

ÖGD neu – Arbeitspaket 4

Vorschlag für Personalstruktur auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden

Ergebnisbericht

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

ÖGD neu – Arbeitspaket 4

Vorschlag für Personalstruktur auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden

Ergebnisbericht

Für den Inhalt verantwortlich: Mitglieder des Lenkungsausschusses

Fachliche Begleitung:

Arbeitsgruppe AP 4 (Mitglieder siehe unten)

Lisa Gugglberger

Gabriele Sax

Projektassistenz:

Agáta Ćirić

Wien, im April 2024

Zitiervorschlag: Gugglberger, Lisa; Sax, Gabriele und die Arbeitsgruppe 4 des ÖGD Reformprojekts (2024): ÖGD neu – Arbeitspaket 4. Vorschlag für Personalstruktur auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. 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, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zum Unterziel 3.7, bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Mitglieder des Lenkungsausschusses

Bund

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

Dr.ⁱⁿ Reinhild Strauß, BMSPGK, Leitung VII/A/9

Dr. Franz Pietsch (Ltg. ExpG Recht) mit Vertretung: Dr. Michael Kierein, BMSPGK, 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, LReg. NÖ, Abteilung Gesundheitswesen, Abteilungsvorständin (bis 1.12.2023) Dr. ⁱⁿ Regina Klenk, NÖ, 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
Vorarlberg	Dr. Harald Kraft, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abt. IVb – Gesund- heit und Sport
Wien	Mag. Dr. Jochen Haidvogel, Dienststellenleiter des Gesundheitsdienstes der Stadt Wien

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Bund

Dr.ⁱⁿ Reinhild Strauß, BMSPGK, VII/A/9

Julia Weber, BMSGPK

Länder

Land	Vertretung ÖGD	Vertretung Personalabteilung
Burgenland	Dr. Klemens Lehner, Amt der Burgenländischen Landesregierung, Landessanitätsdirektion	Lisa Kögl, BA. LL.M. MA, Amt der Burgenländischen Landesregierung, Personalabteilung (bis 6.2.2024)
Kärnten	Mag. ^a Sandra Slanitsch, Amt der Kärntner Landesregierung, Personalabteilung	
Niederösterreich	Dr. ⁱⁿ Irmgard Lechner, Amt der NÖ Landesregierung (bis 1.12.2023) Dr. ⁱⁿ Regina Klenk, Amt der NÖ Landesregierung (seit 1.12.2023)	
Oberösterreich	Dr. Georg Palmisano, Dr. Ludwig Schörkhuber (Stv.), Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion	Iris Gattinger, Amt der Oö. Landesregierung, Personalabteilung
Salzburg	Dr. ⁱⁿ Petra Gruber-Juhasz, Land Salzburg, Landessanitätsdirektion	
Steiermark	Dr. Thomas Amegah, Land Steiermark, Landessanitätsdirektion	Kornelia Paar, Land Steiermark, Personalabteilung
Tirol	Mag. Thomas Jenewein, Land Tirol, Abt. Öffentlicher Gesundheitsdienst	
Vorarlberg	Dr. Christian Bernhard, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abt. IVd – Sanitätsangelegenheiten	
Wien	Mag. Stanek Sascha, Fachbereichsleiter FB Gesundheitsdienstzentren Dr. ⁱⁿ Ursula Karnthaler, MA 15 – Landessanitätsdirektion	Ing. Jaitler Markus, Gruppenleiter Gruppe Personalservice

Besonderer Dank gilt den Mitarbeiter:innen des ÖGD in den Fallbezirken, die sich an der Erhebung beteiligt haben!

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Die Corona Pandemie zeigte großen Handlungsbedarf im ÖGD auf. Daher wurde im Auftrag des BMSGPK und in Abstimmung mit den Bundesländern der ÖGD-Reformprozess wiederaufgenommen – mit dem Ziel, den ÖGD zu modernisieren, um für die Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit besser gerüstet zu sein. Im 4. Arbeitspaket des Reformprozesses sollte eine „ideale“ und resiliente Personalstruktur für Gesundheitsämter in Bezirken und Magistraten erarbeitet werden. Diese sollte auch eine multiprofessionelle Ausrichtung der Gesundheitsämter berücksichtigen.

Methoden

Um die Fragestellungen in Arbeitspaket 4 bestmöglich zu beantworten, wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Arbeitsgruppe bestand aus Vertreter:innen aus Gesundheits- und Personalabteilungen der Länder; die Mitglieder wurden vom Lenkungsausschuss nominiert. Um Grundlagen für den Vorschlag einer ‚idealen‘ Personalstruktur zu ermitteln, wurden pro Bundesland zwei bis drei Gesundheitsämter vorgeschlagen, in denen eine Datenerhebung stattfinden sollte. Dafür wurde ein Excel-Erhebungsbogen entwickelt, der an die Fallbezirke geschickt wurde. Insgesamt 17 von 19 ausgeschickten Erhebungsbögen wurden retourniert. Diese wurden auf verschiedene Arten qualitativ und quantitativ ausgewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entlang dreier Unterkapitel beschrieben: 1. Aufgabenprofil – hier wird beschrieben, welche Aufgaben aus Sicht der Arbeitsgruppe unbedingt bzw. wünschenswert auf BVB-Ebene wahrzunehmen sind. Weiters wird das Mitwirkungs- und Verlagerungspotenzial behandelt, das heißt, ob die Aufgabenwahrnehmung zwingend eine Amtsärztin / einen Amtsarzt erfordert. 2. Berechnungen zur Personalstruktur: es wurden einerseits die Einschätzung zum derzeitigen Arbeitsaufwand (in Stunden pro Monat pro Aufgabe = Ist) der Fallbezirke sowie andererseits die für eine qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung benötigten Stunden (Soll) der Fallbezirke verglichen. 3. Qualitative Ergebnisse über den Einsatz verschiedener Berufsgruppen, die Aufgaben die mehr Stunden benötigen würden sowie Aufgaben, die an externes Personal vergeben wurden.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Im Kapitel 4 des Berichts werden Vorschläge für die Bezirks- und Magistratsebene beruhend auf dem Mittelwert der Ist-Stunden plus 20 % gemacht.

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

ÖGD Gesundheitspersonal (AÄ und Gesundheitsberufe) geben, somit fünf VZÄ. Im Bereich der Verwaltung könnten auch SHDs 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 zwei VZÄ Verwaltungspersonal / SHD), damit auch kleine Bezirke gut ausgestattet sind.

Für die Magistratsebene wird vorgeschlagen, dass es pro 100.000 EW 3,5 Vollzeitäquivalente Amtsärztinnen/Amtsärzte und fünf Vollzeitäquivalente Gesundheitsberufe gibt. Für die Verwaltung gilt, dass es gleichviele Vollzeitäquivalente wie Amtsärzte plus Gesundheitspersonal gibt, d.h. eins zu eins Verwaltung zu medizinischem und Gesundheitspersonal.

Unabhängig von der Größe des Magistrats braucht es aber in jedem Fall – wie auf Bezirksebene – zumindest ein Vollzeitäquivalent Amtsarzt/Amtsärztin und 1 Vollzeitäquivalent weiteres Gesundheitspersonal, damit auch kleine Städte halbwegs gut ausgestattet sind.

Schließlich werden verschiedene Empfehlungen gemacht:

- Die vorgeschlagene Personalausstattung ist als Mindestausstattung zu sehen, um den ÖGD resilient aufzustellen
- Es braucht eine multiprofessionelle Ausgestaltung des ÖGD
- Die Art 15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ sowie einige andere Artikel sind relevant für den ÖGD sollte der ÖGD als Teil des Gesundheitswesens in Österreich mitberücksichtigt / mitgedacht werden

Schlüsselwörter

Öffentlicher Gesundheitsdienst, Personalstruktur, Multiprofessionalität

Inhalt

Kurzfassung	V
Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Ausgangslage	1
2 Methode	2
3 Ergebnisse.....	4
3.1 Beschreibung der Stichprobe.....	4
3.2 Aufgabenprofil.....	6
3.2.1 Aufgabenprofil auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden	7
3.2.2 Mitwirkungs- und Verlagerungspotenzial	11
3.3 Berechnungen zur Personalstruktur.....	11
3.3.1 Anmerkungen zur Interpretation der Berechnungen.....	11
3.3.2 Personalstruktur in den Gesundheitsämtern im Vergleich.....	12
3.3.3 Personalaufwand in den Aufgabenbereichen	15
3.4 Qualitative Analysen	17
3.4.1 Einsatz verschiedener Berufsgruppen	17
3.4.2 Aufgaben, die mehr Stunden benötigen	18
3.4.3 Vergabe an externes Personal.....	19
4 Vorschlag für Personalstruktur.....	20
4.1 Personalstruktur auf Bezirksebene	21
4.2 Personalstruktur auf Magistratsebene.....	23
5 Zusammenfassung und Empfehlungen	26
5.1 Vorschlag zur Personalstruktur	26
5.2 Flexibilität in der Umsetzung	27
5.3 Multiprofessionelle Ausgestaltung des ÖGD	28
5.4 ÖGD und Art 15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“	29
Literatur	30

Tabellen

Tabelle 3.1: Angaben zur Personalstruktur in den 17 Gesundheitsämtern, die den Erhebungsbogen retourniert haben, sowie zu Einwohnerzahl und Fläche	5
Tabelle 3.2: Vorschlag für ein Aufgabenprofil auf BVB-Ebene: unbedingt wahrzunehmende Aufgaben und Aufgaben, deren Wahrnehmung wünschenswert ist.....	7
Tabelle 3.3: Personalstruktur auf Bezirksebene: VZÄ pro Berufsgruppe pro 100.000 EW – lt. Angaben im Erhebungsbogen, lt. Ist-Stundenangaben und lt. Sollstundenangaben	13
Tabelle 3.4: Personalstruktur auf Magistratsebene: VZÄ pro Berufsgruppe pro 100.000 EW – lt. Angaben im Erhebungsbogen, lt. Ist-Stundenangaben und lt. Sollstundenangaben	14
Tabelle 3.5: Bezirksebene: Ist-Monats-Stunden / 100.000 EW pro Aufgabenbereich bei AÄ und anderen GB (n=10).....	15
Tabelle 3.6: Ebene Magistrat: Monats-Stunden der AÄ/100.000 EW pro Aufgabenbereich (n = 4; ohne Wien).....	16
Tabelle 3.7: Einsatz verschiedener Berufsgruppen	18
Tabelle 3.8: Aufgaben, bei denen mehr Stunden benötigt werden.....	18
Tabelle 4.1: Personalvorschlag (VS) für AÄ und Gesundheitsberufe im Vergleich zur Ausgangslage nach Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Sollstundenangaben; jeweils in VZÄ.....	22
Tabelle 4.2: Personalvorschlag (VS) für AÄ + Gesundheitsberufe sowie Verwaltungspersonal im Vergleich zum Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Soll-Stundenangaben; jeweils in VZÄ	22
Tabelle 4.3: Personalvorschlag (VS) für AÄ und Gesundheitsberufe im Vergleich zur Ausgangslage nach Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Sollstundenangaben; jeweils in VZÄ.....	24
Tabelle 4.4: Personalvorschlag (VS) für ÖGD- Gesundheitsberufe und Verwaltungspersonal im Vergleich zur Ausgangslage nach Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Sollstundenangaben; jeweils in VZÄ.....	24

Abkürzungen

A	Aufgaben
AÄ	Amtsärztinnen und Amtsärzte
AG	Arbeitsgruppe
ASV	Amtssachverständige:r
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
BVB	Bezirksverwaltungsbehörde
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
d. h.	das heißt
Etc.	et cetera
EW	Einwohner:innen
GB	Gesundheitsberuf / Gesundheitsberufe
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GF	Gesundheitsförderung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
H	Stunde
KVM	Krankheitsvermeidung
LRH	Landesrechnungshof
Max	Maximum
Min	Minimum
MTD	Medizinisch Technische Dienste
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PH	Public Health
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
SHD	Sanitätshilfsdienste
u. a.	unter anderem
VB	Verwaltungsbereich
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

1 Ausgangslage

Im Jahr 2022 wurde der Reformprozess des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD Neu) anlässlich der Lehren aus der Corona Pandemie – beauftragt vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und unter dem Projektmanagement von Seiten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – mit dem Ziel aufgenommen, den ÖGD zu modernisieren. Die erste Projektphase (Jänner bis Juli 2022) diente der Bestandsaufnahme und der Identifikation von Handlungsbedarfen als Grundlage für die Verhandlungen zur Art. 15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ (GÖG 2022).

Im Rahmen dieser ersten Projektphase wurde u. a. eine Personalbedarfsschätzung bis 2030 durchgeführt. Die Erhebung ergab, dass bei den Amtsärztinnen und Amtsärzten ein Fehlbestand von zumindest 28 Vollzeitäquivalenten (bei insgesamt rund 300 Amtsärztinnen und Amtsärzten) österreichweit besteht. Indikatoren für Fehlbestand waren offene Stellen, nicht abbaubare Stunden sowie nicht konsumierbarer Urlaub. Im Bericht wurde daher darauf hingewiesen, dass diese so rasch wie möglich nachbesetzt werden müssten, um so die sich sukzessiv weiter verschärfende Überauslastung des bestehenden amtsärztlichen Personals wieder zu reduzieren.

Bis 2030 werden zudem geschätzt 206 Personen (von rund 300) in Pension gehen, deren Stellen ebenfalls neu besetzt werden müssen.

Zusätzlich zum bestehenden Personal wurden wegen COVID u. a. 60 (Amts-)Ärzt:innen, 239 Personen aus sonstigen Gesundheitsberufen sowie 242 Verwaltungsmitarbeiter:innen eingestellt.

Aus Sicht des Lenkungsausschusses wurde dem Themenbereich Personal¹ (Fehlbestand, Ersatz- und Zusatzbedarf, Rekrutierungsproblematik) höchste Priorität zugemessen. Es wurde vom Lenkungsausschuss daher ein Arbeitspaket (Arbeitspaket 4) beauftragt, in dem für Gesundheitsämter in Bezirken und Magistraten ein Vorschlag für eine „ideale“ und resiliente Personalstruktur vorgeschlagen werden soll. Diese sollte auch eine multiprofessionelle Ausrichtung der Gesundheitsämter berücksichtigen.

1

In einem anderen Arbeitspaket wurde das Thema Personalentwicklung / Qualifizierung der Amtsärztinnen und Amtsärzte bearbeitet.

2 Methode

Um die Fragestellungen in Arbeitspaket 4 bestmöglich zu beantworten, wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Die Arbeitsgruppe bestand aus Vertreter:innen aus Gesundheits- und Personalabteilungen der Länder; die Mitglieder wurden vom Lenkungsausschuss nominiert. Die Arbeitsgruppe hatte insgesamt fünf Sitzungen – ein Kick-off Termin und vier Sitzungen, um verschiedene Fragen im Laufe der Datenerhebung und -auswertung zu diskutieren.

Um Grundlagen für den Vorschlag einer ‚idealen‘ Personalstruktur zu ermitteln, wurden pro Bundesland zwei bis drei Gesundheitsämter vorgeschlagen, 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). Das Ziel war, Daten aus etwa 18–20 Gesundheitsämtern zu erhalten.

Die Datenerhebung hatte zum Ziel, einerseits Informationen zu den Berufsgruppen im ÖGD und deren Anzahl zu erhalten, andererseits auf Basis von Stundenerhebungen pro Aufgabenbereich Aufschluss darüber zu erzielen, ob der Personalstand ausreichend für eine qualitätsvolle Wahrnehmung der Aufgaben ist.

Dafür wurde mit der Arbeitsgruppe ein Excel-Erhebungsbogen entwickelt. Der Erhebungsbogen enthielt verschiedene Tabellenreiter: eine Tabelle für allgemeine Angaben, wie Bezirk, Einwohnerzahl und verfügbare VZÄ und nachfolgend jeweils eine Tabelle pro Aufgabenbereich. In die Tabellen nach Aufgabenbereich sollte in verschiedene Spalten je nach Berufsgruppen jeweils die IST und SOLL Stunden eingetragen werden. Zudem enthielt der Erhebungsbogen pro Aufgabe Felder, in denen angegeben werden konnte, bei wem die Federführung liegt, welche Gründe es für Auslagerungen und Zusatzbedarf an Stunden gibt, mit wem die Aufgabe zusammen wahrgenommen wird sowie sonstige Anmerkungen.

Bevor die Erhebungsbögen an die Fallbezirke ausgeschickt wurden, wurden zwei Workshops angeboten, um den Bogen mit Personen der ausgewählten Gesundheitsämter zu besprechen. Die Erhebungsbögen wurden an 19 Gesundheitsämter verschickt. Nach der Aussendung standen die Projektmitarbeiter:innen für Fragen zur Verfügung.

Neben der Datenerhebung wurde nach geeigneten Vergleichsdaten aus Deutschland und Österreich gesucht. Drei Datenquellen konnten identifiziert werden: Der LRH-Bericht aus Oberösterreich (Oberösterreichischer Landesrechnungshof 2023), eine nicht publizierte Befragung des Städtebunds und ein Bericht zum Modellgesundheitsamt Berlin (Berlin / Senatsverwaltung für Gesundheit 2010a; Berlin / Senatsverwaltung für Gesundheit 2010b). Nach näherer Betrachtung, war nur die Erhebung aus Oberösterreich geeignet als Vergleich herangezogen zu werden.

Die ausgefüllten Erhebungsbögen wurden auf verschiedene Arten ausgewertet:

1. In einer Übersichtstabelle wurden alle Stundensummen pro Berufsgruppe zusammengeführt, um daraus die VZÄ² pro 100.000 Einwohner:innen (EW) pro Gesundheitsamt zu berechnen.
2. Da sich bei Sichtung der Erhebungsbögen herausstellte, dass für dieselben Aufgaben in den verschiedenen Gesundheitsämtern unterschiedliche Gesundheitsberufe eingesetzt werden, wurde beschlossen, sämtliche anderen Gesundheitsberufe (DGKP, MTD, SHD, etc.) zusammenzufassen, sodass sich für die weiteren Berechnungen drei Berufsgruppen ergaben: Amtsärztinnen und Amtsärzte, andere Gesundheitsberufe (bei Gesundheitsämtern der Magistrate wurden hier auch die dort eingesetzten Sozialarbeiter:innen subsumiert), und Verwaltungspersonal. Lebensmittelaufsichtsorgane wurden bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Diese führen genau eine Aufgabe aus. Wird diese im Bundesland auf Ebene der Betriebsverwaltungsbehörde (BVB) wahrgenommen, so braucht es diese Berufsgruppe, wird diese Aufgabe nicht wahrgenommen, dann braucht es diese Berufsgruppe nicht.
3. In Folge wurden die Gesundheitsämter nach Bezirksebene und Magistratsebene gruppiert und pro Verwaltungsebene Mittelwert, Median, Minimum und Maximum in VZÄ pro 100.000 EW für die drei Berufsgruppen berechnet.
4. Stunden pro Monat pro Aufgabenbereich
5. Qualitative Auswertung bezüglich:
 - a. Welche Berufsgruppen in den Bezirken für welche Aufgaben eingesetzt werden
 - b. Für welche Aufgaben häufig Mehrstunden (Soll>Ist) anfallen
 - c. Im Rahmen welcher Aufgaben häufig Vergaben an externes Personal stattfinden

2

Für die Berechnung der Vollzeitäquivalente wurde eine Jahresstundensumme von 1.720 herangezogen. Dies entspricht jener, mit der auch im Arbeitspaket 1 im Jahr 2022 die Personalbedarfsschätzung durchgeführt wurde.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Seitens der acht Bundesländer (ohne Wien) wurden insgesamt 19 Gesundheitsämter von Bezirken (14) und Magistraten (5) als Fallbezirke vorgeschlagen, an die der Erhebungsbogen übermittelt wurde. 17 Erhebungsbögen (knapp 90 %; 13 von Bezirksebene, 4 von Magistratischen Gesundheitsämtern) wurden retourniert. Von diesen konnten 14 in die Auswertung der Stundenangaben einbezogen werden. Die restlichen Erhebungsbögen wurden von der Stundenauswertung ausgenommen, weil trotz Nachfrage entweder gar keine oder keine nachvollziehbaren (d.h. zu hohe oder zu niedrige) Stundenangaben gemacht wurden. Für die Beschreibung der Fallbezirke und die qualitativen Auswertungen konnten alle übermittelten Erhebungsbögen verwendet werden, da dafür die mit Text befüllten Zellen herangezogen wurden.

Die 13 Gesundheitsämter auf Bezirksebene betreuen zwischen 25.000 und 160.000 EW (durchschnittlich knapp 76.000 EW; österreichweit leben durchschnittlich knapp 74.000 EW in einem Bezirk). Dafür stehen den untersuchten Gesundheitsämtern ein bis drei Amtsärzte/Amtsärztinnen und ein bis sechs Verwaltungspersonen zur Verfügung. Neun von 14 Bezirksgesundheitsämtern setzen zusätzlich andere Gesundheitsberufe ein.

Die Gesundheitsämter der vier Magistrate betreuen zwischen 56.000 und knapp 300.000 EW (durchschnittlich 142.100; österreichweit leben – ohne Wien – ca. 86.500 EW in Städten). Dafür gibt es in drei Magistraten je vier AÄ, in Graz sieben. Heraussticht St. Pölten, deren vier AÄ nur ein Vollzeitäquivalent ergeben, die von sechs Verwaltungspersonen unterstützt werden. Alle vier Magistrats-Gesundheitsämter setzen zusätzlich andere Gesundheitsberufe ein. Magistrate erledigen – im Gegensatz zu Bezirksgesundheitsämtern – auch gemeindeärztliche Aufgaben. Daher ist auch u. a. der höhere Personalbedarf erklärbar.

In der nachstehenden **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** werden die allgemeinen Angaben zur Personalausstattung der 17 Erhebungsbögen beschrieben. Da Wien Land, Bezirk und Gemeinde ist sowie viele zusätzliche Aufgaben erfüllt, wird Wien extra dargestellt und nicht in den Berechnungen berücksichtigt.

In der Tabelle wird auch die Fläche des Bezirkes (Katasterfläche und Dauersiedlungsraum) angegeben, da es in der Arbeitsgruppe die Hypothese gab, dass die Unterschiede in der Personalstruktur auf diese zurückgeführt werden könnten. Erste Auswertungen diesbezüglich ließen allerdings keinen Zusammenhang erkennen. Die Größe eines Bezirkes ist daher in Folge auch nicht in den zahlenmäßigen Vorschlag für die Personalausstattung aufgenommen worden, stellt aber ein mögliches Kriterium für die Abweichung vom Vorschlag dar (siehe Kapitel 5)

Tabelle 3.1:

Angaben zur Personalstruktur in den 17 Gesundheitsämtern, die den Erhebungsbogen retourniert haben, sowie zu Einwohnerzahl und Fläche

Politischer Bezirk	EW 2022	km ² Katasterfläche	km ² Dauersiedlungsraum	AÄ		Verwaltung		andere GB	
				Anz	VZÄ	Anz	VZÄ	Anz	VZÄ
Güssing*	25668	485,0	285,0	1	1	2	1,5		
Wolfsberg	52296	974,1	346,3	1	1	4	4		
Lilienfeld	25402	932,2	179,6	1	0,6	3	2,625	1	0,1
Mistelbach*	76073	1292,5	1109,5	1	0,75	3	3		
Ried im Innkreis	62252	584,4	477,7	1	1	2	0,77	2	1,78
Vöcklabruck*	139416	1084,9	592,9	3	2,075	3	2	2	1,3
Salzburg-Umgebung	155693	1004,8	499,4	3	2,25	6	3,375		
Graz-Umgebung	160412	1086,4	522,1	3	2,5	1	1	2	2
Voitsberg	51039	679,2	244,2	1	1	1	0,75	1	0,8
Landeck	44498	1594,5	114,3	2	1,5	2	2	1	1
Lienz	48818	2019,3	175,7	3	1,7	2	1,6	1	0,5
Bludenz	64678	1285,7	130,4	2	1,1	3	1,6	2	1,2
Dornbirn	90885	172,3	72,3	1	1	2	1,5	2	2

Villach (Stadt)	64071	134,9	58,2	4	2,37	8	7,29	2	2
St. Pölten (Stadt)	56360	108,4	93,4	4	1	6	5,38	1	0,11
Salzburg (Stadt)	155331	65,6	58,1	4	3,65	14	10,3	2	1,75
Graz (Stadt)	292630	127,5	105,1	7	5,5	15	14	33	32

* diese Erhebungsbögen konnten in Folge nicht weiter berücksichtigt werden

Quellen: Statistik Austria (2023); GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Im Durchschnitt haben die österreichischen Bezirke knapp 74.000 EW. Die Fallbezirke der Erhebung haben im Mittel 75.600 EW und liegen somit nur knapp über dem österreichischen Durchschnitt. Die vier Magistrate in der Erhebung haben im Schnitt etwas mehr als 142.000 EW und liegen damit unter dem Schnitt der österreichischen Magistrate (ohne Wien) von knapp mehr als 161.000 EW.

Personalstruktur in Wien:

Wien hatte Ende 2022 knapp 2 Mio. EW auf einer Katasterfläche von 414,7 km² und einem Dauersiedlungsraum von 320,5 km². Der ÖGD in Wien beschäftigt 102 AÄ im Ausmaß von 78 VZÄ (darin sind 26 VZÄ Schulärzt:innen enthalten, deren Arbeitszeit zur Hälfte der Aufgabe „niederschwelliger Zugang zu Impfungen durch aufsuchende Arbeit“ im Bereich Infektionsschutz zuzurechnen ist. 20 VZÄ AÄ sind dzt. vakant.

Weiters beschäftigt Wien knapp 117 VZÄ Gesundheitspersonal für die Aufgaben lt. ÖGD–Aufgabenkatalog, knapp 29 VZÄ sind vakant. Für die Sonderaufgaben, die der ÖGD in Wien wahrnimmt (vgl. dazu Abschnitt 3.2) werden 35,5 VZÄ Gesundheitspersonal beschäftigt, 3 VZÄ sind vakant.

Ärzt:innen und Gesundheitspersonal werden von 136 Personen im Verwaltungsbereich mit 128 VZÄ unterstützt. 13 VZÄ im Verwaltungsbereich sind vakant, 8,5 VZÄ in Karenz.

3.2 Aufgabenprofil

Im Rahmen des ersten Arbeitspaketes „Grundlagen für die Verhandlungen zur Art. 15a–Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ (GÖG 2022) wurde mit einer Arbeitsgruppe der Aufgabenkatalog aus der Nationalen Strategie Öffentliche Gesundheit (BMG 2013) kritisch reflektiert und überarbeitet. In Folge bestätigte der Lenkungsausschuss den Aufgabenkatalog für den ÖGD. Dieser Aufgabenkatalog ist für einen umfassend gedachten ÖGD, entsprechend der im Lenkungsausschuss abgestimmten Definition gedacht. Er beinhaltet neun Aufgabenbereiche und berücksichtigt dabei nicht, welche Verwaltungsebene welche Aufgabe aus dem Aufgabenkatalog wahrnehmen soll. Es wurde daher in der Arbeitsgruppe dieser Aufgabenkatalog dahingehend gesichtet:

- » ob eine Aufgabe **unbedingt** auf Bezirksebene wahrzunehmen ist;
- » wenn nicht unbedingt, ob es **wünschenswert** wäre, dass die Aufgabe (auch) auf Bezirksebene wahrgenommen wird;
- » ob die Aufgabe **zwingend** einen **Amtsarzt** / eine **Amtsärztin** für die Aufgabenwahrnehmung erfordert;
- » wenn ja, ob AÄ bei der Aufgabenwahrnehmung durch andere Gesundheitsberufe unterstützt werden könnten;
- » wenn nein, an welche **anderen Berufsgruppen** diese Aufgabe / Tätigkeit delegiert oder übertragen³ werden könnte.

Da der Aufgabenbereich sehr umfangreich ist und der Fokus dieses Arbeitspaketes auf der Personalstruktur lag, stellt das nachfolgende Aufgabenprofil für die Bezirksebene einen ersten Vorschlag dar, der noch vertiefter diskutiert werden sollte.

3

Delegation bedeutet, dass eine Aufgabe von einer anderen BG durchgeführt wird, die Letztverantwortung aber beim AA verbleibt; Übertragung bedeutet, dass Durchführung und Verantwortung bei der anderen BG liegen.

3.2.1 Aufgabenprofil auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden

Insgesamt listet der ÖGD-Aufgabenkatalog folgende Aufgabenbereiche (in alphabetischer Reihenfolge):

- » Aufsicht und Qualitätssicherung (QS) – mit 9 Aufgaben
- » Epidemiologie & Gesundheitsberichterstattung (GBE) – mit 7 Aufgaben
- » Gesundheitsförderung (GF) und Krankheitsvermeidung (KVM) mit 8 Aufgaben
- » Gesundheitsplanung – mit 11 Aufgaben
- » Infektionsschutz – mit 8 Aufgaben
- » Medizinisches Krisenmanagement – mit 5 Aufgaben
- » Sozialkompensatorische Aufgaben – mit 4 Aufgaben
- » Umweltmedizin/Umwelthygiene – mit 8 Aufgaben
- » Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche – mit Aufgaben; i.R. der Diskussion des Aufgabenprofils auf BVB-Ebene wurde hier die Aufgabe „Vertretung in anderen Bezirken“ ergänzt

Aus Sicht der Arbeitsgruppe sind folgende Aufgaben unbedingt bzw. wünschenswert auf BVB-Ebene wahrzunehmen:

Tabelle 3.2:

Vorschlag für ein Aufgabenprofil auf BVB-Ebene: unbedingt wahrzunehmende Aufgaben und Aufgaben, deren Wahrnehmung wünschenswert ist

Im Bereich Aufsicht und Qualitätssicherung (9 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt wahrnehmen	wünschenswert
<p>Mitwirkung bei Aufsicht und QM in Bezug auf gesundheitsgefährdende Einrichtungen und nichtgeregelte Berufe sicherstellen (AA⁴)</p> <p>Aus Sicht der AG wäre hier noch eine nähere Betrachtung notwendig, welche Tätigkeiten enthalten sind bzw. wie häufig sie auf BVB-Ebene anfallen. Wenn es sehr selten ist, könnte es sinnvoll sein, diese auf Landesebene anzustellen</p> <p>QS im Leichen- und Bestattungswesen; gesundheitliche Gefährdungen vermeiden (AA z.T.)</p> <p>Die AG merkt an, dass nur Teile der Aufgabe bei BVB liegen; Totenbeschau ist Gemeindeebene; QS auf Landesebene</p>	

4

AA zwingend erforderlich

Im Bereich Epidemiologie und GBE (7 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt wahrnehmen	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Mitwirkung dabei, dass die benötigten gesundheitsrelevanten Daten gesammelt werden und zur Verfügung stehen (AA + GB) » Anm. AG: im Rahmen vorgegebener Meldesysteme und Verpflichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> » Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und von bekannten gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren (= GBE) (AA) » <u>Mitwirkung</u> des Bezirkes erwünscht; erfahrene AÄ sollten Beobachtungen machen können, darauf achten, auf Landesebene darauf aufmerksam machen » Identifikation neuer Einflussfaktoren und Problemstellungen, diese publik machen und Lösungen initiieren: Information der Zielgruppen und Politik (AA) » <u>Mitwirkung</u> des Bezirkes erwünscht » daten- und wissensbasierte Politikberatung (AA) » sofern Gesundheitsberichte Auswertungen auf Bezirksebene liefern » Mitwirkung bei der Veröffentlichung gesundheitsrelevanter Daten/Empfehlungen (AA)
Im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung (8 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Hinwirken auf die Ausrichtung der Gesundheitsdienste an den Prinzipien der Gesundheitsförderung (GB PH⁵) » Förderung von Präventionsprogrammen, Sicherstellung ihrer Evaluation für alle Bevölkerungsgruppen inkl. Qualitätsstandards (GB PH) » Pflegebedürftigkeitsprävention (DGKP) 	<ul style="list-style-type: none"> » Steuerung der Aktivitäten im Gesundheitsförderungsbereich, Vernetzung mit und Orientierung an der österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie (GB PH) » Sicherstellung der Anwaltschaft für die Gesundheit: Gesundheitsinteressen der Bevölkerung vertreten (GB PH) » Health in All Policies / gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich einbringen (GB PH) » Mitwirkung bei Aufbau und Unterstützung des sozialen Kapitals und des gesellschaftlichen Zusammenhalts, um Gesundheit zu fördern und zu stärken (GB PH)
Im Bereich Gesundheitsplanung (11 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Information und Beratung der Politik zu gesundheitsrelevanten Entwicklungen und deren gesundheitliche Bewertung (AA) 	<ul style="list-style-type: none"> » zielorientiertes Arbeiten nach GF-Prinzipien für die Gesundheit der Bevölkerung sicherstellen (GB PH) » Sicherstellung, dass bzw. ob „strategische Planung“ in allen anderen Aufgabenbereichen des ÖGD vorhanden ist (GB PH) » Unterstützung bei der Einbindung, Förderung des „sozialen Kapitals (GB PH)

Im Bereich Infektionsschutz (8 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Ausbreitung ansteckender Krankheiten verhindern durch allgemeine und präventive (Seuchenhygiene) Maßnahmen (AA + GB) » Ausbruchsabklärung (AA + GB) » Seuchenbekämpfung (AA + GB) » Surveillance (AA + GB) » hohe Durchimpfungsraten sicherstellen, auf strategischer und operativer Ebene » niederschweligen Zugang zu Impfungen – insbesondere aufsuchend – sicherstellen (z. B. in Schulen oder Alten- und Pflegeheimen (AA + GB) » Information über die epidemiologische Situation in Zusammenhang mit Ausbrüchen (AA) 	
Im Bereich Medizinisches Krisenmanagement (5 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Risikoabschätzung: im Akutfall und bei der (vorausschauenden) Festlegung notwendiger Maßnahmen (AA + GB) » Information der notwendigen Partner:innen im Anlassfall (AA + GB) » Setzen (inkl. Anordnen) von Interventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung psychischer Komponenten (AA + GB) » Risiko- und Krisenkommunikation / Information in Bezug auf Bevölkerung und Medien sowie Deeskalation (AA + GB) 	
Im Bereich Sozialkompensatorische Aufgaben (4 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Erkennen und Aufzeigen von Problembereichen in Hinblick auf die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung/Betreuung spezieller Bevölkerungsgruppen, insbesondere Personen mit beeinträchtigtem Hilfesuchverhalten (GB PH) 	<ul style="list-style-type: none"> » Mit- und Hinwirken, dabei bzw. darauf, dass bestehende Lücken im Krankenversorgungssystem erkannt und geschlossen werden » Anmerkung der AG: wenn etwas auffällt, sollte es an die Landesebene gemeldet werden
Im Bereich Umweltmedizin/Umwelthygiene (8 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Erstellen von Gutachten, Stellungnahmen (AA + GB) <ul style="list-style-type: none"> » Hier gab es Uneinigkeit in der AG, ob amtsärztliches Gutachten gesetzlich vorgegeben ist oder nicht; Befürworter verwiesen auf das AVG in dem auf die "beigegebenen ASV" verwiesen wird, womit auf Bezirksebene wohl AÄ gemeint sind » In anderem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass die Verortung dieser Aufgabe von der Häufigkeit abhängig gemacht werden sollte » Mitwirkung bei der Information von Bevölkerung und Medien sowie Deeskalation <ul style="list-style-type: none"> » Uneinigkeit in der AG, ob dies Aufgabe für BVB-Ebene und wenn ja, ob Aufgaben für AÄ ist. 	<p>Bei allen folgenden Aufgaben gab es Uneinigkeit in der AG, ob dies eine Aufgabe für die BVB-Ebene und ob dafür der Einsatz von AÄ notwendig ist.</p> <p>Begründung für zumindest wünschenswert: bei Anlagen, für die der Bezirk zuständig ist, braucht es medizinischen Sachverstand hinsichtlich potenzieller gesundheitlicher Gefährdungen (zusätzlich zu technischen ASV).</p> <ul style="list-style-type: none"> » Beratung von Politik, Behörden, Einrichtungen, Einzelpersonen („public participation“), Potenzielle Antragsteller » Erstellung und/oder Bewertung von Konzepten » frühzeitiges Erkennen neuer Bedrohungen bzw. der Auswirkungen neuer Technologien » Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) sicherstellen

Im Bereich Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche (4 Aufgaben gesamt)	
Unbedingt	wünschenswert
<ul style="list-style-type: none"> » Mitwirkung in (Verwaltungs-)Verfahren außerhalb des Rechtsbereiches Gesundheit (sofern die Amtsärztin /der Amtsarzt im jeweiligen Materiengesetz explizit erwähnt ist) (AA + GB) » Trifft in der Gesamtheit nur auf Bezirksgesundheitsämter zu » Auf Ebene Magistrat sind Polizeiärzte für einzelne der genannten Tätigkeiten zuständig (Führerschein, UbG) » Unterstützung von Behörden bei unmittelbaren behördlichen Anordnungen (z. B. Kontrolle der Fahrtüchtigkeit) (AA + GB) » Seitens der AG wurde hier folgende Aufgabe ergänzt: Vertretung in anderen Bezirken (AA + GB) 	<ul style="list-style-type: none"> » Mitwirkung bei der Erarbeitung evidenzbasierter, einheitlicher Kriterien für die Gutachtenerstellung (AA) » Hauptzuständigkeit liegt auf Bundesebene, sollte aber unter Einbindung anderer Verwaltungsebenen erfolgen

Quelle: GÖG AG zu AP 4

3.2.1.1 Aufgabenportfolio in Wien

Wie bereits angeführt, werden in Wien zusätzliche Aufgaben vom ÖGD übernommen. So ist der schulärztliche Dienst im Rahmen des Schulgesundheitsdienstes (für die Wiener Pflichtschulen – Volksschulen, Sonderpädagogische Zentren und NMS) in Wien in den ÖGD integriert, und übernimmt zusätzlich zu den Schulimpfungen, die dem ÖGD-Aufgabenkatalog zuzuordnen sind, die Schuleintrittsuntersuchungen sowie regelmäßige und anlassbezogene Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen (13 VZÄ). Zusätzlich läuft dzt. ein Pilot-Projekt „School Nurses“, im Rahmen dessen eine laufende, standortbezogene Betreuung durch Pflegekräfte erfolgt (3 VZÄ). Familienhebammen führen eine ambulante Betreuung von Risikoschwangerschaften in Kooperation mit Kliniken durch (knapp 8 VZÄ).

Weiters bietet ein Team Gesundenuntersuchungen, insbesondere für vulnerable Gruppen, an, wobei dies zum Teil mit mobilen Impfangeboten kombiniert wird (1,76 VZÄ Ärzte, 5,84 VZÄ DGKP, knapp 6 VZÄ SHD und 5 VZÄ Verwaltung).

Zusätzlich betreibt Wien ein Hygienezentrum, in dem Desinfektionen (10 VZÄ SHD) und Entlausungen (4 VZÄ SHD) durchgeführt werden sowie der Journdienst (6 VZÄ SHD) angesiedelt ist. Die Leitung und Administration erfolgt durch 6 VZÄ Verwaltung. Der Journdienst ist 24/7 besetzt, nimmt Totenbeschauen, Desinfektionsaufträgen und Anfragen entgegen, und dient als zentrale Anlaufstelle des medizinischen Permanenzdienstes.

Weiters ist zu bedenken, dass der Gesundheitsdienst in Wien, sowohl die Aufgaben der Landes-, als auch der Bezirks- und Gemeindeebene wahrnimmt. Im Rahmen der Gemeindeebene werden z. B. Aufgaben im Zusammenhang mit Sanitären Übelständen übernommen.

3.2.2 Mitwirkungs- und Verlagerungspotenzial

Bei Sichtung des Aufgabenkataloges wurde auch darüber diskutiert, ob die Aufgabenwahrnehmung zwingend eine Amtsärztin / einen Amtsarzt erfordert oder ob diese Aufgaben auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden könnten – und wenn ja, von welchen.

Die meisten Aufgaben, die auch von anderen Berufsgruppen (selbstständig) übernommen werden könnten, sind in den „neueren“ Aufgabenbereichen wie Epidemiologie und GBE oder Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung zu finden. Hier braucht es v. a. Personal mit Public-Health-Ausbildung.

Es gibt jedoch einige Aufgaben, für die zwar der Amtsarzt / die Amtsärztin als zwingend erforderlich erachtet wird, wo aber eine Unterstützung/Mitwirkung durch andere Gesundheitsberufe wünschenswert wäre. Dies betrifft z. B. den Bereich des Infektionsschutzes, wo zwar medizinisches Wissen erforderlich ist, aber Organisations- und Dokumentationstätigkeiten delegiert werden könnten. Unterstützungsmöglichkeiten durch andere Gesundheitsberufe werden auch im Bereich des Medizinischen Krisenmanagements gesehen.

In Hinblick auf Informations- und Kommunikationsaufgaben wird – wie auch schon in der Erarbeitung des gesamten ÖGD-Aufgabenkataloges im Arbeitspaket 1 – auf die wünschenswerte Unterstützung durch einen „Presseoffizier“ hingewiesen.

Im Zusammenhang mit Unterstützung von Behörden bei unmittelbaren behördlichen Anordnungen (z. B. Kontrolle der Fahrtüchtigkeit) wird auf die Möglichkeit verwiesen, diese an nicht-amtliche medizinische Sachverständige zu verlagern.

3.3 Berechnungen zur Personalstruktur

3.3.1 Anmerkungen zur Interpretation der Berechnungen

Dem Erhebungsbogen lag der im Arbeitspaket 1 definierte Aufgabenkatalog für den gesamten ÖGD – ohne Zuordnung zu einer Verwaltungsebene – zugrunde. Die Diskussionen im Arbeitspaket 1 zeigten, dass die Zuordnung von Aufgaben zur Landes- oder BVB-Ebene zwischen den Bundesländern variiert. Daher müssen sich zwangsweise Unterschiede in der Personalstruktur auf BVB-Ebene ergeben, da diese unterschiedlich viele Aufgaben wahrzunehmen haben.

Auf Ebene der Magistrate kommt hinzu, dass diese auch Aufgaben der Gemeindeebene wahrnehmen. Da es dafür kein eigenes Personal gibt, sind diese in den allgemeinen Angaben mitenthalten. Bei den Angaben zum Zeitaufwand pro Aufgabe kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese z. T. mitgerechnet wurden, obwohl sie nicht im Aufgabenkatalog enthalten waren.

Sowohl in der Arbeitsgruppe als auch im Lenkungsausschuss wird regelmäßig von Personalnot und Rekrutierungsproblemen (insbesondere bei Amtsärztinnen und Amtsärzten) berichtet. Die Befüllung des Erhebungsbogens war sicher zeitaufwändig (9 Aufgabenbereiche mit jeweils zwischen 6 und 10 Aufgaben plus einem Registerblatt für aufgabenbereichsübergreifende Aufgaben wie z. B. Administration, Teambesprechungen, Fort- und Weiterbildung). Es wird daher auch Unterschiede hinsichtlich der „Genauigkeit“ der Stundenschätzungen geben.

Das Projektteam möchte sich bei allen, die an der Erhebung mitgewirkt haben und sich die Zeit genommen haben, den Erhebungsbogen zu befüllen, ausdrücklich und ganz herzlich bedanken!

Daraus ergibt sich, dass der in Kapitel 4 beschriebene Vorschlag für die Personalstruktur als Richtwert zu verstehen ist.

3.3.2 Personalstruktur in den Gesundheitsämtern im Vergleich

Im Folgenden werden die Auswertungen der 14 in die Auswertung einbezogenen Erhebungsbögen hinsichtlich der Personalstruktur dargestellt. Um die Personalausstattung der Gesundheitsämter miteinander vergleichen zu können, wurden Kennziffern auf 100.000 EW (Stand 2022; (Statistik Austria)) berechnet. Vollzeitäquivalente basieren auf 1.720 Jahresstunden.

Dabei wird zwischen den Gesundheitsämtern auf Bezirks- und Magistrats-Ebene unterschieden. Städtische und ländliche Strukturen unterscheiden sich sowohl in Hinblick auf geografische Gegebenheiten als auch in Hinblick darauf, dass Magistrate auch Gemeindeaufgaben wahrnehmen. Im Gegenzug werden in Magistraten Aufgaben, die in Bezirken von Amtsärztinnen und Amtsärzten wahrgenommen werden, von Polizeiärztinnen und -ärzten durchgeführt.

Im Erhebungsbogen wurde einerseits nach einer **Einschätzung zum derzeitigen Arbeitsaufwand** in Stunden pro Monat (**Ist**) pro Aufgabe gefragt, andererseits sollten **auch die für eine qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung benötigten Stunden (Soll)** angegeben werden.

Tabelle 3.3:

Personalstruktur auf Bezirksebene: VZÄ pro Berufsgruppe pro 100.000 EW – lt. Angaben im Erhebungsbogen, lt. Ist-Stundenangaben und lt. Sollstundenangaben

Politischer Bezirk	Ew. 2022	AÄ VZÄ/100.000 Ew.			andere Gesundheitsberufe VZÄ/100.000 Ew.			Verwaltung VZÄ/100.000 Ew.		
		Angabe	Ist-Std	Soll-Std	Angabe	Ist-Std	Soll-Std	Angabe	Ist-Std	Soll-Std
Wolfsberg	52296	1,9	2,4	4,4			0,1	7,6	5,6	7,0
Lilienfeld	25402	2,4	3,7		0,4	0,5		10,3	12,7	
Ried im Innkreis	62252	1,6	1,5	1,2	2,9	2,7	2,4	1,2	1,2	1,1
Salzburg-Umgebung	155693	1,4	1,7	2,9				2,2	2,2	3,0
Graz-Umgebung	160412	1,6	2,1	6,4	1,2	1,4	4,6	0,6	0,8	1,6
Voitsberg	51039	2,0	2,4	4,2	1,6	1,8	4,0	1,5	1,7	2,7
Landeck	44498	3,4	3,8	3,8	2,2	2,5	2,5	4,5	5,0	5,0
Lienz	48818	3,5	3,9	3,9	1,0	1,4	1,4	3,3	5,1	5,1
Bludenz	64678	1,7	1,7	2,9	1,9	1,5	2,5	2,5	1,7	2,1
Dornbirn	90885	1,1	1,3	1,5	2,2	1,6	1,6	1,7	1,2	1,2
Mittelwert	75597,3	2,0	2,4	3,5	1,7	1,7	2,4	3,5	2,6	3,2
Median	57274	1,8	2,2	3,8	1,7	1,5	2,4	2,3	2,0	2,7

Quelle: Statistik Austria (2022); GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Wie aus obiger Tabelle 3.3 ersichtlich, haben die in die Erhebung einbezogenen Bezirke dzt. im Durchschnitt pro 100.000 EW zwei VZÄ an Amtsärztinnen und Amtsärzten, 1,7 VZÄ an anderen Gesundheitsberufen sowie 3,5 VZÄ Verwaltungspersonal. Lt. den Stundenangaben wären es im Schnitt 2,4 VZÄ für AÄ, 1,7 VZÄ für andere Gesundheitsberufe sowie 2,6 VZÄ für das Verwaltungspersonal. Bei den Amtsärztinnen und Amtsärzten wird auf Basis des Vergleichs des Ist-Standes und der Ist-Stundenschätzungen ein Fehlbedarf von durchschnittlich 0,4 VZÄ pro 100.000 Einwohner ersichtlich, der von den Amtsärztinnen und Amtsärzten durch Mehrarbeit kompensiert werden muss⁶. Die Zahlen zu den geschätzten Soll-Stunden, um Aufgaben gut wahrnehmen zu können, zeigt einen noch größeren Fehlbedarf von 1,5 AÄ/100.000 EW. Dazu kommt, dass nur wenige Bezirksgesundheitsämter das Registerblatt „aufgabenbereichsübergreifende Aufgaben“ (Dienstbesprechungen, Administration oder Fort- und Weiterbildung) ausgefüllt haben.

Bezüglich des Verwaltungspersonals sind große Variationen zwischen den Bezirken zu beobachten. Hier reicht der Personalstand pro 100.000 EW von 0,6 in Graz-Umgebung bis 10,3 in Lilienfeld. Auffällig ist auch, dass die Ist-Stundenschätzungen beim Verwaltungspersonal bei einigen Bezirken unter dem Ist-Stand liegt. Ein Grund dafür könnte sein, dass diese lt. Dienstpostenplan zum Gesundheitsamt gehören, aber nicht nur Aufgaben des Gesundheitsamtes wahrnehmen.

6

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

Betrachtet man die Angaben zu den Sollstunden so liegen die Durchschnittswerte bei Amtsärztinnen und Amtsärzten 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.

Tabelle 3.4:

Personalstruktur auf Magistratsebene: VZÄ pro Berufsgruppe pro 100.000 EW – lt. Angaben im Erhebungsbogen, lt. Ist-Stundenangaben und lt. Sollstundenangaben

Politischer Bezirk	Ew. 2022	AÄ VZÄ/100.000 EW			andere Gesundheitsberufe VZÄ/100.000 EW			Verwaltung VZÄ/100.000 EW		
		Angabe	Ist-Std	Soll-Std	Angabe	Ist-Std	Soll-Std	Angabe	Ist-Std	Soll-Std
Villach (Stadt)	64071	3,7	3,7	6,2	3,1	3,1	3,9	11,4	11,4	14,0
St. Pölten (Stadt)	56360	1,8	2,7	3,5	0,2	0,1	0,1	9,5	11,2	11,7
Salzburg (Stadt)	155331	2,3	3,2	5,4	1,1	2,2	3,9	6,6	5,7	6,5
Graz (Stadt)	292630	1,9	1,9	2,0	10,9	10,9	11,4	4,8	4,8	5,2
Mittelwert	142098	2,4	2,9	4,3	3,8	4,1	4,8	8,1	8,3	9,4
Median	109701	2,1	3,0	4,4	2,1	2,7	3,9	8,1	8,4	9,1

Quelle: Statistik Austria (2022); GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Wie obige Tabelle 3.4 zeigt, liegt der AÄ-Personalstand bei den Gesundheitsämtern der Magistrate etwas über dem der Bezirksgesundheitsämter, wobei der Fehlbedarf aus dem Vergleich des Ist-Standes mit den Ist-Stundenschätzungen ähnlich wie auf Bezirksebene bei 0,5 VZÄ AÄ pro 100.000 EW beträgt. Auf Magistratsebene 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-Stundenschätzungen als auch der als erforderlich erachteten Soll-Stunden allerdings geringer als bei den Amtsärztinnen und Amtsärzten. In 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. Personalstruktur in St. Pölten sticht hervor, da es dort wenig AÄ und anderes Gesundheitspersonal, aber überdurchschnittlich viel Verwaltungspersonal im Gesundheitsamt gibt.

Personalsituation in Wien

In Wien sind derzeit **Amtsärztinnen und Amtsärzte** im Umfang von 3,9 VZÄ / 100.000 EW tätig. Da viele AÄ-Posten vakant sind, müssen diese mehr als ihre Dienstverpflichtung arbeiten, können aber die vakanten Posten nur zum Teil kompensieren. Unter Berücksichtigung dieser Mehrdienstleistungen ergeben sich 4,1 VZÄ AÄ / 100.000 EW. Wien hat zwar keine Soll-Stunden angegeben, aber auf Basis des angemeldeten Mehrbedarfs bekannt gegeben, dass es 4,5 VZÄ AÄ / 100.000 EW brauchen würde.

Im Bereich der **Gesundheitsberufe** gibt es 5,8 VZÄ / 100.000 EW, die im Umfang von 5,9 VZÄ / 100.000 EW arbeiten. Unter Berücksichtigung der vakanten Dienststellen sowie des angemeldeten Mehrbedarfs bräuchte Wien 9 VZÄ / 100.000 EW.

Im Bereich der **Verwaltung**, die im unmittelbaren gesundheitsbehördlichen Aufgabenbereich eingesetzt ist, gibt es 6,4 VZÄ / 100.000 EW. Diese arbeiten im Umfang von 6,6 VZÄ pro 100.000 EW. Unter Berücksichtigung der vakanten Dienststellen sowie des angemeldeten Mehrbedarfs bräuchte Wien 8 VZÄ / 100.000 EW.

Somit liegt Wien im Bereich der AÄ sowie der Gesundheitsberufe deutlich über den Mittelwerten der Magistrate, im Bereich der Verwaltung geringfügig darunter. Im Vergleich zu Graz zeigt sich, dass Wien über deutlich mehr AÄ / 100.000 EW verfügt, im Gegenzug aber über weniger VZÄ / 100.000 EW im Bereich der Gesundheitsberufe. Zählt man AÄ und Gesundheitsberufe zusammen so verfügt Wien über etwas weniger VZÄ / 100.000 EW als Graz (10 vs. 12,8). Im gewünschten Soll-Bereich würden sich die beiden Magistrate angleichen (13,7 vs. 13,4 VZÄ / 100.000 EW).

3.3.3 Personalaufwand in den Aufgabenbereichen

Wie beschrieben wurden im Erhebungsbogen alle Aufgabenbereiche mit sämtlichen Aufgaben aufgelistet und die Gesundheitsämter ersucht, pro Aufgabe eine Schätzung des Arbeitsaufwandes in Stunden pro Monat derzeit (Ist) und zukünftig wünschenswert (Soll) abzugeben. Da die Aufgabenverteilung auf die BVB-Ebene von Bundesland zu Bundesland variiert, wurde zur Abschätzung einer Mindest-Personalstruktur nur die Gesamtsumme über alle Aufgabenbereiche herangezogen. Im Zusammenhang mit dem Vorschlag für die Personalstruktur wird darauf hingewiesen, dass dieser einen groben Richtwert darstellt, da auch innerhalb eines Bundeslandes Gegebenheiten vorhanden sein können, die ein Abweichen vom „Mittelwert“ notwendig machen. So wird z. B. in einem Bezirk mit viel Industrie und Gewerbe mehr Arbeitsaufwand anfallen als in einem anderen Bezirk.

Um Anhaltspunkte für den unterschiedlichen Arbeitsaufwand zu erhalten, werden in den folgenden Tabelle 3.5 und Tabelle 3.6 Kennziffern pro Aufgabenbereich für AÄ und andere Gesundheitsberufe für die Bezirks- und die Magistratebene dargelegt. Dabei sind in die Berechnungen nur jene Gesundheitsämter eingeflossen, die diese Aufgaben auch tatsächlich wahrnehmen (siehe Spalte Anzahl der Fall-Bezirke).

Tabelle 3.5:

Bezirksebene: Ist-Monats-Stunden / 100.000 EW pro Aufgabenbereich bei AÄ und anderen GB (n=10)

Aufgabenbereich	Mittelwert AÄ / GB	Min AÄ / GB	Max AÄ / GB	Anzahl der Bezirke
Aufsicht & QS	74 / 66	19 / 20	180 / 88	AÄ: alle; GB: 4
Epidemiologie & GBE	10	6	16	AÄ: 3

Aufgabenbereich	Mittelwert AÄ / GB	Min AÄ / GB	Max AÄ / GB	Anzahl der Bezirke
GF & KVM	0 / 282	0 / 205	0 / 360	AÄ: 0; GB: 2
Gesundheitsplanung	11	11	11	AÄ: 1
Infektionsschutz	80 / 127	9 / 43	147 / 200	AÄ: alle; GB: 5
Med Krisen-Management	10 / 12	4 / 12	16 / 12	AÄ: 2; GB: 1
Sozialkompensatorische Aufgaben	3	2	6	AÄ: 4
Umweltmedizin/Umwelthygiene	36	1	104	AÄ: Alle
Unterstützung anderer VB	147 / 86	68 / 43	315 / 174	AÄ: Alle; GB: 5

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche ist der Aufgabenbereich auf Bezirksebene, der den größten Zeitaufwand bei AÄ erfordert, gefolgt von den „klassischen“ Aufgabenbereichen Infektionsschutz und Aufsicht. Umweltmedizin/Umwelthygiene ist ebenfalls ein Aufgabenbereich, der in allen Gesundheitsämtern wahrgenommen wird, wenn auch in deutlich geringerem zeitlichem Umfang. Ein Gesundheitsamt gab an, nur 1 Stunde pro Monat damit beschäftigt zu sein.

In 5 der 9 Aufgabenbereiche werden von einzelnen Gesundheitsämtern auch andere Gesundheitsberufe eingesetzt. Im Aufgabenbereich Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung sogar nur GB und keine AÄ.

Tabelle 3.6:

Ebene Magistrat: Monats-Stunden der AÄ/100.000 EW pro Aufgabenbereich (n = 4; ohne Wien)

Aufgabenbereich	Mittelwert AÄ / GB	Min AÄ / GB	Max AÄ / GB	Anzahl der Mag. Gesundheitsämter
Aufsicht & QS	137 / 221	57 / 92	231 / 349	AÄ: alle; GB: 2
Epidemiologie & GBE	11 / 24	0 / 24	18 / 24	AÄ: 3; GB: 1
GF & KVM	26 / 100	0 / 9	100 / 191	AÄ: 2; GB: 2
Gesundheitsplanung	0 / 24	0 / 24	0 / 24	GB 1;
Infektionsschutz	133 / 423	78 / 185	235 / 694	AÄ: alle; GB: 3
Med. Krisen-Management	4 / 38	0 / 38	9 / 38	AÄ: 2; GB: 1
Sozialkompensatorische Aufgaben	2 / 239	0 / 239	6 / 239	AÄ: 1; GB: 1
Umweltmedizin/Umwelthygiene	27 / 30	9 / 24	46 / 37	AÄ: alle; GB: 2
Unterstützung anderer VB	7 / 42	0 / 37	19 / 48	AÄ: 2; GB: 2

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

Entgegen der Bezirksebene ist auf der Magistratsebene der Aufgabenbereich Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche nicht der zeitaufwändigste, da die meisten Aufgaben aus diesem Bereich im Magistrat von Polizeiärztinnen und -ärzten erledigt werden. Gleich wie auf der Bezirksebene erfordern auch im Magistratischen Gesundheitsamt die klassischen Aufgabenbereiche Infektionsschutz und Aufsicht die meiste Zeit bei Amtsärztinnen und Amtsärzten.

Deutliche Unterschiede zur Bezirksebene besteht im Einsatz von anderen Gesundheitsberufen, da diese in Magistratischen Gesundheitsämtern meist häufiger vorhanden sind (einer der vier Magistrate setzt noch keine anderen GB ein).

In der Zusammenschau der beiden Tabellen wird ersichtlich, dass zwar Aufgaben aus allen Aufgabenbereichen – wie auch im Vorschlag der AG zum Aufgabenprofil – wahrgenommen werden, aber (noch) nicht in allen Gesundheitsämtern. Die Aufgabenbereiche, die von allen Gesundheitsämtern wahrgenommen werden, können als die klassischen „Sanitätsaufgaben“ beschrieben werden: Aufsicht, Infektionsschutz, Umwelthygiene und auf der Bezirksebene die Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche. Jene Aufgaben, die einem modernen Public Health Verständnis entsprechen, wie es auch in der Nationalen Strategie Öffentliche Gesundheit als Ziel formuliert wurde, sind dagegen noch nicht flächendeckend auf der BVB-Ebene angekommen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass es immer noch Gesundheitsämter gibt, die lediglich über Amtsärztinnen bzw. Amtsärzte und Verwaltungspersonal verfügen (vgl. Tabelle 3.1).

3.4 Qualitative Analysen

Neben den quantitativen Auswertungen wurden die Erhebungsbögen auch inhaltlich analysiert. Es konnten alle eingesendeten Erhebungsbögen herangezogen werden, da die angegebenen Stunden hier weniger Bedeutung hatten als die prinzipielle Angabe von Informationen bzw. der Inhalt von Textfeldern.

- » Welche Berufsgruppen in den Bezirken für verschiedene Aufgaben eingesetzt werden (Multiprofessionalität)
- » Für welche Aufgaben häufig Mehrstunden (Soll>Ist) anfallen
- » Im Rahmen welcher Aufgaben häufig Vergabe an externes Personal stattfinden

3.4.1 Einsatz verschiedener Berufsgruppen

In 13 Bezirken werden Aufgaben nicht nur vom Amtsarzt / von der Amtsärztin, sondern auch von anderen Berufsgruppen wahrgenommen – in insgesamt sechs Bezirken werden dafür DGKP eingesetzt, in sieben Bezirken SHD, in zwei Bezirken MTDs und in vier Bezirken „andere Berufsgruppen“ (z. B. Lungenfachärzt:innen)

Auffallend ist, dass in verschiedenen Bezirken unterschiedliche Berufsgruppen für dieselben Aufgaben eingesetzt werden.

Tabelle 3.6 zeigt die Aufgaben, bei denen am häufigsten (d. h. Nennungen in den Erhebungsbögen) andere Berufsgruppen eingesetzt werden.

Tabelle 3.7:
Einsatz verschiedener Berufsgruppen

Nennungen	Aufgabenbereich	Aufgabe	Berufsgruppen
9	Infektionsschutz	Ausbreitung ansteckender Krankheiten verhindern durch allgemeine und präventive (Seuchenhygiene) Maßnahmen	DGKP, SHD, MTD, andere GB
8	Infektionsschutz	Ausbruchsabklärung	DGKP, SHD, MTD, andere GB
8	Infektionsschutz	Niederschweligen Zugang zu Impfungen - insbesondere aufsuchend - sicherstellen (z. B. in Schulen oder Alten- und Pflegeheimen)	DGKP, SHD, andere GB
7	Aufsicht & Qualitätssicherung	Aufsicht & Qualitätssicherung über die Durchführung von Substitutionsbehandlungen	DGKP, SHD, andere GB
6	Infektionsschutz	Seuchenbekämpfung	DGKP, SHD, MTD, andere GB
6	Infektionsschutz	Hohe Durchimpfungsraten sicherstellen, auf strategischer und operativer Ebene	DGKP, SHD, MTD
6	Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche	Mitwirkung in (Verwaltungs-)Verfahren außerhalb des Rechtsbereiches Gesundheit (sofern die Amtsärztin / der Amtsarzt im jeweiligen Materiengesetz explizit erwähnt ist)	DGKP, SHD, MTD, andere GB
4	Infektionsschutz	Surveillance	DGKP, SHD

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

3.4.2 Aufgaben, die mehr Stunden benötigen

Neun von 17 Gesundheitsämtern haben in ihren Erhebungsbögen nicht nur die Ist-Stunden, sondern auch die Soll-Stunden ausgefüllt. In diesen Erhebungsbögen wurde untersucht, für welche Aufgaben die Gesundheitsämter am häufigsten mehr Stunden benötigen würden (d.h. Soll-Stunden sind höher als die Ist-Stunden). Besonders bei acht Aufgaben, wären häufig mehr Stunden notwendig als geleistet werden können.

Tabelle 3.8:
Aufgaben, bei denen mehr Stunden benötigt werden

Nennungen	Aufgabenbereich	Aufgabe	Berufsgruppen
8	Aufsicht & Qualitätssicherung	Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen sicherstellen	AA & Verwaltung
8	Infektionsschutz	Ausbreitung ansteckender Krankheiten verhindern durch allgemeine und präventive (Seuchenhygiene) Maßnahmen	AA & SHD & Verwaltung, externes Personal
8	Infektionsschutz	Hohe Durchimpfungsraten sicherstellen, auf strategischer und operativer Ebene	AA & DGKP & SHD & Verwaltung
7	Infektionsschutz	Niederschweligen Zugang zu Impfungen - insbesondere aufsuchend - sicherstellen	AA & DGKP & SHD & (Verwaltung)

Nennungen	Aufgabenbereich	Aufgabe	Berufsgruppen
		(z. B. in Schulen oder Alten- und Pflegeheimen)	
7	Umwelt	Erstellen von Gutachten, Stellungnahmen	AA, Verwaltung, externes Personal
7	Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche	Mitwirkung in (Verwaltungs-)Verfahren außerhalb des Rechtsbereiches Gesundheit (sofern die Amtsärztin /der Amtsarzt im jeweiligen Materiengesetz explizit erwähnt ist)	AA, (SHD), Verwaltung
6	Aufsicht & Qualitätssicherung	Aufsicht & Qualitätssicherung über die Durchführung von Substitutionsbehandlungen	AA, Verwaltung, externes Personal
6	Infektionsschutz	Ausbruchsabklärung	AA & SHD

Quelle: GÖG-eigene Erhebung und Berechnung

3.4.3 Vergabe an externes Personal

In sechs von 17 Gesundheitsämtern werden einzelne Aufgaben an externes Personal übergeben. Aus den Erhebungsbögen ist nicht ersichtlich, ob diese Aufgaben delegiert werden oder ob es sich um eine Mitwirkung handelt⁷. Nur in einem Bezirk wird deutlich, dass Aufgaben ganz ausgelagert werden, da hier nicht gleichzeitig Stunden von Personal innerhalb des ÖGD anfallen (dies betrifft die Aufgabe „Frühzeitiges Erkennen neuer Bedrohungen bzw. der Auswirkungen neuer Technologien“ im Bereich Umwelt).

Zwei Aufgaben werden am häufigsten gemeinsam mit externem Personal erledigt (von drei bzw. vier Bezirken):

- » „Qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Gesundenuntersuchungen und Screenings für alle Bevölkerungs- und Altersgruppen sicherstellen und bündeln“ im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung
- » „Ausbreitung ansteckender Krankheiten verhindern durch allgemeine und präventive (Seuchenhygiene) Maßnahmen“ im Bereich Infektionsschutz

⁷

Delegation bedeutet, dass die Ausführung bei einer anderen Berufsgruppe liegt, die Verantwortung (bzw. Letztkontrolle) bei dem/der Amthtsärzt:in. Mitwirkung bedeutet, dass die Tätigkeit in Zusammenarbeit passiert.

4 Vorschlag für Personalstruktur

Auf Basis der in Kapitel drei dargestellten Kennziffern wurde in der Arbeitsgruppe intensiv über einen möglichen Vorschlag zur Personalausstattung diskutiert. Der Arbeitsauftrag des Lenkungsausschusses lautete, eine „ideale“, resiliente Personalausstattung vorzusehen, in den Diskussionen ging es immer wieder – unter Verweis auf unterschiedliche Aufgabenzuordnungen zwischen den Bundesländern und die Personalrekrutierungsproblematik – eher um eine Mindestausstattung. Die Länder sollten die Möglichkeit haben, aufgrund regionaler Spezifika (Anzahl von Gewerbetrieben, Pflegeheimen, räumliche Gegebenheiten wie z. B. lange Fahrtwege etc.) die vorgeschlagene Personalausstattung zu adaptieren.

Die nachfolgend beschriebenen Vorschläge für die Bezirks- und Magistratebene beruhen auf dem **Mittelwert der Ist-Stunden plus 20 %**. Der 20-Prozentaufschlag ergab sich aus der Auskunft 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 angaben, eigentlich mehr Stunden für eine qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung zu benötigen, erscheint der Aufschlag gerechtfertigt, um die Ist-Situation zu verbessern.

In Hinblick auf eine multiprofessionell(er)e Personalstruktur in den Gesundheitsämtern werden Amtsärztinnen/Amtsärzte und Gesundheitsberufe gemeinsam betrachtet. Dies inkludiert auch die Auslotung der Möglichkeit, Aufgaben von AÄ zu anderen Gesundheitsberufen zu delegieren oder sogar zu übertragen⁸. Die diesbezügliche Diskussion wurde jedoch erst gestartet und ist noch nicht abgeschlossen. Daher kann sie auch noch nicht quantifiziert werden.

Beim Verwaltungspersonal wurde von der Berechnung auf Basis des Mittelwerts abgesehen; stattdessen wurde deren Anzahl im Verhältnis zum ÖGD-Gesundheitspersonal definiert.

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

8

Delegation bedeutet, dass die Durchführung durch andere Berufsgruppen erfolgt, die Letztverantwortung aber bei den AÄ verbleibt. Übertragung bedeutet die vollständige Übergabe der Aufgabe (Durchführung und Verantwortung) an andere Gesundheitsberufe.

(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.

4.1 Personalstruktur auf Bezirksebene

Es 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 ÖGD Gesundheitspersonal (AÄ und Gesundheitsberufe) geben, somit 5 VZÄ. Im Bereich der Verwaltung könnten auch SHDs zur besseren Unterstützung eingesetzt werden.

Unabhängig von der Bezirksgröße braucht es aber in jedem Fall zumindest 1 Vollzeitäquivalent AÄ und 1 Vollzeitäquivalent weiteres Gesundheitspersonal, und somit 2 VZÄ Verwaltungspersonal / SHD), damit auch kleine Bezirke gut ausgestattet sind.

Vorschlag für Personalausstattung auf Bezirksebene:

3 VZÄ AÄ pro 100.000 EW, 2 VZÄ GB / 100.000 -> 5 VZÄ (AÄ + GB);

AÄ+GB : Verwaltung = 1:1

Aber jedenfalls 1 VZÄ AÄ, 1 VZÄ GB, 2 VZÄ Verwaltung/SHD – unabhängig von der Bezirksgröße

Umgelegt auf die Fallbezirke ergibt sich für die drei Berufsgruppen folgende Übersicht (siehe Tabelle 4.1.

Tabelle 4.1:

Personalsvorschlag (VS) für AÄ und Gesundheitsberufe im Vergleich zur Ausgangslage nach Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Sollstundenangaben; jeweils in VZÄ

Politischer Bezirk	EW 2022	Amtsärztinnen/Amtsärzte				Gesundheitsberufe			
		VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ	VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ
Wolfsberg	52296	1	1,3	2,3	1,6			0,1	1,0
Lilienfeld	25402	0,6	0,9		1	0,1	0,1		1
Ried im Innkreis	62252	1	1,0	0,8	1,9	1,8	1,7	1,5	1,2
Salzburg-Umgebung	155693	2,25	2,6	4,5	4,7				3,1
Graz-Umgebung	160412	2,5	3,3	10,2	4,8	2	2,2	7,4	3,2
Voitsberg	51039	1	1,2	2,2	1,5	0,8	0,9	2,0	1,0
Landeck	44498	1,5	1,7	1,7	1,3	1	1,1	1,1	1,0
Lienz	48818	1,7	1,9	1,9	1,5	0,5	0,7	0,7	1,0
Bludenz	64678	1,1	1,1	1,9	1,9	1,2	0,9	1,6	1,3
Dornbirn	90885	1	1,2	1,4	2,7	2	1,43	1,4	1,8

VS VZÄ aufgrund „Mindestklausel“
Mindest-Personalstand bereits erfüllt

Quelle: Statistik Austria (2022); GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Tabelle 4.2:

Personalsvorschlag (VS) für AÄ + Gesundheitsberufe sowie Verwaltungspersonal im Vergleich zum Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Soll-Stundenangaben; jeweils in VZÄ

Politischer Bezirk	EW 2022	AÄ + Gesundheitsberufe				Verwaltung			
		VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ	VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS
Wolfsberg	52296	1,0	1,3	2,3	2,6	4,0	2,9	3,6	2,6
Lilienfeld	25402	0,7	1,1	*	2,0	2,6	3,2	*	2,0
Ried im Innkreis	62252	2,8	2,7	2,3	3,1	0,8	0,7	0,7	3,1
Salzburg-Umgebung	155693	2,3	2,6	4,5	7,8	3,4	3,4	4,6	7,8
Graz-Umgebung	160412	4,5	5,5	17,6	8,0	1,0	1,3	2,6	8,0
Voitsberg	51039	1,8	2,1	4,2	2,6	0,8	0,9	1,4	2,6
Landeck	44498	2,5	2,8	2,8	2,2	2,0	2,2	2,2	2,2
Lienz	48818	2,2	2,6	2,6	2,4	1,6	2,5	2,5	2,4
Bludenz	64678	2,3	2,0	3,4	3,2	1,6	1,1	1,4	3,2
Dornbirn	90885	3,0	2,7	2,8	4,5	1,5	1,1	1,1	4,5

* keine Soll-Stunden angegeben
VS VZÄ aufgrund „Mindestklausel“
Mindest-Personalstand bereits erfüllt

Quelle: Statistik Austria (2022); GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Wie aus obiger Tabelle ersichtlich, 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 Sollstunden, stellt sich der Vorschlag tatsächlich eher als Mindest-, denn als „Ideal“-Personalstruktur dar, da die angegebenen Sollstunden häufig höher sind.

Das bedeutet, dass wenn – wie im Lenkungsausschuss gefordert – die Personalausstattung derart sein soll, dass der ÖGD zukünftig resilient sein soll, wird es mehr Personal brauchen. Unter Heranziehung des Mittelwertes der Soll-Stunden würden sich 3,5 VZÄ AÄ und 2,4 VZÄ Gesundheitsberufe als Personalbedarf pro 100.000 EW ergeben. Berücksichtigt man auch bei den Soll-Stunden den 20-Prozent-Aufschlag für Führungs- und administrative Aufgaben, Fortbildungen etc. so erhöht sich der Personalbedarf auf 4,1 VZÄ AÄ und 2,9 VZÄ Gesundheitsberufe pro 100.000 EW.

Auf Basis der Einwohnerzahlen für ganz Österreich ergibt unsere Berechnung, dass für neun Bezirke (Güssing, Jennersdorf, Hermagor, Feldkirchen, Horn, Lilienfeld, Waidhofen/Thaya, Tamsweg, Murau) für AÄ die „Mindestklausel“ anzuwenden wäre. In diesen Fällen ergibt sich nämlich aufgrund der Einwohnerzahl etwas weniger als 1 VZÄ AÄ (zw. 0,5 und 0,9 VZÄ). Wenn diese Bezirke ein VZÄ AA beschäftigen, würde sich somit automatisch eine „Resilienzreserve“ ergeben. In Zeiten ohne gesundheitliche Krisen, könnten diese sich um Aufgaben kümmern, die über den klassischen Kernaufgabenaufgabenbereich hinausgehen und einem modernen ÖGD entsprechen (vgl. Aufgabenprofil auf BVB-Ebene in Abschnitt 3.2).

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

4.2 Personalstruktur auf Magistratsebene

Es wird vorgeschlagen, dass es pro 100.000 EW 3,5 Vollzeitäquivalente Amtsärztinnen/Amtsärzte und fünf Vollzeitäquivalente Gesundheitsberufe gibt. Für die Verwaltung gilt, dass es gleichviele Vollzeitäquivalente wie Amtsärzte plus Gesundheitspersonal gibt, d.h. eins zu eins Verwaltung zu medizinischem und Gesundheits-Personal.

Unabhängig von der Größe des Magistrats braucht es aber in jedem Fall – wie auf Bezirksebene – zumindest 1 Vollzeitäquivalent Amtsarzt/Amtsärztin und 1 Vollzeitäquivalent weiteres Gesundheitspersonal, damit auch kleine Städte⁹ halbwegs gut ausgestattet sind.

9

Rust hat beispielsweise nur 2.000 EW

Vorschlag für Personalausstattung auf Magistratebene:

3,5 VZÄ AA pro 100.000 EW, 5 VZA GB / 100.000 EW; AÄ+GB : Verwaltung = 1:1

Mindestens 1 VZÄ AÄ + 1 VZÄ Gesundheitspersonal, 2 VZÄ Verwaltung/SHD – unabhängig von der EW-Zahl

Umgelegt auf die Gesundheitsämter der Fall-Magistrate ergibt sich folgende Übersicht.

Tabelle 4.3:

Personalvorschlag (VS) für AÄ und Gesundheitsberufe im Vergleich zur Ausgangslage nach Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Sollstundenangaben; jeweils in VZÄ

Politischer Bezirk	EW 2022	Amtsärztinnen/Amtsärzte				Gesundheitsberufe			
		VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ	VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ
Villach (Stadt)	64071	2,4	2,4	4,0	2,2	2,0	2	2,5	3,2
St. Pölten (Stadt)	56360	1,0	1,5	1,9	2,0	0,1	0,0	0,0	2,8
Salzburg (Stadt)	155331	3,7	5,0	8,4	5,4	1,8	3,4	6,0	7,8
Graz (Stadt)	292630	5,5	5,5	5,9	10,2	32,0	32	33,3	14,6

Mindest-Personalstand bereits erfüllt

Quellen: Statistik Austria (2022); GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Tabelle 4.4:

Personalvorschlag (VS) für ÖGD- Gesundheitsberufe und Verwaltungspersonal im Vergleich zur Ausgangslage nach Ist-Personalstand, Ist-Stundenangaben und Sollstundenangaben; jeweils in VZÄ

Politischer Bezirk	EW 2022	AÄ + Gesundheitsberufe				Verwaltung			
		VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ	VZÄ Ist	VZÄ Ist h	VZÄ Soll h	VS VZÄ
Villach (Stadt)	64071	4,4	4,4	6,5	5,4	7,3	7,3	9,0	5,4
St. Pölten (Stadt)	56360	1,1	1,6	2,0	4,8	5,4	6,3	6,6	4,8
Salzburg (Stadt)	155331	5,4	8,4	14,4	13,2	10,3	8,9	10,1	13,2
Graz (Stadt)	292630	37,5	37,5	39,2	24,9	14,0	14,0	15,1	24,9

Mindest-Personalstand bereits erfüllt

Quellen: Statistik Austria (2022); GÖG-eigene Erhebung und Berechnungen

Wie aus obiger Tabelle ersichtlich, 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. In Villach betrifft dies nur den Bereich der anderen Gesundheitsberufe. In Graz ergibt sich die spezielle Situation, dass aufgrund der Vielzahl an anderen Gesundheitsberufen, die dort bereits eingesetzt werden, diese die „Unterbesetzung“ mit Amtsärzten und Amtsärztinnen mehr als kompensieren.

Vergleicht man auch hier das Ergebnis des Personalvorschlags mit den angegebenen Sollstunden, ergäbe sich nur mehr in St. Pölten ein Zusatzbedarf.

Im Bereich des Verwaltungspersonals hätten nur Salzburg und Graz den Bedarf Personal aufzustocken. 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 des Personalvorschlags knapp 107 VZÄ an ÖGD-Gesundheitspersonal (44,5 VZÄ AÄ und 62 VZÄ Gesundheitsberufe) und ebenso viel Verwaltungspersonal.

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

Der Lenkungsausschuss des Reformprozesses des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD Neu) hat für 2023 ein Arbeitspaket (Arbeitspaket 4) beauftragt, in dem für Gesundheitsämter in Bezirken und Magistraten ein Vorschlag für eine „ideale“ und resiliente Personalstruktur vorgeschlagen werden soll. Diese sollte auch eine multiprofessionelle Ausrichtung der Gesundheitsämter berücksichtigen.

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreter:innen aus Gesundheits- und Personalabteilungen der Länder, deren Mitglieder vom Lenkungsausschuss nominiert wurden, hat sich dieser Aufgabe angenommen. Es wurde eine Erhebung in ausgewählten Fallbezirken durchgeführt. 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 Fallbezirke erhielten einen Erhebungsbogen, in dem sie die Ist und Soll-Stunden pro Aufgabe für einen Monat eintragen sollten.

Insgesamt konnten 17 Erhebungsbögen der Fallbezirke analysiert werden. Es wurden quantitative und qualitative Auswertungen zur Personalstruktur und den Aufgaben gemacht. Sowohl die Erhebung in den Fallbezirken als auch die Diskussionen in der AG haben gezeigt, dass es nicht möglich ist, eine österreichweit einheitliche, ideale Personalstruktur für die Gesundheitsämter auf BVB-Ebene zu definieren. Einerseits unterscheiden sich die Zuordnungen der Aufgaben zur BVB-Ebene von Bundesland zu Bundesland, andererseits können die regionalen Gegebenheiten (z. B. Anzahl von zu beaufsichtigenden Einrichtungen) auch innerhalb eines Bundeslandes variieren.

Nicht nur daraus resultieren deutliche Unterschiede in der Personalausstattung auf BVB-Ebene in den Bundesländern. Auch die im Rahmen des ersten Arbeitspaketes erstellte Personalerhebung zeigte deutliche Unterschiede in der Amtsarztichte zwischen den Bundesländern (GÖG 2022).

5.1 Vorschlag zur Personalstruktur

Der Vorschlag zur Personalausstattung pro 100.000 EW von drei VZÄ Amtsärztinnen/Amtsärzten und zwei VZÄ Gesundheitsberufen auf Bezirksebene bzw. 3,5 Amtsärztinnen/Amtsärzte und 5 VZÄ Gesundheitsberufe auf Magistratebene ist als **Mindestausstattung** anzusehen, die nur in gut begründeten Fällen unterschritten werden sollte. Verwaltungspersonal sollte es gleich viel wie AÄ und Gesundheitsberufe geben, wobei Verwaltungsstellen auch mit SHD besetzt sein könnten.

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 umfassten und einige Aufgaben aus dem angestrebten Aufgabenprofil (siehe 3.2) dzt. nicht wahrgenommen werden.
- » Mitarbeiter:innen eines „resilienten“ ÖGD sollten aber in „normalen“ Zeiten sich auch um Aufgaben kümmern, die sie im Krisenfall hintanstellen können.

Bei der tatsächlichen Ausgestaltung ist weiters auf regionale Gegebenheiten zu achten, wie z. B. die Anzahl der zu prüfenden/begutachtenden Einrichtungen, die Notwendigkeit weiter Wege oder dass in einem Bezirk überdurchschnittlich viele Personen, die 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 Einwohnern sollten jedenfalls mindestens mit 1 VZÄ AA und 1 VZÄ Gesundheitsberufe und 2 VZÄ Verwaltungspersonal / SHD besetzt sein.

Für einen **resilienten ÖGD** sollte ein gewisser Puffer für unplanbares, erhöhtes Arbeitsaufkommen (wie z. B. länger dauernde Krankheitsausbrüche wie z. B. Masern) und Krisenzeiten (Corona Pandemie, Black out, etc.) einkalkuliert werden. Auf Basis des Mittelwerts der Soll-Stunden würden sich 3,5 VZÄ AA 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 AA und 2,9 VZÄ Gesundheitsberufe pro 100.000 EW.

5.2 Flexibilität in der Umsetzung

Bei der Umsetzung des Vorschlages zur Personalstruktur kann natürlich flexibel vorgegangen werden. Einerseits können Amtsärzte / Amtsärztinnen 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. In jedem Fall müssen Verschiebungen von Personalkapazitäten und Aufgaben in ihrer Zweckmäßigkeit aber an den unter Punkt 5.1 angeführten Orientierungen ausgerichtet werden und können keinesfalls in die eine oder andere Richtung ausgereizt werden, sondern müssen ein gewisses Gleichgewicht innerhalb der Teamzusammensetzungen gewährleisten.

Andererseits kann auch die organisatorische Umsetzung flexibel gehandhabt werden, in dem 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.

5.3 Multiprofessionelle Ausgestaltung des ÖGD

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 Grundausbildungen 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 2023). 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 2023, S. 8)

Es sollte jedenfalls auf ein multiprofessionell aufgestelltes Team mit Mitarbeiter:innen mit Public Health-Ausbildung geachtet werden. Auch im Bericht des Pakts für den ÖGD wird darauf verwiesen, dass „um weiteren Herausforderungen im ÖGD gerecht zu werden, sollten nach Einschätzung des Beirates Pakt ÖGD zukünftig vermehrt Berufsgruppen mit einem Abschluss in Gesundheitswissenschaften/Public Health und auch in sozialwissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Disziplinen eingesetzt werden“ (Beirat Pakt ÖGD 2023, S.12). Berücksichtigt man die Größenunterschiede zwischen Deutschland und Österreich ist Multiprofessionalität vorerst v. a. für größere Bezirke und Städte sowie die Landesebene relevant. Ein Beispiel dafür ist die Stadt Graz, die bereits jetzt vielfältige Berufsgruppen im Gesundheitsamt einsetzt.

Ein **breites Aufgabenprofil** auf BVB-Ebene könnte auch den Arbeitsplatz ÖGD – zusammen mit anderen Maßnahmen wie Gehalt oder flexible Arbeitszeitmodelle – **attraktiver** machen und die Rekrutierung von Personal für den ÖGD unterstützen. Dies ist auch eine Empfehlung des Beirates 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 2023, S. 20).

Im Rahmen dieses Arbeitspaketes 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“-Aufgaben beschäftigen kann, sodass diese „hintan gestellt werden können“.

5.4 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.

So wird z. B. die „Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Personal, auch unter Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im öffentlichen Gesundheitssystem“ als ein gesundheitspolitischer Schwerpunkt vereinbart (Art 15a-Vereinbarung 2023, Art. 1, Absatz 5).

In Art. 4, Absatz 8, Ziffer 6 (Art 15a-Vereinbarung 2023) wird die „gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen“, vereinbart.

Ebenso sind die in Art. 8, Gesundheitspersonal, vereinbarten Maßnahmen (z. B. Attraktivierung, Personalressourcenmonitoring) (Art 15a-Vereinbarung 2023) für den ÖGD relevant. Denn wie bereits die Personalerhebung in Arbeitspaket 1 als auch die im Rahmen dieses Arbeitspaketes durchgeführte Erhebung gezeigt haben, ist es sehr aufwändig, Daten zur Personalsituation im ÖGD zu erheben und sie sind selten vollständig (GÖG 2022).

Literatur

Art 15a-Vereinbarung (2023): Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2317 d.B.), 2317 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP

Beirat Pakt ÖGD (2023): Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD, Berlin

Berlin / Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2010a): Projekt: Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Schlussbericht. Teil I, Berlin

Berlin / Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2010b): Projekt: Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Schlussbericht. Teil II, Berlin

BMG (2013): Nationale Strategie öffentliche Gesundheit: Grundlage für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Diem, Günter; Dorner, Thomas Ernst (2014): Public Health Ausbildung in Österreich. Ein Überblick In: Wiener Medizinische Wochenschrift 164/:131–140

GÖG (2022): Den ÖGD als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken und ausbauen. Gesundheit Österreich, Wien

Oberösterreichischer Landesrechnungshof (2023): Amtsärztlicher Dienst. Oberösterreichischer Landesrechnungshof, Linz

Statistik Austria (2022): Bevölkerungsstatistik 2022. Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2023): Siedlungsfläche und Dauersiedlungsraum (Abgrenzung 2011, Gebietsstand 01.01.2023). Statistik Austria, Wien