

ÖGD-Reformprozess: Ergebnisse und Maßnahmen zur Umsetzung

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



ÖGD-Reformprozess: Ergebnisse und Maßnahmen zur Umsetzung

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Lisa Gugglberger
Gabriele Sax
Ingrid Rottenhofer
Edith Flaschberger

Unter Mitarbeit von:

Katja Podzeit

Fachliche Begleitung:

Christine Hain
Gabriela El Belazi
Julia Weber
Martina Köck
Viktoria Lentz
Rafael Bayer

Projektassistenz:

Agáta Ćirić

Für den Inhalt verantwortlich: Mitglieder des Lenkungsausschusses

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Juni 2024

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Gugglberger, Lisa; Sax, Gabriele; Rottenhofer, Ingrid; Flaschberger, Edith (2024): ÖGD-Reformprozess: Ergebnisse und Maßnahmen zur Umsetzung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/24/5279

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zu den Unterzielen 3.8 und 3.d.

Mitglieder des Lenkungsausschusses

Bund

Dr.ⁱⁿ Katharina Reich, CMO, BMSGPK, Leitung Sektion VII

Dr.ⁱⁿ Reinhild Strauß, BMSGPK, Leitung Abteilung VII/A/9

Dr. Franz Pietsch (LtG. ExpG Recht) mit Vertretung: Dr. Michael Kierein, BMSGPK, Gruppe VI/A

Länder

Burgenland	Alexander Heller, MSc MBA, Abt. 10 – Gesundheit, Hauptreferat Gesundheitswesen; Vertretung: Mag. ^a Christina Philipp
Kärnten	Gernot Treul, Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege; Vertretung: Mag. ^a Vera Wiegele
Niederösterreich	Dr. ⁱⁿ Irmgard Lechner, Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheitswesen (bis 1. 12. 2023); Dr. ⁱⁿ Regina Klenk, Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheitswesen (seit 1. 12. 2023)
Oberösterreich	Mag. Jakob Hochgerner, Amt d. Oö. Landesregierung, Abteilung Gesundheit; Vertretung: Mag. Stefan Potyka
Salzburg	Dr. ⁱⁿ Petra Gruber-Juhasz, Amt der Salzburger Landesregierung, Landessanitätsdirektion
Steiermark	Dr. Thomas Amegah, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landessanitätsdirektion
Tirol	Dr. ⁱⁿ Theresa Geley, Landesgesundheitsdirektion Tirol; Vertretung: Dr. Erwin Webhofer, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten
Vorarlberg	Dr. Harald Kraft, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abt. IVb – Gesundheit und Sport
Wien	Mag. Dr. Jochen Haidvogel, Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Mitglieder der Expertengruppe Recht

Bund

Dr. Franz Pietsch, BMSGPK

Dr. Michael Kierein, BMSGPK

Länder

Burgenland	Mag. ^a Christina Philipp, Amt der Burgenländischen Landesregierung
Kärnten	Mag. ^a Andrea Polak, MSc, Amt der Kärntner Landesregierung, Mag. ^a Vera Wiegele, BA, Amt der Kärntner Landesregierung
Oberösterreich	Mag. ^a Raffaella Penninger, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung
Steiermark	Mag. ^a Sara Tunner, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Mag. ^a Waltraud Nistelberger, Gesundheitsfonds Steiermark
Tirol	Mag. Thomas Jenewein, Amt der Tiroler Landesregierung
Vorarlberg	Dr. Harald Kraft, Amt der Vorarlberger Landesregierung
Wien	Mag. ^a Karin Klenk, Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Kurzfassung

Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie zeigte Grenzen und Schwachstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) auf. Im November 2021 ersuchten die Bundesländer den Bund, den ÖGD-Reformprozess, der seit 2017 stillstand, wieder aufzunehmen, mit den Zielen, ein zeitgemäßes Bundesgesetz über den ÖGD zu beschließen, ein attraktives (amts-)ärztliches Berufsbild mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für den ÖGD zu entwickeln und die ausbildungsrechtlichen Rahmenbedingungen so anzupassen, dass Ärztinnen und Ärzte auch im ÖGD im Sonderfach Public Health ausgebildet werden können.

Methoden

Das Projekt wurde als partizipativer Prozess aufgesetzt, bei dem sämtliche Aspekte mit den von der Reform betroffenen Akteurinnen und Akteuren diskutiert und erarbeitet wurden. Je nach Thema/Fragestellung wurden weitere (qualitative und quantitative) Methoden eingesetzt. Die Prozesssteuerung erfolgte durch einen Lenkungsausschuss (LA), der aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund und Ländern bestand. Da der ÖGD auf Basis von Gesetzen tätig wird und diese z. T. sehr veraltet sind (z. B. Reichssanitätsgesetz aus 1870), wurde parallel eine Expertengruppe Recht eingerichtet, deren Vorsitzender Mitglied im Lenkungsausschuss war. Die inhaltliche Arbeit erfolgte in Arbeitsgruppen, deren Mitglieder durch den Lenkungsausschuss nominiert wurden. Für eine unabhängige Außensicht und um Ideen aus der (inter-)nationalen Forschung einzubeziehen, wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet. Das GÖG-Projektteam war für das Projektmanagement, die literaturgestützte inhaltliche Grundlagenarbeit sowie für die Unterstützung der diversen Gruppen (in Form von Moderation und Ergebnissicherung) zuständig.

Ergebnisse

Grundlagen für die Art.-15a-B-VG-Verhandlungen (AP 1)

Im ersten Arbeitspaket „Grundlagen für die Verhandlungen zur Art.-15a-BV-G-Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ erfolgte eine umfassende quantitative sowie qualitative Bestandsaufnahme und Problemanalyse mit Ableitung von Empfehlungen. Gemeinsam mit dem Lenkungsausschuss wurde eine **Definition des ÖGD** abgestimmt, aus der hervorgeht, dass der ÖGD mehr ist als ein amtsärztlicher Dienst. Der ÖGD – als dritte Säule des Gesundheitswesens – umfasst sämtliche Organisationen/Einrichtungen, deren Arbeit auf bevölkerungs(-gruppen-)bezogenen Gesundheitsschutz, Gesundheitserhalt und eine ebensolche Gesundheitsförderung abzielt. Hoheitliche Kompetenzen, Unparteilichkeit und Gemeinwohlinteresse sind wesentliche Merkmale des ÖGD. Normierung und Steuerung stehen im Vordergrund und Monitoring/Surveillance ist für die Aufgabenwahrnehmung erforderlich. **Der ÖGD nimmt somit die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr.**

ÖGD-Leistungsportfolio (IST)

Auf Basis der Definition und des Aufgabenkatalogs aus der Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit (BMG 2013) wurde das **Ist-Leistungsportfolio** der Bundesländer erhoben. Dieses zeigte, dass fast alle Aufgaben des Aufgabenkatalogs seitens der Bundesländer als ÖGD-Aufgaben erachtet werden, aber nicht zwingend in Landessanitätsdirektionen oder Gesundheitsämtern auf Bezirksverwaltungsbehördenebene (BVB-Ebene) wahrgenommen werden (müssen).

ÖGD-Aufgabenprofil (SOLL) – im Sinne von Kernaufgaben des ÖGD (im weiteren Sinn)

Der in der Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit (BMG 2013) beschriebene Aufgabenkatalog war die Grundlage für die kritische Reflexion der Aufgabenerledigung – vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen – und für die Abstimmung des **zukünftigen ÖGD-Aufgabenprofils**. Im Zuge dieser Arbeit wurden pro Aufgabenbereich Handlungsbedarfe in den Bereichen Standardisierung, Qualifizierung, alternative Vorgehensweisen und Logistik identifiziert und dokumentiert. Weiters wurde schon in diesem Kontext darauf hingewiesen, dass ein moderner ÖGD multiprofessionell und interdisziplinär ausgestaltet sein soll (neben weiteren [Gesundheits-]Berufen sollte auch die Funktion von Pressesprecherinnen und -sprechern auf Länderebene vorgesehen werden).

ÖGD-Personal: Bestandsaufnahme und Bedarfsschätzung 2030

Die Erhebung für die **Personalbedarfsschätzung 2030** ergab große Unterschiede in der Ausstattung mit Amtsärztinnen und Amtsärzten zwischen den Bundesländern. Weiters zeigte sie auf, dass es einen erheblichen Fehl-, Ersatz- und Zusatzbedarf an Personal gibt. So werden bis 2030 fast zwei Drittel aller derzeit tätigen Amtsärztinnen und Amtsärzte in Pension gehen (können).

Problematisierung der gegenwärtigen Situation (ÖGD)

Auf Basis der Bestandsaufnahme im Rahmen des AP 1 wurde als problematisch identifiziert, dass der ÖGD als potenzielles Arbeitsfeld unbekannt und z. T. unattraktiv ist, ein großer Personalmangel herrscht, die Rechtsgrundlagen veraltet sind, der ÖGD in der Vergangenheit vernachlässigt worden ist, die Aus- und Weiterbildung nicht bedarfsgerecht ist, Prozesse z. T. unklar sind und die Kommunikationsstrukturen als verbesserungswürdig gelten.

Als Themen für die weitere Arbeit im ÖGD-Reformprojekt priorisierte der LA: Personalmangel, finanzielle Ressourcen, rechtliche Grundlagen und den ÖGD attraktiver machen. Weiters wurde als essenziell erachtet, dass es einen abgestimmten Reformplan gibt, **dessen Umsetzung von einem externen Programmmanagement** begleitet wird.

Qualifizierung von Amtsärztinnen und Amtsärzten (AP 2)

Als zweites Arbeitspaket wurde die **Ausbildung der Amtsärztinnen und Amtsärzte (AÄ)** beauftragt. Diese sollte zeitgemäßer und attraktiver gestaltet werden. Zentrales Ergebnis dieses Arbeitspakets ist ein sehr differenziertes und detailliert ausgearbeitetes Kompetenzprofil für AÄ.

Es beschreibt fachliche sowie überfachliche Kompetenzen für alle amtsärztlichen Kompetenzstufen (von dem bzw. der „Einsteiger:in“ bis zur erfahrenen Person) und legt einen **enormen Qualifizierungsbedarf** offen, dem mittels des gegebenen Physikaturses nur ansatzweise entsprochen werden kann.

Die dringende Empfehlung lautet daher, **eine Fachärztin bzw. einen Facharzt als amtsärztliche Qualifikation für den ÖGD** zu schaffen, die bzw. der auch im Lichte der Attraktivierung erforderlich erscheint. Diese:r Fachärztin bzw. -arzt müsste auch nicht neu konzipiert werden, sondern könnte durch die **Novellierung** des bestehenden **Sonderfachs Public Health** relativ rasch umgesetzt werden und das AÄ-Kompetenzprofil würde eine gute Grundlage für zukünftige Ausbilder:innen im ÖGD darstellen.

Darüber hinaus sind **fachvertiefende und/oder facherweiternde Weiterbildungsangebote und Spezialisierungsmöglichkeiten** auf Basis des AÄ-Kompetenzprofils zu erarbeiten und anzubieten, idealerweise von einer eigenen Bildungseinrichtung für den ÖGD mit multiprofessioneller und interdisziplinärer Ausrichtung nach dem Vorbild Deutschland.

Verpflichtende Untersuchung von Sexdienstleisterinnen und -dienstleistern (SDL) (AP 3)

Im dritten Arbeitspaket wurde vonseiten des Kabinetts von Herrn BM Rauch die Frage bearbeitet, ob eine Abschaffung der Pflichtuntersuchung von Sexdienstleistenden möglich wäre und wenn ja, durch welche Modelle man diese ersetzen könnte. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe gegründet – Nominierte aus dem Lenkungsausschuss sowie die nichtpolizeilichen Mitglieder der Arbeitsgruppe (AG) Sexuelle Dienstleistungen. Selbstvertretungsorganisationen wurden ebenfalls einbezogen, um alle Positionen aufnehmen zu können. Parallel dazu wurde Literatur recherchiert und es wurden bilaterale Gespräche mit den zuständigen Abteilungen im BMSGPK sowie mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern geführt. Insbesondere fand eine enge Abstimmung mit der Abteilung VII/A/11, Übertragbare Krankheiten und Seuchenbekämpfung statt.

Das Thema SDL-Pflichtuntersuchung polarisiert und es gibt derzeit keine klare Position, auf die man sich in der Arbeitsgruppe einigen konnte. Basierend auf der wissenschaftlichen Literatur zum Thema und Aussagen der Beratungs- und Selbstvertretungsorganisationen kann gesagt werden, dass die Verpflichtung kein Beitrag zu einer Entstigmatisierung der SDL ist, was sich negativ auf die Gesundheit der SDL und somit auch auf die öffentliche Gesundheit auswirken könnte. Vonseiten der Verpflichtungsbefürworter:innen wird die Notwendigkeit gesehen, die SDL durch die Verpflichtung zu regelmäßigen Untersuchungen zu bringen und auch für andere Angebote zu sensibilisieren. Insgesamt ist aber wohl eine Einbindung anderer Sektoren (Soziales, Sicherheit) notwendig, um zu einem gemeinsamen Weg zu kommen.

Personalstruktur/-schlüssel auf Bezirksverwaltungsbehörden- bzw. Magistratsebene (AP 4)

Im vierten Arbeitspaket sollte ein Vorschlag für eine „resiliente“ Personalstruktur auf BVB-Ebene erarbeitet werden. Dafür wurde eine umfangreiche Erhebung in ausgewählten Fallgesundheitsämtern durchgeführt, bei der Ist- und Soll-Stunden für sämtliche Aufgaben in allen neun Aufgabebereichen abgefragt wurden. Auf Basis des Mittelwerts der Ist-Stunden plus einem Aufschlag von 20 Prozent (für administrative und Führungsaufgaben, Besprechungen, Weiterbildung etc.) ergab sich folgender Vorschlag:

Auf Bezirksebene sollte es pro 100.000 Einwohner:innen (EW) 3 Vollzeitäquivalente (VZÄ) AÄ, 2 VZÄ Gesundheitsberufe (GB) und 5 VZÄ Verwaltungspersonal geben. Unabhängig von der Bezirksgröße jedoch mindestens 1 VZÄ AÄ, 1 VZÄ GB und 2 VZÄ Verwaltungspersonal. Dieser Schlüssel sollte nur in begründeten Fällen unterschritten werden.

Auf Magistratebene sieht der Vorschlag pro 100.000 EW 3,5 VZÄ AÄ, 5 VZÄ GB und 8,5 VZÄ Verwaltungspersonal vor, mindestens jedoch wie auf Bezirksebene 1/1/2. Auch dieser Schlüssel sollte nur in begründeten Fällen unterschritten werden.

Ein Vergleich mit den angegebenen Soll-Stunden zeigte, dass dieser Vorschlag eine untere Richtschnur darstellt und ein resilienter ÖGD mehr Personal brauchen wird. Resilienz im Sinne von „Puffer für den Krisenfall“ erfordert, dass Aufgaben zugunsten der Krisenbewältigung zurückgestellt werden können.

Opioidsubstitution – Digitalisierung des Verschreibungsprozesses und Qualitätssicherung (AP 5)

Aus der Diskussion des Aufgabenprofils neu im AP 1 ergab sich eine spezifische Fragestellung hinsichtlich der Aufgaben und Entlastung der AÄ im Rahmen der Opioidsubstitution, wobei das Qualitätsmanagement und eine ordnungsgemäße Durchführung sichergestellt sein sollen. Diese Fragestellung wurde bereits im Ausschuss gemäß § 23k Suchtgiftverordnung („Substitutionsausschuss“) bearbeitet. Von diesem wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, an der in Folge auch ein Mitglied des LA teilnahm. In der AG wurde ein erstes Konzept erarbeitet, das derzeit mit der Sozialversicherung diskutiert wird. Eine Umsetzung sollte bis 2026 erfolgen – unter der Voraussetzung, dass es auch weiterhin ein politisches Commitment dafür gibt.

Neuer Rechtsrahmen für den ÖGD

In der Expertengruppe Recht wurde eine Vielzahl an Rechtsquellen für den ÖGD untersucht. Es liegen umfangreiche Tabellen zu Rechtsstellen mit Zuständigkeiten des ÖGD vor, die unter Einbeziehung der jeweils zuständigen Ressorts novelliert werden können. Auf Basis eines von den Ländern bei Prof. Bußjäger in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Kompetenzlage wurde eine AG eingerichtet, die sich mit der Erarbeitung eines Vorschlags für eine Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „ÖGD Neu“ beschäftigt. Diese AG tagte bereits fünfmal und erarbeitete einen Erstentwurf mit Erläuterungen, welcher insbesondere eine Definition des ÖGD, Aufgabengebiete und Vorgaben zur Organisationsstruktur enthält.

Nötige ÖGD-Reformmaßnahmen (AP 6)

Das erste Halbjahr 2024 wurde – neben der Finalisierung laufender Arbeitspakete – der Erarbeitung von Umsetzungsmaßnahmen gewidmet. Auf Basis vorliegender Unterlagen und Dokumente wurden Maßnahmen zu den in Art. 13 der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ genannten fünf Themenbereichen/Handlungsfeldern zusammengetragen, mit dem LA diskutiert und priorisiert. Aufgrund der Vorgabe, das ÖGD-Reformprozessprojekt Mitte 2024 abzuschließen, konnte kein detaillierter Maßnahmenplan (mit zuständigen Akteurinnen bzw. Akteuren und Zeitplan) mehr erstellt werden.

Die Maßnahmenliste bildet aber eine Grundlage für eine zwischen Bund und Ländern abgestimmte Umsetzung. Wie schon beim AP 1 hervorgehoben, **wird eine externe Begleitung („Projektmanagement“) als essenziell für eine Umsetzung erachtet.**

Schlussfolgerungen

Seitens des Lenkungsausschusses werden folgende nächste Schritte als zentral erachtet:

- (politisches) Commitment zur bundesweiten Umsetzung von Reformmaßnahmen und Modernisierung des ÖGD hin zu einer starken dritten Säule des Gesundheitswesens
- Entscheidung, in welchem Rahmen die Umsetzung der Reformmaßnahmen erfolgt:
 - im Rahmen der Zielsteuerung mit einer eigenen „Fachgruppe ÖGD“, die mit Vertreterinnen und Vertretern des ÖGD besetzt ist
 - außerhalb der Zielsteuerung mit einer klaren Lenkungsstruktur, um eine zwischen Bund und Ländern koordinierte Umsetzung zu unterstützen
- Unabhängig vom Umsetzungsrahmen muss eine externe Begleitung im Sinne eines Projekt-/Prozess-/Programmmanagements sichergestellt werden.
- Schaffung eines modernen Rechtsrahmens für den ÖGD (Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „ÖGD Neu“ – in Arbeit)
- rasche Umsetzung/Novellierung der Fachärztin bzw. des Facharztes Public Health für den ÖGD
- Schaffung einer Bildungseinrichtung für den ÖGD mit multiprofessioneller und interdisziplinärer Ausrichtung
Diese Einrichtung könnte auch als Plattform für den Theorie-Praxis-Transfer, Standardisierung und Abstimmungen zwischen Bund und Ländern dienen.
- Digitalisierung im ÖGD vorantreiben, insbesondere einheitliche Schnittstellen zwischen Bund und Ländern (auch im Sinne der Vorbereitung für eine nächste Pandemie)
- Umsetzung von Attraktivierungs-/PR-Maßnahmen

Schlüsselwörter

Öffentlicher Gesundheitsdienst, Reformmaßnahmen, Fachärztin bzw. Facharzt für Public Health, Art.-15a-BV-G-Vereinbarung, Personal- und Expertiseaufbau, Personalstruktur

Inhalt

Kurzfassung	V
Inhalt X	
Abbildungen	XI
Tabellen	XII
Abkürzungen	XIII
1 Einleitung/Hintergrund	1
2 Methodik	2
3 Ergebnisse des ÖGD-Reformprozesses 2022–2024	4
3.1 AP 1: Grundlagen für die Verhandlungen zur Art.-15a- Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“	4
3.1.1 Arbeitsauftrag	4
3.1.2 Methoden	4
3.1.3 Ergebnisse AP 1	6
3.2 AP 2: Qualifikation(en) für Amtsärztinnen und Amtsärzte	11
3.2.1 Zielsetzung und Abgrenzung des Arbeitsauftrags	12
3.2.2 Spezifische Methodik – Vorgangsweise	12
3.2.3 Zentrale Ergebnisse	13
3.3 AP 3: Verpflichtende Untersuchung von Sexdienstleisterinnen und Sexdienstleistern	21
3.3.1 Arbeitsauftrag	21
3.3.2 Methodik	22
3.3.3 Ergebnisse	23
3.3.4 Empfehlungen	24
3.4 AP 4: Vorschlag für Personalstruktur der Gesundheitsämter auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden	25
3.4.1 Arbeitsauftrag	25
3.4.2 Methodik	25
3.4.3 Ergebnisse	26
3.4.4 Empfehlungen	30
3.5 AP 5: Digitalisierung des Verschreibungsprozesses in der Opioidsubstitutionsbehandlung (OST)	32
3.5.1 Hintergrund/Arbeitsauftrag	32
3.5.2 Methode	33
3.5.3 Ergebnisse	33
3.6 Expertengruppe Recht	33
3.6.1 Hintergrund/Ausgangslage	33
3.6.2 Vorgehen	34
3.6.3 Ergebnisse	34
3.7 Maßnahmen der Bundesländer i. R. des Reformprozesses	35
4 Vom ÖGD-Reformprozess (noch) nicht erfasste Themenbereiche	37
5 AP 6: ÖGD-Reformmaßnahmenplan	39
5.1 Arbeitsauftrag	39
5.2 Methodik	39
5.3 Ergebnisse	40
5.3.1 Ziele der ÖGD-Reform	40
5.3.2 Maßnahmen pro Handlungsfeld/Themenbereich	42
5.3.3 Konkretisierung des ÖGD-Reform-Umsetzungsplans	49
6 Ausblick – Nächste Schritte	50
Literatur	51
Anhang	54

Abbildungen

Abbildung 1: Projektstruktur und -organisation	3
Abbildung 2: Übersicht ÖGD.....	7
Abbildung 3: Überblick über das Ergebnis der Ist-Erhebung des ÖGD-Leistungspotfolios 2022 aus dem Bericht zum AP 1.....	8
Abbildung 4: Ausbildungsvarianten für Amtsärztinnen und Amtsärzte zur Fachärztin bzw. zum Facharzt.....	17

Tabellen

Tabelle 1: Klinische Sonderfächer, die im Rahmen der novellierten Sonderfach- Grundausbildung für „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ zu absolvieren sind (mittelfristige Ausbildungsvariante).....	18
Tabelle 2: Handlungsfelder der ÖGD-Reform mit Zielsetzungen.....	41

Abkürzungen

AA	Amtsarzt
AÄ	Amtsärztin bzw. Amtsärztinnen und Amtsärzte
AG	Arbeitsgruppe
AM	Allgemeinmedizin
AP	Arbeitspaket
ASV	Amtssachverständige:r
BL	Bundesland/Bundesländer
BVB	Bezirksverwaltungsbehörde
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CNO	Chief Nursing Officer
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
d. h.	das heißt
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EPHOs	Essential Public Health Operations
etc.	et cetera
EW	Einwohner:innen
FA	Facharzt
FÄ	Fachärztin bzw. Fachärztinnen und Fachärzte
GB	Gesundheitsberuf/Gesundheitsberufe
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GF	Gesundheitsförderung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HiAP	Health in All Policies
i. V. m.	in Verbindung mit
KVM	Krankheitsvermeidung
LA	Lenkungsausschuss
LRH	Landesrechnungshof
MAB	medizinische Assistenzberufe
MTD	medizinisch-technische Dienste
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGD i. e. S.	ÖGD im engeren Sinne
PH	Public Health
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
SHD	Sanitätshilfsdienste
SDL	Sexdienstleister:innen
SVC	SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsges.m.b.H.
u. a.	unter anderem
UAG	Unterarbeitsgruppe
VB	Verwaltungsbereich
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

1 Einleitung/Hintergrund

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie gewann der ÖGD aufgrund seiner Aufgabenbereiche „Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten“ und „medizinisches Krisenmanagement“ an Aufmerksamkeit und Bedeutung. Der Arbeitsaufwand wurde wesentlich größer, das Krisenmanagement und die entsprechenden Aufgaben mussten teilweise erst auf-, jedenfalls aber ausgebaut werden. Um die vielen Aufgaben erfüllen zu können, wurden zusätzlich sogenannte Epidemieärztinnen und -ärzte angestellt. Der ÖGD hat sehr viel geleistet, jedoch sind im Rahmen der Pandemiebekämpfung Grenzen und Schwachstellen der bestehenden ÖGD-Strukturen stärker zum Vorschein gekommen. Kurzum: Die Pandemie unterstrich den Handlungsbedarf im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Landesgesundheitsreferentenkonferenz hatte in mehreren Sitzungen auf den Reformbedarf hingewiesen. Auf Initiative Vorarlbergs wurde während seines Ländervorsitzes eine Arbeitsgruppe eingerichtet, welche im November 2021 die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ersuchte, einen Vorschlag für die Wiederaufnahme des Reformprozesses¹ zu unterbreiten – mit den Zielen,

- ein zeitgemäßes Bundesgesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu beschließen,
- ein attraktives (amts-)ärztliches Berufsbild mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu etablieren,
- die rechtlichen Rahmenbedingungen so anzupassen, dass Ärztinnen und Ärzte auch an den Ämtern der Landesregierungen im Sonderfach „Public Health“ ausgebildet werden können,
- eine entsprechende besoldungsrechtliche Stellung innerhalb der medizinischen Gesundheitsberufe zu schaffen.

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) beauftragte in Folge die Gesundheit Österreich GmbH mit dem Projektmanagement und der Erarbeitung fachlicher Grundlagen für den Reformprozess.

Das Projekt „ÖGD-Reformprozess“ startete im Jänner 2022. In der Ende 2023 beschlossenen Art.-15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ wurde zwischen Bund und Ländern vereinbart, dass „der Prozess ÖGD Neu“ zielgerichtet weitergeführt und bis Ende 2024 abgeschlossen wird.

Im vorliegenden Abschlussbericht werden Struktur und Methodik des Projekts „ÖGD Neu“ (Kapitel 2), die zentralen Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete (Kapitel 3), die offen gebliebenen Themen (Kapitel 4) sowie die zur Umsetzung der Reform notwendigen Maßnahmen beschrieben (Kapitel 5). In Kapitel 5.1 werden Schlussfolgerungen gezogen und es wird ein Ausblick gegeben.

¹ Im Jahr 2005 wurde erstmals gemeinsam mit den Bundesländern ein Reformprozess zur Weiterentwicklung des ÖGD gestartet.

2 Methodik

Das Projekt wurde als **partizipativer Prozess** aufgesetzt, bei dem sämtliche Aspekte mit den von der Reform betroffenen Akteurinnen und Akteuren diskutiert und erarbeitet wurden. Je nach Thema/Fragestellung wurden weitere (qualitative und quantitative) Methoden eingesetzt. Diese werden in Kapitel 3 bei der Beschreibung der Ergebnisse des jeweiligen Arbeitspakets angeführt.

Zu Projektbeginn wurde ein **Lenkungsausschuss** eingesetzt, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundes- und Länderebene. Der Lenkungsausschuss hatte die Aufgabe, Arbeitsaufträge zu definieren, Mitglieder für Arbeitsgruppen zu nominieren, Ergebnisse abzunehmen, diese an (politische) Entscheidungsträger:innen sowie im eigenen Wirkungsbereich zu kommunizieren und sich für die Umsetzung der Ergebnisse einzusetzen. Der Lenkungsausschuss stellte also die steuernde Ebene dar. Die vom Lenkungsausschuss eingesetzten Arbeitsgruppen bildeten die fachlich-inhaltliche Ebene, die Vorschläge für die gestellten Fragestellungen erarbeitet.

Da die Grundlage für das Tätigwerden im ÖGD Gesetze sind, wurde zusätzlich eine **Experten-gruppe Recht**, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund und Ländern, eingesetzt, um (parallel) legitime Fragestellungen zu klären. Der Vorsitzende der Expertengruppe ist auch Mitglied des Lenkungsausschusses.

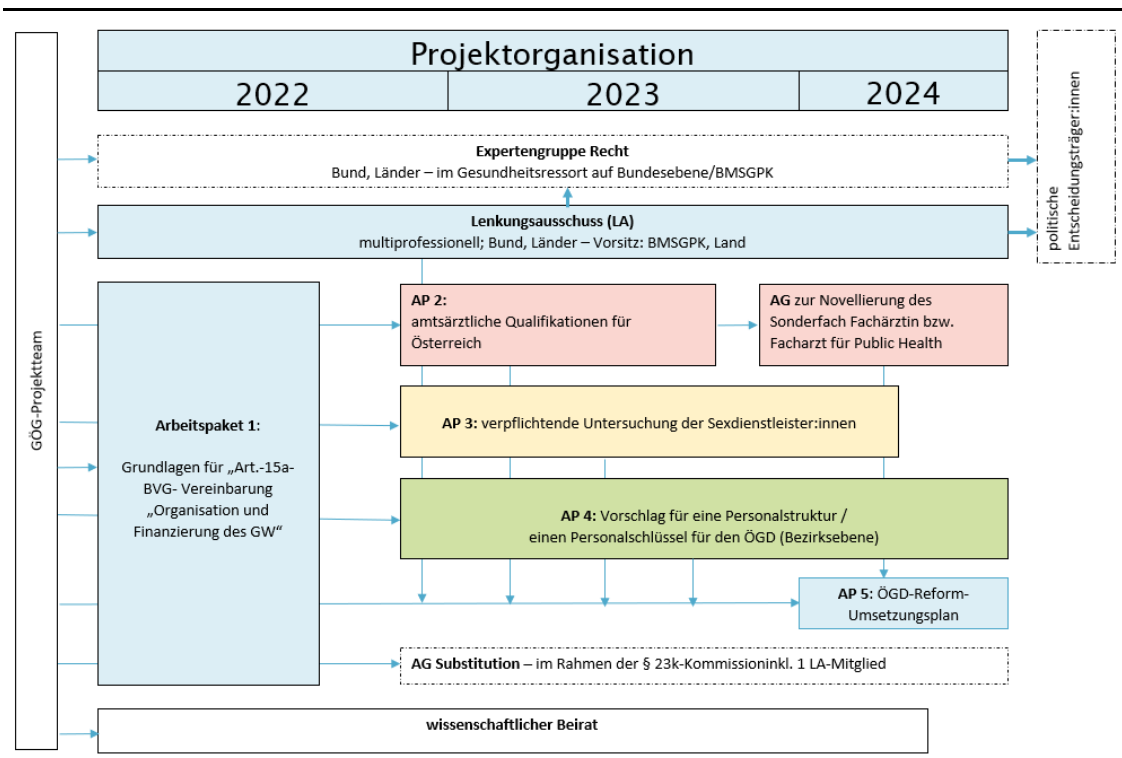
Zudem wurde ein **wissenschaftlicher Beirat** gegründet, um Ideen aus der Wissenschaft (national und international) – und somit eine unabhängige Außensicht – in die Überlegungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zu integrieren. In insgesamt vier Sitzungen wurden mit dem Beirat grundsätzliche Reformerfahrungen in Europa, aber auch spezifische Fragestellungen aus einzelnen Arbeitspaketen diskutiert.

Das GÖG-Projektteam war für das Projektmanagement, die Aufbereitung inhaltlicher Grundlagen sowie die Unterstützung der diversen Gruppen (in Form von Moderation, Ergebnissicherung) zuständig. Die Projektstruktur wird in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

Insgesamt fanden von 2022 bis 2024 14 Sitzungen des Lenkungsausschusses statt. In diesem Zeitraum wurden im Rahmen des Projekts **sechs Arbeitspakete** bearbeitet. Fünf dieser Arbeitspakete wurden vom GÖG-Projektteam bearbeitet, ein Arbeitspaket („Digitalisierung des Verschreibungsprozesses in der Opioidsubstitutionsbehandlung“) wurde aufgrund der inhaltlichen Zuständigkeit an die Abteilung VI/A/6 im BMSGPK übertragen, unter Einbindung eines Mitglieds des Lenkungsausschusses in die dortigen Strukturen (23k-Kommission). Zur Klärung der notwendigen Schritte zur Novellierung der Fachärztin bzw. des Facharztes Public Health wurde aus der AG 2 heraus eine kleinere Arbeitsgruppe eingerichtet, ebenso zur Ausarbeitung eines Vorschlags für eine Art.-15a-Vereinbarung „ÖGD Neu“.

Zu Beginn und in Folge in regelmäßigen Abständen wurde mit dem Lenkungsausschuss darüber diskutiert, wann welche Stakeholder:innen wie in den Reformprozess eingebunden werden sollen („Stakeholdermanagement“).

Abbildung 1: Projektstruktur und -organisation



Quelle: GÖG 2024

Im Rahmen von AP 1 wurden AÄ mittels eines Onlinesurveys befragt und Interviews mit Stakeholderinnen und Stakeholdern geführt, die auch als Kooperationspartner:innen bezeichnet werden können. Die Landessanitätsdirektorinnen und -direktoren, als fachliche Aufsicht im ÖGD, wurden in die Arbeitsgruppe Aufgabenkatalog eingeladen. Gesundheitsminister, Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten wurden über die Ergebnisse des ÖGD-Reformprozesses regelmäßig informiert. (Inter-)Nationale Vertreter:innen ÖGD-relevanter Wissenschaften (z. B. Public Health, Epidemiologie, Umweltmedizin, Pflegewissenschaften) wurden in den wissenschaftlichen Beirat eingeladen.

Es bestand Übereinkunft, dass es sich beim ÖGD-Reformprozess primär um einen Prozess im Rahmen der öffentlichen Verwaltung handelt. Weitere Stakeholder wie z. B. die Sozialversicherung und der Gemeinde-/Städtebund sollten zum erforderlichen Zeitpunkt in den Reformprozess eingebunden werden. Als weitere relevante Stakeholder:innen, die ebenfalls erst zu einem späteren Zeitpunkt eingebunden werden sollten, wurden identifiziert:

- Bezirkshauptleute als Dienstaufsicht von ÖGD-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern auf BH-Ebene: Diese sollen eingebunden werden, wenn das „Grundkonzept“ steht.
- diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) als zukünftig wichtig(er)e Berufsgruppe für den ÖGD
- Schulärztinnen und Schulärzte
- Ärztekammer, insbesondere bei Ausbildungsfragen (v.a. Fachärztin bzw. Facharzt)

AÄ als „Hauptbetroffene“ wurden regelmäßig im Rahmen ihrer Tagungen über die Ergebnisse des Reformprozesses informiert.

3 Ergebnisse des ÖGD-Reformprozesses 2022–2024

Seitens des Lenkungsausschusses wurden folgende Arbeitspakete/Themen in Auftrag gegeben:

- Erarbeitung von Grundlagen für die Verhandlungen zur Art.-15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ (AP 1; 1/22–7/22)
- Qualifizierung von AÄ in Österreich (AP 2; 11/22–4/24)
 - Daraus resultierte die Einsetzung einer Projektgruppe zur Klärung der notwendigen Schritte zur Novellierung der Fachärztin bzw. des Facharztes für Public Health (ab 11/23)
- Prüfung der Frage, ob die verpflichtende Untersuchung von Sexarbeiterinnen und -arbeitern abgeschafft werden kann/soll bzw. durch welches System sie ersetzt werden könnte (AP 3; 02/23–04/24)
- Erarbeitung eines Vorschlags zur Personalstruktur auf BVB-Ebene (AP 4; 4/23–4/24)
- Digitalisierung des Verschreibungsprozesses in der Opioidsubstitutionsbehandlung (AP 5; 1/23–4/24)
- Erarbeitung eines Umsetzungsmaßnahmenplans (AP 6; 1/24–5/24)

Im Folgenden werden pro Arbeitspaket der konkrete Arbeitsauftrag, arbeitspaketspezifische Methoden sowie die zentralen Ergebnisse beschrieben.

3.1 AP 1: Grundlagen für die Verhandlungen zur Art.-15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“

3.1.1 Arbeitsauftrag

In der Sitzung vom Jänner 2022 wurde als erstes Arbeitspaket vom Lenkungsausschuss die Erarbeitung von Grundlagen für die Verhandlungen zur Art.-15a-B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Auftrag gegeben.

Dies inkludierte insbesondere eine zeitgemäße Überarbeitung des Aufgabenprofils des ÖGD, eine Personalbestandserhebung und -bedarfsschätzung bis 2030, eine Befragung der AÄ sowie Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Kooperationspartnerinnen und -partnern in den einzelnen ÖGD-Aufgabenbereichen zur Ermittlung der Außensicht auf den ÖGD.

3.1.2 Methoden

Für die Überarbeitung des **Aufgabenprofils** wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes (Abteilungen, die mit ÖGD-Aufgabenbereichen befasst sind, sowie Chief Nursing Officer (CNO)) und der Länder (Landessanitätsdirektionen). Ziel der Arbeitsgruppe im Arbeitspaket 1 war, ein kritisch reflektiertes Aufgabenprofil der Kernaufgaben für den zukünftigen ÖGD zu entwickeln – auf Basis der Nationalen Strategie (BMG 2013) und vor dem Hintergrund der Pandemieaufgaben und -erfahrungen.

Im Rahmen von sechs Onlinetreffen mit einer Dauer von jeweils mehreren Stunden wurden, basierend auf dem Aufgabenkatalog aus der Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit (BMG 2013), die Aufgabenbereiche bearbeitet, den aktuellen Herausforderungen angepasst sowie Handlungsbedarfe identifiziert. In einer siebten Sitzung wurden Zusatzaufträge zu Einzelaufgaben aus dem Lenkungsausschuss bearbeitet.

Für die **Personalbedarfsschätzung** wurden in der ersten Sitzung mit dem Lenkungsausschuss Umfang und Tiefe der Datenerhebung abgestimmt. Im März 2022 wurde ein Excel-Erhebungsbogen über die Verbindungsstelle an die Bundesländer geschickt, um den Ist-Stand 2017–2021 der verschiedenen Berufsgruppen im ÖGD zu erheben (Anzahl, Alter, Geschlecht, Arbeitszeitmaß, Grundausbildung, Zusatzqualifikationen ...). Auf Basis dieser Daten wurde eine Bedarfschätzung bis 2030 durchgeführt.

Insgesamt konnten Daten aus acht Bundesländern zur Beschreibung des Ist-Stands in Österreich herangezogen werden. Für das fehlende Bundesland wurden für die Berufsgruppe der AÄ Daten zur Anzahl der Personen und der Vollzeitäquivalente aus einer Erhebung aus dem Jahr 1998 entsprechend der demografischen Entwicklung hochgerechnet und konnten so für das Jahr 2021 dargestellt und vor allem in die Bedarfschätzung miteinbezogen werden.

Um die **Sichtweise von AÄ** betreffend ihren Arbeitsalltag und ihre Arbeitszufriedenheit zu erhalten sowie Ideen einzuholen, wie das Berufsfeld attraktiver gestaltet werden könnte, wurde im März 2022 eine **Onlinebefragung** durchgeführt, zu der alle AÄ in Österreich eingeladen wurden. Das Anschreiben erfolgte über die Landessanitätsdirektionen.

Der Fragebogen beinhaltete 40 Fragen und enthielt Themen wie Tätigkeitsbereich, Einschätzung der Arbeitsbedingungen, Weiterbildung, Arbeitszufriedenheit und den künftigen Bedarf an AÄ. Es wurden 107 Fragebögen (entspricht ca. einem Drittel aller AÄ) vollständig ausgefüllt und in die Analyse einbezogen. Aspekte aus der Erhebung flossen in die Beschreibung der Problemlagen und möglichen Maßnahmen ein.

Um die Außenperspektive auf den ÖGD einzufangen, wurden zwischen Februar und April 2022 neun **Interviews mit Expertinnen und Experten** aus Institutionen und Organisationen, die mit dem ÖGD zusammenarbeiten bzw. von seiner Arbeit betroffen sind, geführt. Zusätzlich wurden noch auf Wunsch des Lenkungsausschusses zwei Gespräche geführt: eines mit der Geschäftsführung der GÖG und das andere mit jener der AGES.

Die Expertinnen und Experten kamen aus den Bereichen Schulgesundheit, Patientenanzwälterschaft, Pflege, Krankenanstaltenhygiene, Unterbringungsgesetz, Verwaltungsgerichte, Krankenanstalteninfektiologie und dem BMSGPK (inklusive der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz, ÖPGK). Die Interviews dauerten zwischen 45 und 60 Minuten und behandelten die bisherigen Erfahrungen mit dem ÖGD, die Einschätzung der Bedeutung der neun Aufgabengebiete des ÖGD sowie Verbesserungspotenziale und Wünsche hinsichtlich der Zusammenarbeit.

Um die **IT-Ausstattung** des ÖGD zu erheben, wurde mittels Verbindungsstelle ein Erhebungsbogen an die Bundesländer geschickt, in dem Einzelheiten zu Ausstattung, Software und IT-Budget abgefragt wurden. Sechs Bundesländer hatten sich an der Erhebung beteiligt.

Ergänzend wurde mit dem Lenkungsausschuss eine Definition „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ abgestimmt sowie das aktuelle Leistungsportfolio der Länder erhoben.

3.1.3 Ergebnisse AP 1

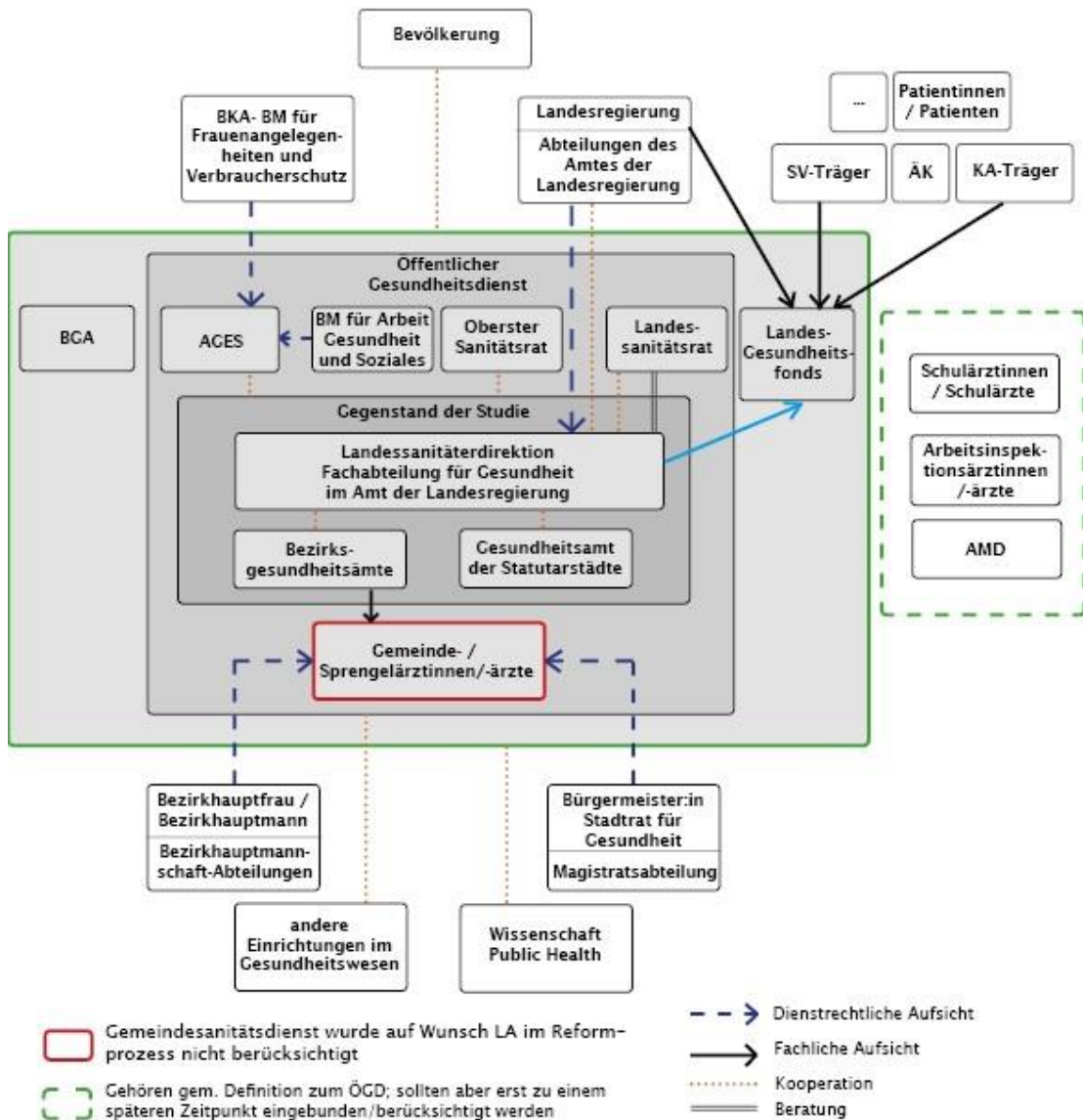
3.1.3.1 Definition ÖGD

Mit der Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit (BMG 2013) wurde u. a. versucht, den Begriff ÖGD – wie er in Deutschland schon länger in Gebrauch war –, auch in Österreich und den ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens zu etablieren und damit auch zu signalisieren, dass es in einem modernen Public-Health-Verständnis eines multiprofessionellen ÖGD bedarf. Auf Basis der in der Strategie skizzierten Charakterisierung des ÖGD versus ambulanter und stationärer Versorgung (z. B. Gesundheitsschutz der Bevölkerung vs. Individualkuration, Verfügung über hoheitliche Kompetenzen, Unparteilichkeit etc.) wurde im Lenkungsausschuss folgende Definition vom ÖGD als Grundlage für alle Arbeiten im Rahmen des ÖGD-Reformprozesses beschlossen: In die **Zuständigkeit des ÖGD** fällt es, wenn

- es um bevölkerungs(-gruppen-)bezogenen Gesundheitsschutz, Gesundheitserhalt und bevölkerungs(-gruppen-)bezogene Gesundheitsförderung geht – insbesondere in folgenden Fällen:
 - Ermöglichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und bestmöglicher Gesundheit für alle (Public Health), dies erfordert sozialkompensatorische, planerische und gestalterische Arbeit
 - Aufgaben müssen nicht notwendigerweise selbst erbracht werden, Normierung und Steuerung stehen im Vordergrund.
 - Die Aufgabenwahrnehmung erfordert Monitoring und Surveillance.
 - Hoheitliche Kompetenzen/Befugnisse sind erforderlich.
 - Unparteilichkeit ist erforderlich – gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen.

Der ÖGD nimmt somit die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr.

Abbildung 2: Übersicht ÖGD



Quelle: GÖG 2024

3.1.3.2 ÖGD-Leistungspotfolio

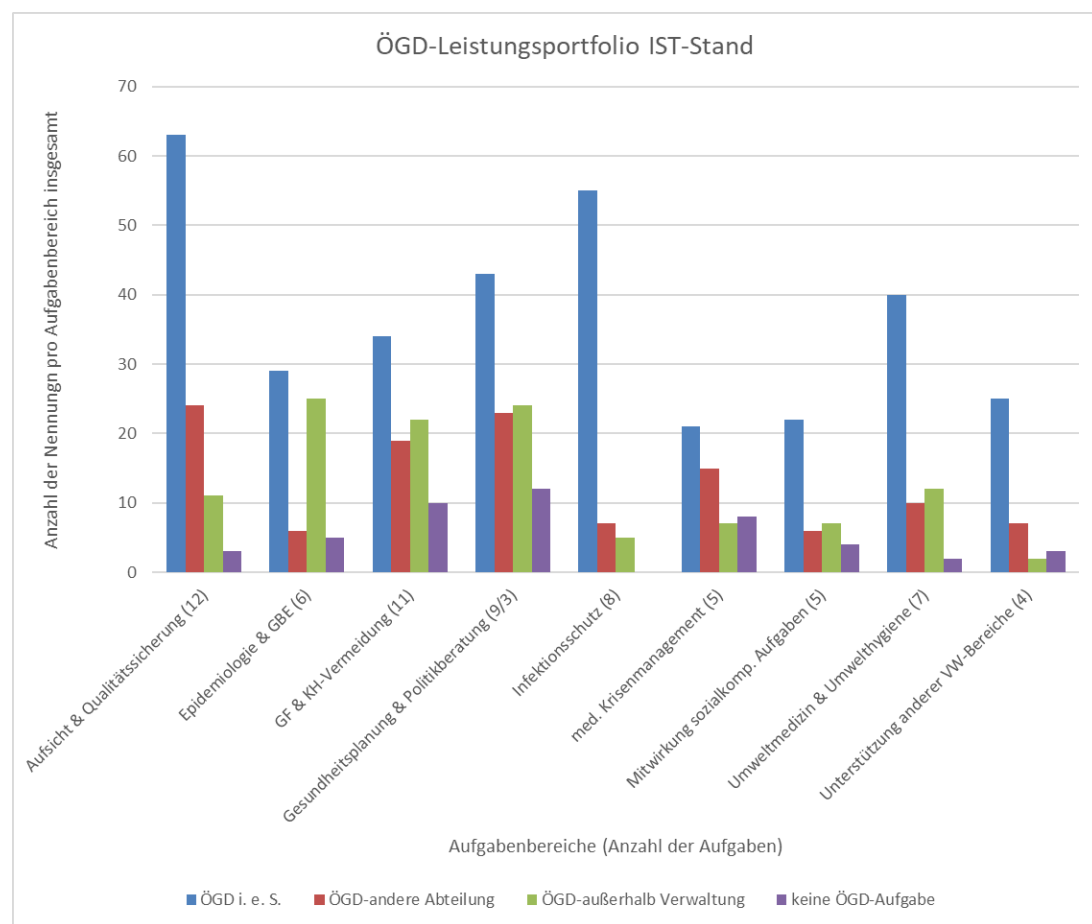
Weil der ÖGD im Vergleich der einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich organisiert ist, beschloss der Lenkungsausschuss, eine Erhebung über den Ist-Stand der Aufgabenwahrnehmung in den Bundesländern durchzuführen. Grundlage dafür waren einerseits die in der Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit (BMG 2013) enthaltene Aufgabenbeschreibung und andererseits die vom Lenkungsausschuss getroffene Definition und Abgrenzung für den ÖGD (siehe oben).

Entlang der Aufgabenbereiche aus der Nationalen Strategie sollten die Bundesländer Auskunft geben, ob sie eine Aufgabe als ÖGD-Aufgabe erachten und wo diese Aufgabe wahrgenommen wird:

- ja, vom ÖGD im engeren Sinn (ÖGD i. e. S.) wahrgenommen, und zwar durch ... (AÄ, DGKP, SHD, sonstige Berufsgruppen bzw. Akteurinnen und Akteure)
- ja, wird in anderer Abteilung wahrgenommen, und zwar von ... (Angabe der Abteilung)
- ja, wird außerhalb der Verwaltung umgesetzt durch ...
- nein, ist aus Sicht des Landes keine ÖGD-Aufgabe

Es zeigte sich eine große Übereinstimmung darin, dass die Aufgaben des Aufgabenkatalogs der Nationalen Strategie zum überwiegenden Teil als ÖGD-Aufgaben erachtet werden. Überwiegend werden diese auch im ÖGD im engeren Sinn (also Landessanitätsdirektionen und Gesundheitsämter der BVB-Ebene) wahrgenommen, insbesondere wenn es sich um „klassische Sanitätsaufgaben“ (Aufsicht, Infektionsschutz etc.) handelt. Aufgaben aus Aufgabenbereichen, die einem modernen Public-Health-Verständnis entsprechen, werden zwar als ÖGD-Aufgaben erachtet, zum Teil aber außerhalb der Verwaltung erbracht (z. B. im Bereich Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung).

Abbildung 3: Überblick über das Ergebnis der Ist-Erhebung des ÖGD-Leistungsportfolios 2022 aus dem Bericht zum AP 1



Quelle: GÖG 2022

3.1.3.3 ÖGD-Aufgabenprofil

Auf Basis des Aufgabenkatalogs der Nationalen Strategie (BMG 2013) wurden die einzelnen Aufgaben seitens der Arbeitsgruppe dahin gehend geprüft, ob sie zukünftig Muss-Aufgaben des ÖGD (gemäß der in [Kapitel 3.1.3.1](#) beschriebenen Definition) sein sollen. Eine Muss-Aufgabe bedeutet, dass alle Bundesländer diese Aufgabe wahrnehmen, wobei ihnen die organisatorische Zuordnung der Aufgabe (in der Gesundheitsabteilung, in einer anderen Abteilung der Landesverwaltung oder in einer Organisation außerhalb der Verwaltung) überlassen bleibt. Weiters wurden pro Aufgabe die notwendigen Berufsgruppen bzw. Akteurinnen und Akteure, die für diese notwendigen Zusatzqualifikationen gebraucht werden, sowie etwaiger Handlungsbedarf beschrieben.

Das von der Arbeitsgruppe erarbeitete Aufgabenprofil wurde in weiterer Folge vom Lenkungsausschuss bestätigt. Demzufolge sind die Aufgaben und Tätigkeiten folgender Aufgabenbereiche vom ÖGD (gemäß der o. a. Definition) wahrzunehmen (Auflistung in alphabetischer Reihenfolge):

- Aufsicht und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und in die Gesundheit möglicherweise gefährdenden Einrichtungen
- Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung
- Gesundheitsplanung und Beratung der Politik zu gesundheitsrelevanten Entwicklungen
- Infektionsschutz
- medizinisches Krisenmanagement
- Mitwirkung bei sozialkompensatorischen Aufgaben
- Umweltmedizin/Umwelthygiene
- Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche, der Exekutive und der Justiz

Neben den AÄ als (weiterhin) zentraler Berufsgruppe des ÖGD werden folgende Berufsgruppen als wesentlich für eine Weiterentwicklung des ÖGD erachtet: diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), medizinische Assistenzberufe (MAB) bzw. Sanitätshilfspersonal, für das eine Ausbildung auf MAB-Niveau vorgeschrieben werden sollte, Personal unterschiedlicher Berufsgruppen mit Public-Health-Ausbildung (insbes. für die Aufgabenbereiche Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung). Im Bereich Tuberkulosevorsorge und Beratung von Sexdienstleisterinnen und -dienstleistern kommen in Wien auch Sozialarbeiter:innen zum Einsatz. Ein zentraler Wunsch war die Etablierung der Position einer Presseoffizierin oder eines Presseoffiziers bzw. einer Pressesprecherin oder eines Pressesprechers wie z. B. beim Roten Kreuz und bei der Feuerwehr. Diese Position würde nicht nur die Informationsabstimmung im Krisenfall erleichtern, sondern auch die notwendige Öffentlichkeitsarbeit unterstützen.

Die Handlungsbedarfe im Zusammenhang mit den ÖGD-Aufgaben wurden folgendermaßen gruppiert/kategorisiert:

- Standardisierung (z. B. Vorgaben für einheitliche Vorgehensweisen, Abstimmung eines Krisenkommunikationsplans etc.)
- Qualifizierung (z. B. neben den AÄ auch die österreichweit einheitliche Regelung der Ausbildung / des Ausbildungsniveaus für MA der Sanitätsreferate im Bereich Infektionsschutz – SHD auf MAB-Niveau)

- alternative Vorgehensweisen (z. B. wurde im Bereich Aufsicht vorgeschlagen, die Notwendigkeit von kommissionellen Prüfungen bzw. von Bestimmungen bzgl. des Vorsitzes bei Kommissionen für nichtärztliche Gesundheitsberufe zu hinterfragen und eine andere Form der externen Qualitätssicherung der Ausbildung zu konzipieren und zu etablieren)
- legislativer Handlungsbedarf (hier geht es meist darum, zu klären, ob und wann es unbedingt AÄ [als Sachverständige] braucht, insbesondere im Bereich der Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche)

Die Liste der Aufgaben, bei denen legislativer Handlungsbedarf geortet wurde, wurde an die Expertengruppe Recht zur weiteren Bearbeitung übermittelt (siehe dazu auch Abschnitt 3.6).

3.1.3.4 Personalbedarfsschätzung bis 2030

Die Erhebung des Personalstands für das Jahr 2021 (auf Basis von Rückmeldungen aus acht Bundesländern) ergab rund 2.000 beschäftigte Personen, von denen allerdings rund 560 Personen nur für COVID-19 Agenden beschäftigt waren, die meisten von ihnen beim Verwaltungspersonal. Verwaltungspersonal bildet mit rund 400 Personen die größte Berufsgruppe, hier zeigt sich auch, dass für die Jahre 2020 und 2021 eigens für Aufgaben rund um COVID-19 weitere rund 240 Personen beschäftigt wurden. Die nächstgrößte Berufsgruppe sind die AÄ mit rund 300 Personen. Entsprechend den Rückmeldungen im Zuge der Ist-Stand-Erhebung bei den Bundesländern kann davon ausgegangen werden, dass bei den AÄ österreichweit ein **Fehlbestand** von zumindest 28 Vollzeitäquivalenten besteht – unabhängig von einem zusätzlichen Bedarf durch COVID-19, der hiervon explizit ausgenommen ist. Dieser müsste so rasch wie möglich behoben werden, um so die sich sukzessiv weiter verschärfende Überauslastung des bestehenden amtsärztlichen Personals wieder zu reduzieren.

Bis 2030 werden zudem geschätzt 206 Personen in **Pension** gehen, deren Stellen ebenfalls neu besetzt werden müssen. Um gleichzeitig den jetzigen österreichweiten Versorgungsgrad von 3,1 AÄ pro 100.000 Einwohner:innen aufrechterhalten zu können, bedarf es bis 2030 noch weiterer elf Personen. Sollen aber jene Bundesländer, welche unter dem erwähnten österreichweiten Durchschnitt von 3,1 AÄ pro 100.000 Einwohner:innen liegen, auf diese Messzahl aufstocken, so sind zusätzlich weitere 34 AÄ vonnöten. Bei den anderen Berufsgruppen belaufen sich die Zahlen für mögliche Fehlbestände auf einen Wert zwischen vier und 22 VZÄ, der Ersatzbedarf liegt zwischen 24 und 115 Personen.

3.1.3.5 Herausforderungen und Empfehlungen

Auf Basis der Erhebungen (Personalbedarf, IT-Infrastruktur, Befragung der AÄ) und der Interviews mit relevanten Stakeholderinnen und Stakeholdern wurden folgende Problembereiche identifiziert:

- Das gesamte Aufgabenspektrum und damit auch die Bedeutung des ÖGD sind (relativ) unbekannt.
- Es herrscht Personalmangel.
- Der ÖGD wurde (nicht nur finanziell) vernachlässigt.
- Die rechtlichen Grundlagen für den ÖGD sind veraltet (1870) und in viele unterschiedliche Materiengesetze aufgesplittert.
- Aus- und Weiterbildung sind nicht bedarfsgerecht.

- Die Kommunikationsstrukturen sind instabil und unsystematisch.
- Es gibt neun ÖGD in Österreich.
- (Wesentliche) Prozesse (Abläufe, Zuständigkeiten, Verantwortungen etc.) sind zwischen Bund und Ländern sowie interministeriell nicht geklärt und damit nicht nachvollziehbar (z. B. operativer Krisenmechanismus / Krisenmanagement).
- Es fehlt eine strategische Ausrichtung im ÖGD.

Die zu einzelnen Problemlagen skizzierten Maßnahmen sowie die wesentlichsten Handlungsbedarfe in den jeweiligen Aufgabenbereichen wurden in der Folge zusammengefasst und nach dem Capacity-Building-Framework (NSW 2001) in die fünf Schlüsselbereiche Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Ressourcenwidmung, Partnerschaften und Leadership gegliedert. Die Fülle der Maßnahmen wurde in Folge mit dem Lenkungsausschuss diskutiert und priorisiert.

Aus Sicht des Lenkungsausschusses waren und sind im weiteren Reformprozess folgende Themenbereiche prioritär zu bearbeiten:

- Personalmangel (Fehlbestand, Ersatzbedarf, Zusatzbedarf) beheben
- finanzielle Ressourcen bereitstellen, die es dem ÖGD – als dritter Säule im Gesundheitswesen – ermöglichen, wirksam, krisenresistent und kompetent in Erscheinung zu treten
- rechtliche Grundlagen für die Umsetzung des beschriebenen Aufgabenprofils/-portfolios anpassen bzw. schaffen
- Klarheit für den Vollzug auf Landesebene herstellen (Vorgaben für Aufgabenerledigung, erforderliche bzw. bereitzustellende Ressourcen)
- ÖGD für Anwerbung und Bindung benötigter Berufsgruppen attraktiver machen (Allgemeinmedizin, Epidemiologie, Umweltmedizin, Public Health, Gesundheits- und Krankenpflege etc.)

Als essenziell für den Erfolg der Reformbestrebungen wurde seitens des Lenkungsausschusses **die Erarbeitung eines Reformplans** erachtet (vgl. Kapitel 5), der sowohl dem hohen Komplexitätsgrad als auch der Vielzahl an Beteiligten auf den unterschiedlichen Ebenen des ÖGD gerecht wird. Ein dafür eingesetztes **Programmmanagement** sollte die Planung und Steuerung des Reformprozesses übernehmen, damit der Abarbeitungsprozess systematisiert und mit einem konkreten Zeitplan versehen ist sowie alle wesentlichen Handlungsbedarfe beinhaltet (z. B. eine gemeinsam erarbeitete Implementierungsstrategie für das neue Aufgabenprofil).

Die im Abschlussbericht zusammengefassten Ergebnisse und Empfehlungen wurden in Folge in einer Unterarbeitsgruppe im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen verwendet, um Ziele und Maßnahmen für die Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ vorzuschlagen. Diese Unterlage bildete in Folge auch die Grundlage für die Erarbeitung des Umsetzungsplans (siehe Kapitel 5).

3.2 AP 2: Qualifikation(en) für Amtsärztinnen und Amtsärzte

Im Arbeitspaket 2 sollte die Ausbildung von AÄ für den ÖGD zeitgemäßer und attraktiver gestaltet werden. Es hatte sich insbesondere durch die Pandemie (Corona) gezeigt, dass der Physikatskurs gemäß Erhebung 2022 nur mehr sporadisch angeboten wurde und diese Qualifikationsformen den gegebenen Anforderungen nicht mehr entsprach.

3.2.1 Zielsetzung und Abgrenzung des Arbeitsauftrags

Als Grundlage für formale sowie nichtformale amtsärztliche Qualifikationen (Aus- und Weiterbildungen) war in erster Linie ein lernergebnisorientiertes sowie abgestuftes Qualifikationskonzept zu erarbeiten und waren diesbezügliche Empfehlungen abzuleiten. Darüber hinaus sollte das Konzept auch als fachliche Grundlage für entscheidende Diskussionen, mit den für ärztliche Qualifikationen zuständigen Stakeholdern (u. a. Gesundheitsressort, Österreichische Ärztekammer, medizinische Universitäten), und die logistische Umsetzung verwendet werden können.

Im Arbeitsauftrag nicht enthalten waren die Entwicklung eines Curriculums für amtsärztliche Qualifikationen sowie die Auseinandersetzung mit Qualifikationen anderer Berufsgruppen für den ÖGD (u. a. Epidemiologinnen und Epidemiologen, DGKP, MAB, ÖGD-Hilfsdienste). Auch die Analyse von Curricula (u. a. Medizinstudium, FH-Ausbildung DGKP) hinsichtlich ÖGD-relevanter Lernergebnisse und Inhalte war nicht Bestandteil der Beauftragung durch den Lenkungsausschuss.

3.2.2 Spezifische Methodik – Vorgangsweise

Im Folgenden wird die im Rahmen dieser Qualifikationsentwicklung zur Anwendung gebrachte methodisch-didaktische Vorgangsweise näher beschrieben, damit nachvollzogen werden kann, wie das Arbeitsergebnis zustande kam.

Als Erstes wurden mit der Arbeitsgruppe 1 die im ersten Ergebnisbericht beschriebenen Kernaufgaben des ÖGD Neu (GÖG 2022, S. 46-62) hinsichtlich amtsärztlicher Aufgaben differenziert, um sie dann in Form aufgabenbezogener Arbeitsprozesse/Tätigkeiten zu operationalisieren. Darüber hinaus wurden begleitend aufgabenbezogen auch jene Rechtsgrundlagen und weiteren Vorgaben (z. B. Leitlinien) gesammelt, die für die amtsärztliche Qualifikation als exemplarisch gelten könn(t)en.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 verständigten sich für die Identifikation der amtsärztlichen Aufgaben – entlang der Kernaufgaben des ÖGD – auf folgende Grundannahmen:

- Laut derzeit geltender Rechtslage ist die Durchführung durch eine Amtsärztin bzw. einen Amtsarzt erforderlich bzw. vorgesehen.
- Es handelt sich um (eine) medizinische Fragestellung(en).
- Es ist (sind) (ein) amtsärztliche(s) Gutachten erforderlich, welche(s) auch als Stellungnahme(n), Zeugnis(se) oder Bestätigung(en) ausgeführt sein kann (können).
- Dieses AÄ-Aufgabenprofil dient primär als Grundlage für die Ausbildungskonzeption, d. h., Übertragungsentscheidungen werden in diesem Kontext nicht getroffen.
- Für die Ausbildungskonzeption sind wiederkehrende Arbeitsprozesse von Relevanz, es ist daher nicht nötig, „more of the same“ und jedes Detail aufzulisten.
- Auch wenn sich eine Aufgabe/Tätigkeit primär nicht amtsärztlich definieren lässt, ist diese hinsichtlich Ausbildungsrelevanz für AÄ zu prüfen (u. a. wegen Aufsichtsfunktion oder Delegation).

Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 2 – insbesondere dem Kernteam unter der didaktischen Leitung der GÖG – wurde in Folge, aufbauend auf dem Arbeitsergebnis der AG 1, der konzeptionelle Rahmen für die amtsärztliche Qualifikationsentwicklung wie folgt erarbeitet:

- aufgabenbereichsübergreifende Clusterung angeführter Arbeitsschritte/Tätigkeiten mit Identifikation und Benennung wiederkehrender Arbeitsprozesse
- Bewertung und Priorisierung der wiederkehrenden Arbeitsprozesse nach Häufigkeit ihrer Durchführung sowie nach ihrem Schwierigkeits- bzw. Komplexitätsgrad
- Verschränkung der inhaltlich definierten Aufgabenbereiche mit jenen wiederkehrenden Arbeitsprozessen, die für den jeweiligen Aufgabenbereich typisch sind und häufig vorkommen (= amtsärztliche Aufgabenstellung)
- Einbettung der AÄ-Aufgabenstellungen in das Kompetenzstufenmodell anhand ihrer Häufigkeit in der täglichen Praxis, ihres Komplexitätsgrads sowie der Logik/Merkmale des stufenweisen Kompetenzerwerbs (Benner 2017; Dreyfus 1980): neue Person im ÖGD (AÄ-Anfänger:in) – fortgeschrittene Person im ÖGD – kompetente Person im ÖGD – erfahrene Person im ÖGD

Damit Lernergebnisse bzw. die zur Aufgabenerledigung erforderlichen Kompetenzen – das amtsärztliche Können – aussagekräftig formuliert werden konnten, war nötig, Situationsanalysen zu den zentralen und wiederkehrenden amtsärztlichen Aufgabenstellungen (Arbeitsprozess x im Aufgabenbereich y) vorzunehmen, um Subprozesse und diesbezügliche Erfolgsfaktoren für die Formulierung von fachlichen sowie überfachlichen Kompetenzen zur Verfügung zu haben.

Letztlich wurde mit der AG 2 – insbesondere dem Kernteam dieser Arbeitsgruppe –, basierend auf den Vorgaben/Deskriptoren des Nationalen Qualifikationsrahmens (NQR-Koordinierungsstelle in Österreich (NKS) 2019) sowie den Merkmalen des abgestuften Kompetenzerwerbs (Benner 2017; Dreyfus 1980), anhand einer eigens dafür entwickelten Checkliste (Rottenhofer/Podzeit 2024)

- ein kompetenzorientiertes Anforderungsprofil für AÄ in Österreich (AÄ-Kompetenzprofil) erarbeitet, das gleichzeitig ein
- lernergebnisorientiertes abgestuftes Ausbildungskonzept für eine fachärztliche Ausbildung im ÖGD sein kann, und es wurden
- Vorschläge für die Implementierung des ÖGD als Ausbildungsstätte in das Ärzte-Gesetz und die Novellierung des Sonderfachs Public Health i. S. des ÖGD vorgelegt.

3.2.3 Zentrale Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse dieses Arbeitspakets sind das sehr differenziert und detailliert ausgearbeitete Kompetenzprofil für AÄ in Österreich sowie daraus abgeleitete Empfehlungen für eine fachärztliche Ausbildung im und für den ÖGD (Rottenhofer/Podzeit 2024).

3.2.3.1 Kompetenzprofil für AÄ in Österreich

Durch die literaturgestützte und berufsdidaktische Vorgangsweise konnte im Detail sichtbar gemacht werden, welchen Anforderungen AÄ gerecht werden müssen, und das, u. a. mangels entsprechender Personalressourcen, oft ab dem ersten Tag ihres Einsatzes im ÖGD.

Ziel der systematischen fachlichen Grundlagenarbeit war ein konzeptioneller Rahmen (siehe Anhang), der nicht nur strukturgebend ist, sondern vor allem fachliche Entscheidungen didaktisch argumentiert (Pfabigan et al. 2021; Rottenhofer 2008; Rottenhofer/Podzeit 2024). In der Folge

kann und sollte dieser Rahmen auch als Grundlage für die Evaluierung von AÄ-Qualifikation(en) herangezogen werden.

Das Kompetenzprofil ist entlang der neun ÖGD-Aufgabenbereiche (Kapitel 3.1.3.3) unter Einbettung der folgenden – jeweils pro Aufgabenbereich erforderlichen – wiederkehrenden Arbeitsprozesse aufgebaut und inhaltlich, differenziert nach vier Kompetenzstufen, ausgearbeitet:

- der Lokalausweis / die Begehung
- Gutachten erstellen / Stellungnahmen schreiben (individual-, bevölkerungs- und umweltmedizinische)
- untersuchen und diagnostizieren (personen-, organisations-, struktur- und ergebnisbezogen)
- Maßnahmen vorschlagen, veranlassen und im Einzelfall auch setzen
- akut handeln/intervenieren
- dokumentieren
- Konzepte, Leitlinien etc. beurteilen/entwickeln
- kompetent informieren und kommunizieren (inkl. Öffentlichkeitsarbeit)
- Gremienarbeit leisten
- Stabsarbeit leisten
- Monitoring – im Sinne von Surveillance – betreiben
- evidenzbasiert arbeiten
- empirisch arbeiten / forschen (u. a. Daten erheben/generieren, interpretieren, nutzen)
- kooperieren und vernetzen
- berichten und Berichte verfassen
- koordinieren und organisieren
- beraten und schulen (inkl. Politikberatung)
- Überzeugungsarbeit leisten
- Agenda-Setting betreiben

Das ansteigende Anforderungsniveau zu den amtsärztlichen Aufgabenstellungen (inkl. Rollenwahrnehmung) ist in vier Kompetenzstufen – beginnend bei dem bzw. der amtsärztlichen Anfänger:in über die fortgeschrittene und die kompetente Person bis hin zur erfahrenen Amtsärztin bzw. zum erfahrenen Amtsarzt – inhaltlich beschrieben. Nicht alle AÄ-Aufgabenstellungen sind ab der Stufe der Anfängerin bzw. des Anfängers verortet, da manche aufgrund des hohen Komplexitätsgrads Berufserfahrung in einem gewissen Ausmaß voraussetzen. Die fünfte Stufe („Expertin bzw. Experte“) des verwendeten Kompetenzmodells wird erst nach rund zehn Jahren erreicht (Benner 2017; Dreyfus 1980), weshalb sie für die angestrebte fachärztliche Qualifikation/Ausbildung (5–6 Jahre) keine unmittelbare Relevanz besitzt. Das heißt, es wurden für die fünfte Stufe (derzeit) keine Kompetenzen formuliert. Diese Stufe ist bzw. wird ausbildungsmäßig dann relevant, wenn Spezialisierungen z. B. in Umweltmedizin oder (Infektions-)Epidemiologie in Fachkarrieren im Bereich ÖGD münden sollen (z. B. Expertenpooling).

Das mit dem Ergebnisbericht „Qualifizierung von Amtsärztinnen und Amtsärzten in Österreich“ vorgelegte **Kompetenzprofil** (Rottenhofer/Podzeit 2024) gliedert sich in

- **überfachliche Kompetenzen** – d. h. in allen AÄ-Aufgabenbereichen gleichermaßen relevante Kenntnisse, Fähigkeiten, gleichermaßen relevantes Verständnis, Können, Handeln, gleichermaßen relevante Erfahrung, Volition und Motivation – sowie in

- **fachliche Kompetenzen** entlang der neun ÖGD-Aufgabenbereiche (inkl. Rollenprofilen und zutreffender Arbeitsprozesse – siehe Beispiel zu Infektionsschutz im Anhang).

Durch die Verwendung des Instruments der Situationsanalyse(n) konnten – neben den fachlich-methodisch erforderlichen Kompetenzen entlang der neun ÖGD-Aufgabenbereiche – erstmals Kompetenzen offengelegt werden, die bis dato gar nicht bzw. kaum diskutiert wurden. Diese als „überfachliche Kompetenzen“ bezeichneten Anforderungen an die amtsärztliche Performanz/Handlungsfähigkeit umfassen neben der „Rollengestaltung“ (u. a. ASV, Berater:innen etc.), den Spannungsfeldern Individual- versus Bevölkerungsmedizin, Gesundheitsförderung und Prävention versus Kuration, politischem und rechtlichem Interesse sowie neben Kategorien wie „personale Kompetenzen“ (u. a. kritisches Denken, Wissenschaftlichkeit, Objektivität, Durchsetzungsvermögen, strategisches Denken) und „Methodenrepertoire“ auch die Kategorie „Lehren und Lernen“ (siehe Beispiel zu „personale oder Selbstkompetenz“, Tabelle im Anhang).

3.2.3.2 Schlussfolgerungen

AÄ-Kompetenzprofil legt enormen Qualifizierungsbedarf offen.

Das Kompetenzprofil legt in seiner Gesamtheit einen enormen Qualifikationsbedarf offen, dem derzeit nur ansatzweise – mittels Dienstprüfungen der Länder und/oder durch den Physikatskurs (zuletzt online in Kombination mit E-Learning) sowie individuelle Fort- und Weiterbildungen (u. a. amtsärztliche Fortbildungsveranstaltungen des Bundes) – entsprochen wird. Gemäß verwendetem Kompetenzmodell ist eine anforderungsgerechte amtsärztliche Kompetenzentwicklung in den unterschiedlichen Aufgabenbereichen des ÖGD in fünf bis sechs Jahren Berufstätigkeit – analog einer fachärztlichen Ausbildung – zu erwarten und innerhalb dieses Zeitraums auch möglich. Allerdings müssten dazu die nötigen Qualifikationsstrukturen und -prozesse im ÖGD etabliert werden, analog den fachärztlichen Ausbildungen in den individualmedizinischen Sonderfächern.

Das Kompetenzprofil zeigt aber auch, dass das Berufsfeld AÄ ein äußerst vielseitiges, herausforderndes und attraktives ist, welches bei Ärztinnen und Ärzten bzw. Medizinerinnen und Mediziner durch adäquate Informationsarbeit und Attraktivierung des Einsatzgebietes ÖGD durchaus auf Interesse stoßen wird. Der ÖGD, dargestellt als gesellschaftlich hochrelevantes und bevölkerungsmedizinisch ausgerichtetes ärztliches Handlungsfeld, könnte dadurch mehr Aufmerksamkeit und gesellschaftliche Anerkennung erfahren sowie fachärztlich ausgebildeten AÄ einen gleichwertigen Platz innerhalb der Ärzteschaft einräumen. Alles Voraussetzungen, damit auch in Zukunft ausreichend Mediziner:innen bzw. Ärztinnen und Ärzte für den ÖGD angeworben und für einen längeren Zeitraum an ihn gebunden werden können. Eine amtsärztliche Ausbildung in Form einer Fachärztin bzw. eines Facharztes in „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ (Arbeitstitel) ist dafür erforderlich.

Vor dem Hintergrund der aktuellen und 2022 für die Zukunft skizzierten quantitativen und qualitativen Personalsituation erscheint eine fachärztliche Ausbildung für den ÖGD alternativlos, begründet vor allem durch

- nicht nachbesetzt werden könnende amtsärztliche Planstellen – insbesondere auf Bezirksebene – aufgrund mangelnder Attraktivität des ÖGD (Entlohnung, Stellenwert innerhalb der Ärzteschaft, gesellschaftliche Anerkennung etc.),
- die einsetzende Pensionierungswelle, rd. 200 AÄ von insgesamt rd. 300 gehen bis 2030 in Österreich in Pension, und den mit ihr verbundenen „Braindrain“ jahrzehntelang aufgebauter amtsärztlicher Expertise im ÖGD (auf allen Verwaltungsebenen),
- das Auslaufen der allgemeinmedizinischen Ausbildung als wichtigster „Zubringer“ für den ÖGD (rd. 80 % der AÄ haben eine allgemeinmedizinische Ausbildung) – in Zukunft soll es im Rahmen der ärztlichen Qualifizierungspfade nur noch Sonderfächer geben, auch in Allgemein- und Familienmedizin – und
- den letztlich mit dem AÄ-Kompetenzprofil im Detail offengelegten amtsärztlichen Qualifikationsbedarf.

Die **fachärztliche Ausbildung müsste aber nicht neu geschaffen** werden, sondern es würde reichen, das bestehende – ursprünglich 2014 ohnedies für den ÖGD konzipierte – **Sonderfach Public Health** zu novellieren (ÄAO 2015). Das heißt, zuvor den **ÖGD sowohl als Ausbildungsstätte in das Ärztegesetz zu integrieren als auch Ausbildungs- und Übergangsbestimmungen** – zumindest für ausbildende AÄ – **darin zu verankern**. Damit geht zwingend einher, die Gesundheitsämter auf allen Verwaltungsebenen zur Ausbildung der neuen Fachärztinnen und -ärzte – auf Basis des amtsärztlichen Kompetenzprofils – weiterzuqualifizieren sowie den Personaleinsatz und die Personalentwicklung im amtsärztlichen Bereich am Kompetenzmodell auszurichten.

Damit kein Ausbildungsvakuum im ÖGD und keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der amtsärztlichen Leistung produziert werden, **muss mit der fachärztlichen Ausbildung im ÖGD umgehend begonnen und das Zeitfenster bis 2030 effektiv und qualitätssichernd genutzt werden**. Aus diesem Grund hat sich die AG 2 bereits im ersten Halbjahr 2023 mit Novellierungserfordernissen beschäftigt und dem Gesundheitsressort diesbezügliche Vorschläge – auch mit dem Ergebnisbericht – unterbreitet (Rottenhofer/Podzeit 2024). Das Commitment zur ÖGD-adäquaten Novellierung des bestehenden Sonderfachs Public Health (ÄAO 2015; Ärztegesetz-Novelle 2023; Ärztegesetz 1984 - ÄrzteG 1998) liegt sowohl vonseiten des Vorstands der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Public Health und den ÖGD als auch vonseiten der Bundeskonferenz der leitenden Sanitätsbeamtinnen und -beamten im o. g. Ergebnisbericht vor.

3.2.3.3 Empfehlungen

Zukünftig mögliche Ausbildungsvarianten für AÄ zum Sonderfach „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ (kurz-, mittel- und langfristig)

Die zuvor als nötig angeführte Novellierung des Ärztegesetzes bezieht sich auf die Integration des ÖGD als Ausbildungsstelle (§ 10) und die Formulierung von Übergangsbestimmungen, die eine sofortige Aufnahme der Ausbildungstätigkeit von sehr berufserfahrenen AÄ im Sonderfach Public Health erlauben (analog § 259 für das Sonderfach Allgemein- und Familienmedizin). Für die Zukunft jedoch sind kurz-, mittel- und langfristig mehrere Ausbildungsvarianten zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ denkbar.

Abbildung 4: Ausbildungsvarianten für Amtärztinnen und Amtärzte zur Fachärztin bzw. zum Facharzt

	SONDERFACH PUBLIC HEALTH (GEMÄß ÄAO 2015)	FÜR DEN ÖGD NOVELLIERTES SONDERFACH PUBLIC HEALTH („BM UND PH“)	UMSTIEGS-MODELL von FA xy zu SF „BM & PUBLIC HEALTH“
Sonderfach Schwerpunkttausbildung	Spezialisierung in 3 Wahlpflichtmodulen (von insgesamt 6 Modulen) plus 1 wissenschaftliches Modul (9 Monate) (insgesamt 27 Monate)	Spezialisierung in mindestens 3 Wahlpflichtmodulen (von insgesamt 9 Modulen) plus 1 wissenschaftliches Modul (9 Monate) (insgesamt 27 Monate)	bevölkerungsmedizinisch am ÖGD ausgerichteter SF-Schwerpunkt in „Bevölkerungsmedizin & Public Health“ = wäre neu zu konzipieren
Sonderfach Grundausbildung	generalistisch – entlang von für PH und den ÖGD relevanten Themenbereichen* sowie praktischer Ausbildung im ÖGD mit großzügiger Anrechnung von Physikatskurs und/oder äquivalenter Ausbildungen (PH, UM ...) sowie Berufspraxis (i. S. v. Validierung informell erworbener Kompetenzen***) (insgesamt 12 oder 36 Monate)	individualmedizinisch – in für den ÖGD relevanten klinischen Sonderfächern** (24 Monate stationärer und ambulanter Bereich) plus generalistische Einführung in Bevölkerungsmethodik & Public Health (12 Monate theoretische Ausbildung) (insgesamt 36 Monate)	gemäß geltender ÄAO mögliche Sonderfächer (z. B. Allgemein- und Familienmedizin; Innere Medizin und Infektiologie; Klinische Mikrobiologie und Hygiene/ Virologie; Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin inkl. forensische Psychiatrie)
	lus practicandi / Basisausbildung	Basisausbildung (9 Monate)	
Zugang	AM/SF (mind. SF-GAB) / Dr. med. (inkl. KPJ)	Dr. med. (inkl. KPJ)	Dr. med. (inkl. KPJ)
Fristigkeit	kurzfristig (= nur als Übergangslösung)	mittelfristig	langfristig

Legende: ÄAO: Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung; BM: Bevölkerungsmedizin; PH: Public Health; „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ (Arbeitstitel); AM: Allgemeinmedizin; FA: Fachärztin bzw. Facharzt; SF: Sonderfach; ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst; GAB: Grundausbildung; KPJ: klinisch-praktisches Jahr; UM: Umweltmedizin

* Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und in Einrichtungen, von denen Gefahren für die Gesundheit ausgehen können; Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung; Infektionsschutz; behördliches Krisenmanagement; Umweltmedizin

** Ein Vorschlag für die klinischen Sonderfächer ist in der Abbildung folgenden Text angeführt.

*** entlang des 4-stufigen Kompetenzprofils für Amtärztinnen und Amtärzte in Österreich (Rottenhofer/Podzeit 2024)

Quelle: GÖG 2024

Der in der Legende der Abbildung 4 angekündigte Vorschlag für die klinischen Sonderfächer (Cluster) im Rahmen der novellierten Sonderfach-Grundausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt in „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ wird erforderlich (Tabelle 1), weil es langfristig nur mehr Fachärztinnen und Fachärzte, insbesondere durch die Einführung des Sonderfachs Allgemeinmedizin und Familienmedizin, geben wird und der ÖGD immer weniger Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin rekrutieren können wird. Darüber hinaus verlängert sich die postgraduelle Ausbildungszeit von 42 Monaten in Allgemeinmedizin auf (zeitlich bis 2030 gestaffelt) 60 Monate in Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Derzeit entstammen gemäß Befragung 2022 (Onlinesurvey) rund 90 Prozent der befragten AÄ der Allgemeinmedizin (GÖG 2022), sodass die Veränderung in der allgemeinmedizinischen Ausbildung starke Implikationen auf die Rekrutierung von AÄ haben wird und dementsprechend andere Ausbildungsvarianten auszubauen sind.

Tabelle 1: Klinische Sonderfächer, die im Rahmen der novellierten Sonderfach-Grundausbildung für „Bevölkerungsmedizin und Public Health“ zu absolvieren sind (mittelfristige Ausbildungsvariante)

Innere Medizin, Innere Medizin und Infektiologie, Anästhesie und Intensivmedizin	6 Monate (2 Monate Not-/Erstaufnahme können darauf angerechnet werden)
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	4 Monate (1 Monat Neurologie kann darauf angerechnet werden)
Kinder- und Jugendheilkunde, Familienmedizin/Lehrpraxis	6 Monate (jeweils 3 Monate pro Fach)
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Gerichtsmedizin	4 Monate (jeweils 2 Monate pro Fach)
Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Virologie, Klinische Immunologie / Klinische Immunologie und spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie	4 Monate Wahlpflichtfächer je ein Fach aus den beiden Blöcken (jeweils 2 Monate pro Fach)

Quelle: GÖG 2024

Die in der Abbildung 4 angeführte Validierung von durch Berufserfahrung erworbenen Kompetenzen greift zurück auf eine Empfehlung des Rats – veröffentlicht im Amtsblatt der Europäischen Union 2012 – zur „Validierung nichtformalen und informellen Lernens“, mit dem Ziel, dass die Mitgliedstaaten bis 2018 nationale Regelungen für die Validierung einführen. Der Begriff Validierung bezeichnet im Zusammenhang mit lebenslangem Lernen „ein Verfahren, bei dem eine zugelassene Stelle bestätigt, dass eine Person anhand eines relevanten Standards gemessene Lernergebnisse erzielt hat“. Bürger:innen sollen dadurch ihre nichtformal und informell erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen ermitteln, dokumentieren, bewerten und zertifizieren lassen können (Rat der Europäischen Union 2012).

Auf Basis der oben genannten Empfehlung ist – seit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 – die Möglichkeit der Validierung gesundheitsrechtlich bereits verankert (GuKG 1997, § 104, Punkt 106). Die auf dem GuKG aufbauenden Ausführungsbestimmungen im Bereich der Qualifikationen der Pflegeassistentenberufe konkretisieren diese Bestimmung wie folgt (PA-PFA-AV 2016):

„§ 13. (1) Der/Die Direktor/in einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der/die Leiter/in eines PA-Lehrgangs hat non-formal oder informell erworbene Kompetenzen von Auszubildenden in der PA- oder PFA-Ausbildung anzurechnen, sofern

1. diese Kompetenzen im Rahmen eines vom/von der Bundesminister/in für Gesundheit und Frauen empfohlenen Validierungsverfahrens überprüft wurden und
2. ihre Gleichwertigkeit mit in der PA- oder PFA-Ausbildung zu vermittelnden Kompetenzen festgestellt worden ist.“

Darüber hinaus besagt die PA-PFA-Ausbildungsverordnung (2016):

„(2) Der/Die Bundesminister/in für Gesundheit und Frauen kann nach Anhörung des Gesundheits- und Krankenpflege-Beirats gemäß § 65c GuKG ein Validierungsverfahren für die Anrechnung von non-formal oder informell erworbenen Kompetenzen für die PA- oder PFA-Ausbildung empfehlen. Das Validierungsverfahren hat auf der Empfehlung des Rates zur Validierung nicht-formalen und informellen Lernens, ABl. Nr. C 398/1 vom 22.12.2012, zu beruhen und insbesondere die Verfahrensschritte

1. Information und Beratung,
2. Identifizierung der Kompetenzen,
3. Dokumentation der Kompetenzen,
4. Bewertung der Kompetenzen und
5. Anrechnung der Ergebnisse der Bewertung

zu umfassen.“

Es wird vorgeschlagen, die Möglichkeit einer analogen Bestimmung – vordringlich für die Anerkennung von durch Berufserfahrung erworbenen amtsärztlichen Kompetenzen – in der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß § 6b ÄrzteG 1998 zu diskutieren.

Die zuvor skizzierten AÄ-Ausbildungsvarianten (kurz-, mittel- und langfristig) stellen den Diskussionsstand (Vorschlag) zum Zeitpunkt dieses Abschlussberichts dar. Sollte es kurzfristig (bis Ende dieser Legislaturperiode) gelingen, das Ärztegesetz für die fachärztliche Ausbildung im ÖGD zu novellieren, müssen in Folge die fachlichen Grundlagenarbeiten für die mittelfristige Ausbildungsvariante fortgeführt werden, damit sie in die nächste Novellierung der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung einfließen können.

Fachvertiefende und/oder facherweiternde Qualifizierungsangebote für AÄ in Form von Weiter- und Spezialisierungsangeboten nötig

Durch das AÄ-Kompetenzprofil Österreich wurden auch Themenbereiche offengelegt, für die berufsbegleitende **Weiterbildungs- und Spezialisierungsangebote** (inkl. Supervisionen) entwickelt und/oder organisiert werden sollten, und zwar

- auf **fachlicher Ebene** insbesondere für (Details siehe AÄ-Kompetenzprofil)
 - Epidemiologie, insbesondere Infektionsepidemiologie (inkl. Surveillance),
 - medizinisches Krisenmanagement (inkl. adäquater Trainings),
 - Umweltmedizin und Umwelthygiene (inkl. Auswirkungen neuer Noxen sowie des Klimawandels auf die Gesundheit der Bevölkerung) sowie
- auf **überfachlicher, u. a. methodischer Ebene** insbesondere hinsichtlich
 - Gesprächsführung und Kommunikation, insbesondere Krisenkommunikation,
 - fachlicher Informations- und Öffentlichkeitsarbeit,
 - Netzwerkarbeit,
 - wissenschaftlicher evidenzbasierter Arbeit (inkl. kritischen Denkens),

- Medientraining,
- Moderation,
- Projektmanagement,
- Agenda-Setting,
- personaler AÄ-Kompetenz und diesbezüglicher Kompetenzentwicklung (Objektivität, Durchsetzungsvermögen, Konfliktfähigkeit, Resilienz etc.),
- Lehren und Lernen (auch selbstorganisiert),
- empirischen Arbeitens und Forschungs Kooperationen.

Eine eigene Bildungseinrichtung für den ÖGD erforderlich

Im „ÖGD Neu“-Ergebnisbericht 2022 wurde vom Lenkungsausschuss die Empfehlung ausgesprochen, die Aus- und Weiterbildung für den ÖGD strukturell zu verankern, effizienter zu gestalten und sichtbarer zu machen (GÖG 2022).

Googelt man „ÖGD Ausbildung Deutschland“, taucht als erster Link – nach den Anzeigen – auf der ersten Seite die Website der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen (AÖGW 2024) auf, mit den Themen: Aus- und Weiterbildung, Fortbildung, Die Akademie, Service, Aktuell und Presse. Unter „Die Akademie“ erfährt man, dass diese 1971 gegründet wurde und die bundesweit einzige länderübergreifende Einrichtung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Beschäftigten im ÖGD ist.

„Mit jährlich mehr als 13.500 Teilnehmenden ist die Akademie eine der größten Bildungseinrichtungen im Öffentlichen Gesundheitswesen in Deutschland. Dadurch wird eine Qualifizierung ermöglicht, die an vielen anderen Ausbildungsstätten nur schwer erzielt werden kann. Das qualitätsgesicherte Ausbildungs- und Fortbildungskonzept, die Interdisziplinarität, das große Netzwerk und die enge Kooperation mit namhaften Universitäten, Fachinstituten, Berufsverbänden und gesundheitspolitischen Verantwortlichen sowie die Nähe zwischen Lehrenden und Lernenden begründen das langjährige Erfolgskonzept.“ (AÖGW 2024)

Dieselbe Eingabe für Österreich führt auf die Website des Sozialministeriums (BMSGPK 2024), die zwar die Aufgaben des ÖGD sehr gut skizziert, aber zum Thema Ausbildung nur Folgendes zur Verfügung stellt:

„Die Herausforderungen an den ÖGD und die Komplexität seiner Aufgaben verlangen spezielle Fachkenntnisse. Ein zeitgemäßes Berufsbild mit einer hochwertigen ÖGD-spezifischen Aus- und Weiterbildung ist Voraussetzung dafür, dass der ÖGD als wichtige Säule im Gesundheitssystem seine Aufgaben für die Gesundheit der Bevölkerung erfüllen kann.“

Darüber hinaus folgen auf der ersten Seite der Google-Suche keine weiteren Links zum Thema Ausbildung. Sogar Wikipedia kann über die Aus-, Fort- und Weiterbildung für den ÖGD Österreich keine Auskunft geben. Die konkrete Suche nach „Physikatskurs“ ergibt als ersten Link die Begriffsklärung zu Physikatsprüfungskommission der Stadt Wien. Womit die ausbildungsbezogene Sichtbarkeit des ÖGD Österreich – zumindest im Internet – nicht gegeben ist und bildungsbezogene Informationen zum ÖGD öffentlich schwer erudierbar sind.

Dass die **Einrichtung einer „Akademie“ für alle im ÖGD beschäftigten Berufsgruppen** wichtig wäre, wurde erstmals in der ÖGD-Neupositionierungsstudie 1998 begründet:

„Aus- und Fortbildung und auch wissenschaftliche Grundlagenarbeit für den ÖGD (inkl. Beratung und Unterstützung des ÖGD) sollten überregional wahrgenommen werden. Bevorzugt wird die Variante der Einrichtung einer ‚Akademie für den ÖGD‘, da die Institutionalisierung eine kontinuierliche Wahrnehmung dieser Aufgaben sichert.“ (Kux et al. 1998)

2024 wird diese Empfehlung erneut ausgesprochen, da der ÖGD ohne interdisziplinäre sowie inter- und multiprofessionelle Qualifizierung und Zusammenarbeit seinen Herausforderungen nicht mehr gerecht werden kann. Bildungseinrichtungen, die gemeinsames Lernen/Lehren ermöglichen, fördern nachgewiesenermaßen berufliche Kooperationen/Zusammenarbeit, die über die besuchte Aus-, Weiter- und Fortbildung hinausgehen.

Nicht nur für AÄ, sondern auch für die Tätigkeit z. B. einer **Public Health Nurse** im ÖGD werden spezifische Aus- und Weiterbildungsangebote vonnöten sein. In welchem Ausmaß zwischen Public Health und **Community Nursing** (fachliche) Schnittstellen gegeben sind, wird hinsichtlich ggf. **integriert erforderlicher Bildungsangebote** und Kooperationen im Arbeitsfeld Bezirk zu prüfen sein.

Ein weiterer wichtiger Bereich mit diesbezüglichen Partnerschaften, für den eine **„ÖGD-Akademie“ als Plattform/Drehscheibe** zur Verfügung stehen kann, ist die **Public-Health-Forschung**. Einerseits könnte der ÖGD aus seinem Bereich Forschungsfragen liefern, andererseits durch regelmäßigen Austausch mit der Wissenschaft seine eigene Praxis weiterentwickeln. Dies trüge nicht nur zu einer kontinuierlichen Modernisierung des ÖGD bei, sondern würde das Arbeitsfeld auch attraktiver machen. Die Akademie für den ÖGD in Düsseldorf hat eben ein entsprechendes Projekt zum **Theorie-Praxis-Transfer** laufen, aus dessen Ergebnissen Schlussfolgerungen für Österreich gezogen werden könnten. Damit könnte eine Verankerung der Inhalte des ÖGD in den Studienzweigen, den Berufsausbildungen und im interdisziplinären Fortbildungsangebot einhergehen (GÖG 2022).

3.3 AP 3: Verpflichtende Untersuchung von Sexdienstleisterinnen und Sexdienstleistern

3.3.1 Arbeitsauftrag

Aus dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) kam der Auftrag, im Zuge des Reformprozesses des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD Neu) die Frage zu behandeln, ob an einer verpflichtenden Untersuchung von Sexdienstleisterinnen und -dienstleistern (SDL) festgehalten werden sollte oder ob es Alternativen für Österreich gäbe. Die GÖG unterstützte das BMSGPK beim Projektmanagement.

Die Pflichtuntersuchung ist aufgrund der Verordnung über gesundheitliche Vorkehrungen für Personen, die sexuelle Dienstleistungen erbringen, BGBl. II Nr. 198/2015, für SDL, vorgeschrieben und seit dem 1. Jänner 2016 als Erstuntersuchung sowie im Intervall von sechs Wochen (Gonokokken) bzw. von zwölf Wochen (Syphilis und HIV) durchzuführen (Antony et al. 2019; BMSGPK 2024; Gesundheitsportal 2024).

In ganz Europa werden seit Jahrzehnten Debatten über die Prostitutionsregelungen geführt. Verpflichtende Untersuchungen für SDL wurden in den meisten (europäischen) Ländern abgeschafft. In Österreich gibt es dazu auch eine lang andauernde Diskussion, die sich in sehr konträren Positionen, z. B. im Rahmen der Arbeiten der Arbeitsgruppe (AG) Sexuelle Dienstleistungen, ausdrückt (Bundeskanzleramt 2021).

Ziel des Projekts war, das Thema einer potenziellen Abschaffung der Pflichtuntersuchung von SDL mit relevanten Stakeholderinnen und Stakeholdern aus dem ÖGD und von relevanten Organisationen zu diskutieren und mögliche Alternativen vorzuschlagen.

3.3.2 Methodik

Zur Bearbeitung der Frage der Weiterführung der Pflichtuntersuchung für Sexdienstleistende wurde eine **Arbeitsgruppe (AG AP3)** eingerichtet. Im Nachgang des Lenkungsausschusses des ÖGD am 22. März 2023 wurden Ländervertreter:innen für die Arbeitsgruppe nominiert. Aus der bereits bestehenden AG Prostitution wurden diejenigen Mitglieder in die AG AP3 nominiert, die einen Gesundheits- oder Sozialbezug aufwiesen (ohne die polizeilichen Mitglieder der AG Prostitution).

Vor dem ersten Termin der AG AP3 wurden alle Ländervertreter:innen zu einem **bilateralen Vorgespräch** mit einer Vertreterin des GÖG-Teams eingeladen. Ziel der Gespräche war die Einholung von Perspektiven und Standpunkten der verschiedenen Bundesländer zum Thema Pflichtuntersuchung. Im Mai 2023 fanden acht Gespräche online statt. Zudem wurden erste Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern jener Abteilungen des BMSGPK, in deren Zuständigkeiten übertragbare Krankheiten und entsprechende Rechtsangelegenheiten fallen, geführt.

Der erste Termin der AG AP3 fand am 3. Juli 2023 online statt. Anwesend waren insgesamt 31 Teilnehmer:innen aus unterschiedlichen Bundesländern und Bereichen. Anhand der Ergebnisse der Vorgespräche mit den diversen Stakeholderinnen und Stakeholdern wurden vom GÖG-Projektteam drei Szenarien skizziert und zur Diskussion gestellt:

Szenario 1)

- Zugang zu kostenloser und anonymer Beratung zu, Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen für die Gesamtbevölkerung
- aufsuchende Arbeit, um spezifisch vulnerable Zielgruppen (inkl. Sexdienstleister:innen) über das Angebot zu informieren und zur Teilnahme zu bewegen

Szenario 2)

Zusätzlich zu Szenario 1:

- verpflichtende Beratung von Sexdienstleistenden nach dem Vorbild Deutschlands
- Pilotierung für einen Zeitraum von fünf Jahren

Szenario 3)

- Beibehaltung der verpflichtenden Untersuchung (mit Verbesserungen?)

- zusätzliche Angebote für die Gesamtbevölkerung bezüglich (anonymer und kostenloser) Beratung zu, Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten, aufsuchende Arbeit für vulnerable Gruppen

Ein zweiter Termin der Arbeitsgruppe wurde am 6. Oktober 2023 in hybrider Form abgehalten. Ziel dieses Termins war die explizite Sammlung von Expertise, Erfahrungen und Standpunkten zu unterschiedlichen Optionen. Dies wurde auch durch Arbeiten in Kleingruppen (vor Ort und online), Dokumentation der Diskussionen und Präsentation im Plenum erreicht.

Ein **zusätzlicher Termin mit Vertreterinnen und Vertretern von Beratungs- und Selbstvertretungsorganisationen**, die zum Teil nicht Teil der AG AP3 oder beim 2. Treffen verhindert waren, wurde online am 8. November 2023 einberufen. Ein weiterer Termin mit Vertreterinnen und Vertretern von zwei Selbstvertretungsorganisationen fand am 23. November 2023 online statt. Es ging darum, noch stärker die Perspektive der direkt von der Regelung Betroffenen – der Sexdienstleister:innen – einzuholen.

Das Projektteam der GÖG **führte Recherchen zu nationaler und internationaler Literatur** zum Thema Pflichtuntersuchung und in weiterer Folge auch zur Pflichtberatung von Sexdienstleisterinnen und -dienstleistern durch. Gesucht wurde in der wissenschaftlichen Datenbank PubMed sowie mittels Handsuche nach folgenden Schlagworten in Kombinationen: „sexwork*“, „prevalence“, „counsel*“, „consult*“, „health check“, „test“, „screening“.

Die Ergebnisse aus den Gesprächen und Arbeitsgruppen mit den diversen Gruppen (Verwaltung, Beratung, Selbstvertretung) wurden um Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur ergänzt. Zusätzlich wurde mit der österreichischen Expertin Helga Amesberger, die zahlreiche Publikationen zum Thema Sexarbeit (mit-)verfasst hat, ein Gespräch geführt.

3.3.3 Ergebnisse

Im Bericht werden für die unterschiedlichen Szenarien – Beibehaltung der verpflichtenden Untersuchung, Einführung einer verpflichtenden Beratung für Sexdienstleister:innen und von freiwilligen Angeboten für die Gesamtbevölkerung – Perspektiven aus Arbeitsgruppen, Einzelgesprächen und (wissenschaftlicher) Literatur dargestellt. Ähnlich einer SWOT-Analyse werden die Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken beleuchtet und von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

Die Diskussionen der verschiedenen Stakeholdergruppen zum Thema Pflichtuntersuchung von Sexdienstleisterinnen und -dienstleistern (SDL) führten zu keiner Einigung. Die Positionen stehen einander teilweise diametral gegenüber. Alle konnten sich ein Angebot zur sexuellen Gesundheit für die gesamte Bevölkerung vorstellen, aber ob damit die Pflichtuntersuchung ersetzt werden kann/soll, darüber gab es keine Einigkeit. Beratungs- und Selbstvertretungsorganisationen waren fast geschlossen (eine Ausnahme) für eine Abschaffung der Pflichtuntersuchung und für freiwillige Angebote. Die Vertreter:innen aus den Bundesländern hatten divergierende Meinungen. Alle waren auch dafür, Untersuchung und Behandlung stärker zu verbinden. Wien, wo der Großteil der Sexdienstleister:innen tätig ist, hat dies im Zentrum für sexuelle Gesundheit auch bereits verwirklicht, was laut Stadt Wien zu einer breiten Akzeptanz der für die Pflichtuntersuchung zuständigen Einrichtung als Anlaufstelle nicht nur im Hinblick auf sexuell übertragbare Infektionen,

sondern auch für Hilfestellung bei anderen gesundheitlichen und sozialen Problemstellungen beigetragen hat.

3.3.4 Empfehlungen

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit im Sinne der WHO sieht neben der Abwesenheit von Krankheit das physische, psychische und soziale Wohlbefinden als zentral an. Das bedeutet, dass nicht nur das Freisein von Infektionen relevant für die Gesundheit der SDL (und letztendlich auch der Bevölkerung) anzusehen ist. Die Stigmatisierung und Diskriminierung wirken sich auf die psychosoziale Gesundheit der SDL aus und schwächen ihre Durchsetzungskraft gegenüber sozialen Notlagen. Durch die Illusion, dass die SDL frei von Geschlechtskrankheiten sind, wenn sie den Stempel in ihrem Ausweis haben, wird ihre Position für das Bestehen auf safer sex geschwächt, was nicht nur sie, sondern auch potenziell die Freier:innen (und deren nachfolgende Sexualpartner:innen) gefährdet.

Das heißt aber nicht, dass es keine flächendeckenden Untersuchungs- und Beratungsangebote für SDL geben sollte. Es gibt allerdings Argumente dafür, diese freiwillig, anonym und kostenlos umzusetzen: Erreichen von Gruppen von SDL, die die Pflichtuntersuchung nicht in Anspruch nehmen (können oder wollen), aber mitunter auch bzgl. sexuell übertragbarer Krankheiten besonders gefährdet sind; Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung der SDL.

SDL sind eine Risikogruppe in Bezug auf sexuell übertragbare Erkrankungen, auch wenn es hinsichtlich der Prävalenzen entweder keine (für Österreich) oder widersprüchliche Daten (international) gibt. Es zeigt sich zudem, dass die Rahmenbedingungen (Stigma, Repression) anscheinend auch Auswirkungen auf das Auftreten von sexuell übertragbaren Erkrankungen haben (McBride et al. 2021; West 2021). Dies ist einerseits der Tatsache geschuldet, dass die Verpflichtung einen Teil der SDL davon abhält, sich regelmäßig untersuchen zu lassen. Andererseits führt Stigmatisierung auch dazu, dass generell weniger Gesundheits- und Sozialdienste in Anspruch genommen werden und Polizeikontakt gemieden wird. Diese Aspekte sind nicht nur in der wissenschaftlichen Literatur nachzulesen, sondern in Teilen auch im Gespräch mit Beratungs- und Selbstvertretungsorganisationen beschrieben worden.

Auch eine andere Form von Verpflichtung, im Sinne von Beratung, scheint nur bedingt eine bessere Lösung zu sein, da sie ebenso stigmatisiert.

Die Folgen der Verpflichtung bzw. vor allem deren Kontrolle und gegebenenfalls Sanktionierung können zu Machtmissbrauch führen. Die Situation bzgl. Menschenhandel und jeglicher Form von Gewalt wird wahrscheinlich durch eine Pflichtuntersuchung nicht verbessert, weil diese Angst vor Repressalien verschärft. Auch den Beschreibungen der Selbstvertretungsorganisationen ist zu entnehmen, dass es eine Barriere zu sein scheint, sich den Behörden und der Exekutive im Falle von Gewalterfahrungen anzuvertrauen, wenn das Verhältnis durch die Pflichtuntersuchung und Sanktionen im Falle der Nichterfüllung geprägt ist.

Nichtsdestotrotz darf man jene Gruppe der SDL nicht vergessen, die unter massiver Unterdrückung leiden und wenig Möglichkeiten haben, sich im Land, in dem sie arbeiten, über gesundheitliche, soziale und rechtliche Aspekte zu informieren. Dies gilt zum Teil auch für die große Zahl der SDL mit fehlenden Sprachkenntnissen – insbesondere, wenn sie sich nur jeweils kurz (an einem Ort) in Österreich aufhalten. Für sie ist die Pflichtuntersuchung mitunter eine Möglichkeit,

zu Tests zu kommen, die ihnen sonst verwehrt blieben. Hier ist der ÖGD in seiner Rolle der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung gefragt.

Angebote für die Gesamtbevölkerung wären wünschenswert und auch für alle Stakeholdergruppen anschlussfähig. So hätten alle dieselben Möglichkeiten einer anonymen und kostenlosen Untersuchung und Beratung, was vor dem Hintergrund der insgesamt ansteigenden Zahlen von sexuell übertragbaren Infektionen (Medizinische Universität Wien 2023) empfehlenswert scheint.

3.4 AP 4: Vorschlag für Personalstruktur der Gesundheitsämter auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden

3.4.1 Arbeitsauftrag

Die Erhebung im Arbeitspaket 1 für die Personalbedarfsschätzung zeigte große Unterschiede in der AÄ-Dichte zwischen den Bundesländern (1,7 bis 5,2 AÄ pro 100.000 EW). Die Berechnung eines bundesweiten Personalschlüssels wird u. a. dadurch erschwert, dass in den Bundesländern die Aufgaben des ÖGD den Verwaltungsebenen Land und Bezirk unterschiedlich zugeordnet sind, aber auch die Frequenzen der Aufgabenwahrnehmung sind unterschiedlich.

Der Lenkungsausschuss beauftragte in der Sitzung vom März 2023, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die einen Vorschlag für eine „ideale“/resiliente Personalstruktur auf BVB-Ebene erarbeiten sollte. Auf Wunsch des Lenkungsausschusses sollten nicht nur Vertreter:innen des ÖGD, sondern auch der Personaldirektionen in der Arbeitsgruppe vertreten sein.

3.4.2 Methodik

Um quantitative Grundlagen für den Vorschlag einer „idealen“ Personalstruktur zu ermitteln, wurden pro Bundesland zwei bis drei Gesundheitsämter vorgeschlagen („Fallgesundheitsämter“), in denen eine Datenerhebung stattfinden sollte. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um einerseits den Umfang und die Komplexität der Daten gegenüber einer Vollerhebung zu reduzieren und andererseits die Bereitschaft der Teilnahme von ausgewählten Bezirken zu erhöhen. Die Bezirke wurden seitens der Länder so ausgesucht, dass ein breites Bild erreicht werden konnte: Magistrate, kleine Bezirke, größere Bezirke, Aufgabenstreuung (z. B. Gewerbegebiete).

Die Inhalte der Datenerhebung sollten einerseits Informationen zu den Berufsgruppen im ÖGD und deren Anzahl liefern, andererseits auf Basis von Stundenerhebungen pro Aufgabenbereich Aufschluss darüber geben, ob der Personalstand ausreichend für eine qualitätsvolle Wahrnehmung der Aufgaben ist.

Dafür wurde mit der Arbeitsgruppe ein umfangreicher Excel-Erhebungsbogen entwickelt und mit Vertreterinnen und Vertretern der Fallgesundheitsämter vorab im Rahmen von zwei Workshops besprochen.

Die retournierten Erhebungsbögen wurden sowohl quantitativ (Personalstunden in VZÄ pro 100.000 EW) als auch qualitativ (welches Personal wird für welche Aufgabenbereiche eingesetzt; für welche Aufgaben würden mehr Stunden für eine qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung benötigt) ausgewertet.

Die Ergebnisse wurden mit der Arbeitsgruppe in vier Onlinesitzungen ausführlich diskutiert und es wurde ein Vorschlag für den Lenkungsausschuss abgestimmt.

3.4.3 Ergebnisse

Die personelle Ist-Situation

Die in die Erhebung einbezogenen Bezirke verfügen dzt. im Durchschnitt pro 100.000 EW über 2 VZÄ an AÄ, 1,7 VZÄ an anderen Gesundheitsberufen sowie 3,5 VZÄ Verwaltungspersonal. Laut den Ist-Stunden-Angaben wären es im Schnitt 2,4 VZÄ für AÄ, 1,7 VZÄ für andere Gesundheitsberufe sowie 2,6 VZÄ für das Verwaltungspersonal.

Bei den AÄ wird auf Basis des Vergleichs des Ist-Standes und der Ist-Stunden-Schätzungen ein Fehlbedarf von durchschnittlich 0,4 VZÄ pro 100.000 Einwohner ersichtlich, der von den AÄ durch Mehrarbeit kompensiert werden muss². Die Zahlen zu den geschätzten Soll-Stunden, um Aufgaben gut wahrnehmen zu können, zeigen einen noch größeren Fehlbedarf von 1,5 AÄ/100.000 EW.

Betrachtet man die Angaben zu den Sollstunden, so liegen die Durchschnittswerte bei AÄ sowie bei den anderen Gesundheitsberufen deutlich über dem zur Verfügung stehenden Personalstand. Im Bereich der Verwaltung liegt der Mittelwert der Sollstunden knapp unter dem verfügbaren Personal.

Bei den Gesundheitsämtern der Magistrate liegt der AÄ-Personalstand etwas über dem der Bezirksgesundheitsämter, wobei der Fehlbedarf aus dem Vergleich des Ist-Standes mit den Ist-Stunden-Schätzungen ähnlich wie auf Bezirksebene bei 0,5 VZÄ AÄ pro 100.000 EW beträgt. Auf Magistratebene werden deutlich mehr Soll-Stunden angegeben als auf Bezirksebene.

Hinsichtlich anderer Gesundheitsberufe verfügen die Gesundheitsämter in den Magistraten im Schnitt über fast doppelt so viel Personal wie auf Bezirksebene. Der Fehlbedarf ist sowohl auf Basis der Ist-Stunden-Schätzungen als auch der als erforderlich erachteten Soll-Stunden allerdings geringer als bei den AÄ. Im Hinblick auf das verfügbare Verwaltungspersonal zeigt sich ebenfalls eine große Varianz. Die VZÄ pro 100.000 EW reichen von 4,8 in Graz bis zu 11,4 in Villach. Die Personalstruktur in St. Pölten sticht hervor, da es dort wenig AÄ und anderes Gesundheitspersonal, aber überdurchschnittlich viel Verwaltungspersonal im Gesundheitsamt gibt.

Die Erhebungsbögen wurden auch qualitativ inhaltlich analysiert. Es wurde untersucht, welche Berufsgruppen in den Bezirken für verschiedene Aufgaben eingesetzt werden, welche Aufgaben häufig Mehrstunden benötigen und welche Aufgaben häufig mit Vergaben an ÖGD-externes Personal einhergehen.

Bezüglich Berufsgruppen werden in insgesamt sechs Bezirken DGKP für einige Aufgaben eingesetzt, in sieben Bezirken SHD, in zwei Bezirken MTD und in vier Bezirken „andere Berufsgruppen“ (z. B. Lungenfachärztinnen und -ärzte). Auffallend ist, dass in verschiedenen Bezirken unterschiedliche Berufsgruppen für dieselben Aufgaben eingesetzt werden. Andere Berufsgruppen werden

² Die Erhebung für die Personalbedarfsschätzung im AP 1 ergab für 2021 einen Fehlbedarf an AÄ von gesamt 36 VZÄ (GÖG 2022).

vor allem in den Aufgabenbereichen Infektionsschutz, Aufsicht und Qualitätssicherung sowie Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche eingesetzt.

Neun von 17 Gesundheitsämtern haben in ihren Erhebungsbögen nicht nur die Ist-Stunden, sondern auch die Soll-Stunden ausgefüllt. Diese fallen vor allem in den Aufgabenbereichen Infektionsschutz, Aufsicht und Qualitätssicherung, Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche und Umwelt an. An ÖGD-externes Personal werden nur zwei Aufgaben in mehreren Bezirken vergeben. Diese liegen in den Aufgabenbereichen Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung sowie Infektionsschutz.

Vorschlag für die Personalstruktur in VZÄ pro 100.000 EW

Die Vorschläge für die Bezirks- und Magistratebene beruhen auf dem **Mittelwert der Ist-Stunden plus 20 Prozent**. Der 20-Prozent-Aufschlag ergab sich aus der Auskunft von einem für Personalangelegenheiten zuständigen Mitglied der Arbeitsgruppe, dass im Bundesland 20 Prozent für Führungsaufgaben kalkuliert werden. Da die meisten Fallbezirke keine Stundenangaben im Reiter „allgemeine Aufgaben“ gemacht haben (dieser war vorgesehen für administrative und Führungsaufgaben, Dienstbesprechungen, Fortbildungen etc.) sowie viele Gesundheitsämter angeben, eigentlich mehr Stunden für eine qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung zu benötigen, erscheint der Aufschlag gerechtfertigt, um die Ist-Situation zu verbessern.

In einwohnermäßig kleineren Bezirken oder Städten würden sich sehr geringe VZÄ für die einzelnen Berufsgruppen ergeben, deren Einsatz nicht mehr effizient erfolgen kann. Es wurde daher die Berechnung der VZÄ pro 100.000 EW um eine Mindestanforderung an VZÄ unabhängig von der Einwohnerzahl ergänzt. Dies betrifft Bezirke und Städte mit weniger als ca. 25.000 EW.

Wie schon an mehreren Stellen dargelegt, variieren sowohl die Aufgabenzuordnungen zur BVB-Ebene zwischen den Bundesländern als auch die regionalen Gegebenheiten innerhalb eines Bundeslandes. Die nachfolgenden Personalvorschläge sind daher nicht als „Muss“-Personalausstattung zu betrachten, sondern als **untere Richtschnur**, von der aufgrund regionaler Gegebenheiten (viele Krankenanstalten und Pflegeheime, lange Anfahrtswege in einem großen Flächenbezirk etc.) abgewichen werden kann, insbesondere nach oben abgewichen werden soll. Eine Unterschreitung der vorgeschlagenen Werte sollte nur gut begründet erfolgen. Für einen „resilienten ÖGD“, der für unplanbare Situationen gewappnet ist, wird es mehr Personal brauchen. Dabei muss es sich nicht unbedingt um eine weltweite Pandemie handeln. Schon lokale Ausbrüche von Infektionskrankheiten (wie z. B. Masern) können zu einem erhöhten Arbeitsanfall im ÖGD führen.

Es ist jedenfalls festzuhalten, dass

- bei der Festlegung der Dienstpostenpläne Urlaube sowie Zeiten für Fortbildungen und damit einhergehende Vertretungserfordernisse ausreichend berücksichtigt werden müssen,
- Besonderheiten der landesinternen (strukturellen) Organisation per se nicht automatisch zu einem reduzierten Personalbedarf führen,
- im Falle einer unzureichenden Personalausstattung auch eine Reduktion der durch den ÖGD wahrzunehmenden Aufgaben erfolgen muss.

Für die **Bezirksebene** wird vorgeschlagen, dass es pro 100.000 EW drei Vollzeitäquivalente AÄ und zwei Vollzeitäquivalente Gesundheitsberufe gibt. Für die Verwaltung soll es gleich viele VZÄ wie für das ÖGD-Gesundheitspersonal (AÄ und Gesundheitsberufe) geben, somit 5 VZÄ. Im Bereich der Verwaltung könnten auch SHD zur besseren Unterstützung eingesetzt werden.

Unabhängig von der Bezirksgröße braucht es aber in jedem Fall zumindest ein Vollzeitäquivalent AÄ und ein Vollzeitäquivalent weiteres Gesundheitspersonal, und somit 2 VZÄ Verwaltungspersonal/SHD, damit auch kleine Bezirke gut ausgestattet sind.

Vorschlag für Personalausstattung auf Bezirksebene:

pro 100.000 EW: 3 VZÄ AÄ, 2 VZÄ GB und 5 VZÄ Verwaltungspersonal

aber mindestens: 1 VZÄ AÄ, 1 VZÄ GB, 2 VZÄ Verwaltungspersonal/SHD – unabhängig von der Bezirksgröße

Umgelegt auf die Fallbezirke ergäbe sich für das ÖGD-Gesundheitspersonal (AÄ und andere Gesundheitsberufe) verglichen mit der Ist-Situation für die meisten Bezirke die Notwendigkeit einer Personalaufstockung. Vergleicht man das Ergebnis des Personalvorschlags mit den angegebenen Soll-Stunden, stellt sich der Vorschlag tatsächlich eher als Mindest-, denn als „Ideal“-Personalstruktur dar, da die angegebenen Soll-Stunden häufig höher sind.

Das bedeutet, dass, wenn – wie im Lenkungsausschuss gefordert – der ÖGD zukünftig resilient sein soll, es mehr Personal brauchen wird.

Für die 5,8 Mio. EW der Bezirke in Österreich bräuchte es gemäß dem Personalvorschlag ca. 300 VZÄ an ÖGD-Gesundheitspersonal (177,5 VZÄ AÄ plus 123,4 VZÄ Gesundheitsberufe) und ebenso viel Verwaltungspersonal.

Für die **Magistratebene** wird vorgeschlagen, dass es pro 100.000 EW 3,5 Vollzeitäquivalente AÄ und fünf Vollzeitäquivalente Gesundheitsberufe gibt. Für die Verwaltung gilt, dass es gleich viele Vollzeitäquivalente wie AÄ plus Gesundheitspersonal gibt, d. h. eins zu eins Verwaltungspersonal zu medizinischem und Gesundheitspersonal.

Unabhängig von der Größe des Magistrats braucht es aber in jedem Fall – wie auf Bezirksebene – zumindest ein Vollzeitäquivalent AÄ und ein Vollzeitäquivalent weiteres Gesundheitspersonal, damit auch kleine Städte³ halbwegs gut ausgestattet sind.

Vorschlag für Personalausstattung auf Magistratebene:

pro 100.000 EW: 3,5 VZÄ AÄ, 5 VZÄ GB und 8,5 VZÄ Verwaltungspersonal

aber mindestens: 1 VZÄ AÄ + 1 VZÄ Gesundheitspersonal, 2 VZÄ Verwaltungspersonal/SHD – unabhängig von der EW-Zahl

Umgelegt auf die Fallgesundheitsämter der Magistrate ergäbe sich für das ÖGD-Gesundheitspersonal (AÄ und andere Gesundheitsberufe) verglichen mit der Ist-Situation für drei von vier Gesundheitsämtern die Notwendigkeit einer deutlichen Personalaufstockung im Bereich der AÄ und Gesundheitsberufe. Vergleicht man auch hier das Ergebnis des Personalvorschlags mit den angegebenen Soll-Stunden, ergäbe sich nur mehr in einem Gesundheitsamt ein Zusatzbedarf.

³ Rust hat beispielsweise nur 2.000 EW.

Im Bereich des Verwaltungspersonals hätten nur Salzburg und Graz den Bedarf, Personal aufzustoßen. In Villach und St. Pölten korreliert die gute Versorgung mit Verwaltungspersonal mit dem Mangel an Personal aus Gesundheitsberufen.

Umgelegt auf alle 14 Städtischen Gesundheitsämter in Österreich ergäbe sich, dass auf vier Städte (Eisenstadt, Rust, Krems, Waidhofen/Ybbs) die „Mindestklausel“ anzuwenden wäre, da sich aufgrund der Einwohnerzahl z. T. deutlich weniger als 1 VZÄ AÄ und GB ergäben. Insbesondere Rust mit knapp 2.000 EW sticht hier hervor, für das sich aufgrund des Vorschlags nur jeweils 0,1 VZÄ AÄ und Gesundheitsberufe ergäben.

Unter Berücksichtigung der Mindestklausel bräuchte es für die 1,2 Mio. EW der Städte (ohne Wien) in Österreich gemäß dem Personalvorschlag knapp 107 VZÄ an ÖGD-Gesundheitspersonal (44,5 VZÄ AÄ und 62 VZÄ Gesundheitsberufe) und ebenso viel Verwaltungspersonal.

3.4.4 Empfehlungen

Der Vorschlag zur Personalausstattung ist die untere Richtschnur – ein resilienter ÖGD braucht mehr Personal.

Wiewohl der Vorschlag auf dem Mittelwert der Ist-Stunden plus einem Aufschlag von 20 Prozent beruht, ist er als **Mindestausstattung** anzusehen, **da:**

- die meisten Gesundheitsämter keine Stunden für administrative Aufgaben, Teambesprechungen, Fortbildung etc. angegeben haben, wofür seitens einer Personalabteilung üblicherweise 20 Prozent kalkuliert werden.
- die Ergebnisse des Personalvorschlags für die Fallbezirke meist deutlich unter den von den Fallbezirken angegebenen Soll-Stunden liegen (also den Angaben, wie viel Zeit sie eigentlich für eine qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung brauchen würden).
- die Stundenangaben im Wesentlichen nur die hoheitlichen Aufgaben umfassen und einige Aufgaben aus dem angestrebten Aufgabenprofil dzt. nicht wahrgenommen werden.
- Mitarbeiter:innen eines „resilienten“ ÖGD sollten sich aber in „normalen“ Zeiten auch um Aufgaben kümmern, die sie im Krisenfall hintanstellen können.

Bei der tatsächlichen Ausgestaltung ist weiters **auf regionale Gegebenheiten** zu **achten**, wie z. B. auf die Anzahl der zu prüfenden/begutachtenden Einrichtungen, die Notwendigkeit weiter Wege oder dass in einem Bezirk überdurchschnittlich viele Personen im Zusammenhang mit einer Aufgabe des ÖGD untersucht/betreut werden müssen. Bei der Bemessung des Personals ist auch die Notwendigkeit der Vertretung in anderen Gesundheitsämtern sowie die Einschulung neuer Mitarbeiter:innen zu berücksichtigen. Insgesamt sollte der Personalstand so hoch sein, dass die vertragliche Arbeitszeit ausreicht und Urlaub konsumiert werden kann.

Bezirke bzw. Magistrate mit wenigen Einwohnerinnen und Einwohnern sollten jedenfalls mindestens mit 1 VZÄ AÄ, 1 VZÄ Gesundheitsberufe und 2 VZÄ Verwaltungspersonal/SHD besetzt sein.

Für einen **resilienten ÖGD** sollte ein gewisser **Puffer für ein unplanbares, erhöhtes Arbeitsaufkommen** (wie z. B. länger dauernde Krankheitsausbrüche wie Masern) und für Krisenzeiten

(Corona-Pandemie, Blackout etc.) einkalkuliert werden. Auf Basis des Mittelwerts der Soll-Stunden würden sich 3,5 VZÄ AÄ und 2,4 VZÄ Gesundheitsberufe pro 100.000 EW ergeben. Berücksichtigt man auch bei den Soll-Stunden den Aufschlag von 20 Prozent, so ergäben sich 4,1 VZÄ AÄ und 2,9 VZÄ Gesundheitsberufe pro 100.000 EW.

Flexibilität in der Umsetzung

Bei der Umsetzung des Vorschlags zur Personalstruktur kann natürlich flexibel vorgegangen werden. Einerseits können AÄ und anderes Gesundheitspersonal als „kommunizierende Gefäße“ erachtet bzw. in der Gesamtheit berücksichtigt werden. Das heißt, wenn zukünftig (mehr) Aufgaben von anderem Gesundheitspersonal wahrgenommen werden, könnte z. B. der Personalschlüssel von 3 AÄ und 2 GB pro 100.000 EW auf 2 AÄ und 3 GB pro 100.000 EW geändert werden.

Andererseits kann auch die organisatorische Umsetzung flexibel gehandhabt werden, indem z. B. Bezirke zu Regionen zusammengefasst und gemeinsam durch das Personal des ÖGD betreut werden. Für kleinere Bundesländer könnte auch eine Zentralisierung auf Landesebene sinnvoll erscheinen. Ein Vorteil dabei wäre, dass auch die vielfältigen Aufgabenbereiche des ÖGD aufgeteilt und somit Spezialisierungen ermöglicht werden können. Keinesfalls sollte dies dazu verwendet werden, um Personal einzusparen.

Multiprofessionelle Ausgestaltung des ÖGD mit breitem Aufgabenprofil

Wiewohl einzelne Gesundheitsämter bereits andere Gesundheitsberufe einsetzen, ist deren Einsatz – insbesondere auch im Lichte des allgemeinen Ärztemangels – unbedingt auszubauen.

In einem ersten Schritt sollten vermehrt klassische Gesundheitsberufe (DGKP, MTD, Hebammen etc.) und medizinische Assistenzberufe für Aufgaben des ÖGD akquiriert und geschult werden. Darüber hinaus sollten auch vermehrt Themen des ÖGD in deren jeweiliger Grundausbildung integriert werden.

Darüber hinaus sollte der Einsatz von Personal mit Public-Health-Ausbildung verstärkt werden. Im Rahmen des Pakts für den ÖGD in Deutschland wurde ein eigener Bericht zum Thema **Multiprofessionalität** im ÖGD mit dem Titel „Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD“ erstellt (Beirat Pakt ÖGD 2023a). Darin wird darauf verwiesen, dass eine **Weiterentwicklung des ÖGD in Richtung Public Health** einen multiprofessionell aufgestellten ÖGD erfordert. „Der ÖGD muss Entwicklungen und Herausforderungen in allen Bereichen, die Gesundheit beeinflussen, gemäß dem Ansatz Health in All Policies frühzeitig erkennen, proaktiv aufgreifen (Monitoring Funktion) und die gesundheitliche Situation (auch) auf kommunaler Ebene quantitativ und qualitativ erfassen (Helikopterperspektive).“ (Beirat Pakt ÖGD 2023b, S. 8).

Ein **breites Aufgabenprofil** auf BVB-Ebene könnte auch den Arbeitsplatz ÖGD – zusammen mit anderen Maßnahmen wie Gehalt oder flexiblen Arbeitszeitmodellen – **attraktiver** machen und die Rekrutierung von Personal für den ÖGD unterstützen. Dies ist auch eine Empfehlung des Beirats des Pakts für den ÖGD. Zur Förderung der Multiprofessionalität empfiehlt der Beirat, die

Aufgabenbereiche zu erweitern und Aufgaben von AÄ an andere Berufsgruppen zu übertragen. „Aufgaben, die nicht unter ärztlichem Vorbehalt stehen, sollten daher auch von Personen anderer Professionen übernommen werden können“ (Beirat Pakt ÖGD 2023a, S. 20).

Im Rahmen dieses Arbeitspakets wurde damit begonnen, zu prüfen, welche Aufgaben, die derzeit von AÄ wahrgenommen werden, an andere Berufsgruppen delegiert oder übertragen werden können. Gleichzeitig braucht es auch Regelungen, welche Aufgaben bei Ressourcenknappheit (z. B. in Krisenzeiten) hintangestellt werden sollen. Dies setzt natürlich voraus, dass es in „Nicht-krisenzeiten“ ausreichend Personal gibt, das sich mit planerischen und „HiAP“ (Health in All Policies)-Aufgaben beschäftigen kann, sodass diese „hintangestellt werden können“.

ÖGD und Art.-15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“

In der aktuellen Art.-15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ gibt es zwar einen eigenen Artikel zum ÖGD, jedoch sind auch andere Artikel für den ÖGD relevant bzw. sollte der ÖGD als Teil des Gesundheitswesens in Österreich mitberücksichtigt/mitgedacht werden, insbesondere jene Artikel mit Bezug zum Personal im Gesundheitswesen (z. B. die „Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Personal, auch unter Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im öffentlichen Gesundheitssystem“, Maßnahmen zur Attraktivierung, Personalressourcenmonitoring).

3.5 AP 5: Digitalisierung des Verschreibungsprozesses in der Opioidsubstitutionsbehandlung (OST)

3.5.1 Hintergrund/Arbeitsauftrag

Im Zuge des Reformprozesses „ÖGD Neu“ beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe mit der Überarbeitung des für den ÖGD relevanten Aufgabenkatalogs und setzte sich u. a. mit der Thematik „Aufsicht und Qualitätssicherung im Zusammenhang mit Substitutionsbehandlungen“ auseinander. Überlegungen wurden insbesondere vor dem Hintergrund zunehmend verminderter Ressourcen im Bereich des ÖGD angestellt und beinhalten diverse Erwägungen, die zur Entlastung der AÄ im Rahmen der Opioidsubstitutionsbehandlung (OST) beitragen und dennoch ein Qualitätsmanagement über die ordnungsgemäße Durchführung dieser Behandlungsform sicherstellen. Eine zentrale Rolle spielen dabei administrative Erleichterungen durch die Digitalisierung der Verschreibung (z. B. „formale Überprüfung mittels intelligenter EDV-Systeme“, Integration von „Substitutionsverschreibungen in die e-Rezept-Systematik etc.). Die von dieser ÖGD-Arbeitsgruppe angestellten diesbezüglichen Überlegungen wurden und werden in jene Arbeiten miteinbezogen, welche unter dem Arbeitstitel „Digitalisierung des Verschreibungsprozesses in der OST“ gemäß Beschlussfassung des Ausschusses gem. § 23k Suchtgiftverordnung („Substitutionsausschuss“) in dessen Sitzung am 9. November 2022 initiiert worden sind (Stichwort „Vermeidung von Parallelarbeiten“). Ziel ist die Erarbeitung eines Modells, das auch von den im „ÖGD Neu“-Reformprozess eingebundenen Stakeholdern mitgetragen werden kann.

3.5.2 Methode

Projektentwicklung im Rahmen einer vom „Substitutionsausschuss“ eingesetzten Expertenarbeitsgruppe

3.5.3 Ergebnisse

Die hierzu vom „Substitutionsausschuss“ eingesetzte Arbeitsgruppe tagte mehrfach. In diesem Zusammenhang fand sowohl die „Rückkehr zum alten System“ (papiergebundener Prozess mit Vidierung jedes Rezepts durch den amtsärztlichen Dienst) als auch die Eliminierung jeglicher Form der Kontrolle aus dem Rechtsbestand (Verschreibung der Substitutionsrezepte wie „normale“ Rezepte) klare Ablehnung. Die Schaffung administrativer Erleichterung des (Verschreibungs-)Prozesses im Wege einer möglichst umfassenden Digitalisierung wurde als prioritär erachtet, die diesbezüglichen Überlegungen der im Rahmen des „ÖGD Neu“-Projekts tätigen Arbeitsgruppe „Aufgabenkatalog“ (insbes. „formale Überprüfung mittels intelligenter Systeme“, Integration in die e-Rezept-Systematik etc.) wurden positiv aufgenommen. In der Ressourcenbündelung der amtsärztlichen Tätigkeit auf „schwierige/problematische Fälle“ wird eine der wesentlichen Zielsetzungen gesehen. Seit Oktober 2023 ist aus dem für den „ÖGD Neu“-Reformprozess mit der Thematik befassten Lenkungsausschuss Dr. Amegah in der vom „Substitutionsausschuss“ eingesetzten Arbeitsgruppe vertreten, um die Interessen sachgerecht in den Diskussionsprozess einbringen zu können. Ein Konzept für einen allfälligen künftigen Verschreibungsprozess liegt vor. Es fand bzgl. Gangrichtung (Digitalisierung der Verschreibung, Integration in die e-Rezept-Systematik, „gesundheitsbehördliche“ statt „amtsärztliche“ Kontrolle, Fokussierung der gesundheitsbehördlichen Kontrolle auf „problematische Fälle“ / „Red flag“-Kennzeichnungen etc.) grundsätzliche Zustimmung durch den „Substitutionsausschuss“. Fragestellungen, die sich in weiterer Folge zu IT-technischen und finanziellen Parametern aufgetan haben, sind in Abklärung begriffen. Hierzu fanden mehrere Workshop-Runden statt, an denen Vertreter:innen des BMSGPK (insbes. IT/BMSGPK) sowie des DSVS (einschließlich SVC) teilgenommen haben. Besonderes Augenmerk kommt nun der Kostenproblematik zu, die es insbesondere mit dem DSVS zu erörtern gilt. Eine Grobkostenindikation liegt seit Kurzem vor und wird derzeit analysiert. Im Zuge zeitnah wieder aufzunehmender Sitzungen der eingesetzten Expertenarbeitsgruppe soll das Konzept nunmehr ehestmöglich finalisiert und damit die Grundlage für dessen Umsetzung in der Praxis geschaffen werden. Angepeilter Zeithorizont: 2026 (vorbehaltlich eines in der kommenden Legislaturperiode diesbezüglich weiterhin bestehenden politischen Commitments).

3.6 Expertengruppe Recht

3.6.1 Hintergrund/Ausgangslage

Mit dem Gesetz vom 30. April 1870 betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes (Reichssanitätsgesetz – RSG), RGBI. Nr. 68/1870, wurde eine gesetzliche Grundlage für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) geschaffen, deren Auswirkungen bis in die heutige Zeit reichen.

Daneben statuiert das reichsdeutsche Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934, das bis auf nationalsozialistische Bestimmungen im Sinne der „Erb- und Rassenpflege“ noch immer in Kraft ist, weitere Aufgaben. Darauf beruhende Durchführungsverordnungen sind ebenso weiterhin geltendes Recht.

Ein an die deutsche Rechtslage angelehntes bundesweites „ÖGD-Gesetz“ zu schaffen, das neben den Aufgaben des ÖGD vor allem dessen Organisation regeln soll, ist aufgrund der innerstaatlichen kompetenzrechtlichen Lage, insbesondere aufgrund der Vollziehung der Angelegenheiten des Gesundheitswesens in mittelbarer Bundesverwaltung gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG i. V. m. Art. 102 Abs. 1 B-VG, nicht möglich. Teile des RSG regeln Angelegenheiten der Organisation der Verwaltung in den Ländern, die mit Inkrafttreten der Kompetenzartikel des B-VG zu bundesgrundsatzgesetzlichen Bestimmungen wurden. Seit der B-VG-Novelle 1974 ist die Organisation der Verwaltung in den Ländern gemäß Art. 15 Abs. 1 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung Landessache. Aufgrund des Art. IX Abs. 1 B-VG-Novelle 1974 i. V. m. § 4 Abs. 2 des Übergangsgesetzes 1920 wurden die Bestimmungen des RSG betreffend die Organisation der Verwaltung in den Ländern in Landesgesetze transformiert. Infolge unterschiedlicher Novellierungsprozesse in den Bundesländern ergibt sich so eine weiter aufgesplitterte Rechtslage.

3.6.2 Vorgehen

Untersucht wurden überwiegend Bundesrechtsquellen, wobei auch fallweise Landesrecht beigezogen wurde. Wesentliche Grundlage für die Arbeiten waren auch das von den Ländern in Auftrag gegebene Gutachten bei Prof. Bußjäger zur Kompetenzlage betreffend ÖGD (Reichssanitätsgesetz 1870, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und dazu ergangene Durchführungsverordnungen) sowie relevante Stellungnahmen des Bundeskanzleramt-Verfassungsdiensts.

Im Rahmen der Expertengruppe Recht konnten so eine Koordinierung und Kooperation zwischen den Ländern untereinander einerseits und zwischen Ländern und Bund andererseits forciert werden.

3.6.3 Ergebnisse

Als Ergebnisse liegen umfangreiche Tabellen zu Rechtsstellen mit Zuständigkeiten des ÖGD vor, welche unter Einbeziehung der zuständigen Ressorts systematisch novelliert werden müssen. Es wurde eine Priorisierung des legislativen Vorhabens („Vordringlicher rechtlicher Handlungsbedarf“) vorgenommen. Das durch die Länder dem Bund zur Verfügung gestellte Gutachten von Prof. Bußjäger sowie daraus gefolgerte Schlüsse und Positionen der Länder sollen Umsetzung, neben Novellierungen, in einer Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen dem Bund und allen Ländern finden. Eine dahin gehende Arbeitsgruppe aus Ländervertreterinnen und -vertretern, Juristinnen und Juristen sowie Ärztinnen und Ärzten arbeitet unter der Leitung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz an einem Entwurf.

Neben der Normierung der Aufgabenbereiche des ÖGD, die von der Fachgruppe im Rahmen des Prozesses erarbeitet wurden, und organisatorischer Bestimmungen muss konkret auch eine

wechselseitige Verpflichtung zur einheitlichen Aufhebung der ohnehin nur noch zum Teil in Kraft stehenden, materiell rechtlich derogierten bzw. obsoleten veralteten Rechtsgrundlagen (Gesetz vom 30. April 1870, betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes – Reichssanitätsgesetz und Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 samt dessen Durchführungsverordnungen) in der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung normiert werden, um auch diesbezüglich einen modernen ÖGD etablieren zu können.

Damit soll der sich aus der föderalistischen Struktur ergebenden Herausforderung, gemeinsame Vorgaben zu finden, welche die Besonderheiten der Länder berücksichtigen, begegnet werden.

3.7 Maßnahmen der Bundesländer i. R. des Reformprozesses

Im Laufe des Reformprozesses wurden seitens der Bundesländer bereits Maßnahmen gesetzt. Es wurde daher im Jahr 2023 ein Tagesordnungspunkt „Informationsaustausch“ im Rahmen der Sitzungen des Lenkungsausschusses etabliert. Folgende Maßnahmen wurden dabei erwähnt:

- Rekrutierungsbemühungen:
 - Die meisten Bundesländer berichten immer wieder von Personalmangel und Rekrutierungsbemühungen, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit, um als ÖGD sichtbar zu sein (OÖ), oder durch Imagekampagnen (NÖ).
 - Gehaltsentwicklung: Einige Bundesländer berichteten, dass sie Gehälter erhöht bzw. das ärztliche Gehaltsschema an jenes der Krankenkassen angepasst hatten. Dies führte auch zu mehr Bewerbungen. Es wurde aber immer wieder erwähnt, dass neben dem Gehalt die im ÖGD bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein wichtiger Aspekt für das Arbeiten im ÖGD darstellt.
 - Reservierung von dem Gesundheitswesen gewidmeten Studienplätzen für den ÖGD: Einige Bundesländer berichteten, dass alle (Tirol) oder zumindest Teile der gewidmeten Studienplätze (OÖ, Salzburg, Steiermark) für den ÖGD vorgesehen sind. Dies hat zwar keinen kurzfristigen Effekt, aber es wurde bereits beobachtet, dass es den ÖGD bei den Studierenden ins Bewusstsein ruft und das Thema Arbeitgeber ÖGD sichtbar wird.
- Poolsystem: In Vorarlberg wurde für Aufgaben mit 24/7-Erfordernis ein Sachverständigenpool eingerichtet. Ein ähnliches System wird in Tirol für die Sprengelärztinnen und -ärzte angedacht.
- Verbesserung von Information und Kommunikation im ÖGD über Verwaltungsebenen hinweg: Seitens des Bundes wurde die bestehende Internetplattform KVG (Kommunikationsplattform Verbraucher:innengesundheit) um ÖGD-Inhalte erweitert.
- Reorganisation des amtsärztlichen Dienstes: Mehrere Bundesländer berichteten über Versuche, Aufgaben und AÄ zu zentralisieren; diese Versuche scheiterten oft an den Bezirkshauptleuten.
 - In der Steiermark wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die Maßnahmen zur Verbesserung der Abwicklung der öffentlichen Gesundheitsaufgaben erarbeitet.

- Vorarlberg startete einen Prozess, um die Zusammenarbeit zwischen Landessanitätsdirektion und BVB-Ebene zu stärken.
- Wien kreierte ein zentrales Stadtgesundheitsamt, das alle Agenden an einem Ort vereint, inklusive E-Government.
- Änderung von Landesgesetzen: Im Burgenland wurden legislative Maßnahmen getroffen, um vermehrt nichtärztliche Gesundheitsberufe einsetzen zu können.
- Medizin- bzw. Pflegewissenschaftsstudierende für den ÖGD:
 - NÖ schloss mit der MedUni Wien einen Kooperationsvertrag zum Einsatz von Famulantinnen und Famulanten im ÖGD.
 - Der Gesundheitsdienst Wien ist seit Kurzem eine Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege in Kooperation mit der FH. Die Nachfrage wird als sehr gut beschrieben.
- Multiprofessionalität im ÖGD / Aufgabenverlagerung von AÄ zu anderen Gesundheitsberufen (insbes. DGKP): Mehrere Bundesländer berichteten, dass sie gezwungenermaßen vermehrt DGKP – mit gutem Erfolg – einsetzen. Wien berichtete zusätzlich, das Thema Multiprofessionalität genauer zu untersuchen.

4 Vom ÖGD-Reformprozess (noch) nicht erfasste Themenbereiche

Im Rahmen der Arbeiten zu AP 1 wurde eine Vielzahl an Herausforderungen für den ÖGD identifiziert. Seitens des Lenkungsausschusses wurden diese Ende 2022 für das Arbeitsprogramm 2023 priorisiert. Nachfolgend wird dargestellt, welche identifizierten Reformthemen im Rahmen dieses Reformprozesses nicht mehr bearbeitet wurden / werden konnten.

Zur Bearbeitung für 2023 vorgesehen:

- **Schulärztlicher Dienst**
Das Schulunterrichtsgesetz i. V. m. mit der Schulärzte-Verordnung (SchulÄ-V) sieht vor, dass Schulärztinnen und Schulärzte ÖGD-Aufgaben übernehmen können, wenn dies von der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann beauftragt wird. Es wurde daher im LA entschieden, dass in einem ersten Schritt interministeriell geklärt werden sollte, ob der Schulärztliche Dienst als Teil des ÖGD erachtet und in den Reformprozess eingebunden werden sollte (LA vom 26. September 22).
- **Gemeindesanitätsdienst**
Hierfür wurde vorgesehen, dass im Rahmen der Expertengruppe Recht eine Grundlagenarbeit erfolgen sollte.
- **Kooperation i. R. des militärischen Gesundheitswesens und dem ÖGD – Einrichtung einer interministeriellen AG BMSGPK und Bundesministerium für Landesverteidigung (BMLV)**

Für 2023 priorisiert, aber für spätere Bearbeitung

- **Strategie und Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung**
Dieses Thema wurde zwar vom LA Ende 2022 priorisiert, aber nicht hoch genug, um in das Arbeitsprogramm 2023 aufgenommen werden zu können.
Aus Sicht des LA sollte in diesem Bereich der Fokus v. a. auf nichtmonetäre Maßnahmen gelegt werden, inkl. Öffentlichkeitsarbeit für die Fachöffentlichkeit. So wurde z. B. vorgeschlagen, dass Bund und Länder gemeinsam eine „Werbekampagne“ durchführen sollten.
- **Implementierungsstrategie**
Hierfür sollte ein Konzept erstellt sowie ein Anforderungsprofil für eine „Galionsfigur“ (ein „lebendes Aushängeschild“) erarbeitet werden. Aufgrund begrenzter Projektressourcen sowohl 2023 als auch insbesondere 2024 konnte in diesem Zusammenhang lediglich eine Liste notwendiger Umsetzungsmaßnahmen erstellt werden (siehe Kapitel 5).
- **Die Erarbeitung eines Krisenkommunikationsplans wurde ebenfalls seitens des LA Ende 2022 für 2023 priorisiert, jedoch sollte vorher das Krisensicherheitsgesetz abgewartet werden. Dieses trat kürzlich in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt war bereits klar, dass der ÖGD-**

Reformprozess mit 2024 beendet werden soll, das Thema fand daher keinen Eingang mehr in das Arbeitsprogramm.

- Standardisierung von Prozessen bzw. Vereinheitlichung zentraler Organisationsprozesse (z. B. Contact Tracing)
- berufsrechtliche Themen
- Vorschläge für Forschungsthemen

Weitere Reformthemen aus AP 1, die seitens des LA nicht für 2023 priorisiert wurden:

- Effizienzsteigerung
- Anpassung von Curricula
- IT-Systeme und Datenmanagement
- Budget/Finanzierung (Personal, Sachaufwendungen)
- Wissenschaft und Forschung
Forschungskooperationen
Theorie-Praxis-Transfer
Personalentwicklung für Wissenschaft und Forschung (Querverweis zu Kompetenzprofil)
- Ressourcen für ÖGD und HiAP-Strategie

5 AP 6: ÖGD-Reformmaßnahmenplan

5.1 Arbeitsauftrag

Eine zentrale Forderung des Lenkungsausschusses aus dem ersten Arbeitspaket war, dass es für die Umsetzung der Reformmaßnahmen einen zwischen Bund und Ländern abgestimmten ÖGD-Reformmaßnahmenplan braucht. Es wurde daher zu Beginn des Jahres 2024 der Arbeitsauftrag erteilt, (mehrfach) vorgeschlagene Reformmaßnahmen zielorientiert für die Umsetzung – entsprechend den Inhalten der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ – aufzuarbeiten.

Art. 13 Neuorganisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Expertenpooling für medizinisches Krisenmanagement

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf Landesebene eine flexible, effiziente und übergreifende Weiterentwicklung und Umsetzung der Aufgaben des ÖGD erlauben. Der begonnene Prozess „ÖGD Neu“ wird zielgerichtet weitergeführt und bis Ende 2024 abgeschlossen. Dieser soll insbesondere die folgenden Themenbereiche umfassen:

1. zukunftsweisende Ausrichtung der Strukturen, Aufgaben und Befugnisse (Governance),
2. Personal- und Expertiseaufbau,
3. Steigerung der Attraktivität,
4. umfassende Digitalisierung und
5. Weiterentwicklung zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen.

5.2 Methodik

Da 2024 – gemäß Auftrag – der ÖGD-Reform-Abschlussbericht noch vor dem Sommer gelegt werden musste/sollte, wurde für dieses AP keine eigene Arbeitsgruppe eingerichtet. Das GÖG-Projektteam erarbeitete auf Basis der Unterlage der UAG ÖGD für die Finanzausgleichsverhandlungen und der Berichte des Pakts für den ÖGD in Deutschland umfassende Maßnahmenvorschläge zu den einzelnen in der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung angeführten Handlungsfeldern. Diese wurden in Folge in einer Sitzung des Lenkungsausschusses im April 2024 in drei Kleingruppen diskutiert, priorisiert und z. T. wurden notwendige Kooperationspartner für die Umsetzung identifiziert. Nach der Sitzung hatten die Mitglieder des Lenkungsausschusses noch Gelegenheit, alle Ergebnisse zu sichten und weitere Rückmeldungen schriftlich dazu abzugeben.

5.3 Ergebnisse

Für die zielorientierte Erarbeitung von Maßnahmen zur Umsetzung der geplanten ÖGD-Reform in Österreich wurden vonseiten der GÖG folgende Grundlagentexte herangezogen:

- den **Ergebnisbericht der Projektphase 1 (AP 1): „Den ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken und ausbauen.** Grundlagen für die Art.-15a-Verhandlungen ‚Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens‘“ (GÖG 2022)
- ein **Arbeitspapier** aus der **Finanzausgleich-Gesundheit – UAG ÖGD:** Themenblock 9 – **Krisenfestigkeit des ÖGD und der Gesundheitsversorgungsstrukturen** (Version 11_5_2023 nach UAG FAG)
- Berichte des Beirats zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (**Beirat „Pakt ÖGD“, Deutschland**):
 - a) Bericht 1: Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen (Beirat Pakt ÖGD 2021)
 - b) Bericht 2: Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und -maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen (Beirat Pakt ÖGD 2022)
 - c) Bericht 3: Wissenschaft und Forschung im und für einen zukunftsfähigen ÖGD (Beirat Pakt ÖGD 2023b)
 - d) Bericht 4: Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD (Beirat Pakt ÖGD 2023a)
- **Empfehlungen für Umsetzung und Ausgestaltung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland** vom Zukunftsforum Public Health (2020)
- **die Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland** vom Zukunftsforum Public Health (2021) die sich an den Essential Public Health Operations (EPHOs) der WHO orientieren

5.3.1 Ziele der ÖGD-Reform

Nachfolgend werden zuerst die mit dem Lenkungsausschuss diskutierten Zielsetzungen der ÖGD-Reform entlang der einzelnen Handlungsfelder/Themenbereiche tabellarisch dargestellt (Tabelle 2). Daraus wird bereits ersichtlich, dass manche Zielsetzungen in zwei oder mehr Themenbereichen relevant sind (insbesondere der Themenbereich „Steigerung der Attraktivität“ hat viele Querbezüge zu anderen Themenbereichen; einerseits wird die Attraktivität von anderen Themenbereichen beeinflusst, andererseits beeinflusst die Attraktivität insbesondere den Themenbereich Personal- und Expertiseaufbau).

Tabelle 2: Handlungsfelder der ÖGD-Reform mit Zielsetzungen

Handlungsfelder und Themenbereiche	Ziele
zukunftsweisende Ausrichtung der Strukturen, Aufgaben und Befugnisse (Governance)	<ul style="list-style-type: none"> • Führung und Verantwortung für bevölkerungsbezogene Gesundheitsfragen sind sichergestellt (Zukunftsforum Public Health 2021) und der ÖGD ist als dritte Säule des Gesundheitswesens gestärkt und ausgebaut. • Der ÖGD hat den Rollenwechsel von der „Gesundheitspolizey“ zum Anwalt der Gesundheit der Bevölkerung geschafft und nimmt seine Rolle aktiv wahr (inkl. Umsetzung von Health in All Policies). • Die Umsetzung der gestarteten ÖGD-Reform erfolgt koordiniert und wird regelmäßig anhand von Kennzahlen überprüft. • Die ÖGD-(Kern-)Aufgaben sind implementiert und strukturell verankert, wobei keine Reduktion auf hoheitliche Aufgaben erfolgen darf, um Aufgaben zu haben, die im Krisenfall zurückgestellt werden können, und Ressourcen – für die Bewältigung gesundheitlicher Krisen – freizumachen. • Alle „Teil-Organisationen“ des ÖGD – gemäß Definition in diesem Bericht – sind in ein ÖGD-Gesamtsystem bzw. als ÖGD-Gesamtsystem in das Gesundheitswesen integriert und arbeiten vernetzt zusammen, um Synergien zu generieren und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. • Es sind Public-Health-Kompetenzen und Kapazitäten im / für den ÖGD geschaffen (Zukunftsforum Public Health 2021). • Im ÖGD ist eine leistungsfähige Infrastruktur für Forschung und Entwicklung geschaffen (Zukunftsforum Public Health 2021).
Personal- und Expertiseaufbau <ul style="list-style-type: none"> • Anwerbung und Ausbildung • Personalausstattung • Personalbindung 	<ul style="list-style-type: none"> • Die potenziellen Zielgruppen sind adäquat über den ÖGD – als attraktives (ärztliches und/oder gesundheitsberufliches) Einsatzgebiet/Arbeitsfeld – informiert und sind motiviert/interessiert, sich für den ÖGD ausbilden und weiterqualifizieren zu lassen. • Es sind spezifische Qualifizierungsangebote für den ÖGD, Public Health und die Lehre in diesem Kontext, geschaffen. • Es sind ausreichend Personalressourcen für einen resilienten ÖGD, auch mittels inter-/multiprofessioneller Zusammensetzung, geschaffen. • Der ÖGD ist als attraktiver Dienstgeber für unterschiedliche (Gesundheits-) Berufe mit unterschiedlichen Qualifikationen und unterschiedlichen Berufserfahrungen weiterentwickelt. • Der themenspezifische Expertiseaufbau im ÖGD ist (personen- und/oder teambezogen) gewährleistet und es sind vielseitige Karrieremöglichkeiten geschaffen.
Steigerung der Attraktivität <ul style="list-style-type: none"> • für das Personal für den / im ÖGD • für die Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Der ÖGD ist als dritte unverzichtbare Säule in der (Fach-)Öffentlichkeit bekannt und im Gesundheitswesen entsprechend positioniert. • Der Zugang zu ÖGD-Leistungen ist niederschwellig(er) und digital möglich.
umfassende Digitalisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Die umfassende Nutzung digitaler Techniken zur Gewinnung, Aufbereitung, Interpretation und Kommunikation von Daten/Ergebnissen ist – als wesentliches Handlungsfeld des ÖGD – etabliert. • Die Datenkompatibilität und -vergleichbarkeit sind auf und für alle Verwaltungsebenen geschaffen (insb. Bund-Länder).
Weiterentwicklung zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsrisiken werden effektiv erkannt und durch gute Vorbereitung adäquat bewältigt (EPHO). • Der ÖGD reagiert rasch, koordiniert und deeskalierend auf (gesundheitliche) Bedrohungsszenarien.

Quelle: GÖG 2024

Nachfolgend werden die Handlungsfelder näher beschrieben und die zur oben genannten Zielerreichung ausgewählten Maßnahmen skizziert.

5.3.2 Maßnahmen pro Handlungsfeld/Themenbereich

5.3.2.1 Zukunftsfähige ÖGD-Strukturen, Governance

Die Pandemie hat die Bedeutung und Notwendigkeit einer Gesundheitsverwaltung, die rasch und effizient auf Notwendigkeiten wie pandemische Ereignisse reagieren kann, aufgezeigt.

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben einen ÖGD hervorgebracht, der auf mehrere (in jedem Bundesland andere) Abteilungen innerhalb der Verwaltung, aber auch auf Organisationen außerhalb der Verwaltung (Landesgesundheitsfonds, Planungsinstitute auf Landesebene etc.) aufgeteilt ist.

Die Modernisierung des ÖGD weg von der kaiserlichen „Sanitätspolizey“ hin zu einem an modernen Gesundheitsstrategien orientierten Teil der öffentlichen Verwaltung, der für Gesundheitsvorsorge und -förderung für die gesamte Bevölkerung inklusive spezifischer vulnerabler Bevölkerungsgruppen zuständig ist, erfordert politisches Bekenntnis und Leadership.

Im Sinne einer strategischen Ausrichtung soll der **ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens gestärkt und ausgebaut werden**. Der ÖGD soll nicht nur ein Sachverständigendienst für andere Ressorts sein, sondern aktiv an der Umsetzung von Health in All Policies arbeiten.

Dafür braucht es eine Implementierung und strukturelle Verankerung der ÖGD-Kernaufgaben gemäß dem im AP 1 beschlossenen Aufgabenprofil und ein Commitment zur Umsetzung des damit einhergehenden (legistischen) Handlungsbedarfs.

Der ÖGD ist als multiprofessionelles Einsatzgebiet und Handlungsfeld auszubauen und die „Teil-Organisationen“ des ÖGD (z. B. Landessanitätsdirektionen und Landesgesundheitsfonds) müssen integriert und vernetzt werden, um Synergien zu generieren und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

Zentrale Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind:

- Erarbeitung eines **zeitgemäßen Rechtsrahmens für den ÖGD** (Ersatz des Reichssanitätsgesetzes mittels Art.-15a-Vereinbarung) inkl. Verankerung von Bestimmungen, die Public Health Governance durch direkte Steuerung über gesetzliche Normen sowie Allokationen (Mittel- bzw. Ressourcenverteilung) ermöglichen (Zukunftsforum Public Health 2021). Dies beinhaltet auch:

die Klärung der offenen Fragen zu einzelnen Aufgaben im Aufgabenprofil (inhaltliche Klärung mancher Aufgaben und erforderlichenfalls Entwicklung alternativer Lösungen)

die Klärung und Festlegung der Aufgabenverteilung zwischen den ÖGD-Partnern auf Bundes- und Landesebene – samt den dazugehörigen Kommunikationsprozessen

die gesetzliche Verankerung/Festschreibung der Position der Generaldirektorin bzw. des Generaldirektors für die öffentliche Gesundheit (inklusive deren bzw. dessen Aufgaben und Befugnisse)

eine fachlich-inhaltliche Stärkung der Position der Landessanitätsdirektorinnen und -direktoren mit entsprechender Kompetenzausstattung

Die Federführung für die Umsetzung der Maßnahme liegt beim Gesundheitsressort, Umsetzungspartner:innen sind die Rechtsabteilungen der Bundesländer sowie Vertreter:innen des ÖGD.

An der Umsetzung dieser Maßnahme wird bereits gearbeitet (Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „ÖGD Neu“).

- Weiterentwicklung der Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit (aus 2010/2022) zu einer verbindlichen **Public-Health-Strategie für Österreich** (Grundzüge, Werte, Berücksichtigung weiterer EPHOs, Ausrichtung an HiAP (Zukunftsforum Public Health 2021))
Diese Maßnahme wird auch deswegen als wichtig/prioritär erachtet, um Parallelstrukturen zu vermeiden.
- Die **Steuerung und Koordination der ÖGD-Reform auf Bundesebene** sollen in „einer Hand“ liegen. Es werden derzeit diesbezüglich zwei – sich ggf. auch ergänzende – Möglichkeiten diskutiert:
 - a) Einrichtung einer Fachgruppe ÖGD im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, mit Vertreterinnen und Vertretern des ÖGD oder einer Arbeitsgruppe ÖGD unter Einbindung notwendiger Stakeholder (nicht zwingend in der Zielsteuerung)
 - b) Beauftragung der GÖG zur Begleitung der koordinierten Umsetzung (Prozesssteuerung und Monitoring)
- Entwicklung einer gemeinsamen (Bund und Länder) **Implementierungsstrategie für das Aufgabenprofil neu** (auf Bundesebene) – nach fachlichen, organisatorischen sowie strukturellen Gesichtspunkten – und Umsetzung dieser Strategie auf Bundes- und Landesebene
- Ausbau des **ÖGD als multiprofessionelles und interdisziplinäres Einsatzgebiet und Handlungsfeld** (Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsberufe sowie Vertreter:innen anderer Wissenschaftsbereiche der Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften) (Zukunftsforum Public Health 2021) – samt Finanzierung von diesbezüglicher Aus-, Fort- und Weiterbildung
- **Expertise** für Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, Wissenschaft und Forschung, Datenmanagement und Informationstechnologie **in den ÖGD integrieren**
- Schaffung und Finanzierung von **Strukturen für Forschung und Entwicklung** im ÖGD
 - a) schrittweise Etablierung von Lehr- und Forschungsgesundheitsämtern (Landessanitätsdirektionen), die eine Bündelungs- und Koordinierungsfunktion für mehrere Gesundheitsämter übernehmen (einerseits als FA PH-Ausbildungsstätte, andererseits zum Transfer von ÖGD-Themen in die akademischen Fakultäten und vice versa)
 - b) Kooperationen mit wissenschaftlichen Public-Health-Einrichtungen müssen etabliert werden, auch um bereits vorhandenes Personal gemeinsam weiterzuqualifizieren (postgraduale Programme) (Beirat Pakt ÖGD 2021).

5.3.2.2 Personal- und Expertiseaufbau

Die unzureichende Personalausstattung des ÖGD wurde in der aktuellen Pandemie besonders deutlich. Probleme dabei, freie Stellen zu besetzen bzw. nachzubesetzen, sind seit längerem ein Thema. Als Gründe dafür wurden seitens der befragten AÄ folgende Punkte hervorgehoben:

- unattraktives Arbeitsfeld (geringe Bezahlung, wenig Entwicklungsmöglichkeit bzw. schlechte Arbeitsbedingungen/Arbeitsstrukturen im öffentlichen Dienst)
- geringe Wertschätzung / schlechtes Image (allgemein in der Bevölkerung, aber auch innerhalb der Ärzteschaft)
- Situation am Arbeitsmarkt (allgemeiner Ärztemangel, Arbeitsmodelle der jüngeren Generation – mehr Teilzeitkräfte erhöhen den Bedarf an Personen)
- geringe Bekanntheit des Arbeitsfelds (der ÖGD ist kein Thema in der medizinischen Ausbildung, Tätigkeit weitgehend unbekannt)

Aus der Personalbedarfsschätzung wird ersichtlich, dass bis 2030 zwei Drittel der AÄ in Pension gehen werden. Daher braucht es eine Vielzahl an Maßnahmen, um Personal zu gewinnen, bestehendes Personal zu halten, aber auch die Personalausstattung auf den notwendigen Stand zu bringen.

Zentrale Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind:

- zielgruppenorientierte Informationsarbeit in unterschiedlichen Medien
- Integration von Themen zu öffentlicher Gesundheit / Public Health in die Aufgaben- und Handlungsfelder des ÖGD sowie von bevölkerungsmedizinischen Inhalten in die Curricula von Medizinstudium und anderen gesundheitsberuflichen Grundausbildungen
- Famulaturen/Praktika für Medizinstudierende, um Arbeitsfeld ÖGD bekannt zu machen
- die fachliche sowie wissenschaftliche Aus- und Weiterbildung im ÖGD strukturell verankern und organisatorisch in Kooperation mit den zutreffenden gesundheitsberuflichen Ausbildungsstätten umsetzen (v. a. mit Medizinischen Universitäten und Fachhochschulen)
- Ermöglichung eines breiten Zugangs zum ÖGD (Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin, AM, FÄ, andere GB, andere Wissenschaftsbereiche)
- Umsetzung der Fachärztin bzw. des Facharztes für Public Health als postpromotionelle Ausbildung für den und im ÖGD (Beirat Pakt ÖGD 2023a)

In diesem Zusammenhang ist eine Novellierung des ÄrzteG und der ÄAO 2015 für den ÖGD (ÖGD als Ausbildungsstätte und die Novellierung des Sonderfachs Public Health für den ÖGD) notwendig.

- ehestmögliche Nachbesetzung des Fehlbestands (österreichweit) an AÄ (unbesetzte Dienstposten, exkl. COVID-Personal), um die sich sukzessiv weiter verschärfende Überauslastung wieder zu reduzieren
- Festlegung von Kriterien für einen „resilienten“ ÖGD als Grundlage für Personalschlüssel und -planung

- prospektive Personalplanung in den Bundesländern (anstehende Pensionierungen, Personalfuktuation, neue Aufgaben) und unter Berücksichtigung von Personalreserven zur Vertretung im Urlaubs-, Krankheits- oder Weiterbildungsfall bzw. zur Unterstützung im Krisenfall (Routine und Krisenfall)
- Aufstockung derzeit unterversorgter Bundesländer, welche unter dem österreichweiten Durchschnitt von 3,1 AÄ pro 100.000 Einwohner:innen liegen
- Ausgleich von Fehlbeständen und Ersatzbedarf bei den anderen Berufsgruppen (DGKP, medizinisch-technische Dienste, sanitäre Hilfsdienste, andere Gesundheitsberufe, Verwaltungspersonal)
- aufgabenbezogenes Verlagerungspotenzial von AÄ zu anderem Gesundheitspersonal eruieren und Gesundheitsämter mit entsprechendem Personal ausstatten
Hierzu wurde bereits im Rahmen der Expertengruppe Recht eine Arbeitsgruppe eingesetzt bzw. gibt es Aktivitäten dazu in einigen Bundesländern.
- personelle Kooperation zwischen Bezirken ausloten und fördern
- Arbeitsanforderungen im ÖGD neu denken (insbesondere Aufgabenmix unbeliebte vs. interessante Aufgaben) und Arbeitsbedingungen modern und alternsgerecht gestalten, z. B. durch flexible Arbeitszeiten oder Möglichkeiten zur Telearbeit
- Entwicklung österreichweit einheitlicher und konkurrenzfähiger Karrierepfade im ÖGD (inkl. Besoldungsschemata), insbesondere Fachkarrieren mit Spezialisierungsmöglichkeiten oder Forschungskarrieren (eine Grundlage dafür ist das in AP 2 erarbeitete Kompetenzprofil)
- auf Basis der Kernaufgaben des ÖGD (Aufgabenprofil aus AP 1) unterschiedliche Kompetenzprofile entwickeln (multiprofessionell, interdisziplinär)
- den für eine effiziente und qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung notwendigen Skill- und Grademix pro Aufgabenbereich und Verwaltungsebene eruieren und etablieren

5.3.2.3 Steigerung der Attraktivität

Verglichen mit anderen Ärztinnen und Ärzten im Landesdienst (Krankenanstalten) haben AÄ eine geringe Bezahlung. Geringe Entwicklungsmöglichkeiten und starre Arbeitsstrukturen machen den ÖGD zu einem unattraktiven Arbeitsfeld. Dazu kommen in der Bevölkerung, aber auch innerhalb der Ärzteschaft mangelnde Kenntnisse über die Vielfältigkeit des Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichs sowie ein schlechtes Image des ÖGD.

Eine Attraktivierung des ÖGD dient dazu, ausreichendes, gut qualifiziertes Personal für den ÖGD rekrutieren zu können (daher gibt es viele Überschneidungen mit dem Themenbereich 2 – Personal- und Expertiseaufbau).

Zentrale Maßnahmen in diesem Themenbereich sind:

- Durchführung einer (Image-)Kampagne für den ÖGD: Diese könnte nicht nur dazu beitragen, ihn in der Bevölkerung bekannt zu machen, sondern auch dazu, den ÖGD als attraktives,

vielfältiges, für unterschiedliche Berufsgruppen interessantes Aufgabengebiet zu präsentieren.

- stärkere Positionierung des ÖGD u. a. im Rahmen von Landesgesundheitskonferenzen, der Zielsteuerung-Gesundheit – verbunden mit mehr Präsenz und Einflussmöglichkeit
- attraktive und konkurrenzfähige Entlohnung/Gehälter (siehe auch Themenbereich 2)
- vielfältige Karrieremöglichkeiten im ÖGD – im Sinne der Spezialisierung für Ärztinnen und Ärzte sowie für andere Berufe – entwickeln (siehe auch Themenbereich 2) sowie Fachkompetenz und erfahrungsgerechten Personaleinsatz organisieren (auch über Landesgrenzen hinweg)
- leistungsfähige Personalstruktur bzw. bedarfsorientierten Skill- und Grademix (qualitativ und quantitativ) aufbauen (siehe auch Themenbereich 2)
- attraktive Rahmenbedingungen bei der / für die Arbeit (Teilzeit, Homeoffice, Teamarbeit, flexible Arbeitszeit, Kinderbetreuung etc.)

5.3.2.4 Umfassende Digitalisierung

Im Rahmen des ÖGD-Reformprozesses wurde auch eine Erhebung zur IT-Ausstattung durchgeführt. Durch die COVID-19-Pandemie verbesserte sich die Ausstattung mit Hardware beträchtlich. Dennoch gaben knapp 20 Prozent der befragten AÄ an, dass ihnen IT-Ausstattung fehlt, insbesondere PCs/Laptops, aber auch Bildschirme oder Drucker. Im Softwarebereich stellte sich heraus, dass im ÖGD eine Vielzahl aufgabenspezifischer (d. h. länderspezifisch uneinheitlicher) Softwarepakete verwendet wird. Hierzu gibt es sowohl bundesspezifische als auch landesspezifische Softwarepakete. ELAK (Elektronischer Akt), EMS (Epidemiologische Meldesystem) und e-Impfamt wurden von allen Bundesländern angeführt. Darüber hinaus reichten die Angaben zu aufgabenspezifischen Verwaltungsprogrammen des Bundes von AJWEB (Auskunftserteilung an Justiz und Verwaltungsbehörden) über MPEA (Medizinisches Probenerfassungssystem AGES) bis zu ZMR (Zentrales Melderegister).

Es gilt daher, Datengewinnung, -aufbereitung und -interpretation als wesentliches Handlungsfeld des ÖGD zu etablieren und ihn mit den dafür notwendigen Ressourcen auszustatten.

Zentrale Maßnahmen in diesem Bereich sind:

- Neben dem Meldewesen nach dem Epidemiegesetz muss eine zukunftsfähige digitale Ausstattung auch eine zeitgemäße Gesundheitsberichterstattung und Planungsfunktionen unterstützen (Zukunftsforum Public Health 2021).
- Entwicklung der für Datennutzung (Gewinnung, Aufbereitung, Interpretation) nötigen fachlich-wissenschaftlichen Kompetenzen (Zukunftsforum Public Health 2021)
- eHealth-Strategie im ÖGD berücksichtigen/mitdenken/umsetzen
- den Nutzen für die Vereinfachung mitdenken
- kompatible Softwareprogramme etablieren und ggf. erforderliche Datenschnittstellen programmieren

- Grundlagenarbeiten für einheitliche Datenbank(en) und vergleichbare Auswertungen beauftragen und durchführen/leisten. Dies beinhaltet als Erstes die Definition von Daten und Datenbedarfen, in weiterer Folge die Vereinheitlichung von Minimaldatensätzen und Erhebungsmodi sowie die Vereinheitlichung von Auswertungs- und Berechnungsmodi.
- Einführung/Schaffung einer einheitlichen Datenbank für den ÖGD (Zukunftsforum Public Health 2021), inkl. Anpassung bzw. Neuentwicklung (ggf. Zukauf) erforderlicher Programme sowie der Programmierung erforderlicher Datenschnittstellen

5.3.2.5 Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen

Das medizinische Krisenmanagement ist keine eigenständige Aufgabe des ÖGD, sondern erfolgt im Rahmen des staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagements. Dementsprechend wurde es in der Vergangenheit im ÖGD stark vernachlässigt. Die Verantwortlichkeit für die Aufgabenwahrnehmung befindet sich außerhalb des ÖGD, bei den jeweiligen Katastrophenabteilungen der Länder. Die Funktionen des ÖGD liegen daher hauptsächlich in der Mitarbeit und Durchführung bevölkerungsmedizinischer Aufgaben.

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie gewann der ÖGD aufgrund seiner Aufgabenbereiche „Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten“ und „medizinisches Krisenmanagement“ an Aufmerksamkeit und Bedeutung. Der Arbeitsaufwand wurde wesentlich größer, das Krisenmanagement und die entsprechenden Aufgaben mussten teilweise erst auf-, jedenfalls aber ausgebaut werden. Um die vielen Aufgaben erfüllen zu können, wurden zusätzlich sogenannte Epidemieärztinnen und -ärzte angestellt. Der ÖGD hat sehr viel geleistet, jedoch sind im Rahmen der Pandemiebekämpfung Grenzen und Schwachstellen der bestehenden ÖGD-Strukturen stärker zum Vorschein gekommen.

Es braucht daher Maßnahmen, dass der ÖGD zukünftig rasch und koordiniert auf Bedrohungsszenarien reagieren kann. Dazu ist eine Klärung der Kompetenzen und Zuständigkeiten bei Pandemien und gesundheitlichen Notlagen erforderlich sowie eine Stärkung des medizinischen Krisenmanagements im ÖGD.

Zentrale Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind:

Zur Vorbereitung auf Krisensituationen

- Die staatlichen Behörden verständigen sich auf die Festlegung einer Federführung für die Bereitschaftsplanung für gesundheitliche Notlagen (u. a. Pläne und deren Aktualisierung, Zuständigkeit für die Ausrufung der Krise bzw. Katastrophe, Ressourcen wie Bevorratung, Identifikation von Kapazitätslücken etc.) in engem Austausch mit relevanten Akteurinnen und Akteuren. (ZFPH)

- Rolle, Aufgaben, Zuständigkeiten und Befugnisse des ÖGD auf Basis des neuen Krisensicherheitsgesetzes klären und den ÖGD entsprechend ausstatten (personell [24/7-Erfordernis bzw. Besetzung von Bereitschaftsdiensten „on the long run“], finanziell etc.)
- Erarbeitung eines grundlegenden Risiko- und Krisenkommunikationskonzepts (inkl. Leitlinien) hinsichtlich personeller, qualifikatorischer und partizipatorischer Voraussetzungen zur Bewältigung von Pandemien und anderen bundesweiten gesundheitlichen Notlagen, inkl. der Sicherstellung der Funktion (nicht Posten) einer „Presseoffizierin“ bzw. eines „Presseoffiziers“⁴ (Presseoffizier:in auf Öffentlichkeitsarbeit inkl. Pressesprecher:in ausweiten, LA vom 13. Mai 2022)

Dazu gehören die Sicherstellung einheitlicher Informationen (z. B. zu Inzidenzen), praktikable Empfehlungen und Leitlinien für Gesundheitsämter sowie eine verständliche Kommunikation, die alle erreicht (Lebensweltbezug, spezifische Bevölkerungsgruppen und Migrationshintergründe, sozialräumlich verankerte Schlüsselpersonen etc.).

- Wissenschaftliche Evidenz für mögliche Maßnahmen ist kontinuierlich zu prüfen, zusammenzutragen und zu ergänzen (Zukunftsforum Public Health 2021).
- Stärkung der GBE als Grundlage von Gesundheitsplanung, insbesondere für Krisen. Dazu muss der Zugang zu allen geeigneten Datenquellen (wie Katastrophenschutz, Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]) ermöglicht werden (Beirat Pakt ÖGD 2021)
- Die Pläne und das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen sind anhand regelmäßiger Übungen/Schulungen – mittels Szenarien – umzusetzen (zu üben) und dadurch auch gleichzeitig zu überprüfen (Zukunftsforum Public Health 2021)
- Gesundheitsämter sind grundsätzlich personell und technisch adäquat auszustatten und es ist für den Notfall zusätzlich Vorsorge zu treffen) (z. B. Datenschnittstellen).
- bundesweite Regelung bzgl. Rolle und Aufgaben von Gemeinde- bzw. Sprengelärztinnen und -ärzte und in Folge Informationsverbreitung an diese, damit sie die Krisenpläne kennen und vom ÖGD im Bedarfsfall herangezogen werden können
- Krankenhäuser sind in die Pläne zur kurzfristigen Schaffung von Kapazitäten und in verbindliche Finanzierungsmodelle einzubinden, damit sie diese mittragen (Zukunftsforum Public Health 2021).
- kritische Reflexion der Pandemiebewältigung durch die eigene Organisationseinheit im Zusammenspiel mit den anderen Verwaltungsebenen und Ableitung von Optimierungspotenzial für einen neuen Pandemieplan; dies erfordert den entsprechenden politischen Willen und Auftrag.
- Zukünftig wird es auch vermehrt zu gesundheitlichen Krisensituationen aufgrund des Klimawandels kommen. Umweltmedizin muss im ÖGD daher gestärkt und ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang sind Zuständigkeiten zu klären und Umweltmedizin als Aufgabe des ÖGD legislativ zu verankern. Weiters braucht es einen Expertise- und Kapazitätsaufbau, auch und insbesondere an den Medizinischen Universitäten.

⁴ im Anlassfall fachliche Beratung der Pressestelle der Landesverwaltung, Vertretung des Landes-ÖGD (vergleichbar den Presseoffizier:innen bei Einsatzorganisationen und Militär). Diese Position soll zum einen klassische Öffentlichkeitsarbeitsaufgaben übernehmen, zum anderen aber insbesondere der – zwischen allen betroffenen Institutionen und Verwaltungsebenen abgestimmten – Information der Bevölkerung dienen.

- elektronische Informationstools – open government data – zur Information über relevante Fragestellungen im Hinblick auf meldepflichtige Krankheiten (z. B. als Dashboard)

Im Krisenfall

- Gezielte und koordinierte Maßnahmen auf Basis der gegebenen Voraussetzungen und Instrumente (neben infektionsepidemiologischem Meldewesen auch jene für Erdbeben, Stürme, Hochwasser und andere Szenarien), die ermöglichen, in Krisensituationen in allen „Lagen“ ein inhaltlich und strukturell einheitlich aufgebautes Lagebild – im regionalen sowie im überregionalen Bereich – zu zeichnen (Beirat Pakt ÖGD 2021)
- krisenspezifische Adaptierung des gegebenen Grundkonzepts für eine gelingende Risiko- und Krisenkommunikation – hinsichtlich personeller, qualifikatorischer und partizipatorischer Voraussetzungen zur Bewältigung von Pandemien und anderen bundesweiten gesundheitlichen Notlagen, inkl. Sicherstellung der Funktion (nicht Posten) einer „Presseoffizierin“ bzw. eines „Presseoffiziers“⁵. Dies beinhaltet auch:
 - zwischen Bundes-/Landesbehörden und lokalem ÖGD abgestimmte Verhaltensempfehlungen für die Bevölkerung
 - Sicherstellung einheitlicher Informationen
 - Ausrufen/Beenden der Krise bzw. Katastrophe
 - praktikable Empfehlungen und Leitlinien für Gesundheitsämter
 - verständliche Kommunikation, die alle erreicht (Lebensweltbezug, spezifische Bevölkerungsgruppen und Migrationshintergründe, sozialräumlich verankerte Schlüsselpersonen / Ansprechpersonen / Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren etc.)

5.3.3 Konkretisierung des ÖGD-Reform-Umsetzungsplans

Die mit diesem Projekt und Abschlussbericht präsentierte Arbeitsgrundlage für die weitere Umsetzung der ÖGD-Reform kann den Ausgangspunkt für die weitere Vorgangsweise darstellen. Die formulierten Ziele und Maßnahmen sowie die Einschätzung von deren Fristigkeit (kurz-, mittel- oder langfristig umzusetzen), der vorgeschlagene „Lead“ und wer die möglichen/nötigen Umsetzungspartner sein könnten, stellen eine brauchbare Grundlage für die Erarbeitung eines konkreten ÖGD-Reform-Umsetzungsplans dar (siehe auch diesbezügliche Tabellen im Anhang). Es ist noch zu klären, wem die in diesem Zusammenhang nötige Koordination und Steuerung (inkl. Monitoring) übertragen wird. In einem nächsten Schritt sind die (weiteren) Eckpfeiler, mit denen die ÖGD-Reform gestartet/fortgesetzt wird, herauszuarbeiten, u. a. mit Ressourcen (u. a. Personal, Zeit, Finanzierung/Geld) zu hinterlegen und mit Zeitfenstern zu versehen (bis wann implementiert, abgeschlossen etc.).

⁵ im Anlassfall fachliche Beratung der Pressestelle der Landesverwaltung, Vertretung des Landes-ÖGD (vergleichbar den Presseoffizier:innen bei Einsatzorganisationen und Militär). Diese Position soll zum einen klassische Öffentlichkeitsarbeitsaufgaben übernehmen, zum anderen aber insbesondere der – zwischen allen betroffenen Institutionen und Verwaltungsebenen abgestimmten – Information der Bevölkerung dienen.

6 Ausblick – Nächste Schritte

Durch die COVID-19-Pandemie rückten Bedeutung und Notwendigkeit eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes wieder in das Blickfeld von Politik, Gesundheitsversorgung sowie (einschlägiger) Fachwelt und es wurde offenbar, dass der ÖGD in den letzten Jahren vernachlässigt wurde. Basierend auf veralteten und zersplitterten Rechtsgrundlagen führte er ein Schattendasein im österreichischen Gesundheitswesen.

Im Rahmen des ÖGD-Reformprozesses 2022 bis 2024 wurde eine Vielzahl an Grundlagen für eine Modernisierung des ÖGD geschaffen. Zentral wird sein, dass dieses Momentum aufrechterhalten werden kann und die Umsetzung der Reformmaßnahmen zwischen Bund und Ländern koordiniert und durch ein externes Projektmanagement begleitet erfolgt.

Seitens des Lenkungsausschusses werden folgende nächste Schritte als zentral erachtet:

- (politisches) Commitment zur bundesweiten Umsetzung von Reformmaßnahmen und Modernisierung des ÖGD hin zu einer starken dritten Säule des Gesundheitswesens
- Entscheidung, in welchem Rahmen die Umsetzung der Reformmaßnahmen erfolgt:
im Rahmen der Zielsteuerung mit einer eigenen „Fachgruppe ÖGD“, die mit Vertreterinnen und Vertretern des ÖGD besetzt ist
außerhalb der Zielsteuerung mit einer klaren Lenkungsstruktur, um eine zwischen Bund und Ländern koordinierte Umsetzung zu unterstützen
- Unabhängig vom Umsetzungsrahmen muss eine externe Begleitung im Sinne eines Projekt-/Prozess-/Programmmanagements sichergestellt werden.
- Schaffung eines modernen Rechtsrahmens für den ÖGD (Art.-15a-B-VG-Vereinbarung „ÖGD Neu“ – in Arbeit)
- rasche Umsetzung/Novellierung der Fachärztin bzw. des Facharztes Public Health für den ÖGD
- Schaffung einer Bildungseinrichtung für den ÖGD mit multiprofessioneller und interdisziplinärer Ausrichtung
Diese Einrichtung könnte auch als Plattform für Theorie-Praxis-Transfer, Standardisierung und Abstimmungen zwischen Bund und Ländern dienen.
- Digitalisierung im ÖGD vorantreiben, insbesondere einheitliche Schnittstellen zwischen Bund und Ländern (auch im Sinne der Vorbereitung auf eine nächste Pandemie)
- Umsetzung von Attraktivierungs-/PR-Maßnahmen

Literatur

- ÄAO (2015): Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015), BGBl. II Nr. 147/2015, Fassung vom 10.09.2015
- Antony, Gabriele; Laschkolnig, Anja; Marbler, Carina (2019): Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zur Verordnung über gesundheitliche Vorkehrungen für Personen, die sexuelle Dienstleistungen erbringen Gesundheit Österreich, Wien
- AÖGW (2024): Akademie für öffentliches Gesundheitswesen [online] [Zugriff am 27.06.2024]
- Ärztegesetz–Novelle (2023): Ministerialentwurf Gesetz, Ärztegesetz–Novelle 2023 (298/ME) | Parlament Österreich, 30.11.2023
- Ärztegesetz 1984 – ÄrzteG (1998): Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1984 – ÄrzteG), BGBl I Nr 169/1998, Fassung vom 10.11.1998
- Beirat Pakt ÖGD (2021): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen. Beirat Pakt ÖGD, Berlin
- Beirat Pakt ÖGD (2022): Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und –maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen. Beirat Pakt ÖGD, Berlin
- Beirat Pakt ÖGD (2023a): Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD. Beirat Pakt ÖGD, Berlin
- Beirat Pakt ÖGD (2023b): Wissenschaft und Forschung im und für einen zukunftsfähigen ÖGD. Beirat Pakt ÖGD, Berlin
- Benner, P. (2017): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert (3. unveränd. Aufl.). Hogrefe, Bern
- BMG (2013): Nationale Strategie öffentliche Gesundheit: Grundlage für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMSGPK (2024): Sexuell Übertragbare Infektionen (Geschlechtskrankheiten) [online]. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Sexuell-%C3%9Cbertragbare-Infektionen-\(Geschlechtskrankheiten\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Sexuell-%C3%9Cbertragbare-Infektionen-(Geschlechtskrankheiten).html) [Zugriff am 11.03.2024]
- Bundeskanzleramt, Sektion III Frauenangelegenheiten und Gleichstellung (2021): Regelung der Prostitution in Österreich. Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Prostitution“. 4. Bericht, April 2021 [online]. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:79a063e4-084f-440e-b197-37bd477457cf/4_bericht_der_ag_prostitution_april_2021.pdf [Zugriff am 11.03.2024]

- Dreyfus, H. L. Dreyfus, St. E. (1980): A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. University of California, Berkeley
- Gesundheitsportal (2024): Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at) [online] [Zugriff am 27.06.2024]
- GÖG (2022): Den ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken und ausbauen. Gesundheit Österreich, Wien
- GuKG (1997): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, BGBl. I Nr. 108/1997
- Kux, Sebastian; Pochobradsky, Elisabeth; Sax, Gabriele; Schaffenberger, Eva (1998): Neupositionierung des öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGD). ÖBIG, Wien
- McBride, B.; Shannon, K.; Strathdee, S. A.; Goldenberg, S. M. (2021): Structural determinants of HIV/STI prevalence, HIV/STI/sexual and reproductive health access, and condom use among immigrant sex workers globally. In: *Aids* 35/9:1461–1477
- Medizinische Universität Wien (2023): Rekordhoch bei sexuell übertragbaren Erkrankungen in Europa. Newsbeitrag vom 27.10.2023 [online]. <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2023/news-im-oktober-2023/rekordhoch-bei-sexuell-uebertragbaren-erkrankungen-in-europa/> [Zugriff am 06.12.2023]
- NQR-Koordinierungsstelle in Österreich (NKS) (2019): Handbuch für die Zuordnung von formalen und nicht-formalen Qualifikationen zum NQR, 2. Ausgabe. Hg. v. OeAD-GmbH. OeAD-GmbH (Österreichische Austauschdienst) Wien
- NSW (2001): A Framework for Building Capacity to Improve Health. NSW Health Department, Gladesville
- PA-PFA-AV (2016): Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Ausbildung und Qualifikationsprofile der Pflegeassistentenberufe (Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung – PA-PFA-AV), StF: BGBl. II Nr. 301/2016
- Pfabigan, Doris; Rottenhofer, Ingrid; Bajer, Marion (2021): Curricula für Medizinische Masseurinnen/ Medizinische Masseure und Heilmasseurinnen/Heilmasseur sowie Spezialqualifikationsausbildungen. Gesundheit Österreich, Wien
- Rat der Europäischen Union (2012): Empfehlung des Rates vom 20. Dezember 2012 zur Validierung nichtformalen und informellen Lernens. Rat der Europäischen Union, Brüssel
- Rottenhofer, I. Bronneberg, G. Holzer, H. (2008): Curricula Kinder- und Jugendlichenpflege. Spezielle Grundausbildung. Sonderausbildung. Praktische Ausbildung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich Gesellschaft/ÖBIG, Wien
- Rottenhofer, Ingrid; Podzeit, Katja (2024): Qualifizierung von Amtsärztinnen und Amtsärzten in Österreich. ÖGD neu – Reformprozess. Qualifikationserfordernisse und Qualifikationsmöglichkeiten für Amtsärztinnen und Amtsärzte in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- West, B. S.; Liz, Hilton and Empower Thailand; Montgomery, A. M.; Ebben, A. R. (2021):
Reimagining Sex Work Venues: Occupational Health, Safety, and Rights in Indoor
Workplaces. In: Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and
Opportunities for Action. Hg. v. Shira M. Goldenberg, Ruth Morgan Thomas, Anna
Forbes, Stefan Baral. Springer, Cham (CH)S. 207–230
- Zukunftsforum Public Health (2020): Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Empfehlungen für Umsetzung und Ausgestaltung. Zukunftsforum Public Health, Berlin
- Zukunftsforum Public Health (2021): Eckpunkte einer PH-Strategie Deutschland. Zukunftsforum
Public Health, Berlin

Anhang

Konzeptioneller Rahmen für das AÄ-Kompetenzprofil sowie die AÄ-Qualifikationen

AÄ-Aufgabenstellung = Arbeitsprozess (AP) X im Aufgabenbereich (AB) Y	Stufe der Kompetenzentwicklung von Amtsärztinnen und Amtsärzten				
	neue Person im ÖGD (AÄ-Anfänger:in)	fortgeschrittene Person im ÖGD	kompetente Person im ÖGD	erfahrene Person im ÖGD	AÄ-Expertinnen und -Experten (Spezialisierungen)
Aufsicht und Qualitätssicherung					
Rollen: ASV und Kontroll- und Aufsichtsorgan					
evidenzbasiert arbeiten					
untersuchen und diagnostizieren					
Lokalaugenschein/Begehung					
Gutachten/Stellungnahmen erstellen					
dokumentieren					
akut handeln/intervenieren (inkl. weit(er)reichende Maßnahmen setzen)					
Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung					
Rollen: Beobachter:in, Berater:in					
Monitoring betreiben					
evidenzbasiert arbeiten					
berichten					
beraten (inkl. Politikberatung)					
Gremienarbeit leisten					
Berichte verfassen					
empirisch arbeiten, forschen					
Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung					
Rollen: Planer:in und Entwickler:in; Berater:in; Koordinator:in; Organi- sator:in					
organisieren und koordinieren; kooperieren und vernetzen					
evidenzbasiert arbeiten				Evidenz schaffen	
Konzepte, Leitlinien etc. beurtei- len/entwickeln				entwi- ckeln	
Überzeugungsarbeit leisten; Agenda-Setting betreiben					
Gremienarbeit leisten					
Gesundheitsplanung und Beratung der Politik zu gesundheitsrelevanten Entwicklungen					
Rollen: Beobachter:in, Koordina- tor:in, Planer:in und Entwickler:in					
berichten und Berichte verfassen				Berichte verfas- sen	

AÄ-Aufgabenstellung = Arbeitsprozess (AP) X im Aufgabenbereich (AB) Y	Stufe der Kompetenzentwicklung von Amtsärztinnen und Amtsärzten				
	neue Person im ÖGD (AÄ-Anfänger:in)	fortgeschrittene Person im ÖGD	kompetente Person im ÖGD	erfahrene Person im ÖGD	AÄ-Expertinnen und -Experten (Spezialisierungen)
beraten, schulen und Politikberatung				Politikberatung	
Konzepte, Leitlinien etc. beurteilen/entwickeln				Konzepte entwickeln	
Gremienarbeit leisten					
kompetent informieren und kommunizieren, Öffentlichkeitsarbeit					
Überzeugungsarbeit leisten; Agenda-Setting betreiben					
Infektionsschutz					
Rollen: Beobachter:in, Planer:in und Entwickler:in					
untersuchen und diagnostizieren					
dokumentieren					
Gutachten/Stellungnahmen erstellen					
akut handeln/intervenieren					
Monitoring i. S. v. Surveillance					
kompetent informieren und Öffentlichkeitsarbeit	Einzelpersonen	Bevölkerung			
Lokalausweis/Begehung					
Maßnahmen veranlassen, setzen					
koordinieren und organisieren					
beraten und schulen, insbesondere Politikberatung			Politikberatung		
Stabsarbeit leisten					
empirisch arbeiten, forschen					
medizinisches Krisenmanagement					
Rollen: Beobachter:in, Planer:in und Entwickler:in, Berater:in					
dokumentieren					
akut handeln/intervenieren					
Maßnahmen veranlassen, setzen ...					
koordinieren und organisieren					
Berichte verfassen					
Stabsarbeit leisten					
beraten und schulen, Politikberatung					
kompetent informieren und kommunizieren, Öffentlichkeitsarbeit					

AÄ-Aufgabenstellung = Arbeitsprozess (AP) X im Aufgabenbereich (AB) Y	Stufe der Kompetenzentwicklung von Amtsärztinnen und Amtsärzten				
	neue Person im ÖGD (AÄ-Anfänger:in)	fortgeschrittene Person im ÖGD	kompetente Person im ÖGD	erfahrene Person im ÖGD	AÄ-Expertinnen und -Experten (Spezialisierungen)
Mitwirkung bei sozialkompensatorischen Aufgaben					
Rollen: Beobachter:in, Berater:in					
Monitoring i. S. v. Surveillance					
Maßnahmen veranlassen, setzen					
koordinieren und organisieren					
kooperieren und vernetzen					
Agenda-Setting betreiben					
Umweltmedizin und Umwelthygiene					
Rollen: ASV, Beobachter:in, Berater:in, Planer:in und Entwickler:in					
evidenzbasiert arbeiten					
Lokalausweis/Begehung durchführen					
Gutachten erstellen					
Maßnahmen vorschlagen, veranlassen ...					
Monitoring betreiben					
kompetent informieren, Öffentlichkeitsarbeit	mit Unterstützung im Anlassfall				
Konzepte, Leitlinien etc. beurteilen/entwickeln				entwickeln	
empirisch arbeiten, forschen					
beraten, schulen, Politikberatung					
Stabsarbeit leisten					
Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche, der Exekutive und der Justiz bei der Erfüllung ihrer Aufgaben					
Rollen: ASV, Berater:in, Planer:in und Entwickler:in					
untersuchen und diagnostizieren					
Gutachten/Stellungnahmen erstellen					
kooperieren und vernetzen					

Quelle: GÖG 2024

Überfachliche Kompetenzen – Bereich personale oder Selbstkompetenz

überfachliche Kompetenzen	Kompetenzstufen			
	neue Person im ÖGD (AA-Anfänger:in)	fortgeschrittene Person im ÖGD	kompetente Person im ÖGD	erfahrene Person im ÖGD
	Ämterärztinnen und Ämterärzte sind in der Lage:			
<p>d) Objektivität im Sinne von (Synonyme):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Unbefangenheit » Neutralität (inkl. Vermeidung ungewollter Einflüsse durch involvierte Personen) » Sachlichkeit » Nüchternheit » „detektivisches Gespür“ (Informationen/Sachverhalte kritisch hinterfragen, den roten Faden suchen, der „Wahrheit“ nahekommen wollen etc.) » Weitblick („über den Tellerand hinausblicken“) » Multiperspektivität (unterschiedliche Perspektiven einbeziehen) 	<ul style="list-style-type: none"> » mit Unterstützung eine gutachterliche sowie amtsachverständige Sicht- und Handlungsweise einzunehmen und objektive fachliche Entscheidungen zu treffen. » <i>sich die eigene Wahrnehmung beeinflussende persönliche Überzeugungen/Meinungen und Erfahrungen durch Selbst-/Fremdreflexion bewusst zu machen und sich für die ASV-Aufgabe davon zu distanzieren (persönliche Vorurteile und Voreingenommenheit).</i> » <i>alle verfügbaren Informationen, (messbaren) Daten, Fakten und Quellen sorgfältig sowie unvoreingenommen zu prüfen / zu validieren, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können.</i> » <i>ergebnisoffen an eine Fragestellung / einen Sachverhalt heranzugehen.</i> » <i>keine vorgefasste Meinung/Sichtweise zu vertreten, ohne sich selbst ein „Bild“ gemacht zu haben.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> » selbstständig eine gutachterliche sowie amtsachverständige Sicht- und Handlungsweise einzunehmen und objektive fachliche Entscheidungen zu treffen. » <i>Objektivität durch Verwendung standardisierter Methoden und Verfahren sowie die Berücksichtigung verschiedener Perspektiven sicherzustellen.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> » Neulinge und weniger erfahrene Kolleginnen und Kollegen in eine gutachterliche sowie amtsachverständige Sicht- und Handlungsweise einzuführen und dabei anzuleiten, objektive fachliche Entscheidungen zu treffen. 	<ul style="list-style-type: none"> » Checklisten und darüber hinaus gehende Vorgaben/Anweisungen zur Gewährleistung von Objektivität im Rahmen der ASV-Tätigkeit für den eigenen Wirkungsbereich entwickeln.

Quelle: GÖG 2024

Aufgabenbereich Infektionsschutz – Arbeitsprozess untersuchen und diagnostizieren (= ein kleiner Ausschnitt der diesbezüglichen AÄ-Aufgabenstellung)

Arbeitsprozesse und Rollen	Kompetenzstufen			
	neue Person im ÖGD (AÄ-Anfänger:in)	fortgeschrittene Person im ÖGD	kompetente Person im ÖGD	erfahrene Person im ÖGD
untersuchen und diagnostizieren	Amtsärztinnen und Amtsärzte sind in der Lage:			
	» mit Unterstützung Daten (Schlüsselparameter) im Zusammenhang mit der Meldung meldepflichtiger Erkrankungen (Vorgaben etc.) zu erheben.	» selbstständig Daten (Schlüsselparameter) im Zusammenhang mit der Meldung meldepflichtiger Erkrankungen zu erheben.	» Neulinge, Kolleginnen und Kollegen mit weniger Erfahrung zur Datenerhebung (Schlüsselparameter) im Zusammenhang mit der Meldung meldepflichtiger Erkrankungen anzuleiten.	» fachlich kompetent und erfahrungsbasiert auf nationaler Ebene zur Weiterentwicklung der Datenerhebung im Zusammenhang mit meldepflichtigen Erkrankungen beizutragen.
	» mittels gezielter Befragung (inkl. systematischen Nachfragens und Ansprechens von Tabuthemen) mögliche Infektionsquellen und Kontaktpersonen zu eruieren, um daraus mit Unterstützung Maßnahmen zur Verhinderung der Infektionsweiterverbreitung abzuleiten.	» mittels gezielter Befragung (inkl. systematischen Nachfragens und Ansprechens von Tabuthemen) mögliche Infektionsquellen und Kontaktpersonen zu eruieren, um daraus selbstständig Maßnahmen zur Verhinderung der Infektionsweiterverbreitung abzuleiten.	» Neulinge, Kolleginnen und Kollegen mit weniger Erfahrung bei der Ableitung von Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung auf Basis der erhobenen Infektionsquellen und Kontaktpersonen zu unterstützen.	» an der Anpassung von Checklisten, SOPs etc. an den aktuellen Wissensstand auf Basis der Erfahrung und evidenzbasiert mitzuwirken.
	» mit Unterstützung Zusammenhänge (Infektionsketten) aus der Zusammenschau unabhängig voneinander erhobener Informationen (u. a. Befragungen, Testergebnisse) zu erkennen.	» selbstständig Zusammenhänge (Infektionsketten) aus der Zusammenschau unabhängig voneinander erhobener Informationen (u. a. Befragungen, Testergebnisse) zu erkennen.	» Neulinge, Kolleginnen und Kollegen mit weniger Erfahrung beim Erkennen von Zusammenhängen (Infektionsketten) aus der Zusammenschau von unabhängig voneinander erhobenen Informationen (u. a. Befragungen, Testergebnisse) zu unterstützen. » die Notwendigkeit von Zusammenhangsanalysen (z. B. Fallkontroll- und Kohortenstudien) zu erkennen.	» an der Erstellung von Zusammenhangsanalysen (z. B. Fallkontroll- und Kohortenstudien) informiert mitzuwirken bzw. diese abhängig von der Komplexität der Situation ggf. selbst durchzuführen oder zu leiten.
» mit Unterstützung Testergebnisse zu beurteilen und einzuordnen sowie die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Abklärungen zu erkennen.	» selbstständig Testergebnisse zu beurteilen und einzuordnen und die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Abklärungen zu erkennen.	» Neulinge, Kolleginnen und Kollegen mit weniger Erfahrung bei der Beurteilung und Einordnung von Testergebnissen sowie dem Erkennen der Notwendigkeit weiterer diagnostischer Abklärungen zu unterstützen.	» die Aussagekraft von Testergebnissen/-verfahren vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Situation richtig einzuordnen und Empfehlungen für die weitere Vorgangsweise vorzuschlagen.	

Das gesamte AÄ-Kompetenzprofil ist Bestandteil des Ergebnisberichts „Qualifizierung von Amtsärztinnen und Amtsärzten in Österreich“ (Rottenhofer/Podzeit 2024).

Quelle: GÖG 2024