Armutsquote (je mehr Armut, desto mehr Übersterblichkeit), die Einkommensungleichheit (Gini-Index⁴³⁴), die Gesundheitsausgaben pro Kopf und die Versorgungssicherheit im Gesundheitssystems. Keine Korrelation ergab sich aus den Studien in Bezug auf die Strenge der zur Pandemiebewältigung eingesetz-

ten Maßnahmen. Länder mit liberaleren Maßnahmen (Schweden: Index 34–52, Schweiz: 39–51) zeigten zwar ebenfalls anhaltende Übersterblichkeit im Jahr 2022, dennoch war die Ö Übersterblichkeit im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Die indirekten Effekte der Pandemie und der Maßnahmen (Versorgungsrückgänge, psychische Belastungen, soziale Isolation, wirtschaftliche Folgen) überwogen die direkten Viruseffekte, und diese Effekte wirken verzögert.⁴³⁵

Eine Studie im PLOS Medicine (2025) ergab, dass in Europa 21–32 % der insg. 16,8 Mio. verlorenen Lebensjahre auf indirekte Pandemiefolgen (Störungen der Versorgung, psychosoziale Effekte) entfallen. Für Ö wurden zwischen 2020 und 2022 etwa 350.000 verlorene Lebensjahre berechnet.⁴³⁶ Als Gründe für die indirekt verlorenen Lebensjahre führte die Studie an: verzögerte oder ausgefallene Behandlungen für chronische Erkrankungen, nicht intendierte Auswirkungen der Pandemiemaßnahmen wie psychische Gesundheitsfolgen, soziale Isolation bei älteren Menschen, Bewegungsmangel und Adipositas sowie Substanzmissbrauch; Vermeidung durch Patientinnen und Patienten infolge Ängstlichkeit und entfallene Vorsorgeuntersuchungen. Die Lebenserwartung erreichte erst 2023 wieder das Vor-Pandemie-Niveau.⁴³⁷

Das IHS Wien⁴³⁸ und die GÖG⁴³⁹ analysierten für Ö zahlreiche indirekte Auswirkungen: Rückgang bei planbaren Operationen und Diagnostik (z. B. Endoprothesen- und Katarakt-OPs), onkologische Therapien blieben meist erhalten, Effekte auf Brustkrebsinfektionen durch ausgefallene Vorsorge, Reduktion psychischer und psychosozialer Leistungen, insb. in Lockdownphasen, und verzögerte Zuweisung und Aufnahme von Schlaganfall- sowie Unfallpatientinnen und -patienten – siehe bspw. die Berichte der Wiener Pflege- und Patientenanwaltschaft.⁴⁴⁰

⁴²⁷ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Factsheet for health professionals on COVID-19, Last reviewed/updated: 300.5.2023, <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/z-disease-list/covid-19/factsheet-covid-19>

⁴²⁸ S. Haas, D. Antony, G. Antony, S. Gaiswinkler, R. Griebler, C. Marbler, M. Weigl, P. Winkler, Soziale Faktoren der Pandemie, GÖG (12/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1996/1/Bericht_Soziale%20Faktoren%20der%20Pandemie_Dezember%20202021.pdf

⁴²⁹ Corona – Psychische Gesundheit von Schülern massiv verschlechtert (3/2021), wobei auf die Studie der Universität für Weiterbildung Krems Bezug genommen wird, <https://science.apa.at/power-search/21304966868326892529>

⁴³⁰ S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, A. Grabenhofer-Eggerth, Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse, GÖG (01/2025), <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4331/>

⁴³¹ S. Ahmadi-Abhari, P. Bandosz, M. J Shipley, J. V Lindbohm, A. Dehghan, P. Elliott, M. Kivimaki, Direct and indirect impacts of the COVID-19 pandemic on life expectancy and persons-years of life lost with and without disability: A systematic analysis for 18 European countries, 2020–2022, PLoS Med, 11.3.2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11896051/>

⁴³² OECD, Where did it hit harder? The geography of excess mortality during the COVID-19 pandemic (2021), https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/09/where-did-it-hit-harder_3088482/ab4848a4-en.pdf; Gerli A.G., Alícidro G., Pizzato M., La Vecchia C., The toll of excess mortality in Europe in 2020–2023, Journal of Health Inequalities (2025), Link: <https://www.termedia.pl/The-toll-of-excess-mortality-in-Europe-in-2020-2023,100,56342,1,1.html>

⁴³³ Ioannidis J.P.A., Variability in excess deaths across countries with different vulnerabilities during 2020–2023 (2023), <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2309557120>; Pizzato M. et al., Impact of COVID-19 on total excess mortality and disparity in mortality across Europe, Lancet Regional Health – Europe 28:100644 (2024), DOI: 10.1016/S2666-7762(24)00163-7, [https://www.thelancet.com/journals/lanepne/article/PIIS2666-7762\(24\)00163-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepne/article/PIIS2666-7762(24)00163-7/fulltext); Pallari C.T. et al., Sustained excess all-cause mortality post COVID-19 in 21 countries and regions, International Journal of Epidemiology 54 (3):dyaf075 (2025), DOI: 10.1093/ije/dyaf075, <https://academic.oup.com/ije/article/54/3/dyaf075/8159616>

⁴³⁴ Der Gini-Index (auch Gini-Koeffizient) misst, wie ungleich eine Verteilung ist.

⁴³⁵ Reitzner M., Excess Mortality in Austria during the COVID-19 Pandemic, Austrian Journal of Statistics 54(4) (2025), <https://www.ajs.or.at/index.php/ajs/article/view/2032>; Kuhbandner C., Reitzner M., Estimation of Excess Mortality in Germany During 2020–2022, Cureus 15(5) (2023), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37378220/>

⁴³⁶ Ahmadi-Abhari S., Escott-Price V., Majeed A., Zylbersztejn A., et al., Loss of life from non-communicable diseases and COVID-19 in Europe, 2020–2022, PLOS Medicine (11.3.2025), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11896051/>

⁴³⁷ Statistik Austria, Pressemeldung, 29.1.2024, Number of deaths decreased in 2023 for the first time since 2020, <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/01/20240129Sterbefaelle2023EN.pdf>; STATISTIK AUSTRIA, Demographisches Jahrbuch 2023, https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Demo-JB-2023_Web-barrierefrei.pdf

⁴³⁸ IHS (Institut für Höhere Studien), Czypionka T., Stacherl B., Drexler M., Kollateralschäden im Gesundheitswesen durch die COVID-19-Pandemie (2020), <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5564/1/lhs-report-2020-czypionka-et-al-kollateralschaeden-gesundheitswesen-covid-19.pdf>; Das IHS hat dafür viele Studien auswertet.

⁴³⁹ G. Antony, J. Antosik, M. Weigl, C. Marbler, A. Laschkolnig (2021), Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Ö, Zeitraum Frühjahr 2020, GÖG, Wien (2/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1866/1/GFA_Ergebnisbericht_Corona2020_bf.pdf; K. Eglau, Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche, GÖG (02/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1633/1/Auswirkungen%20COVID19_KA_Aktualisierung_Gesamtjahr2020_bf.pdf

⁴⁴⁰ Berichte der WPPA sind abrufbar unter <https://www.wien.gv.at/kontakt/wppa-oeffentlichkeitsarbeit#vorjahr>

Im Gesundheitsausschuss des Nationalrates kritisierten einige der geladenen Expertinnen und Experten das Pandemiemanagement und forderten mehr Berücksichtigung der sozialen Dimension und der möglichen, nicht intendierten Effekte sowie eine Evaluierung der Maßnahmen.⁴⁴¹

Das Problem der „an“-und-„mit“-COVID-19-Erfassung setzt sich hier fort. Die fehlende Unterscheidung der wegen „an“ oder „mit“ COVID-19 Verstorbenen führte zu statistisch wenig aussagekräftigen Daten.⁴⁴² Die Diagnose COVID-19 war völlig heterogen und umfasste stationäre Krankenhausaufenthalte mit acht Hauptdiagnosen, unter anderem Patientinnen und Patienten mit Virusnachweis, schwere Erkrankungen sowie keine oder leichte Erkrankungen, aber auch Patientinnen und Patienten ohne Virusnachweis, Patientinnen und Patienten mit Angaben zu COVID-19 in der Anamnese (also ohne jegliche Tests), Zustände nach COVID-19 und das Multisystemische Entzündungssyndrom. Die Anzahl der an Corona Verstorbenen wurde statistisch zu hoch erfasst.⁴⁴³

Geringere Behandlungs- und Vorsorgemöglichkeiten

Die GÖG⁴⁴⁴ er hob, aufbauend auf der AK-COVID-19-Studie⁴⁴⁵, die Auswirkungen auf die Bevölkerung. Während in Ö vor der Pandemie nur in sehr geringem Ausmaß unerfüllte Behandlungsbedürfnisse festgestellt wurden, stiegen diese während der Pandemie stark an. Im Jahr 2015 gaben rund 6 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) an, in den letzten 12 Monaten einen ungedeckten Behandlungsbedarf gehabt zu haben. In den Auswertungen vom Juni 2020 stieg dieser Anteil auf rd. 16 % an. Bis Jän. 2021 verringerte sich der Anteil nur geringfügig auf 13,6 %. Die Auswertung erlaubte eine Differenzierung in klassische und coronabbezogene Gründe. Ein Großteil war im Jahr 2020 auf COVID-19-bezogene Gründe zurückzuführen, insb. nicht geöffnete Praxen/Kliniken/Ordinationen, verschobene Untersuchungen/Behandlungen oder Angst vor Ansteckung. Besonders ältere Menschen waren betroffen. Innerhalb der Stichprobe gaben die 50- bis 64-Jährigen im Vergleich zu jüngeren Personen am häufigsten (22,3 %) an, medizinische Behandlungen benötigt, aber aus coronabbezogenen Gründen nicht erhalten

zu haben. Die GÖG stellte fest, dass Menschen mit finanziellen Problemen häufiger angaben, einen unerfüllten Behandlungsbedarf gehabt zu haben, nämlich 21 % versus 15 % (Personen ohne finanzielle Probleme).⁴⁴⁶

Eine im April 2025 in BMC-Primary Care veröffentlichte Studie⁴⁴⁷ untersuchte systematisch, wie Ö Hausärztinnen und Hausärzte die Rolle der Primärversorgung während der Pandemie beurteilten. Die Analyse zeigte einen Rückgang bei den Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2020 um 135.000 Untersuchungen (–10 % gegenüber 2019), Koloskopien in ambulanten Abteilungen gingen um 40 % zurück, Mammographien um 13 %.

Laut Ö Krebsreport⁴⁴⁸ sanken Vorsorgeuntersuchungen im 2. Quartal 2020 gegenüber 2018 um ca. 40 % (in absoluten Zahlen: minus 95.000 Untersuchungen). Im Gesamtjahr gingen die Vorsorgeuntersuchungen um 11 % zurück, Koloskopien und Mammographien um jeweils 13 %. Der Rückgang war im ersten Lockdown am stärksten und normalisierte sich in den Sommermonaten teilweise, blieb aber deutlich unter dem Vorkrisenniveau. Die Jahresberichte der Wiener Pflege- und Patientenrechtsanwaltschaft dokumentierten dies ebenso.⁴⁴⁹

Die GÖG⁴⁵⁰ analysierte die Versorgung von Krebskranken. Eine Auswertung zur operativen Versorgung von Brustkrebs zeigte, dass die Spitalsaufenthalte ab März 2020 leicht zurückgingen und im Mai, als im stationären Bereich die COVID-19-Fallzahlen wieder stiegen, noch weiter absanken. Ab Aug. 2020 lagen die Fallzahlen über denen der Vorjahre und gingen während der zweiten Pandemiewelle nicht zurück. Die GÖG ging davon aus, dass geplante Diagnostik bei milder Symptomatik, die einen Aufschub rechtfertigte, während des ersten Lockdowns in vielen Fällen verschoben wurde, ebenso Maßnahmen der Krebs-Früherkennung wie Mammografien. Angst vor Ansteckung in Spitätern oder Gesundheitseinrichtungen führte 2020 zu einer Reduktion der Untersuchungen. Dies führte zu einer Diskussion der Folgen nicht durchgeföhrter Früherkennungsuntersuchungen.

Jahr	2019	2020	2021	2022	2023
Anzahl Vorsorgeuntersuchungen	1.081.161	947.187	1.119.407	1.148.427	1.319.229

⁴⁴¹ Parlamentskorrespondenz Nr. 175 vom 22.02.2021, Gesundheitsausschuss: Corona-Maßnahmen auf dem Prüfstand von Expertinnen, https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2021/pk0175#XXVII_A-GE_00001; GESUNDHEITSAUSSCHUSS AUSZUGSWEISE DARSTELLUNG verfasst von der Abteilung 1.4/2.4 – Stenographische Protokolle 10. Sitzung Montag, 22.2.2021, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AD/4/fname_887922.pdf

⁴⁴² NR, 1890/AB XXVIII. GP – Anfragebeantwortung vom 24.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1890/imfname_1701659.pdf

⁴⁴³ NR, 1890/AB XXVIII. GP Anfragebeantwortung vom 24.6.2025, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/AB/1890/imfname_1701659.pdf

⁴⁴⁴ A. E. Schmidt, S. Stumpf, R. Rodrigues, C. Simmons, N. Steiber, actsheet Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf während der COVID-19-Krise, GÖG (08/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1864/1/Unerf%C3%BCllter%20med.%20Behandlungsbedarf_COVID-19-Krise.bf.pdf

⁴⁴⁵ N. Steiber, Die COVID-19 Gesundheits- und Arbeitsmarktkrise und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung, Feb. 2021, <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5678/>

⁴⁴⁶ A. E. Schmidt, R. Rodrigues, C. Simmons, N. Steiber, A crisis like no other? Unmet needs in healthcare during the first wave of the COVID-19 crisis in Austria (10/2022), <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/6288/1/schmidt-et-al-2022-crisis-unmet-needs-healthcare-covid-austria.pdf>

⁴⁴⁷ A. Braun, D. A. Behrens, E. Krczal, How Austrian primary care physicians evaluated their available resources and quality of care during the first year of COVID-19: a repeated cross-sectional survey study (04/2025), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12004779/>

⁴⁴⁸ Ö Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Ö Krebshilfe, Der Ö Krebsreport 2021, <https://www.krebsreport.at/Krebsreport-2021.pdf>

⁴⁴⁹ Siehe dazu die Jahresberichte der WPPA abrufbar unter <https://www.wien.gv.at/kontakt/wppa-oeffentlichkeitsarbeit#vorjahre>

⁴⁵⁰ K. Eglau, Auswirkungen der COVID-19- Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche, GÖG (02/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1633/1/Auswirkungen%20COVID19_KA_Aktualisierung_Gesamtjahr2020_bf.pdf

⁴⁵¹ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023, S 116, https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Jahrbuch-der-Gesundheitsstatistik-2023_Web-BF.pdf

Aus dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2023⁴⁵¹ ergeben sich folgende Zahlen:

Psychische Gesundheitskrise bei Kindern und Jugendlichen

Die Folgen der COVID-19-Maßnahmen auf die Gesundheit der Ö Bevölkerung sind und waren gravierend. Kinder und Jugendliche bis zum abgeschlossenen 21. Lebensjahr gehörten zu jenen Gruppen, die am meisten unter den Maßnahmen litten. Ähnliche Befunde zeigte Deutschland.⁴⁵²

Der Berufsverband Ö Psychologinnen und Psychologen⁴⁵³, der das „Gesund aus der Krise“ umsetzte, das in den Jahren 2022 bis 2025 mit insg. € 50,2 Mio. gefördert wurde, umfasste die kostenlose Vermittlung von wohnortnahmen und bedarfsgerechten Beratungs- und Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche.⁴⁵⁴ Mit diesem Projekt konnten rund 10.000 Kinder und Jugendliche (bis zum 21. Lebensjahr) Beratung und Behandlung erhalten.⁴⁵⁵ Diese Zahl erscheint hoch, ist aber unzureichend.

Die WPPA führte im Jahresbericht 2022 aus: „Schließlich hat die durch diverse Corona-Maßnahmen ausgelöste außerordentliche Belastung von Kindern und Jugendlichen besonders schmerzlich vor Augen geführt, dass die ärztliche Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie völlig unzureichend ist.“⁴⁵⁶

Laut dem „Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche 2023“⁴⁵⁷ haben sich die Hospitalisierungsraten von bis zu 19-Jährigen aufgrund depressiver Episoden in Ö Akutkrankenhäusern zwischen 2002 und 2022 vervierfacht. Seit 2014 kam es bei Mädchen zu einem starken Anstieg, der ab 2020 durch die Pandemie nochmals deutlicher zunahm.

Der NÖ Landesrechnungshof⁴⁵⁸ hielt fest: In NÖ verdeutlicht sich dies durch einen Anstieg der Entlassungen um 29,8 % (1.156 auf 1.501 Fälle) und der Belagstage um 10,7 % (17.006 auf 18.829 Tage) zwischen 2017 und 2022 trotz reduzierter systematisierter Betten. Die Gesamtwarteliste stieg von 125 Patientinnen und Patienten (Feb. 2019) auf 149 (Okt. 2023) an.

In Tirol⁴⁵⁹ registrierte die Kinder- und Jugendpsychiatrie Hall/Innsbruck zwischen 2018 und 2021 insg. 1.623 stationäre Akutaufnahmen von Patientinnen und Patienten bis zum 18. Lebensjahr (69,1 % Mädchen). 2021 war ein Anstieg um 40,1 % gegenüber 2019 zu verzeichnen, akute Suizidalität als Aufnahmegrund stieg um 48,3 % (von 19,8 % auf 29,4 %), bei Mädchen von 65,4 % auf 74,4 %.

Der Rechnungshof⁴⁶⁰ stellte fest, dass Kinder und Jugendliche in Ö in sehr hohem Maße kinder- und jugendpsychiatrisch unversorgt sind, mit durchschnittlich 125 Tagen Wartezeit auf einen Therapieplatz und nur 38 besetzten Kassenstellen österreichweit (Stand 2022), wobei die tatsächliche Bettenmessziffer mit 0,04 deutlich unter der ÖSG-Zielgröße von 0,08–0,13 pro 1.000 Einwohner lag. Die durchschnittliche Bettenbelegung lag bei nur 65,5 % (2022).

Die Donau-Universität Krems⁴⁶¹ führte die bislang umfassendste Ö Longitudinalstudie zu den psychischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie durch.⁴⁶² Die Ergebnisse dokumentierten eine anhaltende Verschlechterung der psychischen Gesundheit, Ängste und Schlafprobleme stiegen auf das 3- bis 5-fache der Werte vor der Pandemie.⁴⁶³ Folgeuntersuchungen bestätigten die Ergebnisse.⁴⁶⁴ Ein zentraler Befund der Studie war, dass

⁴⁵² DAK-Gesundheit, J. Witte, A. Zeitler, L. Hasemann, J. Diekmannshemke, DAK Kinder- und Jugendreport 2023: Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie, 7.11.2023, <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/45534/data/b14be3b0db47242833904ba75c5239cb/dak-kinder-und-jugendreport-2023-report.pdf>

⁴⁵³ in Kooperation mit dem Ö Bundesverband für Psychotherapie und dem Ö Berufsverband der Musiktherapeuten

⁴⁵⁴ Vgl. die Homepage <https://gesundausderkrise.at/>

⁴⁵⁵ Berufsverband Ö Psychologinnen und Psychologen (BÖP), <https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/projekte/gesund-aus-der-krise>

⁴⁵⁶ Wiener Pflege- und Patientenrechtsausschuss, Tätigkeitsbericht 2022, S. 34; zu den weiteren Problemen während der Pandemie siehe die Jahresberichte der WPPA auf der Homepage <https://www.wien.gv.at/kontakt/wppa-oeffentlichkeitsarbeit#vorjahr>

⁴⁵⁷ P. Winkler, S. Ecker, J. Delcour, D. Kern, M. Nowotny, (2024), Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche. Überblick über chronische Krankheiten – Adipositas – Depression, BMSGPK (Hg.), Wien, https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=802&attachmentName=Gesundheitsbericht_Kinder_und_Jugendliche.pdf

⁴⁵⁸ NÖ Landesrechnungshof, Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den NÖ Landes- und Universitätskliniken, Nachkontrolle Bericht 3/2024, https://lrh-noe.at/images/pdf/2024/3_2024_-_psychiatrische_und_psychotherapeutische_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen_in_den_noe_landes_und_universitaetskliniken_nachkontrolle.pdf; vgl. die Zusammenfassung, 03/2024 – Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den NÖ Landes- und Universitätskliniken, Nachkontrolle, <https://lrh-noe.at/de/berichte/03-2024-psychiatrische-und-psychotherapeutische-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-in-den-noe-landes-und-universitaetskliniken-nachkontrolle>

⁴⁵⁹ K. Sevecke, A. Wenter, M. Schickl, M. Kranz, N. Krstic, M. Fuchs, Stationäre Versorgungskapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zunahme der Akutaufnahmen während der COVID-19 Pandemie?, 11.7.2022, <https://www.springermedizin.at/stationare-versorgungskapazitaeten-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie/23257308>; K. Sevecke, A. Wenter, N. Haid-Stecher, M. Fuchs, I. Böge, Die psychische Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen und deren Behandlungsmöglichkeiten im 3-Länder-Vergleich (Ö, D, CH) unter Berücksichtigung der Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie, *Neuropsychiatrie* (2022) 36:192–201, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9645753/pdf/40211_2022_Article_438.pdf

⁴⁶⁰ Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2025/28, https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2025_28_Kinder_und_Jugendpsychiatrie.pdf

⁴⁶¹ C. Pielh (University for Continuing Education Krems), S. Budimir (Ghent University), T. Probst (University of Salzburg), The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria, 07/2020, *Journal of Psychosomatic Research*, 136:110186, DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110186. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria | Request PDF; Donau-Uni Krems, Psychiatrische Gesundheit verschlechtert sich weiter. Eine Studie der Donau-Universität Krems zeigt, dass die Hälfte aller jungen Erwachsenen unter depressiven Symptomen leidet, 27.1.2021, <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/psychische-gesundheit-verschlechtert-sich-weiter0.html>; https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4702/1/Surveillance_Factsheet_04_2025_bf.pdf; D. Ohlenschläger, Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen steigt, 15.12.2021, <https://www.schule.at/serien/edustories/detail/psychische-belastung-von-kindern-und-jugendlichen-steigt/>; Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Psyche bei Jugendlichen, Projektzeitraum 03.2.2021–31.8.2021, mwN, https://www.donau-uni.ac.at/de/forschung/projekt/U7_PROJEKT_4294970505

⁴⁶² S. Haas, D. Antony, G. Antony, S. Gaiswinkler, R. Griebler, C. Marbler, M. Weigl, P. Winkler (2021), Soziale Faktoren der Pandemie, GÖG Wien, https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:68fdce37-3201-4a0c-bf25-b84aa5079c1c/Ergebnisbericht_Soziale_Faktoren_der_Pandemie.pdf

⁴⁶³ T. Probst, S. Budimir, C. Pielh, Depression in and after COVID-19 lockdown in Austria and the role of stress and loneliness in lockdown: A longitudinal study, 09/2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720327427> https://www.donau-uni.ac.at/de/forschung/projekt/U7_PROJEKT_4294970268; Psyche seit COVID-19 unter Dauerbelastung, Studien der Donau-Universität Krems (2020), https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20201012_OTS0134/psyche-seit-covid-19-unter-dauerbelastung_Factsheet_Surveillance_psychosoziale_Gesundheit_Aktuelle_Ergebnisse; S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, S. Kirchner, A. Grabenhofer-Eggerth, GÖG (09/2025), https://jasmin.goeg.at/d/eprint/4816/1/Surveillance_Factsheet_09_2025_bf.pdf; <https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Studien.html>

⁴⁶⁴ S. Haas, D. Antony, G. Antony, S. Gaiswinkler, R. Griebler, C. Marbler, M. Weigl, P. Winkler (2021), Soziale Faktoren der Pandemie, GÖG, Wien, https://goeg.at/Soziale_Faktoren_Pandemie; S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, S. Kirchner, A. Grabenhofer-Eggerth (2025): Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse (Stand 09/2025). Factsheet, GÖG, Wien, <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4816>

keine Verbesserung der psychischen Belastung nach Ende der Lockdowns eintrat.⁴⁶⁵ Dies zeigte, dass die negativen Auswirkungen weit über die akuten Interventionsphasen hinaus anhielten. Die psychische Gesundheit erholte sich nicht automatisch mit der Lockerung der Maßnahmen. Die Ö Studien dokumentierten systematisch, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen überproportional von den psychosozialen Auswirkungen betroffen waren.^{466, 467} Die Studie der Donau-Universität Krems und der MedUni Wien ergab, dass 56 % der über 14-Jährigen depressive Symptome zeigten.⁴⁶⁸

Die bereits erwähnte Studie der GÖG⁴⁶⁹ zu „Soziale Faktoren der Pandemie“ zeigte Einsamkeit, Stress, Angst, Depressionen, Selbstmordgedanken und das Erreichen körperlicher Grenzen auf.⁴⁷⁰ Nach der GÖG⁴⁷¹ waren besonders unter 25-Jährige psychosoziale Belastungen ausgesetzt (Stand Sept. 2025). Im Jahr 2024 wurden signifikant mehr Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 34 Jahren stationär aufgenommen als vor der Pandemie 2019. Die ambulanten Besuche von Mädchen/jungen Frauen stiegen von 45.382 (2023) auf 47.798 (2024) und bei Burschen/jungen Männern von 33.409 auf 36.420.⁴⁷² Die GÖG-Surveillance⁴⁷³ zeigte eine steigende Anzahl polizeilicher Betretungs- und Annäherungsverbote.

Die Frauenhelpline gegen Gewalt⁴⁷⁴ verzeichnete im Jahr 2024 eine deutliche Zunahme der Anrufe.⁴⁷⁵ Die Beratungsanzahl bei

spezialisierten Hotlines wie PsyNot, Krisenhilfe OÖ, Frauenhotline, Männerinfo und Männernotruf nahmen ebenfalls zu.⁴⁷⁶ Befragte des Statistik Austria Panels „So geht's uns heute“⁴⁷⁷ hielten es für wahrscheinlicher, arbeitslos zu werden.⁴⁷⁸

Die Donau-Universität Krems⁴⁷⁹ untersuchte die Auswirkungen der Pandemie auf die psychotherapeutische Versorgung, mit dem Ergebnis, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten während des Lockdowns verstärkt auf Distanz-Psychotherapie setzten, die die Klientinnen und Klienten weniger erreichte.

Die KIJA Wien⁴⁸⁰ dokumentierte, dass die Belastungen durch die Folgen der Pandemie für junge Menschen erheblich sind und sich deutlich auf die kindliche Psyche auswirken.

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Eine Folge der Pandemie zeigte sich bei der Gewichtsentwicklung von Kindern und Jugendlichen.⁴⁸¹ Das Sozialministerium bestätigte im „Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche“⁴⁸² (2024), dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahren, verschärft durch die COVID-19-Pandemie, zunahm. 17 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen und 25 % der gleichaltrigen Burschen waren 2021/22 übergewichtig oder adipös – ein Anstieg um 4 bis 7 % in 10 Jahren. Die COVID-19-Pandemie verschärft diese Entwicklung durch Bewegungsmangel, Schulschließungen und veränderte Ernährungsgewohnheiten.

⁴⁶⁶ M. Mühlböck, I. Juen, S. Brunner, S. Hartleib, L. Brüngger, M. Till, W. Moser, So geht's uns heute: Die sozialen Krisenfolgen im ersten Quartal 2022, Ergebnisse einer Statistik-Austria-Befragung, Institut für Höhere Studien (IHS), Bundesanstalt Statistik Ö (Statistik Austria), Stand: 07/2022, https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Soziale-Krisenfolgen-BerichtW2-2022.pdf; Studie: Die Pandemie wirkt sich dramatisch auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus, Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien (04/2022), <https://kija-wien.at/studie-die-pandemie-wirkt-sich-dramatisch-auf-die-psychische-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-aus/>

⁴⁶⁷ Ergebnisse der Janssen Gesundheitsgespräche Wien, NÖ, Burgenland vom 16.11.2023 Deutliche Lücken in der Patientenversorgung und deren Finanzierung in Wien, NÖ und dem Burgenland – gerade im Bereich psychische Erkrankungen, https://patientenawalt.com/wp-content/uploads/2024/08/JANAT-ALL-0299._Folder_Gesundheitsgespraeche_W_NOE_BGLD_F39L_V3_kl.pdf

⁴⁶⁸ S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, A. Grabenhofer-Eggerth (2025): Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse (Stand 04/2025), Factsheet, GÖG, Wien, <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4702/>; G. Antony, J. Antosik, M. Weigl, C. Marbler, A. Laschkolnig (2021), Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Ö (Zeitraum Frühjahr 2020), GÖG, Wien, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1866/1/GFA_Ergebnisbericht_Corona2020_bf.pdf

⁴⁶⁹ S. Haas, D. Antony, G. Antony, S. Gaiswinkler, R. Griebler, C. Marbler, M. Weigl, P. Winkler, Soziale Faktoren der Pandemie, GÖG (12/2021), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1996/1/Bericht_Soziale%20Faktoren%20der%20Pandemie_Dezember%202021.bf.pdf

⁴⁷⁰ Corona – Psychische Gesundheit von Schülern massiv verschlechtert (3/2021), wobei auf die Studie der Donau-Uni Krems und MedUni Wien Bezug genommen wird, <https://science.apa.at/power-search/2130496686326892529>

⁴⁷¹ S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, A. Grabenhofer-Eggerth, Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse, GÖG (01/2025), <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4331/>

⁴⁷² S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, A. Grabenhofer-Eggerth, Factsheet Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse, GÖG (04/2025), https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4702/1/Surveillance_Factsheet_04_2025_bf.pdf

⁴⁷³ S. Sagerschnig, M. Pichler, M. Zuba, K. Dinhof, A. Grabenhofer-Eggerth, Factsheet Surveillance psychosoziale Gesundheit, 10/2024, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3898/1/Surveillance_Factsheet_10_2024_bf.pdf; dies., Factsheet Surveillance psychosoziale Gesundheit 1/2025, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4331/1/Surveillance_Factsheet_01_2025_bf.pdf; dies., Factsheet Surveillance psychosoziale Gesundheit 4/2025, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4702/1/Surveillance_Factsheet_04_2025_bf.pdf; dies., Factsheet Surveillance psychosoziale Gesundheit 9/2025, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4816/1/Surveillance_Factsheet_09_2025_bf.pdf

⁴⁷⁴ AÖF – Verein Autonome Ö Frauenhäuser. Frauenhelpline gegen Gewalt, auf der Homepage sind unter den Links „Was wir tun?“ und „Zahlen & Daten“ Berichte und Statistiken abrufbar, <https://www.aeof.at/Index.php>

⁴⁷⁵ Auf der Homepage der Nationalen Koordinierungsstelle „Gewalt gegen Frauen“ sind diese und andere Berichte und Daten ebenfalls abrufbar, <https://www.coordination-vaw.gv.at/>

⁴⁷⁶ A. Jesser, C. Pieh Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Psyche (05/2022), Universität für Weiterbildung Krems, Department für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Veranstaltungen/EUFEPE_2022/09_EUFEPE_Jesser_2022.pdf; Aktionsplan Frauengesundheit, 27. Focal Point Meeting und Post-Conference des 8. FrauenGesundheitsDialogs, 20.5.2025, GÖG, https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:1d89b1d8-5b8f-47f9-aea4-e180c40cf571/Themen%C3%BCbersicht_27.FPM_20.05.2025.FIN.pdf

⁴⁷⁷ S. Brunner, M. Mühlböck, K. Spoljaric, J. Enachescu, L. Wittmann, N. Lamei, So geht's uns heute: die sozialen Krisenfolgen im vierten Quartal 2024 – Schwerpunkt: Generationengerechtigkeit: Ergebnisse einer Statistik-Austria-Befragung, im Auftrag des BMSGPK (03/2025), <https://ihihs.ihs.ac.at/id/eprint/7164/1/ihs-report-2025-brunner-muehlobueck-spoljaric-et-al-generationengerechtigkeit.pdf>

⁴⁷⁸ Weitere Veröffentlichungen aus der Reihe „So geht's uns heute“ sind über die Homepage des BMSGPK abrufbar, <https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Studien.html>

⁴⁷⁹ T. Probst, B. Haid, W. Schimböck, P. Stippl, E. Humer, Psychotherapie auf Distanz in Ö während COVID-19. Zusammenfassung der bisher publizierten Ergebnisse von 3 Onlinebefragungen (04/2023), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8062842/>

⁴⁸⁰ Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien, Studie: Die Pandemie wirkt sich dramatisch auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus, 6.4.2022, <https://kija-wien.at/studie-die-pandemie-wirkt-sich-dramatisch-auf-die-psychische-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-aus/>; vgl. auch den Jahresbericht der Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien 2021, <https://kija-wien.at/wp-content/uploads/sites/38/2022/06/KJA-Jahresbericht-2021-WEBSITE.pdf>

⁴⁸¹ G. Jarnig, J. Jaunig, M. N. M. van Poppel, Association of COVID-19 Mitigation Measures With Changes in Cardiorespiratory Fitness and Body Mass Index Among Children Aged 7 to 10 Years in Austria, 26.8.2021, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2783511>; M. Vogel, R. Gausche, W. Kiess, Gewichtsentwicklung und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse aus dem Kinderärztenetzwerk CrescNet (08/2022), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11248345/>; Welt-Adipositas-Tag „Die Sorge um unsere Kinder und Jugendlichen ist groß! (4.3.2022), https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20220304_OTS0026/welt-adipositas-tag-die-sorge-um-unsere-kinder-und-jugendlichen-ist-gross

⁴⁸² P. Winkler, S. Ecker, J. Delcour, D. Kern, M. Nowotny (2024), Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche. Überblick über chronische Krankheiten – Adipositas – Depression, BMSGPK (Hg.), Wien, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3766/1/Gesundheitsbericht%20Kinder%20und%20Jugendliche_bf.pdf; siehe auch den Factsheet, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3826/1/Factsheet_Adipositas%20bei%20Kindern%20und%20Jugendlichen_bf.pdf

Besonders betroffen waren Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, wobei Adipositas mit Komorbiditäten wie psychischen Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und langfristig erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter einherging.⁴⁸³

Zunahme von Mobbing

Laut einer Studie der AK Steiermark⁴⁸⁴ gaben 49 % der Schülerinnen und Schüler an, dass Mobbingaktivitäten in der Corona-Zeit zugenommen haben (+ 32,3 %), wobei 28,4 % selbst betroffen waren. Cyber-Mobbing hat sich laut der Saferinternet.at-Studie⁴⁸⁵ (2022) mit 17 % aller Jugendlichen als Opfer und 49 % wahrgenommener Zunahme während der Pandemie verstärkt. Die KIJA Wien⁴⁸⁶ und OÖ⁴⁸⁷ berichteten von massiv gestiegenen Anfragen zum Thema Mobbing, wobei insb. psychische, physische und sexuelle Gewalt und soziale Isolation zunahmen. Weitere Ergebnisse waren eine unzureichende Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderarmut.

Mädchen und bildungsferne Schülerinnen und Schüler waren besonders häufig von sexuellen Übergriffen betroffen, wobei diese Gruppe auch vulnerabler für andere Gewaltformen war.

VI. GESELLSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN

Gesellschaftliche Spaltung während der COVID-19-Pandemie in Ö

Die COVID-19-Pandemie führte in Ö zu nachteiligen Folgen in der Gesellschaft, die weit über gesundheitliche und wirtschaftliche Auswirkungen hinausging. Zahlreiche wissenschaftliche Studien dokumentierten eine deutliche Zunahme sozialer Polarisierung, die sich entlang der Einstellungen zu Impfungen, Corona-Maßnahmen und institutionellem Vertrauen manifestierte und bis heute nachwirkt. Die Polarisierung war eng mit der individuellen Betroffenheit verbunden. Personen mit hohen Belastungen und hohen Stresswerten vor der Pandemie wiesen im Verlauf der Pandemie im Vergleich eine weitere Verschlechterung ihrer Lebensqualität auf. Besonders stark negativ emotio-

nal reagierten Personen mit geringerem ökonomischem Status. In Ö zeigten sich deutliche Verschlechterungen der psychischen Gesundheit, besonders bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, sowie zunehmende Ausgrenzungserfahrungen bei vulnerablen Personengruppen.⁴⁸⁸ Das ACPP dokumentierte, dass sich die Ungleichheit verschlechterte: Finanzielle als auch psychische Probleme stiegen bei benachteiligten Gruppen am stärksten.⁴⁸⁹ Im Frühsommer 2021 attestierte mehr als 50 % der Ö Bevölkerung dem Land eine politische Spaltung, wobei 25 % diese Einschätzung „voll und ganz“ teilten (+ 6 % seit 2016).⁴⁹⁰ Die Diskussionen um Corona-Maßnahmen wurden von mehr als 3/5 als Kernbruchlinie der Gesellschaft wahrgenommen. Eine aktuelle Studie der Universität Wien (2025)⁴⁹¹ zeigte, dass die gesellschaftliche Spaltung bereits früh quer durch alle Bevölkerungsschichten tiefe Besorgnis hervorrief, unabhängig von der individuellen Einstellung zum Impfen. Viele Befragte berichteten, dass sich ihr Freundes- und Bekanntenkreis während der Pandemie stark veränderte. In „sozialen Blasen“ fanden sich Gleichgesinnte zusammen, Andersdenkende wurden gemieden.⁴⁹²

Zu Beginn der Pandemie war in der öffentlichen Debatte viel von gestärkter Solidarität die Rede. Tatsächlich meinten etwa 75 % der Ö Bevölkerung (um Ostern 2020), dass alle ihr Bestes gäben, um die Krise zu überwinden. Diese Wahrnehmung sank während des Sommers auf ein Drittel bis zur Hälfte des Frühjahreswertes. Der Anteil derjenigen, die keine Anzeichen gesellschaftlicher Solidarität wahrnehmen konnten, stieg von unter 10 % auf 20–30 %.⁴⁹³ Auch die zweite Welle im Nov. 2020 führte zu keinem Wiedererstarken der Solidarität.⁴⁹⁴

Eine im renommierten Fachjournal *Nature Human Behaviour* publizierte Studie⁴⁹⁵ (2022) der Universitäten Bonn, Erfurt und Wien zeigte die psychologischen Mechanismen hinter der Polarisierung zwischen Geimpften und Ungeimpften. Von Dezember 2021–Juli 2022 wurden 3.367 Geimpfte und 2.038 Ungeimpfte in Deutschland und Ö befragt. Ergebnis war, dass der Impfstatus selbst zum Wert und zum Identitätsmerkmal wurde. Je

⁴⁸³ BMGPK, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Ein Informationsangebot von gesundheit.gv.at, 05/2024, <https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:8c172a99-be52-4333-99b6-aadcdf2f434/Uebergewicht%20und%20Adipositas%20bei%20Kindern%20und%20Jugendlichen.pdf>

⁴⁸⁴ AK Steiermark, Mobbing und Gewalt im Schulbereich – Eine Bestandsaufnahme (11/2023), Befragungszeitraum Jän. 2023 bis Mär. 2023, https://stmk.arbeiterkammer.at/service/presse/20231123_Mobbing_Studie.pdf

⁴⁸⁵ Neue Studie: Cyber-Mobbing hat in der Pandemie zugenommen, 7.2.2022, <https://www.saferinternet.at/news-detail/neue-studie-cyber-mobbing-hat-in-der-pandemie-zugenommen>

⁴⁸⁶ Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien, Jahresbericht KJA Wien 2021, <https://kija-wien.at/wp-content/uploads/sites/38/2022/06/KJA-Jahresbericht-2021-WEB.pdf>; Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien: Jahresbericht 2021, 23.6.2022, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20220623_OTS2021/kinder-und-jugendanwaltschaft-wien-jahresbericht-2021

⁴⁸⁷ Kinderschutz in Coronazeiten, Kinder- und Jugendanwaltschaft OÖ ruft zu erhöhter Sensibilität auf, Landeskorrespondenz Nr. 68 vom 7.4.2020, <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/233362.html>

⁴⁸⁸ K. Gangl, B. Juen, E. Kirchler, T. König, S. Kritzinger, C. Korunka, W. Prinz, A. Schmidt, B. Schober, S. Stagl, T. Stamm, M. Wagner (2022), Polarisierung in Ö während der COVID-19-Pandemie: Wie kann Solidarität gestärkt werden?, Future Operations Plattform & Ludwig Boltzmann Gesellschaft, https://futureoperations.at/fileadmin/user_upload/k_future_operations/Polarisierung_in_O_sterreich_Homepage_FUOP.pdf

⁴⁸⁹ Ungleiche Krisen-Folgen: Was wir durch das Austrian Corona Panel Project lernen konnten, 10.10.2022, <https://www.awblog.at/Allgemein/austrian-corona-panel-project>

⁴⁹⁰ IMAS (2021). Die gespaltene Alpenrepublik – Corona als neue Bruchlinie, IMAS-Report zu Wirtschaft & Gesellschaft Nr. 06/2021. https://www.imas.at/assets/reports/2021-06/06_spaltung.pdf

⁴⁹¹ I. M. Radhuber, K. Kieslich, K. T. Paul, G. Saxinger, S. Ferstl, D. Kraus, S. Roberts, N. Varabyeu Kancelová, B. Prainsack, Why inclusive policymaking is needed during crises: COVID-19 and social divisions in Austria Author links open overlay panel (06/2025), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667321525000174>

⁴⁹² Medienportal Universität Wien, 5.3.2025, <https://medienportal.univie.ac.at/media/aktuelle-pressemeldungen/detailansicht/artikel/fazit-aus-der-pandemie-krisenpolitik-muss-alle-miteinschliessen/>

⁴⁹³ B. Kittel (2020), Die Entsolidarisierung der Gesellschaft: Vom ersten in den zweiten Lockdown. Vienna Center for Electoral, Research, Corona-Dynamiken 11, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken11/>

⁴⁹⁴ Universität Wien (2022). COVID-19: Forscher decken Psychologie hinter Impf-Diskussionen auf. Medienportal, 3.11.2022, <https://medienportal.univie.ac.at/media/aktuelle-pressemeldungen/detailansicht/artikel/covid-19-forscherinnen-decken-psychologie-hinter-impf-diskussionen-auf/>

⁴⁹⁵ L. Henkel, P. Sprengholz, L. Korn, C. Betsch, R. Böhm (2022). The association between vaccination status identification and societal polarization. *Nature Human Behaviour*, 7 (2), 231–239, <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01469-6>

mehr sich Personen mit ihrem Impfstatus identifizierten, desto intensiver war die Polarisierung und desto unfreundlicher und diskriminierender wurden sie zur jeweils anderen Gruppe.⁴⁹⁶ Eine Folgestudie mit über 10.000 Befragten aus 10 Ländern zeigte, dass Polarisierung infolge Impfstatus nicht nur gegenwärtige Wahrnehmungen verzerrte, sondern die Erinnerung an die Pandemie selbst. Die bereits 2020 Befragten wurden neuerlich zu ihren Erinnerungen befragt (Ende 2022/Anfang 2023) mit dem Ergebnis: Umso mehr sich Geimpfte bzw. Ungeimpfte mit ihrem Impfstatus identifizierten, waren die Erinnerungen verzerrt. Geimpfte überschätzten ihr damals wahrgenommenes Risiko, was die Vorbereitung auf künftige Krisen erschwerte.⁴⁹⁷

Vertrauen in Demokratie und Institutionen

Die Demokratiezufriedenheit nahm dramatisch ab. Zwischen März 2020 und Jänner 2022 zeigte das Austrian Corona Panel Project (eine umfassende Langzeitstudie der Universität Wien) eine kontinuierliche Verschlechterung. Diese fiel im internationalen Vergleich in Ö besonders stark aus. Der Vertrauensverlust in Institutionen und das demokratische System ist ein zentraler Faktor, der Polarisierungsprozesse verstärkt.⁴⁹⁸ Eine ÖAW-Coronastudie (2023) benannte den Verlust von Institutionenvertrauen als zentrales gesellschaftliches Problem.⁴⁹⁹

Das ACPP⁵⁰⁰ dokumentierte zwischen März 2020 und Juni 2022 in 32 Erhebungswellen die Einstellungen und Stimmungslagen der Ö Bevölkerung während der Pandemie⁵⁰¹ durch wiederholte Befragung einer repräsentativen Personengruppe (ca. 1.500 Personen ab 14 Jahren).⁵⁰² Zu Pandemiebeginn gab es ein Zustimmungshoch,^{503, 504} nahezu alle politischen und gesellschaftlichen Institutionen genossen ein außergewöhnlich hohes Vertrauen. Das Vertrauen in die Ö Bundesregierung erreichte damals Spitzenwerte, nur ca. 4 % der Befragten gaben an, „überhaupt kein Vertrauen“ in die Regierung zu haben.⁵⁰⁵ Das Institutionenvertrauen wurde auf einer Skala von 0 („überhaupt kein Vertrauen“) bis 10 („sehr viel Vertrauen“) gemessen.

Wissenschaft und Gesundheitswesen wiesen zu Beginn der Krise die höchsten Vertrauenswerte auf (über 7), gefolgt von Polizei, Bundesheer und Justiz.⁵⁰⁶

Der Vertrauensrückgang verlief kontinuierlich bis Ende 2022. Nach dem Ende der meisten Corona-Maßnahmen im Juli 2023 verschlechterte sich das gesellschaftliche Stimmungsbild weiter. Die Impfbereitschaft blieb hinter den Erwartungen, ebenso die Nachfrage nach Auffrischungsimpfungen, insb. bei Jüngeren und Gesunden, während ältere und chronisch vorerkrankte Menschen weiterhin Empfehlungen für Booster erhielten.⁵⁰⁷ Der gesellschaftliche Diskurs um Impfpflicht und Schutzmaßnahmen wirkte in einer polarisierten Grundhaltungen nach. Neuere Befragungen zeigten⁵⁰⁸, dass viele Maßnahmen nach wie vor von einer deutlichen Mehrheit als zumindest „zeitweise richtig“ bewertet wurden, etwa die Maskenpflicht (81 % Zustimmung), die „3G“-Regel (66 %) oder Schulschließungen (67 %), während die Impfpflicht am stärksten abgelehnt und als gescheitert wahrgenommen wurde.

Die Spaltung der Gesellschaft bleibt als prägende Erfahrung bestehen, ebenso die Forderung nach transparenter Aufarbeitung der Pandemiepolitik. Insg. ist die politische und soziale Polarisierung, die sich während der Pandemie verfestigte, ein zentrales Thema der öffentlichen, aber auch institutionellen Reflexion geblieben.

Aktuelle Umfragen bestätigten für 2024/25 einen langfristigen Vertrauensverlust, besonders gegenüber der Bundesregierung. Der OGM-APA-Vertrauensindex⁵⁰⁹ markierte im April 2023 mit minus 16,3 % einen historischen Tiefstwert. Eine Abkehr vom Negativtrend ist bisher nicht erkennbar. Das Vertrauen in die Demokratie und ihre Institutionen ist laut Demokratiemonitor und parlamentarischer Evaluierung ebenfalls weiter gesunken. Stabile Unterstützung erfährt das demokratische Prinzip an sich.

Langfristige Folgen und Ausblick

⁴⁹⁶ Kurier (2022), Geimpft gegen ungeimpft: Die Psychologie hinter den Covid-Diskussionen, 2.11.2022, <https://kurier.at/wissen/gesundheit/geimpft-gegen-ungeimpft-die-psychologie-hinter-den-covid-diskussionen/402205020>

⁴⁹⁷ Universität Wien (2023), Coronapandemie: Verzerrte Erinnerungen bei Geimpften und Ungeimpften. Medienportal, 1.11.2023, <https://medienportal.univie.ac.at/media/aktuelle-pressemeldungen/detaillansicht/artikel/coronapandemie-verzerrte-erinnerungen-bei-geimpften-und-ungeimpften/>

⁴⁹⁸ K. Gangl, B. Juene, E. Kirchler, T. König, S. Kritzinger, C. Korunka, W. Prinz, A. Schmidt, B. Schober, S. Stagl, T. Stamm, M. Wagner, Polarisierung in Ö während der COVID-19-Pandemie: Wie kann Solidarität gestärkt werden?, https://futureoperations.at/fileadmin/user_upload/k_future_operations/Polarisierung_in_O_sterreich_Homepage_FUOP.pdf

⁴⁹⁹ Ö Akademie der Wissenschaften (2025), 5 Jahre Corona: Was wir aus der Pandemie gelernt haben, 24.2.2025, <http://www.oewa.ac.at/news/5-jahre-corona-was-wir-aus-der-pandemie-gelernt-haben>

⁵⁰⁰ Austrian Corona Panel Project (2023), Projektbeschreibung, <https://viecer.univie.ac.at/coronapanel/>

⁵⁰¹ WWTF (2022), Panelumfrage Corona-Krise, <https://www.wwtf.at/funding/programmes/ei/EI-COV20-006>

⁵⁰² Rudolphina (2022), Corona-Maßnahmen: Wer jetzt nicht im Boot ist, steigt nicht mehr ein. Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Ö Bevölkerung, <https://rudolphina.univie.ac.at/auswirkungen-der-corona-pandemie-auf-oesterreichs-bevoelkerung>

⁵⁰³ A. L. Brunetti, F. Kalleitner, C. Plescia, Vertrauen in die Ö Bundesregierung und in das Gesundheitssystem während der COVID-19-Pandemie, 12.2.2021, https://viecer.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/z_viecer/Corona-Dynamiken_22_-Vertrauen_in_die_oesterreichische_Bundesregierung_und_in_das_Gesundheitssystem_waehrend_der_COVID-19-Pandemie.pdf; 503 <https://aussda.at/sozialer-survey-oesterreich/>; durchgeführt unter der Leitung von B. Kittel (Institut für Wirtschaftssoziologie), S. Kritzinger (Institut für Staatswissenschaft), H. Boomgaarden (Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft) und B. Prainsack (Institut für Politikwissenschaft)

⁵⁰⁴ A. L. Brunetti, F. Kalleitner, C. Plescia (2021), Vertrauen in die Ö Bundesregierung und in das Gesundheitssystem während der COVID-19-Pandemie. Vienna Center for Electoral Research, Corona-Dynamiken 22, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken22/>

⁵⁰⁵ F. Krejca, J. Parthemüller, S. Kritzinger (2022), Vertrauen in der Corona-Krise: Ein Update. Vienna Center for Electoral Research, Blog 152, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog-152-vertrauen-in-der-corona-krise-ein-update/>

⁵⁰⁶ F. Krejca, J. Parthemüller, S. Kritzinger (2022), Vertrauen in der Corona-Krise: Ein Update, Blog 152

⁵⁰⁷ BMASGPK, Impfplan Ö 2025/2026 Version 1.1 vom 10.10.2025, <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html>

⁵⁰⁸ Corona: Vertrauen in Politik sank, meiste Maßnahmen aber goutiert, 4.2.2025, <https://www.gesundheitswirtschaft.at/corona-vertrauen-in-politik-sank-meiste-massnahmen-aber-goutiert/>

⁵⁰⁹ OGM-APA-Vertrauensindex Bundesregierung 2020–2024, 8.9.2024, <https://www.ogm.at/2024/09/08/ogm-apa-vertrauensindex-bundesregierung-2020-2024/>

Die gesellschaftlichen Differenzierungen, die durchaus als Spaltungen bezeichnet werden können, haben sich im Vergleich zur Situation vor der Pandemie kaum verändert, sondern eher verfestigt.⁵¹⁰ Der Entsolidarisierungstrend beschleunigte sich. Die Future Operations Plattform und die Ludwig Boltzmann Gesellschaft⁵¹¹ führten 2022/23 ein Projekt zur Polarisierung durch, das deren Bedrohung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Demokratie betonte. Als effektive, entpolarisierende Maßnahmen gelten Dialog zur Aufweichung harter Fronten sowie Partizipation und gemeinsame verbindliche Maßnahmenentwicklung. Die zentrale Lehre aus den Interviews der Universität Wien lautete: Krisenpolitik muss alle miteinschließen, damit sie funktioniert.⁵¹² Das bedeutet konkret, dass in künftigen Krisen besonderes Augenmerk auf Kommunikation, Wertschätzung unterschiedlicher Perspektiven und partizipative Entscheidungsprozesse gelegt werden muss, um gesellschaftliche Spaltung zu vermeiden.

Die ÖAW⁵¹³ arbeitete wesentliche Handlungsanleitungen aus, die im Rahmen einer Pandemiebewältigung unerlässlich sind, um die Bürgerinnen und Bürger mitzunehmen. Demnach sind eine transparente, unabhängige Wissenschaft sowie unabhängige Medien, die verschiedene Meinungen zulassen und manche Dinge auch kritisch hinterfragen, essenziell. Seitens der politischen Vertreterinnen und Vertreter sollen Maßnahmen transparent und objektiv nachvollziehbar entwickelt, laufend unabhängig überprüft und – sofern erforderlich – entsprechend angepasst werden. Die Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften sollen gerade in Krisenzeiten interdisziplinär zusammenarbeiten und Maßnahmen, bevor sie gesetzt werden, von allen Seiten beleuchten, d. h. Grenzen der eigenen Disziplin erkennen und offenlegen, was aufgrund mangelnder Sachkunde oder Entscheidungsgrundlagen nicht klar beurteilbar ist. Objektive, faire, sachliche, wertfreie, kritische und unabhängige mediale Berichterstattung wird im Bürgerdialog eingefordert, ohne unnötige Dramatisierung. In Krisenzeiten ist ein respektvoller und wertschätzender Umgang miteinander unerlässlich.

Dazu gehört, einander zuzuhören und sich in die Situation anderer versetzen.

VII. WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN

Folgen für den Bundeshaushalt

Die COVID-19-Pandemie hatte gravierende Auswirkungen auf die Finanzen in Bund, Ländern und Gemeinden. Die Gesamtkosten auf Bundesebene von € 46,6 Mrd. umfassen alle COVID-19-bezogenen Bundesausgaben gemäß der offiziellen Berichterstattung des BM für Finanzen mit Stand 31.5.2025⁵¹⁴.

Die gesundheitspolitische Bewältigung der Pandemie verursachte Ausgaben von insg. € 13,0 Mrd., wovon € 11,3 Mrd. auf die Untergliederung 24 Gesundheit entfielen.⁵¹⁵ Diese umfassen € 5,18 Mrd. für Testungen, wobei Schul- und Betriebstests separat über andere Ministerien/Stellen abgewickelt und finanziert wurden. Für Impfungen wurden € 1,77 Mrd. aufgewandt. Die pro Kopf berechneten Gesamtkosten belaufen sich bei einer Bevölkerung von rund 9 Mio. Menschen auf etwa € 5.180 pro Einwohnerin und Einwohner.^{516 517 518, 519}

Als Folge der Lockdowns und der Unterbrechung der Lieferketten brach 2020 das Wirtschaftswachstum massiv ein. Während Ö in den Jahren 2018 und 2019 noch ein Wirtschaftswachstum von 2,4 % bzw. 1,5 % aufwies, war im Jahr 2020 ein massiver Rückgang von –6,5 % des Bruttoinlandproduktes zu verzeichnen. Von den Lockdowns waren die Wirtschaftsbereiche Tourismus, Verkehr, Handel, Gastronomie und persönliche Dienstleistungen am stärksten betroffen. Erzielte der Bund 2019 im Bundeshaushalt noch ein positives Nettoergebnis, wodurch der Schuldenstand nominell reduziert werden konnte, waren die Ergebnisse der Folgejahre bereits stark von der Krisensituation geprägt. Die durch den Einbruch der Wirtschaftsleistung verursachten niedrigeren Steuereinnahmen wirkten sich negativ auf die Budgets der Länder und Gemeinden aus, die weniger Ertragsanteile erhielten. Diese hohen Belastungen der öffentli-

⁵¹⁰ Austrian Corona Panel Project (ACPP), Panelumfrage zur Corona-Krise, <https://viecer.univie.ac.at/coronapanel/>

⁵¹¹ K. Gangl, B. Juene, E. Kirchler, T. König, S. Kritzinger, C. Korunka, W. Prinz, A. Schmidt, B. Schober, S. Stagl, T. Stamm, M. Wagner, Polarisierung in Ö während der COVID-19-Pandemie: Wie kann Solidarität gestärkt werden?, https://futureoperations.at/fileadmin/user_upload/k_future_operations/Polarisierung_in_O_sterreich_Homepage_FUOP.pdf

⁵¹² Uni Wien, Pressemeldung, 5.3.2025, Fazit aus der Pandemie: Krisenpolitik muss alle miteinschließen, [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667321525000174](https://www.univie.ac.at/en/news/press-room/press-releases/detail/?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=tx_news_pi1%5Bnews%5D=70&cHash=829aed29439e2969754be32980cf6b6; I. M. Radhuber, K. Kieslich, K. T. Paul, G. Saxinger, S. Ferstl, D. Kraus, S. Roberts, N. Varabyeu Kancelová, B. Prainsack, Why inclusive policymaking is needed during crises: COVID-19 and social divisions in Austria Author links open overlay panel (06/2025), <a href=)

⁵¹³ A. Bogner, Ö Akademie der Wissenschaften, Nach Corona – Reflexion für zukünftige Krisen – Ergebnisse aus dem Corona-Aufarbeitungsprozess (2023) S. 56ff, [⁵¹⁴ BMF, COVID-19-Berichterstattung gemäß § 3 Abs. 4 COVID-19-Fondsgesetz – bis Aug. 2025, <https://www.bmf.gv.at/services/startseite-budget/Monatliche-Berichterstattung/covid-19.html>; Parlamentsdirektion, BD/Budgetdienst, Finanzielle Maßnahmen und Stand der Liquidation der COFAG zum 30.6.2026 \(§ 12 COFAG-NoAG\) – Analyse, 12.9.2025, Grundlage für die Analyse ist folgendes Dokument: Bericht des BM für Finanzen gemäß § 12 COFAG-NoAG über die Maßnahmen und den Stand der Liquidation der COFAG sowie die aus der Gewährung von finanziellen Maßnahmen resultierenden Auswirkungen zum Stichtag 30.6.2025 \(28/BA\), <https://www.parlament.gv.at/dokument/budgetdienst/budgetberichte/BD-Finanzielle-Massnahmen-und-Liquidation-der-COFAG-zum-30.-Juni-2025.pdf>](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=&source=web&cd=&ved=2ahUKEwill73z7umQAXX5NxAIhCT6EMIQFnoECCIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bundeskanzleramt.gov.at%2Fdam%2Fjcr%3A0668fa51-0122-4efe-a49e-6270a3a05840%2F82a_1_bezi_NB.pdf&usg=AOvVaw24NjZKbrKMGIZkD7R_EVZ&opi=89978449</p>
</div>
<div data-bbox=)

⁵¹⁵ Bericht gem. § 3 Abs. 5 COVID-19-Fondsg des BMSGPK an den zuständigen Ausschuss des Nationalrats über das Kalenderjahr 2025 (Jän. bis Jun. 2025, inkl. Darstellung der Gesamtkosten von 2020 bis Jun. 2025), III-244 der Beilagen XXVIII. GP – Bericht – Hauptdokument, https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/III/244/fname_1717945.pdf

⁵¹⁶ BM für Finanzen, Öffentliche Schulden Übersicht gemäß § 42 Abs. 3 Z 6 BHG 2013, 05.2025, https://service.bmf.gv.at/Budget/Budgets/2025-2026/beilagen/Oeffentliche_Schulden_2025-2026.pdf; Parlamentsdirektion, BD/Budgetdienst, Finanzschulden und Währungstauschverträge 2024 – Analyse, 18.2.2025, <https://www.parlament.gv.at/dokument/budgetdienst/budgetberichte/BD-Finanzschulden-und-Waehrungstauschvertrage-2024.pdf>; Öffentliche Finanzen 2024 – Ö und die Budgetkonsolidierung Generaldirektor, Univ. Prof. Dr. T. Thomas, Mag. K. Gruber, Wien, 31.3.2025, https://www.statistik.at/fileadmin/pages/230/2025-31-03_PK_Oeffentliche_Finanzen.pdf

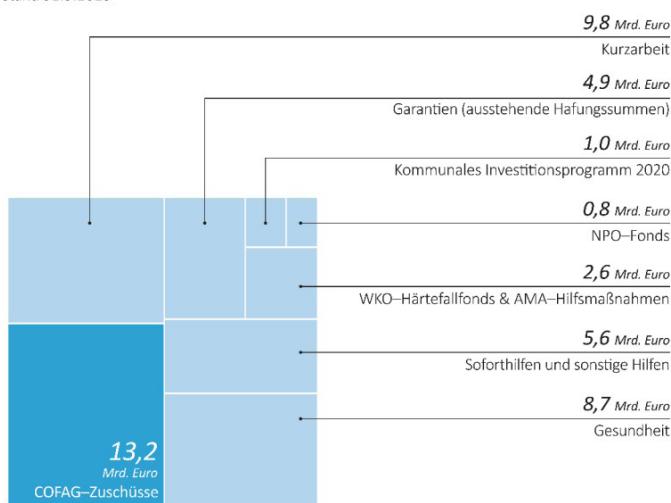
⁵¹⁷ Bruttoinlandsprodukt und Hauptaggregate, <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/volkswirtschaftliche-gesamtrechnungen/bruttoinlandsprodukt-und-hauptaggregat>

⁵¹⁸ S. Ederer, C. Glocker, Weltweiter Konjunkturabschwung erfasst Ö Prognose für 2022 bis 2024, WIFO Monatsberichte 1/2023, S. 19-33, https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-6263/mb_2023_01_02_konjunkturprognose_.pdf

⁵¹⁹ H. Bonin, M. Ertl, I. Fortin, D. Grozea-Helmenstein, J. Hlouskova, H. Hofer, S. P. Koch, R. M. Kunst, M. Reiter, F. Schröter, K. Weyerstraß, Winter-Prognose der Ö Wirtschaft 2024–2026 – Strukturprobleme bremsen wirtschaftliche Erholung, 135. Wirtschaftsprognose Economic Forecast Dez. 2024, Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), https://www.ihs.ac.at/fileadmin/public/2016_Files/Documents/2024/Winterprognose/IHS_Konjunkturprognose_2024_12_Winter.pdf

COVID-19-Hilfsmaßnahmen des Bundes;

Stand 31.5.2025



46,6 Mrd. Euro

Stand: 31.5.2025

Datenquelle: BMF

chen Haushalte verschärften sich durch weitere Krisen, speziell die hohen Energiepreise führten zu einer hohen Inflation.

Folgen für den Landeshaushalt

Die Ausgaben für COVID-19-Maßnahmen belasteten das Landesbudget in den Jahren 2020–2024⁵²⁰ mit insg. € 392,1 Mio. Mehrausgaben fielen in den von der NÖ Landesgesundheitsagentur betriebenen 27 Landeskliniken und 50 Pflege- und Betreuungszentren an (in Summe € 147,4 Mio.). Gründe waren Nachholeffekte in der planbaren Elektivversorgung, die maximale Bereitstellung von zusätzlichen Ressourcen in der Akutversorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten und eine umfangreiche Bevorratung von Schutzausrüstungen und medizinischen Gütern in den Landeskliniken (€ 135,5 Mio.). In den Pflege- und Betreuungszentren war der Mehraufwand auf pandemiebedingt geringere Auslastungszahlen, Aufnahmestopps in Folge vereinzelter Cluster sowie Personalengpassausgleich durch Zukauf von externen Pflegeleistungen zurückzuführen. Für Schwerpunkttheime fielen Mehraufwendungen in Höhe von € 11,8 Mio. an.

Mehraufwendungen entstanden durch zusätzliche Personalkapazitäten in der COVID-19-Bewältigung, Unterstützungsmaßnahmen in der Sozialhilfe und für Familien, in der Kinderbetreuung und in der Bereitstellung von Objekten für die Pandemiebewältigung.⁵²¹

Finanzielle Unterstützungsleistungen

Die positiven Aspekte der finanziellen Unterstützungsleistungen waren bspw.:

- rasche finanzielle Unterstützung in der Krise für ein-kommensschwache Haushalte;
- Kaufkraftstärkung für Familien;
- Erhalt von Arbeitsplätzen;
- Stabilisierung des Wirtschaftsstandorts und Sicherung des Fortbestand von Unternehmen;
- Absicherung von Kultureinrichtungen.

Negative Auswirkungen waren bspw.:

- mangelnde Treffsicherheit;
- Risiko von Überförderungen und Missbrauch;
- fehlende Kriterien zur Prüfung von Fördervoraussetzungen;
- massive Staatsverschuldung;
- unzureichende Einbeziehung von interner Förderexpertise und damit hohe Kosten mangels eigener Personalressourcen.

WIFO, IHS, EcoAustria, Uni Wien und CESAR-Institut führten eine umfassende Studie zu den makroökonomischen Effekten der COVID-19-Hilfsmaßnahmen durch.⁵²² Im Vergleich waren in Ö die COVID-19-Hilfsmaßnahmen die höchsten in Europa mit ca. 10 % des BIP in den Jahren 2020 und 2021. Sie waren damit doppelt so hoch wie in der Schweiz oder Deutschland. Der EU-Schnitt lag bei 5,5 % (siehe Eco Austria Endbericht COVID-19 Maßnahmen, März 2023).

VIII. EMPFEHLUNGEN FÜR ZUKÜNTIGE PANDEMIEN/KRISEN

Zum Pandemie- und Krisenmanagement

1. Ein neues Epidemiegesetz

Die 2019 begonnenen Arbeiten an einem neuen Epidemiegesetz sind aufbauend auf den Erkenntnissen der COVID-19-Pandemie rasch seitens dem BM für Gesundheit zu finalisieren. In diesem Gesetz ist detaillierter zu regeln:

- die Zusammenarbeit der Behörden national und international;
- die Zusammenarbeit zwischen ihnen und anderen relevanten

⁵²⁰ Zu den Rechnungsabschlüssen des Landes NÖ siehe den Link <https://www.noel.gv.at/noe/Budget/Rechnungsabschluss.html>

⁵²¹ Vgl. dazu die NÖ Sozialberichte 2020 bis 2023, https://www.noel.gv.at/noe/Sozialhilfe/NOe_Sozialberichte.html

⁵²² M. Scheiblecker, S. Kaniowski, T. Url (WIFO), M. Ertl, H. Hofer, M. Reiter, K. Weyerstrass (IHS), J. Berger, W. Schwarzbauer, L. Strohner (EcoAustria), P. Pichler (Universität Wien), Makroökonomische Effekte der von der Bundesregierung im Rahmen der COVID-19-Krise gesetzten Maßnahmen (01/2023), https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-9399/s_2023_covid19_makroökonomische_effekte_70590_.pdf

- Einrichtungen des Gesundheitswesens wie auch der AGES oder GÖG;
- die Vorgangsweise bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten oder bei anderen besonderen Gefährdungssituationen.

Bei der Erlassung von Verordnungen des Bundes auf Basis des Epidemiegesetzes ist seitens des BM für Gesundheit den Ländern für die Umsetzung mehr Vorlaufzeit einzuräumen.

Maßnahmen sind laufend zu beobachten und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu prüfen. Wenn sich herausstellt, dass Maßnahmen nicht wirken oder schädlich sind, sind sie sofort zu beenden.

2. Pandemiemanagement und Pandemiepläne auf Bundes- und Landesebene

Aufbauend auf dieser neuen gesetzlichen Grundlage sollten sowohl von Bund als auch Land NÖ die bereits begonnenen Arbeiten zu neuen Pandemieplänen rasch abgeschlossen werden.

In beiden Plänen sollte ein Krisenkommunikationsplan für die jeweiligen Krisenstäbe auch im Zusammenspiel miteinander enthalten sein, um zukünftig die Zusammenarbeit der Gesundheitsbehörden zu verbessern. Der Bund hat in einem ersten Schritt einen Pandemieplan 2023 eingeschränkt auf respiratorische Erkrankungen erarbeitet, Niederösterreich im „Epidemiologischen Handbuch Niederösterreich“ ebenfalls 2023 eine umfassende Anleitung im Umgang mit meldepflichtigen und anderen relevanten Infektionserkrankungen herausgegeben.

Die Schaffung eines verbindlichen Rahmens für einen Krisenmechanismus mit klaren Abläufen und Verantwortlichkeiten sowohl für die notwendigen Maßnahmen als auch für deren Kommunikation nach außen (Aufbau- und Ablauforganisation) ist unerlässlich.

3. Epidemiologische Steuerung und Zusammenarbeit

Die Koordination auf Bundesebene und zwischen Bund und Ländern ist klar festzulegen (Aufbau- und Ablauforganisation).

Für eine optimale Steuerung und ein funktionierendes Krisenmanagement braucht es auch eine valide, aktuelle und umfassende Datenlage als Grundvoraussetzung und daher wiederum eine verbesserte Verknüpfung der Meldesysteme. Hier ist z. B. das Epidemiologische Meldesystem NÖ (M-EPI) rasch zu vervollständigen und mit der Datendrehscheibe des Bundes (EMS 2.0) zu verknüpfen. Dasselbe gilt für die Arbeiten an einem bundesübergreifenden Meldesystem (VELA), an dem seitens des Bundes in Kooperation mit dem Bundesland Steiermark, als Vertreter aller Bundesländer, gearbeitet wird: Hohe Datenschutzsicherheit ist zu gewährleisten.

Es kann nur in einer eng abgestimmten Zusammenarbeit zwischen dem BM für Gesundheit, als Träger der öffentlichen Gesundheit, den Ländern im Bereich der Krankenanstalten und der

Pflege sowie der Sozialversicherungen für den niedergelassenen Bereich die epidemiologische Datenlage verbessert werden, um damit eine bestmögliche Ressourcennutzung im Krisenfall zu erreichen. Erst eine lückenlose und standardisierte Erfassung und Vernetzung aller relevanten medizinischen Daten ermöglicht eine Überwachung und Beurteilung der Auswirkungen und Folgen sowie ein evidenzbasiertes Pandemiemanagement auf aktuellen Grundlagen. Ebenso ermöglicht dies eine zeitnahe Adaptierung ungeeigneter oder nachteiliger Maßnahmen, sofern diese zeitnah ausgewertet werden – eines der größten Probleme während der Pandemie. Eine laufende Evaluierung ist unerlässlich, um nachteilige Folgen zu vermeiden. Evidenzbasierte Entscheidungen bedürfen einer entsprechenden Grundlage, was die Glaubwürdigkeit und damit das Verständnis erhöht.

4. Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

Wenn der Staat seine Aufgaben professionell und handlungsfähig in Krisen erfüllen soll, braucht es ausreichend qualifiziertes Fachpersonal und bessere Rahmenbedingungen für eine Personalentwicklung auf Bundes- und Landesebene. So war in der Pandemie die Unterbesetzung im amtsärztlichen Dienst eine große Herausforderung, die sich bis heute nicht verbessert hat. Es sind daher dringend Maßnahmen für eine Attraktivierung des amtsärztlichen Dienstes in Niederösterreich zu setzen, um hier zeitnah eine Verbesserung zu erzielen.

Einen wichtigen Schritt in Richtung einer Professionalisierung der Abteilung Gesundheitswesen (GS1) wurde mit der Einrichtung eines eigenen Fachgebiets Epidemiologie am 1.7.2023 gesetzt.

5. Beratungsgremien des Bundes vielfältig besetzen / Kommunikation verbessern

Lange bildete die virologische und epidemiologische Expertise die Grundlage für politische Entscheidungen. Zukünftig sind die Entscheidungs- und Beratungsgremien interdisziplinär zu besetzen und um die Expertise der Bildungs- und Sozialwissenschaften zu erweitern. Nur neues Wissen oder neu erfassste Folgen und Risiken helfen, getroffene Entscheidungen zu überdenken und damit Entscheidungsprozesse zu verbessern. Damit ist eine prospektive Folgenabschätzung verbunden, um die Auswirkungen auf Gesundheit, Psyche, Bildung, Wirtschaft und Soziales abschätzen zu können.

Die Freiheit der Wissenschaften ist in diesem Zusammenhang zu betonen, die zu jeder Zeit sichergestellt werden muss – Beratung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und nach bestem Wissen und Gewissen –, ebenso wie Unabhängigkeit und Transparenz. Die wesentlichen Beratungsergebnisse sollten zumindest zusammengefasst veröffentlicht werden, ebenfalls eine Maßnahme, um Vertrauen zu stärken.

6. NÖ Krisen-/Expertenstab Gesundheit

NÖ Krisen-/Expertenstab Gesundheit mit medizinischer Fachleitung: Die Erfahrungen der Pandemie haben gezeigt, dass

es in der Beurteilung der Maßnahmen auf Expertinnen- und Expertenebene zu divergierenden Bewertungen kam, überwiegend die virologische und epidemiologische Sichtweise und oft zu spät die soziale und bildungspolitische Expertise einbezogen wurde. Hier sollte ein breit aufgestellter Expertinnen- und Experten- sowie interdisziplinär besetzter Stab zur Beratung der NÖ LReg eingesetzt werden, der beim Landessanitätsrat NÖ angesiedelt werden könnte, mit einer fachlichen Leitung, die auch die Kommunikation nach außen übernehmen sollte.

7. NÖ Pandemiedatenzentrum

Aufbauend auf den Erfahrungen der AGES könnte zur Harmonisierung der heterogenen Datenlage in NÖ ein Datenzentrum eingerichtet werden, das unter anderem die Daten der Landeskliniken mit jenen aus dem niedergelassenen Bereich verknüpft. Damit kann eine systematische Evaluation der gesundheitlichen Sekundärfolgen der Pandemie erreicht werden.

8. Lockdowns

Härtere Maßnahmen bringen nicht automatisch bessere Ergebnisse, was aus Vergleichen mit Deutschland, Schweden und der Schweiz abgeleitet werden kann. Zukünftig sollten einschneidende Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung nur als ultima ratio entschieden werden, wenn z. B. das Gesundheitssystem vor gravierenden Auswirkungen geschützt werden muss, wie das beim ersten Lockdown der Fall war.

Ultima ratio heißt für uns, so lange wie möglich auf Eigenverantwortung und Freiwilligkeit zu setzen. Besondere Schutzmaßnahmen für Angehörige vulnerable Gruppen sind parallel dazu im unbedingt erforderlichen Ausmaß zu ergreifen. In der Pandemie waren das ältere Menschen (so lag das Durchschnittsalter der Menschen, die an COVID-19 verstarben, bei 82,8 Jahren) und Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Zukünftig sollte daher – bevor allgemeine Ausgangsbeschränkungen verordnet werden – stufenweise vorgegangen werden, wie z. B. zunächst Schließung von Gaststätten, Lokalen und Veranstaltungsstätten, da dies schon zu einer massiven Kontaktreduktion beiträgt. Allgemeine Ausgangsmöglichkeiten, insb. zu Aktivitäten im Freien wie Parkbesuche oder Aufenthalt in der Natur müssen jedenfalls gewährleistet bleiben.

Die Lockdowns waren rein aus der Perspektive der Intensivstationen ein taugliches Instrument zur Entlastung, um die Belagszahlen nach unten zu drücken. Diesbezüglich war nur der erste Lockdown epidemiologisch erfolgreich. Spätere Lockdowns kamen zeitverzögert oder gar nicht und führten zum Verlust gesellschaftlicher Akzeptanz.

9. Masken

Unter dem Aspekt unterschiedlicher fachlicher Expertise empfehlen wir eine umfassende Studie zur tatsächlichen Wirksam-

keit von FFP2-Masken, mit besonderem Fokus auf Kinder und vulnerable Gruppen, zur Reduktion des Infektionsgeschehens. Sollte die Wirksamkeit evidenzbasiert festgestellt werden, so gilt auch hier der Grundsatz Eigenverantwortung vor Zwang, sodass die Menschen die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, ob sie Masken tragen. In Kombination mit Abstandsregeln sind diese immer noch das „gelindeste“ Mittel in der Pandemiebekämpfung – in Hinblick auf die Einschränkung der persönlichen Freiheit. Sollte die Wirksamkeit festgestellt werden, sind sie auch kostengünstig. Abzulehnen ist jedenfalls, dass diese über dem Selbstkostenpreis verkauft werden, wie in der Pandemie zu beobachten war. Auf eine Maskenpflicht soll zukünftig nur als letztes Mittel zurückgegriffen und auf vulnerable Gruppen beschränkt werden.

10. Teststrategie

Angesichts der hohen Anzahl von Massentests, deren begrenzte Wirksamkeit und den damit verbundenen hohen Kosten (€ 5,9 Mrd.), die überwiegend der Bund zu tragen hatte, sollte der Ansatz des risikoorientierten Testens verfolgt werden (bei Symptomen oder Verdachtsfällen). Beim nunmehr etablierten Abwassermanagement, das sich als schnelles und verlässliches Überwachungsinstrument erwiesen hat, sollte ein Ausbau überlegt werden (Surveillance-Programm). Seroprävalenzstudien sind unumgänglich, um das Infektionsgeschehen zu beobachten und zu bewerten.

Zudem sollte der Grundsatz verfolgt werden, dass jene Institution, die für das Pandemiemanagement zuständig ist und dieses auch finanziert, eine aktiveren und zentrale Rolle in der Koordination der Teststrategie übernehmen soll. Damit ist auch ein verbessertes Datenmanagement, ein einheitliches Melde- system und die Vermeidung von Parallelstrukturen verbunden („Wer zahlt, schafft an!“).

11. Impfung/Impfpflicht

Die Debatte um die allgemeine Impfpflicht (als einziges Land in Europa) hat zu einer Polarisierung geführt. Ein klares Signal in Richtung eines Verzichts auf eine allgemeine Impfpflicht kann wesentlich zu einer Versachlichung des Diskussionsprozesses beitragen. Zukünftig muss klar, sachlich und objektiv unter Darlegung aller wissenschaftlichen Erkenntnisse aufgeklärt werden, damit die Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit haben, eine entsprechende Entscheidung in Eigenverantwortung zu treffen.

Der Ö Impfplan, der keine Impflicht vorsieht, sollte die Impfempfehlung klarer und verständlicher formulieren, da diese derzeit wie folgt unklar beschrieben ist:

„Die COVID-19-Auffrischungsimpfung wird allen ab dem 12. Lebensjahr empfohlen, die das Risiko eines möglichen schweren Krankheitsverlaufs reduzieren möchten.“

Für erstmalige Impfungen mit absteigender Priorität:

- „Dringend für Personen mit speziellen Indikationen sowie alle Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr,
- Personal des Gesundheitswesens (wegen des erhöhten Expositionsriskos),
- alle Personen ab dem vollendeten 12. Lebensjahr.“

Aktive Surveillance-Programme zur laufenden und systematischen Erhebung und Beurteilung von nachteiligen Folgen von Maßnahmen sind lückenlos umzusetzen. Dies schafft Grundlagen für eine evidenzbasierte Lagebeurteilung und systematische Grundlagen für die Beurteilung von Nachteilen.

Gesundheitssystem stärken und weiterentwickeln

1. Versorgung stärken und sichern

Nur ein Gesundheitssystem, das sich ständig weiterentwickelt, auf demografische Änderungen reagiert, den ambulanten und niedergelassenen Bereich stärker einbezieht, neue Kooperationen und strukturelle Änderungen angeht, ist besser auf zukünftige Pandemien vorbereitet. Digital vor ambulant vor stationär – ein an sich nicht neuer Grundsatz – muss Richtschnur dieses Veränderungsprozesses sein.

Der Routinebetrieb ist intra- und extramural sicherzustellen, um Behandlungsgengpässe zu vermeiden. Dafür müssen ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen, was entsprechende Ausbildungskapazitäten erfordert. Anzudenken wäre auch, krisenbedingt freiwerdende Kapazitäten in Krisenzeiten zu nutzen.

2. Der NÖ Gesundheitsplan 2040+

Mit dem NÖ Gesundheitsplan⁵²³ wurde in Niederösterreich ein umfangreicher Diskussionsprozess abgeschlossen. Dieser Plan wurde unter Einbeziehung zahlreicher Expertinnen und Experten aus allen Versorgungsbereichen in einem 1,5 Jahre dauernden intensiven Beratungs- und Diskussionsprozess ausgearbeitet, mit einem gesamthaften Blick auf bestehende Strukturen und Vorschlägen für nachhaltige Anpassungen, um die Gesundheitsversorgung in NÖ an die sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Das Ergebnis wurde im Mai 2025 präsentiert und stellte die Weichen für zukünftige Versorgungsangebote im intra- und extramuralen Bereich. Die weitere Umsetzung erfolgt auf zwei Ebenen, nämlich im Rahmen des Regionalen Strukturplans NÖ bis 2030 (RSG NÖ 2030) und als Langfristziel einer Gesundheitsstruktur bis 2040+.

Bemerkenswert ist, dass es trotz der damit verbundenen Veränderungen gelungen ist, über die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen einen über fast alle Parteigrenzen hinausgehenden Gesamtkonsens zu erzielen.

3. Psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen stärken

In der Pandemie haben sich die Mängel in der psychiatrischen Versorgung verschärft. Diese betraf Angehörige vulnerabler Gruppen und insb. Kinder und Jugendliche. In einem ersten Schritt ist auch hier angesichts der unklaren Datenlage eine über die verschiedenen Träger und Versorgungsgrenzen valide Datenbasis für eine Forschung aufzubauen, auf deren Grundlage ein strategisches Qualitätsmanagement und eine Steuerung der zukünftigen Entwicklung möglich ist. Neben der Früherkennung und Prävention psychischer Erkrankungen durch niederschwellige Erreichbarkeit über Kontaktgruppen am Arbeitsplatz, in Schulen durch zusätzliche Etablierung von nicht ärztlichen Berufsgruppen einer Sozialarbeit, Pädagogik und klinischer Psychologie ist ein Ausbau intra- und extramuraler Behandlungspfade sowie ambulanter interprofessioneller Einheiten notwendig, um eine leicht zugängliche Versorgung bei psychischen Erkrankungen für alle Altersgruppen zu gewährleisten.

Die im NÖ Gesundheitsplan bereits vorgesehenen Verbesserungsvorschläge in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie der psychiatrischen Versorgung Erwachsener weisen in die richtige Richtung, sowohl was die ambulante, tagesklinische und stationäre Versorgung betrifft. Hinsichtlich der gerontopsychiatrischen Angebote sowie der Angebote im Rahmen der Akutgeriatrie und Remobilisation sind ebenfalls deutliche Verbesserungen vorgesehen.

Wichtig ist, die Versorgung im niedergelassenen Bereich bedarfsgerecht auszubauen.

4. Alten- und Pflegeheime

In Alten- und Pflegeheimen sind Ausgangsmöglichkeiten und Besuchsmöglichkeiten sicherzustellen, um soziale Vereinsamung und deren nachteilige Folgen zu vermeiden – wenn nötig durch entsprechende Schutz- und Sicherheitskonzepte, die permanent an die Situation anzupassen sind. Sofern dies aufgrund der Lage nicht möglich sein sollte, müssen alternative Kommunikationsformen mit der Außenwelt sichergestellt werden. Diese Schutzkonzepte sollen mobile medizinische Teams zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung beinhalten.

5. Long-COVID:

Angesichts der hohen Zahl von an Long-COVID erkrankten Personen ist neben der Intensivierung der Forschung auf diesem Gebiet das Behandlungsangebot intra- und extramural weiter auszubauen. Das im Jahr 2024 in Betrieb gegangene nationale Referenzzentrum für postvirale Erkrankungen an der MedUni Wien soll die Grundlagen für bedarfsgerechte Versorgungswege und Versorgungspfade erarbeiten, möglichst rasch die

⁵²³ <https://land-noe.at/Gesundheitsplan>

konkrete Bedarfslage erheben und auf Basis der neuesten nationalen und internationalen Erkenntnisse die entsprechenden Vorschläge erstatten.

Da die Zahl der Betroffenen derzeit eine große Schwankungsbreite aufweist (zwischen 26.000 und 80.000), ist eine fundierte Bedarfsanalyse unabdingbare Voraussetzung für spezialisierte Angebote. Da die Forschung in diesem Bereich ständig neue Erkenntnisse bringt, sind die Angebote regelmäßig anzupassen.

Zu den Schulschließungen

1. Dauer und Lerndefizite

Bei den Schulschließungen hat sich erst sehr spät die sozial- und bildungswissenschaftliche Perspektive mit einem gut durchdachten Testkonzept, wo Schulen nicht zu Infektionsherden, sondern zu wichtigen Datenquellen wurden, durchgesetzt.

Die Analyseergebnisse zeigen, dass es hinkünftig äußerst wichtig ist, den Schulbetrieb so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und nur im äußersten Notfall auf Distance Learning umzustellen.

2. Digitalisierung

Die mit dem 8-Punkte-Plan begonnene Initiative zur Verbesserung der technischen Ausstattung sowie der diesbezüglichen Kenntnisse ist jedenfalls fortzusetzen. Auch dem Lehrpersonal sind durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen dort, wo erforderlich, die entsprechenden Kenntnisse zu vermitteln. Dies muss auch unabdingbarer Bestandteil der pädagogischen Ausbildung sein.

3. Sommerschule und zusätzliches Lehrpersonal für schulische Nachhilfe

Das Angebot einer Sommerschule zur Beseitigung von Lerndefiziten war ein taugliches Instrument, um die nachteiligen Folgen ausgleichen zu können. Dies gilt auch für die Mittel, die seitens des Bundes für zusätzliches Lehrpersonal zum Zweck von Nachhilfestunden bereitgestellt wurden, die bedauerlicherweise aber nicht vollständig abgerufen werden konnten. Das während der Pandemie entwickelte Angebot der Sommerschule sollte in den Regelbetrieb übernommen und so organisiert werden, dass dieses auch von möglichst vielen Schülerinnen und Schülern in Anspruch genommen werden kann.

4. Standardisierte Leistungstests bzw. Lernstandserhebungen

Begleitende Lernstandserhebungen sind künftig umzusetzen, um gezielt die Entwicklungen zu beobachten, entsprechende Angebote zu entwickeln und umzusetzen. Besondere zielgruppenorientierte Förderunterstützungen sind notwendig, um Defizite zu beseitigen.

Wirtschaftliche/finanzielle Folgen

Angesichts der immer noch nicht zur Gänze abgerechneten Kosten (€ 46,6 Mrd. Bundesausgaben, € 392,1 Mio. Land NÖ) sind zukünftig folgende Grundsätze bei den zu setzenden Maßnahmen zu verfolgen:

- Kosten-Nutzen-Analysen für alle Maßnahmen sollten im Rahmen einer Gesamtbeurteilung zwingend durchgeführt werden;
- Hilfsmaßnahmen müssen zukünftig treffsicherer gestaltet werden und am Bedarf orientiert sein, um Mehrfach- und Überförderung zu vermeiden; sollte sich erweisen, dass Maßnahmen nicht ihre Ziele erreichen, muss eine frühzeitige Erkennung sichergestellt und rasch reagiert werden;
- präzise Förderkriterien sollten definiert werden;
- Unterstützungsleistungen sind mit bestehenden Förderstrukturen abzustimmen und ein Datenaustausch soll ermöglicht werden;
- Kontrollkonzepte zur Vermeidung von Missbrauch sind notwendig.

Gesellschaftliche Versöhnung, Kommunikation und Medien

1. Kommunikation – Dialog und Miteinander

Aufgrund der Analyse erscheint es uns künftig besonders wichtig, dass im Rahmen einer Krisenkommunikation offen, transparent und nachvollziehbar die Risikolage und die Entscheidungsgrundlagen kommuniziert werden.

Empfehlungen für zukünftige Krisen zum Erhalt und Aufbau von Vertrauen sind folgende:

- Dialog kann schon in den akuten Phasen einer Krise Polarisierung vorbeugen;
- eine direkte Interaktion führt tendenziell zu einer Versachlichung der Diskussion;
- die Politik soll Maßnahmen transparent entwickeln, laufend unabhängig prüfen lassen und gegebenenfalls ändern;
- in Krisenzeiten muss die Wissenschaft die Grenzen ihrer Disziplin kennen und offenlegen, was (noch) nicht bekannt ist;
- in Krisenzeiten soll zugehört und offen und respektvoll miteinander geredet werden, andere Meinungen müssen zugelassen werden; hilfreich ist auch, sich in die Situation von anderen hineinzuversetzen;
- Übertreibungen in jede Richtung sind zu vermeiden, da sie unnötige Sorgen verursachen.

Dies gilt auch für die Beratungsgremien und deren Mitglieder.

In diesen Gremien ist die Lage umfassend zu analysieren, im interdisziplinären wissenschaftlichen Diskurs die Vor- und Nachteile bestimmter ins Auge gefasster Maßnahmen abzuwägen und erst dann den politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern vorzuschlagen. Es erscheint sinnvoll, eine Krisenkommunikatorin oder einen Krisenkommunikator zu bestellen, die oder der die Krisenkommunikation übernimmt. Dies vermeidet unterschiedliche Aussagen und Widersprüche. Nur so wird Vertrauen erhalten bzw. hergestellt, was die Bereitschaft der Bevölkerung erhöht, Maßnahmen mitzutragen.

Auch eine unklare und nicht vollständig aufklärbare bzw. begründbare Entscheidungslage ist transparent zu kommunizieren, dazu gehören auch nicht gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse, sofern sie bereits Eingang in den wissenschaftlichen Diskurs gefunden haben. Eine laufende Auswertung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist unabdingbar. Gerade in Zeiten geänderter Kommunikationswege und Möglichkeiten ist dies eine vertrauensbildende Maßnahme. Andernfalls läuft man Gefahr, dass sich Informationen anderweitig schnell verbreiten, wie in Social-Media-Kanälen usgl.

Es braucht eine Fehlerkultur, sowohl in Krisenzeiten als auch in der Beurteilung danach. Fehler sind klar zu benennen und die richtigen Schlüsse zu ziehen, wie es NÖ mit dem NÖ COVID-Hilfsfonds und mit diesem Evaluierungsbericht gemacht hat.

2. Medien

Transparenz, objektive und sachliche Berichterstattung und Diskussionsrunden, in denen sowohl Befürworterinnen und Befürworter sowie Kritikerinnen und Kritiker ihre Meinungen austauschen können, stärken das Vertrauen in eine objektive und unabhängige Berichterstattung. Kontraproduktiv sind übertriebene Negativschlagzeilen, die Sorgen und Ängste schüren. Dieser Verantwortung müssen sich auch die Medien bewusst sein.

Die Zukunft vorbereiten

Ö hat die Chance, aus den Erfahrungen der Pandemie zu lernen und sich auf künftige Krisen vorzubereiten. Das neue Epidemiegesetz, moderne Pandemiepläne, funktionierende IT-Systeme, interdisziplinäre Expertinnen- und Expertengremien, evidenzbasierte Entscheidungen und eine transparente, ehrliche Kommunikation sind die Grundpfeiler einer erfolgreichen Krisenbewältigung.

Aber die wichtigste Lehre ist: Krisenpolitik muss alle miteinschließen, damit sie funktioniert. Nur wenn wir die Menschen als mündige Partner einbeziehen, ihre Autonomie respektieren und den gesellschaftlichen Zusammenhalt wahren, können wir künftige Krisen erfolgreich bewältigen – ohne die Fehler der Vergangenheit zu wiederholen.

Ö ist gut beraten, diese Lehren ernst zu nehmen und konsequent umzusetzen. Die nächste Krise kommt bestimmt. Wir müssen besser vorbereitet sein – fachlich, organisatorisch und vor allem menschlich.

In der Analyse zeigten sich neben den nicht intendierten Nachteilen auch die bereits angeführten positiven Aspekte. Ergänzend können noch angeführt werden:

- die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung;
- die Erhaltung der Funktionsfähigkeit der staatlichen Einrichtungen;
- die rasche Umsetzung einzelner Maßnahmen, vor allem in der Anfangsphase der Pandemie;
- die Stabilisierung der Wirtschaft und des Arbeitsmarktes;
- die Erhaltung der Kultureinrichtungen, der Sportvereine und sonstiger Vereine;
- die Steigerung der Akzeptanz von Home-Office;
- eine schnellere Ausbreitung der IT-Infrastruktur sowie der Digitalisierung insgesamt.

ANHANG 1 - GLOSSAR

Aerosole

Gemisch aus festen und/oder flüssigen Stoffen und Gasen, wie beispielsweise Luft. Aerosole schweben längere Zeit in der Luft und werden unter anderem mit dem Atem ausgestoßen.

Hauptübertragungsweg des Coronavirus.

Aggravationsrisiko

Das Risiko der Verschlimmerung einer Erkrankung oder eines Krankheitssymptoms.

AHA-Regeln

AHA = Abstand halten, Hygiene beachten und Alltagsmaske tragen.

Antigene

Antigene sind Eiweiße, die sich auf der Oberfläche von Viren wie beispielsweise dem Coronavirus befinden und von unserem Immunsystem als Fremdkörper erkannt werden. Zur Abwehr der Antigene bildet unser Immunsystem Antikörper. Antigene des SARS-CoV-2-Virus können mithilfe eines Antigen-Schnelltest nachgewiesen werden.

Antigen-Schnelltest

Antigen-Schnelltests auf das Coronavirus SARS-CoV-2, auch Schnelltests genannt, werden von geschultem Personal vor Ort durchgeführt und ausgewertet. Davon zu unterscheiden sind Antigen-Selbsttests, die für Privatpersonen zur Eigenanwendung oder auch zur Anwendung beispielsweise bei den eigenen Kindern zertifiziert sind. Antigen-Schnelltests funktionieren nach einem ähnlichen Prinzip wie Schwangerschaftstests. Die Schnelltests auf SARS-CoV-2 weisen bei einer Infektion bestimmte Eiweiße des Coronavirus SARS-CoV-2 in den Schleimhäuten der Atemwege nach. Der Antigen-Schnelltest ist weniger empfindlich (sensitiv) als ein PCR-Test.

Das bedeutet, dass eine größere Virusmenge notwendig ist, damit ein positives Ergebnis angezeigt wird. Wenn beispielsweise kurz nach einer Ansteckung erst wenige Viren vorhanden sind, kann der Antigen-Schnelltest noch negativ ausfallen, obwohl die getestete Person infiziert ist. Außerdem ist ein Antigen-Schnelltest nicht so genau (spezifisch) wie ein PCR-Test. Das heißt, es kann ein positives Ergebnis angezeigt werden, obwohl die Person gar nicht infiziert ist (siehe Falsch-positiv).

Antikörper

Körpereigene Abwehrstoffe, die selbstständig vom Immunsystem gegen den Krankheitserreger gebildet werden. Antikörper des Coronavirus, die im Blut nachgewiesen werden, können anzeigen, ob die Person bereits an Corona erkrankt war. Unklar ist bisher jedoch, ob die Person dann dauerhaft immun gegen das Virus ist.

Asymptomatisch

Untypische oder fehlende Krankheitssymptome.

Die asymptomatische Person kann trotzdem ansteckend sein, der Erreger kann im Körper nachgewiesen werden.

Ausscheider

Person ohne Krankheitsanzeichen – evtl. auch asymptomatisch –, die aber das Virus ausscheidet und ihre Mitmenschen infizieren kann.

Booster-Impfung

Um den Impfschutz auf Dauer aufrechtzuerhalten, ist bei den meisten Impfungen nach einiger Zeit eine Auffrischung, eine sogenannte Booster-Impfung, nötig. Das ist auch bei den Corona-Vakzinen der Fall. Im Gegensatz zur Grundimmunisierung muss dabei nur eine Dosis verabreicht werden. Dieses Vorgehen ist nicht neu und bei anderen Impfungen, etwa gegen Tetanus und Diphtherie, seit langem etabliert.

Case Fatality Rate (CFR)

Als Fallsterblichkeit bezeichnet man eine Kennzahl zur Einordnung der Schwere bzw. Sterblichkeit einer Erkrankung. Die Fallsterblichkeit ist der Anteil der diagnostizierten Fälle mit tödlichem Ausgang an der Gesamtzahl der diagnostizierten Fälle in Prozent.

Berechnungsformel:

Fallsterblichkeit = Anzahl diagnostizierter Fälle mit tödlichem Verlauf dividiert durch die Gesamtzahl diagnostizierter Fälle.

Corona

In der medizinischen Alltagssprache wird „Corona“ auch als Kurzbegriff für das Coronavirus SARS-CoV-2 und/oder die von diesem Virus verursachte Erkrankung COVID-19 verwendet.

Coronaviren

Viren, die zu Atemwegserkrankungen beim Menschen führen können. Das Coronavirus SARS-CoV-2 kann die Krankheit COVID-19 verursachen.

COVID-19

Bezeichnung der Erkrankung, die durch das SARS-CoV-2 verursacht wird. COVID-19 ist die Kurzform für „Corona Virus Disease 2019“.

Epidemie

Auftreten von Erkrankungen mit gleicher Ursache, räumlich und zeitlich begrenzt. Begrifflichkeit wird meistens bei Infektionskrankheiten genutzt.

Epidemiologie

Lehre von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und der Bedeutung für die Bevölkerung von Epidemien, Massenerkrankungen und Schäden für die Zivilisation.

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 anzeigenpflichtige Krankheiten eingemeldet werden.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

Das ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten), 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.

Evidenz

Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis. Bedeutung in der Medizin: der Nutzen einer Maßnahme wurde durch wissenschaftliche Studien bewiesen.

Exponentielles Wachstum

Auch unbegrenztes oder freies Wachstum genannt. Beschreibt ein mathematisches Modell für einen Wachstumsprozess, bei dem sich die Bestandsgröße in jeweils gleichen Zeitschritten immer um denselben Faktor vervielfacht.

Mit diesem Modell lässt sich berechnen, wie hoch die Zahl der Infektionsfälle im Lauf der Zeit steigen wird.

Fallzahl

Anzahl der erkrankten oder angesteckten Personen einer Bevölkerungsgruppe. Anzahl der Personen, die wegen einer Infektion oder Krankheit medizinisch versorgt werden müssen.

Falsch-negativ

Testergebnis, das negativ ausfällt, obwohl die getestete Person den Erreger in sich trägt.

Falsch-positiv

Testergebnis, das positiv ausfällt, obwohl die getestete Person den Erreger nicht in sich trägt.

FFP-Masken

Abkürzung für die englische Bezeichnung „filtering face piece“; also eine filtrierende Halbmaske.

Die Masken sollen vor dem Einatmen von Aerosolen und Tröpfchen schützen.

FFP-Masken ohne Atemventil filtern die Luft, die ein- und ausgetatmet wird, und bieten somit Eigen- sowie auch Fremdschutz.

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).

Genbasierte Impfstoffe

Es handelt sich dabei um eine völlig neue Klasse von Impfstoffen. Statt eines fertigen Antigens oder abgetöteten Virus bringen genbasierte Impfstoffe den genetischen Bauplan für ein Antigen in den Körper ein. Die Körperzellen selbst bauen anhand dieser Anleitung das fremde Antigen zusammen, das dann in den Körper abgegeben werden soll und dort eine Immunantwort in Gang setzen soll. DANN- und RNA-Impfstoffe zählen zu den genbasierten Impfstoffen.

Herdenimmunität

Ist eine bestimmte Anzahl an Menschen einer Bevölkerungsgruppe gegen den Erreger immun, verbreitet sich der Erreger innerhalb dieser Gruppe nicht weiter und eine Herdenimmunität innerhalb dieser Gruppe (Herde) ist gegeben.

Hospitalisierungsrate

Die Hospitalisierungsrate (auch als Hospitalisierungsinzidenz bezeichnet) ist die Zahl der Krankenauseinweisungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem bestimmten Zeitraum.

Hotspot

Gebiet, in dem sich vermehrt Menschen mit dem Coronavirus angesteckt haben im Vergleich zu anderen Gebieten.

Impfung

Vorbeugende Immunisierung gegen das Coronavirus per Injektion mit entweder abgeschwächten oder abgetöteten Erregern, wie beispielsweise mRNA- oder Vektorimpfstoffen.

Impfpflicht

Eine Impfpflicht liegt vor, wenn eine Schutzimpfung für Menschen oder Tiere gesetzlich vorgeschrieben ist. Ungeimpfte Personen werden mit einer Strafe belegt. Hiervon zu unterscheiden ist der Impfzwang.

Impfreaktion (Immunantwort)

Reaktion des Immunsystems auf die Impfung.

Der Körper wird durch die Impfung zu einer Abwehrreaktion angeregt, um Antikörper bilden zu können, was zu einer Reak-

tion des Immunsystems führen kann, wie zum Beispiel Fieber, Schüttelfrost, Rötung oder Schwellung der Einstichstelle.

Impfnebenwirkung

Eine Nebenwirkung nach einer Impfung, die meldepflichtig ist und der Behörde per Gesetz gemeldet werden muss. Eine Nebenwirkung kann leicht, schwer oder sogar tödlich sein oder zu bleibender Invalidität und Arbeitsunfähigkeit führen.

Infektion

Eindringen des Erregers in den menschlichen Organismus (und die Vermehrung des Erregers dort). Eine Infektion führt nicht immer zum Ausbruch der Krankheit.

Infection Fatality Rate (IFR)

Die Infektionssterblichkeit gibt an, wie viele der tatsächlich mit SARS-CoV-2 infizierten Personen versterben. Da die tatsächliche Anzahl infizierter Personen unbekannt ist (Dunkelziffer) und nur geschätzt werden kann (z. B. mit Hilfe repräsentativer Antikörperstudien), lagen zur Infektionssterblichkeit bislang wenig verlässliche Daten vor.

Inzidenz

Häufigkeit von neuen Ansteckungen durch das Coronavirus in einem bestimmten Zeitraum für ein bestimmtes Gebiet auf eine bestimmte Einwohnerinnen- und Einwohnerzahl.

Beispiel: 7-Tage-Inzidenz = Neuinfektionen innerhalb von 7 Tagen bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Je höher die Inzidenz, umso höher die Gefahr einer Ansteckung.

Lebendimpfstoff

Lebendimpfstoffe enthalten geringe Mengen vermehrungsfähiger Krankheitserreger, die jedoch so abgeschwächt wurden, dass sie die Erkrankung selbst nicht auslösen. Nur in seltenen Fällen können sie zu einer leichten „Impfkrankheit“ führen, wie bei den sogenannten Impfmasern. Dies ist ein leichter, masernähnlicher Ausschlag, der einige Wochen nach der Impfung auftreten kann und nicht ansteckend ist.

Letalität

Anzahl der Verstorbenen aller Erkrankten durch einen Erreger. Hier: Anteil der Verstorbenen durch das COVID-19-Virus.

Lockdown

Englisch für „Absperrung“. Schließungen öffentlicher Einrichtungen und Einschränkungen des öffentlichen Lebens, um die Pandemie einzudämmen.

Long-COVID

Von Long-COVID wird gesprochen, wenn Symptome, die im Rahmen der bestätigten Infektion aufgetreten sind, länger als vier Wochen nach Krankheitsbeginn bestehen. Die Beschwerden können dabei körperlicher und/oder psychischer Natur sein. Häufig wird von Betroffenen Fatigue berichtet, außerdem gehören Kurzatmigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Schlafstörungen sowie Muskelschwäche und Muskelschmerzen

zu den geschilderten Symptomen.

mRNA

Abkürzung für Messenger-Ribo Nucleic Acid.

mRNA ist in jeder Zelle des Körpers vorhanden und überträgt genetische Informationen aus dem Zellkern an den Zellort, wo Proteine gebildet werden (siehe Antigene).

mRNA-Impfstoff

Beim mRNA-Impfstoff werden keine Erreger oder Bestandteile dessen (Antigene) benötigt. Bei dieser Art der Impfung wird die reine Information für die Herstellung von Antigenen an die Zelle weitergegeben, die diese dann bildet.

NIG

Das Nationale Impfgremium ist eine Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz, besteht aus mindestens acht ständigen Mitgliedern und wird von der Gesundheitsministerin oder vom Gesundheitsminister für die Funktionsperiode (drei Jahre) bestellt. Die Haupttätigkeit des Nationalen Impfgremiums umfasst die Erstellung und laufende Weiterentwicklung der Impfempfehlungen für Österreich auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Standes. Dabei erfolgt die Überarbeitung des Impfplans für Österreich.

Pandemie

Auftreten von Erkrankungen mit gleicher Ursache, räumlich unbegrenzt. COVID-19 wurde am 11.3.2020 von der WHO (World Health Organization) zur Pandemie erklärt.

PCR-Test

Beim PCR-Test handelt es sich um ein Standardverfahren in der Diagnostik von Viren. Der Test beruht auf der sogenannten Polymerase-Kettenreaktion (polymerase chain reaction, PCR). Dabei wird Erbmaterial des Virus vervielfältigt. Dadurch gelingt es, Viren nachzuweisen, auch wenn erst wenige Erreger vorhanden sind. Der PCR-Test hat eine hohe Sensitivität, er weist das Virus mit einer hohen Treffsicherheit nach. Zudem wird gezielt nur das Erbmaterial des Coronavirus SARS-CoV-2 vervielfältigt. Der Test hat damit eine hohe Spezifität, weist also genau das gewünschte Virus nach.

Mittels PCR-Test (auch Labortest genannt) kann in einer Probe aus den Schleimhäuten der Atemwege zuverlässig nachgewiesen werden, ob Erreger vorhanden sind.

Peer-Review

Englisch für Begutachtung durch Gleichrangige (Peers). Besonderes Verfahren zur Überprüfung einer wissenschaftlichen Arbeit durch unabhängige Gutachterinnen und Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet, bevor die wissenschaftlichen Ergebnisse veröffentlicht werden.

Post-COVID

Laut Scholkmann und May (2023) wird das Post-COVID-19 Vaccination Syndrome (PCVS) als Oberbegriff für Nebenwir-

kungen nach COVID-19-Impfungen definiert, die analog zu Long-COVID auftreten können. Die Autorinnen und Autoren unterteilen PCVS in zwei Kategorien: das Acute COVID-19 Vaccination Syndrome (ACVS) für unmittelbare akute Symptome nach der Impfung und das Post-Acute COVID-19 Vaccination Syndrome (PACVS) für chronische Beschwerden, die über Wochen oder Monate bestehen bleiben. PACVS ist charakterisiert durch Symptome wie Fatigue mit Post-exertional Malaise, kognitive Störungen (Brain Fog), Neuropathie, kardiovaskuläre Beschwerden, Sehstörungen sowie Gelenk- und Muskelschmerzen. Es bestehen signifikante Überschneidungen zwischen PACVS und Long COVID (PACS), wobei pathophysiologische Gemeinsamkeiten wie persistierende Spike-Proteine, Autoantikörper und vaskuläre Störungen diskutiert werden.

Positivrate

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

Post-Vac-Syndrom

Als Post-COVID-Syndrom, kurz PCS, bezeichnet man die Langzeitschäden bzw. Spätfolgen der Infektionskrankheit COVID-19. Im engeren Sinn umfasst der Begriff alle Symptome, die 12 Wochen nach Erkrankungsbeginn persistieren oder neu auftreten und nicht durch andere Ursachen erklärbar sind. ICD10-Codes U09.9!: Post-COVID-Zustand, G93.3: Postvirales Müdigkeits-Syndrom

Präsymptomatik

Zustand vor dem Auftreten von Symptomen einer Infektion. Man kann ein Virus verbreiten, noch bevor man selbst Symptome aufweist.

Priorisierung

Priorisierung bedeutet Bevorzugung. Hier: Impfpriorisierung. Wegen begrenzter Impfstoffverfügbarkeit werden bestimmte (vulnerable oder systemrelevante) Personengruppen bevorzugt geimpft: entweder um diese Personen wegen ihrer Vulnerabilität zu schützen oder weil sie beruflich engen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben.

PSA (persönliche Schutzausrüstung)

Ausrüstung, die eine Person trägt, um sich vor Risiken zu schützen, wie Schutanzug, verschiedene Typen von Masken, Kopfbedeckung, Schutzhandschuhe.

R (Reproduktionszahl)

Reproduktion bedeutet Vervielfältigung. Die Reproduktionszahl beschreibt, wie viele Menschen durch eine erkrankte Person im Durchschnitt angesteckt werden.

Risikogebiet

Region (Gebiet) mit besonders hohem Infektionsaufkommen.

Risikogruppe

Personengruppen mit erhöhtem Risiko für schwere Erkrankungsverläufe.

SARS-CoV-2

SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus – Typ 2) ist der Erreger der Infektionskrankheit COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). Es handelt sich um ein einzelsträngiges RNA-Virus und gehört zur Familie der Betacoronaviren.

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.

Social Distancing

Englisch für „soziale Distanzierung“: kein oder reduzierter (körperlicher) Kontakt zu anderen Menschen zur Eindämmung einer ansteckenden Krankheit, beispielsweise durch Verhaltensregeln wie 1,5 m Abstand zu anderen Personen zu halten oder Menschenansammlungen zu vermeiden.

Surveillance

Unter Surveillance („Überwachung oder Beobachtung“) versteht man die kontinuierliche systematische Beobachtung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung von Gesundheits- bzw. Infektionsdaten. Diese Daten können für die Planung, Einführung und Evaluation von medizinischen Maßnahmen notwendig sein.

Totimpfstoff

Totimpfstoffe oder inaktivierte Impfstoffe enthalten entsprechend ihrer Bezeichnung nur abgetötete Krankheitserreger, die sich nicht mehr vermehren können, oder auch nur Bestandteile der Erreger. Diese werden vom Körper als fremd erkannt und regen das körpereigene Abwehrsystem zur Antikörperbildung an, ohne dass die jeweilige Krankheit ausbricht.

Tröpfcheninfektion

Bei einer Tröpfcheninfektion gelangen Erreger, die sich im Rachenraum oder den Atemwegen angesiedelt haben, durch Husten, Niesen oder Sprechen als Tröpfchen nach außen und können anschließend von einer anderen Person beispielsweise eingeatmet werden. Ansteckungen durch Tröpfchen passieren innerhalb einer Entfernung von etwa einem bis zwei Metern.

Vakzin

Fachbegriff für Impfstoff.

Vektorimpfstoff

Vektorimpfstoffe bestehen aus harmlosen Viren (Vektoren),

die im menschlichen Körper nicht oder nur sehr begrenzt vermehrungsfähig sind. Damit das menschliche Immunsystem die Abwehr gegen den Krankheitserreger aufbauen kann, muss es mit Antigenen des Krankheitserregers in Kontakt kommen. Diese Information wird dann in der Körperzelle abgelesen, das Antigen des Krankheitserregers hergestellt und dem Immunsystem präsentiert. Somit wird die beim Impfen erwünschte Immunantwort ausgelöst.

Virus

Viren sind infektiöse organische Strukturen, die in die Zellen des Wirtes eindringen und diese zur Vermehrung nutzen.

Viruslast

Als Viruslast bezeichnet man die Anzahl an Viren in einer bestimmten Menge Patientinnen- oder Patientenblut.

Vulnerabilität

Bedeutet Verletzbarkeit, Verwundbarkeit. Bezeichnet die Anfälligkeit, an einer Infektion zu erkranken, und den Grad des Risikos für einen schweren Verlauf, beispielsweise aufgrund fortgeschrittenen Alters oder bestimmter Vorerkrankungen, die das Immunsystem schwächen.

ANHANG 2 – ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AB	Ausschussbericht oder Anfragebeantwortung
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, JGS Nr. 946/1811
ABl. bzw. Abl.	Amtsblatt der Europäischen Union
Abs.	Absatz
ACCP	Austrian Corona Panel Project
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices (USA)
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, ABl. C 2008/115, 47
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHG	Amtshaftungsgesetz, BGBl 20/1949
AK	Arbeiterkammer
ÄK	Ärztekammer
AMG	Arzneimittelgesetz, BGBl 185/1983
Anh.	Anhang
Anm.	Anmerkung
AÖF	Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser
APA	Austria Presse Agentur
APA-OTS	Austria Presse Agentur Originaltext-Service
ApoG	Apothekengesetz, RGBl 5/1907
Art.	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz 1998, BGBl 169/1998
ASPER	Association of Schools of Public Health in the European Region
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl 189/1955
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991, BGBl 51/1991 (WV)
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BEK	Bioethikkommission, Verordnung des Bundeskanzlers über die Einsetzung einer Bioethikkommission, BGBl II 226/2001
betr.	betreffend

BG	Bundesgesetz
BGBL	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BM	Bundesminister(-ium)
BMASGK	Bundesminister(-ium) für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMASGPK	Bundesminister(-ium) für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMDW	Bundesminister(-ium) für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMF	Bundesminister(-ium) für Finanzen
BMJ	Bundesminister(-ium) für Justiz
BMSGPK	Bundesminister(-ium) für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
BReg	Bundesregierung
bspw.	beispielsweise
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBL 559/1978
BTG	Betriebliches Testungs-Gesetz, BGBL 53/2021
BVB	Bezirksverwaltungsbehörde(n)
B-VG	Bundesverfassungsgesetz, BGBL 1/1930 (WV)
BVG ÄmterLReg	Bundesverfassungsgesetz betreffend Grundsätze für die Einrichtung und Geschäftsführung der Ämter der LReg außer Wien (Ämter-der-LReg-Bundesverfassungsgesetz – BVG ÄmterLReg), BGBL 289/1925
bzw.	beziehungsweise
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CFR	Case Fatality Rate („Fallsterblichkeit“)
COVID-19	coronavirus disease 2019 (Coronavirus-Krankheit 2019)
COVID-19-FondsG	Bundesgesetz über die Errichtung des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds, BGBL 12/2020
COVID-19-G	COVID-19-Gesetz, BGBL 12/2020
COVID-19-IG	COVID-19-Impfpflichtgesetz, BGBL 4/2022
COVID-19-LV	COVID-19-Lockerungsverordnung, BGBL II 197/2020
COVID-19-MG	COVID-19-Maßnahmengesetz, BGBL 12/2020

COVID-19-NotMV	COVID-19-Notmaßnahmenverordnung (verschiedene Fassungen)
COVID-19-ÖV	COVID-19-Öffnungsverordnung (verschiedene Fassungen)
COVID19 SchuMaV	COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung (verschiedene Fassungen)
CSH bzw. csh	Complexity Science Hub Vienna, https://csh.ac.at/about-us/
CT-Wert	Cycle threshold („Schwellenzyklus“)
ders.	derselbe
DEXHELPP	Verein DEXHELPP zur Forschungsförderung im Gesundheitssystem
d. h.	das heißt
dies.	dieselbe(n)
DIW	DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
dpa	Deutsche Presse-Agentur GmbH
DSG	Datenschutzgesetz, BGBl 165/1999
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung, ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1-88
dt.	deutsches
dwh	dwh GmbH
dzt.	derzeit
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EcoAustria	EcoAustria Institut für Wirtschaftsforschung
EG	Europäische Gemeinschaft(en)
EGPA	European Group for Public Administration
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention, BGBl 1958/210
EMS	Epidemiologischen Meldesystem
EN	Europäische Norm einer europäischen Normungsorganisation
EpiG	Epidemiegesetz 1950, BGBl 285/1950
Erläut.	Erläuterung(en)

ErläutRV	Erläuterungen zur Regierungsvorlage
et. al.	und andere
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUV	Vertrag über die Europäische Union, ABl C 1992/191
e.V.	Eingetragener Verein
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
F1	Abteilung Finanzen des Amtes der NÖ LReg
f, ff	und der (die) folgende(n)
FAQ	Frequently Asked Questions (häufig gestellte Fragen)
FH	Fachhochschule(n)
FN	Fußnote
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
FSVG	Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz, BGBl 624/1978
G	Gesetz bzw. Gericht
GD-VO	Gesundheitsdokumentationsverordnung, BGBl II 25/2017
GEKO	Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination
gem.	gemäß
GfV	Gesellschaft für Virologie Deutschland
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GO	Geschäftsordnung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Gesetzgebungsperiode
GRC	Charta der Grundrechte der EU, ABl. C 202 vom 7.6.2016, S. 389-405
grds.	grundsätzlich
GS3	Abteilung Gesundheitsstrategie des Amtes der NÖ LReg

GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz, BGBl 560/1978
GZ	Geschäftszahl
hA	herrschende Ansicht
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz, BGBl 11/2004
Hg.	Herausgeber
hL.	herrschende Lehre
hM.	herrschende Meinung
HPV	Humane Papillomviren
Hrsg.	Herausgeber
hrsg.	herausgegeben
IA	Initiativantrag
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICU	Intensivstation (Intensive Care Unit)
idF.	in der Fassung
idFd.	in der Fassung des
idgF.	in der geltenden Fassung
idR.	in der Regel
idS.	in diesem Sinn
idZ.	in diesem Zeitraum/Zusammenhang
IEA	Institute of Economic Affairs England
ieS.	im engeren Sinn
IFR	Infection Fatality Rate („Infektionssterblichkeit“)
IG-L	Immissionsschutzgesetz – Luft, BGBl 115/1997
IHS	Institut für Höhere Studien
IMCU	Intensiv-Überwachungsstationen bzw. Intermediate Care Units
ImpfschadenG	Impfschadengesetz, BGBl 371/1973
Infovac	Infovac - Centre de Vaccinologie CMU - Genève - Tous droits réservés
insb.	insbesondere

iR.	im Ruhestand
iS.	im Sinne
iSd.	im Sinne des, -der
iSe.	im Sinne einer, (-s)
IT	Informationstechnologie
iVm.	in Verbindung mit
iwS.	im weiteren/weitesten Sinn
iZm.	im Zusammenhang mit
JCVI	Joint Committee on Vaccination and Immunisation (UK)
jew.	jeweils
Jg.	Jahrgang
JKU	Johannes Kepler Universität Linz
KA	Krankenanstalt(en)
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl 1/1957
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
KIJA	Kinder- und Jugendanwaltschaft
KL	Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
Kom.	Kommission
KOM	Dokumente der Kommission der Europäischen Gemeinschaften
LAD1	Abteilung Landesamtsdirektion des Amtes der NÖ LReg
leg. cit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)
LG	Landesgesetz bzw. Landesgericht
LGBL	Landesgesetzblatt
LGO	Geschäftsordnung – LGO 2001, LGBL 0010
LH	Landeshauptfrau/ Landeshauptmann
lit.	litera (Buchstabe)
LK	Landesklinik(um)
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

LReg	Landesregierung
LT	Landtag
Ltg.	Landtagsgeschäftszahl
LVwG	Landesverwaltungsgericht(e)
LWA-G	Lebenshaltungs- und Wohnkosten-Ausgleichs-Gesetz, BGBl 93/2022
MedUni	Medizinische Universität
ME/CFS	Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom
M-EPI	IT-System zur Unterstützung des epidemiologischen Fallmanagements
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
mRNA	Messenger-Ribo Nucleic Acid
MUW	Medizinische Universität Wien
MTD	Gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
mwN	mit weiteren Nachweisen
NÖ	Niederösterreich
NÖ LGA	NÖ Landesgesundheitsagentur
NÖ LGA-G	NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz, LGBl 1/2020
NÖ LV	NÖ Landesverfassung 1979, LGBl 0001
NormG	Normengesetz 2016, BGBl 153/2015
Nov.	Novelle
NR	Nationalrat
Nr.	Nummer
Ö	Österreich
oÄ	oder Ähnliche(s)
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖAW	Österreichische Akademie der Wissenschaften
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
OGH	Oberster Gerichtshof

OGM	OGM research & communication GmbH
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖKZ	Österreichische Krankenhauszeitung
OLG	Oberlandesgericht
ÖNORM	Österreichische Norm(en) = gültige Standards auf Basis des NormG 2016
ONS	Office of National Statistics (UK)
OÖ	Oberösterreich
OP	Operation(en)
ORF	Österreichischer Rundfunk
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
ÖSG	Österreichische Strukturplan Gesundheit
OSR	Oberster Sanitätsrat
OSR-G	Bundesgesetz über den Obersten Sanitätsrat, BGBl 70/2011
OTS	Originaltext-Service (Presseaussendungen im Originaltext)
ÖZPR	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht
ÖVP	Österreichische Volkspartei
PAIS	Postakute Infektionssyndrome
PersFrBVG oder PersFrG	Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit, BGBl 684/1988
PH	Pädagogische Hochschule
PHARMIG	Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
Pkt.	Punkt
PsyNot	PsyNot – Das psychiatrische Krisentelefon der Steiermark
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RD	Regierungsdienst
rdb	Rechtsdatenbank
rdb.at	Rechtsdatenbank der MANZ'schen Verlags- und Universitätsbuchhandlung
R&E	ResearchGate GmbH

RH	Rechnungshof
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
RKI	Robert Koch-Institut (deutsches Bundesinstitut)
RL	Richtlinie
Rn	Randnummer
Rs	Rechtssache
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
Rsp.	Rechtsprechung
RV	Regierungsvorlage
Rz.	Randziffer, -zahl
S	Seite, Satz
s	siehe
SARS	schweres akutes respiratorisches Syndrom
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement
Slg.	Sammlung
SMART	Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminiert
sog.	sogenannt, -e, -er, -es
SOEP	Sozioökonomischen Panel Deutschland
Std.	Stunden
StF.	Stammfassung
STIKO	Ständige Impfkommission Deutschland
Stmk	Steiermark
SVSG	Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz, BGBl 100/2018
tlw.	teilweise
TU	Technische Universität
ua. bzw. uA.	und andere, -s bzw. unter anderem
uÄ.	und Ähnliche(s)
UK	United Kingdom
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

USA	Vereinigte Staaten von Amerika
usw.	und so weiter
uU.	unter Umständen
uva.	und viele andere
UVS	Unabhängiger Verwaltungssenat
va.	vor allem
VA	Volksanwaltschaft
VBl.	Verordnungsblatt
VD	Verfassungsdienst
Verf.	Verfasserin oder Verfasser
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VfSlg	Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des VfGH
vgl.	vergleiche
vH	von Hundert
VO	Verordnung
VOC	Variant of Concern („besorgniserregende Variante“)
VP NÖ	Volkspartei Niederösterreich
VStG	Verwaltungsstrafgesetz 1991, BGBl 52/1991 (WV)
VUI	Variant under Investigation („Variante unter Beobachtung“)
VwG	Verwaltungsgericht(e)
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WMS	Wiener Mindestsicherung
WPPA	Wiener Pflege- und Patientenanwaltschaft
Wr.	Wiener
WV	Wiederverlautbarung
Z	Ziffer
z. B.	zum Beispiel

ZfG Zeitschrift für Gesundheitsrecht

zl. Zahl

ZMR Zentrales Melderegister

zT. zum Teil

Medieninhaber
Land Niederösterreich

Druck/Layout
Amt der NÖ Landesregierung

Anschrift
Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten