
Amtsärztliche Versorgung in Tirol



Anschrift

Landesrechnungshof

6020 Innsbruck, Eduard-Wallnöfer-Platz 3

Telefon: 0512/508-3030

Fax: 0512/508-743035

E-mail: landesrechnungshof@tirol.gv.at

Internet: www.tirol.gv.at/lrh

Impressum

Erstellt: Mai 2015 - Mai 2016

Herstellung: Landesrechnungshof

Redaktion: Landesrechnungshof

Herausgegeben: LR-0530/16, 14.9.2016

Titelbild: Land Tirol

Abkürzungsverzeichnis

BGBI. Nr.	Bundesgesetzblatt Nummer
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
id(g)F	in der (geltenden) Fassung
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
MEB	Mutter-Eltern-Beratung
LGBl. Nr.	Landesgesetzblatt Nummer
LRH	Landesrechnungshof
LSDion	Landessanitätsdirektion
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RH	Rechnungshof
TFBS	Tiroler Fachberufsschule(n)
VPI	Verbraucherpreisindex
Z.	Ziffer
Zl.	Zahl

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen.....	3
2.1.	Rechtsgrundlagen	3
2.2.	Organisatorische Grundlagen	9
2.2.1.	Zuständigkeiten im Amt der Tiroler Landesregierung	9
2.2.2.	Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften	11
3.	Personelle Ressourcen	13
3.1.	ÄrztInnen im Landesdienst	13
3.1.1.	Dienstposten, tatsächliche Besetzung und Personalausgaben.....	13
3.1.2.	Entlohnung einschließlich Vergleich mit Tirol Kliniken	17
3.2.	Externe ÄrztInnen.....	21
4.	Aufgabenbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	22
5.	Aufsicht und Qualitätssicherung	23
5.1.	Aufsicht und Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen.....	23
5.2.	Aufsicht in Altenwohn- und Pflegeheimen.....	31
5.3.	Sonstige Aufgaben der Aufsicht und Qualitätssicherung.....	35
6.	Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.....	37
6.1.	Ärztliche Beratungsangebote für Kinder bis zum Schuleintritt	39
6.1.1.	Mutter-Kind-Pass Programm	39
6.1.2.	Mutter-Eltern-Beratung	40
6.1.3.	Kindergarten-Vorsorgeprogramm	42
6.2.	Ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Schulbesuches	47
7.	Infektionsschutz.....	55
7.1.	Impfwesen	55
7.2.	Tbc-Reihenuntersuchungen.....	64
7.3.	Präventionsmaßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten	69
8.	Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche	71
8.1.	Leistungsspektrum der Abteilung Landessanitätsdirektion.....	71
8.2.	Leistungsspektrum Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften	75
8.2.1.	Erstellung von Gutachten	76
8.2.2.	Verkehrsmedizinische Gutachten	78

9.	Ärztliche Bereitschaftsdienste	80
10.	Zusammenstellung der Ausgaben	83
11.	Zusammenfassung	85

Stellungnahme der Regierung

Bericht zur amtsärztlichen Versorgung in Tirol

1. Einleitung

Initiativprüfung	Der Landesrechnungshof (LRH) nahm die Prüfung der „amtsärztlichen Versorgung in Tirol“ in seinen Prüfplan für das Jahr 2015 auf. Die Prüfung war als Querschnittsprüfung konzipiert und umfasste die von den AmtsärztInnen in der Abteilung Landessanitätsdirektion (Abteilung LSDion) im Amt der Tiroler Landesregierung und in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften erbrachten Aufgaben sowie die vom Land Tirol „zugekauften“ ärztlichen Leistungen.
Vorhergehende Prüfungen	<p>Das Landeskrollamt - die Vorgängerinstitution des LRH - befasste sich im Jahr 1988 mit den Fördermaßnahmen der Abteilung LSDion und 1995 mit dem Gesundheitspädagogischen Zentrum (einem Fachbereich der Abteilung LSDion).</p> <p>Im Rahmen der Einsichten des LRH in die Bezirkshauptmannschaften (Innsbruck-Land 2003, Kufstein 2005, Schwaz 2008, Lienz 2012) waren auch die Gesundheitsreferate der geprüften BH und/oder deren Leistungen Berichtsgegenstand.</p>
Einschau der Innenrevision	Der Landesamtsdirektor beauftragte im Jahr 2011 das Sachgebiet Innenrevision im Amt der Tiroler Landesregierung mit einer Volleinschau in die Abteilung LSDion. Die Themenschwerpunkte dieser Einschau waren daher nicht Gegenstand der Prüfung durch den LRH.
Prüfzuständigkeit	Die Prüfzuständigkeit des LRH bei der Prüfung der amtsärztlichen Versorgung in Tirol ergibt sich aus den Bestimmungen des Art. 67 Abs. 4 lit. a TLO 1989, LGBl. Nr. 61/1988 idF LGBl. Nr. 65/2014 i.V.m. § 1 Abs. 1 TirLRHG, LGBl. Nr. 18/2003 idF LGBl. Nr. 20/2013.
Prüfauftrag	Der Direktor des LRH ordnete mit Prüfauftrag vom 22.5.2015 eine Prüfung der amtsärztlichen Versorgung in Tirol an.

Einleitung

Prüfeschwerpunkt	Die Schwerpunkte dieser Allgemeinen Prüfung bezogen sich im Wesentlichen auf die organisatorischen Rahmenbedingungen der Erbringung der amtsärztlichen Leistungen, das von AmtsärztInnen erbrachte Leistungsspektrum, die Verwaltungsabläufe zur Koordination der amtsärztlichen Leistungserbringung durch die Abteilung LSDion sowie auf die „zugekauften“ ärztlichen Leistungen.
Prüfzeitraum	Die Prüfung erstreckte sich auf die Gebarung und Leistungserbringung in den Jahren 2012 bis 2014. Soweit sich zum Prüfzeitraum wesentliche Veränderungen ergaben, sind außerhalb des Betrachtungszeitraumes liegende Ereignisse in die Darstellung einbezogen.
Prüfvolumen	Die von der Einschau umfassten Ausgaben betragen jährlich im Durchschnitt rd. 3,5 Mio. €, die damit in Zusammenhang stehenden Einnahmen rd. 0,3 Mio. €.
Prüfungsabwicklung	Die Einschau durch einen Prüfer des LRH dauerte von Mitte Mai 2015 bis Mitte September 2015. Die redaktionelle Bearbeitung erfolgte durch eine Prüferin und einen Prüfer.
Unterlagen	Die mit den Prüfthemen befassten Organisationseinheiten der Tiroler Landesverwaltung stellten dem Prüfer des LRH alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung und erteilten ergänzende Auskünfte. Im Rahmen der Prüfung besuchte der Prüfer des LRH die Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften und erhielt von diesen ergänzende Informationen.
Prüfergebnis	Über das Ergebnis der Prüfung verfasste der LRH folgenden Bericht:

2. Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Begriff „Amtsarzt“

Nach der Definition des Ärztegesetzes¹ sind AmtsärztInnen „die bei den Sanitätsbehörden hauptberuflich tätigen Ärzte, die behördliche Aufgaben zu vollziehen haben“.

AmtsärztInnen bilden eine verhältnismäßig kleine Gruppe (rd. 0,6 % der berufsausübenden ÄrztInnen). In Österreich waren im Jahr 2015 insgesamt rd. 300 AmtsärztInnen bestellt, davon zwei Drittel praktische ÄrztInnen. Beim Land Tirol waren im Jahr 2015 24 AmtsärztInnen beschäftigt.

öffentlicher
Gesundheitsdienst

AmtsärztInnen sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der als ein Bereich der öffentlichen Verwaltung neben dem intramuralen Bereich (v.a. Krankenanstalten) und dem extramuralen Bereich (v.a. Arztpraxen) die dritte Säule des österreichischen Gesundheitswesens bildet.

2.1. Rechtsgrundlagen

Die das Gesundheitswesen und damit auch den ÖGD betreffenden Rechtsgrundlagen finden sich in einer Vielzahl von Gesetzen, die teilweise seit Jahrzehnten in Geltung stehen und daher häufig historisch „gewachsene“, nicht klar definierte Begrifflichkeiten enthalten. So stammen die ältesten geltenden Regelungen aus dem Ende des 19. Jahrhunderts.

Neben generellen Strukturgesetzen (z.B. Reichssanitätsdienstgesetz) enthalten zudem etliche Materiengesetze (z.B. Epidemiegesetz, Führerscheinggesetz) gesundheitsrelevante Bestimmungen. Auch die Regelungen betreffend die amtsärztlichen Tätigkeiten ergeben sich aus unterschiedlichen Materiengesetzen.

Entsprechend den Kompetenzbestimmungen der Bundesverfassung sind Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung²

- das Gesundheitswesen (mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und des Rettungswesens) und

¹ Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998; BGBl. I Nr. 169/1998 idGF)

² Art. 10, Abs.1 Ziffer 12 Bundes-Verfassungsgesetz

- die Sanitäre Aufsicht hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen.

Die Vollziehung der gemäß Art. 10 B-VG dem Bund zugewiesenen Gesundheitsmaterien erfolgt gemäß Art. 102 B-VG in mittelbarer Bundesverwaltung, d.h. durch den Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden.

Bundessache in der Grundsatzgesetzgebung und Landessache in der Erlassung von Ausführungsgesetzen und der Vollziehung³ sind

- die Volkspflegestätten,
- die Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge,
- die Heil- und Pflegeanstalten,
- die vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellenden Anforderungen sowie
- die natürlichen Heilvorkommen.

Gemäß Art. 118 B-VG ist die „örtliche Gesundheitspolizei, insbesondere auch auf dem Gebiet des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens“ der Gemeinde zur Besorgung im eigenen Wirkungsbereich übertragen.

Der ÖGD ist somit ein zwischen Bund, Ländern und Gemeinden geteilter Aufgabenbereich.

bundesrechtliche Materien

Zahlreiche Bundesgesetze nehmen Bezug auf die Organisation des ÖGD, auf amtsärztliche Tätigkeiten oder fordern amtsärztliche Tätigkeiten ein.

Die folgenden - nach wie vor in Geltung stehenden Gesetze - zeigen die historisch „gewachsene“ Komplexität der dem ÖGD zugrunde liegende Rechtslage:

Reichssanitätsdienstgesetz (RSG) 1870

Das Reichssanitätsdienstgesetz⁴ normiert die Zuständigkeit „der Staatsverwaltung“ für die

- Aufsicht über Sanitätspersonal und über Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Seuchenverhütung und Seuchenbekämpfung,
- Leitung des Impfwesens,

³ Art. 12, Abs.1 Ziffer 1 Bundes-Verfassungsgesetz

⁴ Gesetz betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes (RGBl. 68/1870 idGF, in Verb. mit BGBl. Nr. 334/1965)

- Überwachung der Hygiene, des Apothekenwesens und der Totenbeschau sowie
- Sanitätsberichterstattung.

Diese grundsätzlichen Zuständigkeiten wurden nachfolgend durch zahlreiche später erlassene Gesetze ergänzt oder präzisiert.

Gesetz zur
Vereinheitlichung
des Gesundheits-
wesens 1934

Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens⁵ und drei dazu ergangene Durchführungsverordnungen sehen u.a. die Mütter- und Kinderberatung und die Schulgesundheitspflege auf Ebene der Gesundheitsämter vor.

Die erste Durchführungsverordnung⁶ regelt unter anderem das Aufgabengebiet der Gesundheitsämter, die Besetzung mit Ärzten und die Ausstattung der Gesundheitsämter mit Räumen und Einrichtungsgegenständen. Die zweite Durchführungsverordnung⁷ „Dienstordnung - Allgemeiner Teil“ legt Aufgaben und Stellung des Gesundheitsamtes fest und enthält Bestimmungen zu den Ärzten.

Die dritte Durchführungsverordnung⁸ regelt zahlreiche Themen der Sanitären Aufsicht (z.B. Apothekenaufsicht, Ortsbesichtigungen, Reinhaltung von Boden und Luft, Wohnungshygiene, den Impfbericht, Beaufsichtigung stationärer Einrichtungen, Schulhygiene, Mütterberatung, öffentliches Badewesen).

Übernahme des
Gesetzes zur Ver-
einheitlichung des
Gesundheitswesens

Im Jahr 1938 erging die Verordnung⁹ über die Einführung der vorstehenden Regelungen für Österreich. Das Gesundheitsamt wurde dadurch eine Abteilung des Bezirkshauptmannes, der Bezirkshauptmann zum Vorgesetzten der Bediensteten des Gesundheitsamtes mit Ausnahme des Leiters und des Stellvertreters der Gesundheitsabteilung, deren Dienstvorgesetzter der Landeshauptmann war.

Verordnung über
die Physikats-
prüfung 1873

Die Verordnung über die Physikatsprüfung¹⁰ regelt seit mehr als 140 Jahren den Prüfungsablauf und die grundlegenden Ausbildungserfordernisse für die Tätigkeiten der AmtsärztInnen.

⁵ Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (dRGBl. I S 531/1934 Änderung idF GBlÖ Nr. 686/1938)

⁶ VO zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (dRGBl. 1 S 177/1935; idF: GBlÖ Nr. 686/1938)

⁷ VO zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (dRGBl. 1 S 215/1935; idF GBlÖ Nr. 686/1938)

⁸ Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung für die Gesundheitsämter - Besonderer Teil; MBl. I S 327/1935)

⁹ Verordnung über die Einführung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Lande Österreich. Vom 29. November 1938. (dRGBl. I S 1680/1938)

¹⁰ Verordnung über die Prüfung der Ärzte und Tierärzte zur Erlangung einer bleibenden Anstellung im öffentlichen Sanitätsdienste bei den politischen Behörden (RGBl. Nr. 37/1873 idgF)

Materiengesetze

Die folgenden Materiengesetze enthalten ausdrückliche Bestimmungen zu amtsärztlichen Aufgaben und Tätigkeitsbereichen:

- Gesetz über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten (Geschlechtskrankheitengesetz; StGBI. Nr. 152/1945 idgF),
- Epidemiegesetz (BGBl. Nr. 186/1950 idgF),
- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (BGBl. Nr. 1/1957 idgF),
- Gesetz über die Bekämpfung der Tuberkulose (Tuberkulosegesetz; BGBl. Nr. 127/1968 idgF),
- gesundheitliche Überwachung von Personen, die der Prostitution nachgehen (BGBl. Nr. 314/1974 idgF),
- Bäderhygienegesetz (BGBl. Nr. 254/1976 idgF),
- Führerscheingesetz 1997 (BGBl. I Nr. 120/1997 idgF),
- Beförderung von Personen, die mit übertragbaren Krankheiten behaftet oder solcher Krankheiten verdächtig sind (BGBl. Nr. 199/1957),
- Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz - UbG; BGBl. Nr. 155/1990 idgF),
- MTD-Gesetz (BGBl. Nr. 460/1992),
- AIDS-Gesetz 1993 (BGBl. Nr. 728/1993 idgF),
- Suchtgiftverordnung (BGBl. Nr. 374/1997 idgF), Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz - SMG; BGBl. I Nr. 112/1997 idgF),
- Hebammengesetz (BGBl. II Nr. 310/1994 idgF),
- Ärztegesetz 1998 (BGBl. I Nr. 169/1998 idgF),
- Bundesgesetz über die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen in Blutspendeeinrichtungen (Blutsicherheitsgesetz 1999 - BSG 1999; BGBl. I Nr. 44/1999 idgF) insbesondere nach § 18 Überwachung mobiler Blutspendeeinrichtungen,
- Verordnung der Bundesministerin für Inneres über die Anhaltung von Menschen durch die Sicherheitsbehörden und Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (Anhalteordnung - AnhO; BGBl. II Nr. 128/1999 idgF). Insbesondere die Mitwirkung bei der Feststellung der Haftfähigkeit nach § 7,

- Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (BGBl. I Nr. 169/2002 idgF),
- Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über den Betrieb von Apotheken und ärztlichen und tierärztlichen Hausapotheken (Apothekenbetriebsordnung 2005 - ABO 2005; BGBl. II Nr. 65/2005 idgF), Mitwirkung bei Betriebsüberprüfungen nach § 69,
- Zahnärztegesetz (BGBl. I Nr. 126/2005),
- Bundesgesetz zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern (Zoonosengesetz; BGBl. I Nr. 128/2005),
- Allgemeine Strahlenschutzverordnung - AllgStrSchV (BGBl. II Nr. 191/2006 idgF),
- Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl. II Nr. 449/2006 idgF).

Landesgesetze

Auch die folgenden Landesgesetze und Verordnungen enthalten Bestimmungen betreffend die amtsärztliche Tätigkeit:

- Gemeindesaniätätsdienstgesetz (LGBl. Nr. 33/1952 idgF) und die dazu erlassene Durchführungsverordnung auf dem Gebiete des Leichen- und Bestattungswesens (LGBl. Nr. 10/1953 idgF),
- Sprengelärztedienstvorschrift (LGBl. Nr. 8/1953 idgF),
- Tiroler Krankenanstaltengesetz (LGBl. Nr. 5/1958 idgF),
- Tiroler Rehabilitationsgesetz (LGBl. Nr. 58/1983 idgF),
- Tiroler Rettungsdienstgesetz (LGBl. Nr. 69/2009 idgF),
- Tuberkulose- Reihenuntersuchungsverordnung (LGBl. Nr. 35/1999 idgF),
- Tiroler Bergwachtgesetz (Gesetz vom 3. Juli 2002 über die Bergwacht idgF) iVm. der Bergwachtgesetz-Durchführungs-Verordnung (LGBl. Nr. 26/2003 idgF),
- Tiroler Parkabgabegesetz (LGBl. Nr. 9/2006, idgF),
- Tiroler Fischereigesetz (2002),
- Tiroler landwirtschaftliches Schulgesetz (LGBl. Nr. 88/2012 idgF).

Erlässe und Fachinformationen des BMG

Weiters stehen zu etlichen Gesetzesmaterien Ausführungsbestimmungen und Erlässe in Geltung (z.B. Durchführungserlass zur Tuberkulose-Reihenuntersuchungsverordnung, Handbuch zur Inspektion

einer mobilen Blutspendeeinrichtung, Handbuch zum lebensmittelbedingten Krankheitsausbruch). Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelte zu verschiedenen Themen Fachinformationen mit Erlasscharakter an die Abteilung LSDion, die diese an die Gesundheitsreferate zur Kenntnisnahme und weiteren Beachtung weiterverteilte.

Die Abteilung LSDion führte keine zentrale, systematische und vollständige Dokumentation der geltenden Regelungen und Fachinformationen. Den Gesundheitsreferaten in den Bezirkshauptmannschaften standen nur für Teilbereiche aktuelle Informationen im Landesnetz (EDV) zur Verfügung. Für das Referat Gesundheitswesen des Magistrats Innsbruck standen diese digitalen Informationen nicht zur Verfügung.

Empfehlung gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

Im Hinblick auf die Vielzahl der Regelungen und die Bedeutung eines jeweils aktuellen Informationsstandes empfiehlt der LRH die zentrale digitale Bereitstellung der Fachinformationen für alle Gesundheitsreferate durch das Land Tirol. Dadurch entfielen das redundante Führen derartiger Dokumentationen in den Gesundheitsreferaten.

*Stellungnahme der
Regierung*

Zu der vom Landesrechnungshof ausgesprochenen Empfehlung, im Hinblick auf die Vielzahl der Regelungen und der Bedeutung eines jeweils aktuellen Informationsstandes die zentrale digitale Bereitstellung der Fachinformationen für alle Gesundheitsreferate durch das Land Tirol durchzuführen, wird ausgeführt, dass sämtliche Erlässe und Fachinformationen den Gesundheitsämtern jeweils umgehend übermittelt und von diesen selbst in Evidenz gehalten werden. Eine zentrale Dokumentation scheint jedoch durchaus zweckmäßig. Weil das Gesundheitswesen eine sehr komplexe und vielschichtige Materie darstellt, könnte beispielsweise - analog zur Sammlung der Erlässe des Landesamtsdirektors - eine Lösung im Intranet des Landes mittels der Wissensdatenbank „WIKI“ unter Einbindung der Landes-IT und weiterer Personalressourcen zumindest für den Landesbereich eingerichtet werden.

Für einen Teilbereich wurde dies von der Landessanitätsdirektion bereits überlegt und projektiert. Erlässe bzw. Stellungnahmen des Bundes, die zum Teil länderspezifisch ergehen, müssten vom Bund selbst entsprechend aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden. Es kann in diesem Zusammenhang auf einen entsprechenden Vorschlag im Zuge der laufenden Verwaltungsreform hingewiesen werden. Durch die geforderte Einrichtung einer Plattform beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zum österreichweiten Austausch von bereits vorhandenen und künftigen Erlässen bzw. Informationen im Gesundheitsrechtsbereich könnten insbesondere diffizile Fragen schneller und einheitlicher geklärt werden.

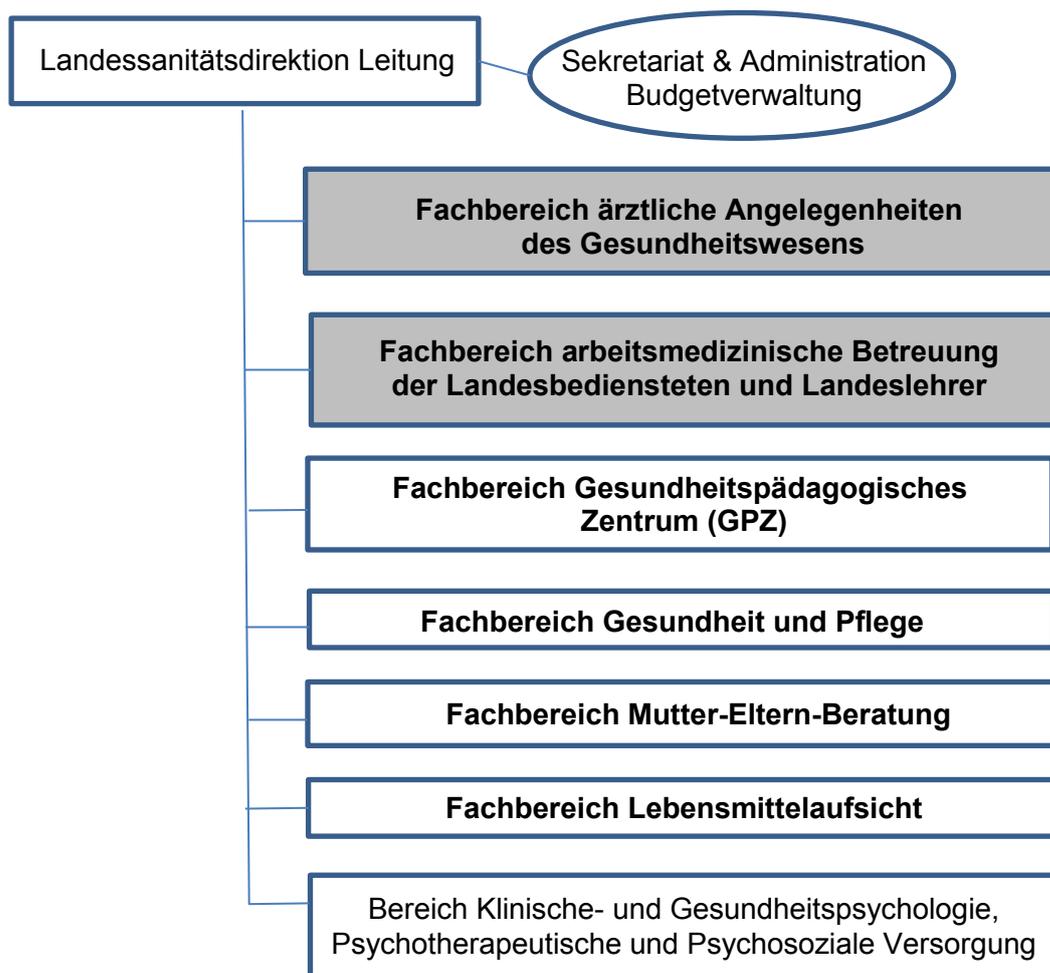


Bild 1: Organigramm der (Fach-)Bereichsstruktur der Abteilung LSDion (Grafik: LRH)
Fachbereiche mit amtsärztlichem Personal grau hinterlegt

Zusammenarbeit mit
anderen Abteilungen

Die Aufgabenerfüllung der Abteilung LSDion erfordert die Zusammenarbeit mit etlichen weiteren Abteilungen im Amt der Tiroler Landesregierung, insbesondere mit der Abteilung Soziales (zuständig für Wohn- und Pflegeheime sowie Rehabilitation und Behindertenhilfe) und der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (zuständig für rechtliche Angelegenheiten des Gesundheitswesens einschließlich des Gemeindesanitätsdienstes und rechtliche Angelegenheiten der Krankenanstalten).

2.2.2. Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften

rechtliche
Grundlagen

Gemäß dem Gesetz über die Organisation der Bezirkshauptmannschaften¹² sind Referate einzurichten auf die sämtliche Aufgaben nach ihrem Gegenstand und ihrem sachlichen Zusammenhang aufzuteilen sind. Die Zahl der Referate, ihre Bezeichnung und die Aufteilung der Aufgaben hat der Bezirkshauptmann in einer Geschäftseinteilung der Bezirkshauptmannschaft festzusetzen.

Nach diesem Gesetz hat der Landeshauptmann zur Wahrung der Einheitlichkeit durch Verordnung Grundsätze für die Einrichtung der Referate und für die Aufteilung der Aufgaben auf sie festzusetzen. Der Landeshauptmann ist dieser Verpflichtung mit der Verlautbarung der „Grundsätze für die Geschäftseinteilung der Bezirkshauptmannschaften“ (gültig ab 1.7.1987) nachgekommen.

Das noch immer in Kraft befindliche „Gesetz, betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes“¹³ regelt in § 8 die Aufgaben der Bezirksärzte im Amtsbezirk.

Gesundheitsreferate

In allen Tiroler Bezirksverwaltungsbehörden sind Dienststellen eingerichtet, die mit Aufgaben des ÖGD betraut, jedoch unterschiedlich bezeichnet werden: „Gesundheitsamt“ (Bezirkshauptmannschaften Imst, Innsbruck-Land, Reutte) „Gesundheitswesen“ (Bezirkshauptmannschaften Kitzbühel, Kufstein, Schwaz) „Gesundheit“ (Bezirkshauptmannschaften Landeck, Lienz).

Der LRH besuchte im Rahmen der Einschau alle Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften.

Sachausstattung
und Öffnungszeiten

Für die amtsärztlichen Tätigkeiten werden verschieden Empfangs-, Untersuchungs-, Labor- und Lagerräume (z.B. für Impfstoffe) benötigt. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Raumressourcen für die amtsärztlichen Tätigkeiten und die Öffnungsdauer für den allgemeinen Parteienverkehr.

¹² Gesetz vom 14. Februar 1977 über die Organisation der Bezirkshauptmannschaften (LGBl. Nr. 11/1977 idgF)

¹³ Reichsgesetzblatt 68 aus dem Jahr 1870

Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Bezirkshauptmannschaft	Raumausstattung	Öffnungsdauer pro Woche
Imst	6 Zimmer, rd. 124 m ² + Wartebereich	5 h Fixöffnung + Terminvereinbarung
Innsbruck-Land	6 Zimmer, rd. 150 m ² + Wartebereich	22 h Fixöffnung + Terminvereinbarung
Kitzbüchel	6 Zimmer, rd. 90 m ² + Wartebereich	14,5 h Fixöffnung + Terminvereinbarung
Kufstein	6 Zimmer, rd. 173 m ² + Röntgen- und Wartebereich mit rd. 65 m ²	18 h Fixöffnung, 1 Abendtermin + Terminvereinbarung
Landeck	3 Zimmer, rd. 50m ² + Wartebereich	6 h Fixöffnung + Terminvereinbarung
Lienz	4 Zimmer, rd. 90 m ² + Wartebereich	22,5 h Fixöffnung + Terminvereinbarung
Reutte	3 Zimmer, rd. 60 m ² + Wartebereich	4 h Fixöffnung + Terminvereinbarung
Schwaz	9 Zimmer, rd. 163 m ² , Röntgenbereich 27 m ² + Wartebereich	13 h Fixöffnung, 1 Abendtermin + Terminvereinbarung

Tab. 1: Übersicht Strukturdaten Gesundheitsreferate (Daten Kitzbüchel vor Übersiedlung)

Die Raumausstattung wurde von den leitenden AmtsärztInnen bei allen Gesundheitsreferaten als ausreichend eingestuft. Der barrierefreie Zugang zu den Ordinationsräumlichkeiten war gewährleistet.

Die nach den Öffnungszeiten scheinbar geringere Verfügbarkeit der AmtsärztInnen im Oberland (Reutte, Landeck, Imst) resultierte aus unterschiedlichen Amtstagen, sodass eine wechselseitige (Urlaubs-)Vertretung zwischen den AmtsärztInnen der drei Bezirkshauptmannschaften möglich war.

Die AmtsärztInnen nahmen im Rahmen der Amtssachverständigentätigkeit (z.B. Teilnahme an Verhandlungen) und der Sanitären Aufsicht externe Termine wahr. Somit war ein gutes Ablauf- und Terminmanagement eine wesentliche Voraussetzung, um eine bestmögliche Erreichbarkeit der AmtsärztInnen für die EinwohnerInnen des Bezirkes zu gewährleisten. In Gesundheitsreferaten, in denen sich mehrere AmtsärztInnen die Dienstposten „teilten“, war das Angebot einer längeren Öffnungsdauer leichter zu organisieren.

In den Bezirkshauptmannschaften Kufstein und Schwaz boten die Gesundheitsreferate jeweils einmal wöchentlich i.S. einer verstärkten Kundenorientierung längere Öffnungszeiten an.

3. Personelle Ressourcen

Mit der Erfüllung der Aufgaben des ÖGD auf Landesebene waren sowohl AmtsärztInnen, die in einem Dienstverhältnis zum Land Tirol standen, als auch externe ÄrztInnen auf der Basis von Werkverträgen mit dem Land Tirol befasst.

Bei beiden Gestaltungsvarianten stellte sich für das Land Tirol in den letzten Jahren das Problem, dass die vorgesehene Anzahl von ÄrztInnen nicht zur Verfügung stand.

3.1. ÄrztInnen im Landesdienst

3.1.1. Dienstposten, tatsächliche Besetzung und Personalausgaben

Anzahl der Dienstposten

Die im Dienstpostenplan (von der Tiroler Landesregierung und dem Tiroler Landtag) beschlossene Anzahl der Dienstposten für den „Dienst der Ärzte“ hat sich wie folgt entwickelt:

	Amt der Tiroler Landesregierung	Bezirkshauptmannschaften	Summe
2012	6	16	22
2013	7	16	23
2014	8	16	24
2015	9	16	25

Tab. 2: Entwicklung der Dienstposten für ÄrztInnen beim Land Tirol 2012 bis 2015

Während die Anzahl der Dienstposten für die ÄrztInnen an den Bezirkshauptmannschaften konstant blieb, wurde der „Dienst der Ärzte“ im Amt der Tiroler Landesregierung jährlich erhöht.

Besetzung in VBÄ

Diese Dienstposten standen jedoch nicht ausschließlich für AmtsärztInnen zur Verfügung und waren auch nicht zur Gänze besetzt. Die folgende Tabelle stellt die Besetzung in Personen sowie in Vollbeschäftigungsäquivalenten (VBÄ) zum Stand 1.6.2015 dar:

Dienststellen	Dienstposten	Besetzung der Dienstposten	
		in VBÄ	in Personen
Gruppe Gesund und Soziales mit Tiroler Gesundheitsfonds	2	1	1
Abteilung LSDion	7	6	7
Zwischensumme Amt	9	7	8
BH Imst	2	1,87	2
BH Innsbruck-Land	4	4	4
BH Kitzbühel	2	1	1
BH Kufstein	2	1,4	2
BH Landeck	1	1	1
BH Lienz	2	1,87	3
BH Reutte	1	1	1
BH Schwaz	2	2,12	3
Zwischensumme Bezirkshauptmannschaften	16	14,26	17
Gesamt	25	21,26	25

Tab. 3: (amts-)ärztliche Kapazitäten in der Landesverwaltung und den Bezirkshauptmannschaften (Datengrundlage Abteilung Organisation und Personal)

Ein der Gruppe Gesundheit und Soziales (Tiroler Gesundheitsfonds) zugeordneter Dienstposten war mit einem Arzt besetzt, der als medizinischer Sachverständiger in nicht amtsärztlicher Funktion tätig war. Der freie Dienstposten ist von der Abteilung Organisation und Personal für den Patientenentschädigungsfonds vorgesehen. Die ärztlichen Aufgaben für den Patientenentschädigungsfonds werden bis zur Besetzung dieses Dienstpostens von den AmtsärztInnen wahrgenommen.

AmtsärztInnen

Im Jahr 2015 waren für AmtsärztInnen somit sieben Dienstposten in der Abteilung LSDion und 16 Dienstposten in den Bezirkshauptmannschaften vorgesehen. Ein Dienstposten in der Abteilung LSDion war mit dem Betriebsarzt besetzt und stand somit überwiegend nicht für amtsärztliche Tätigkeiten zur Verfügung.

In der Abteilung LSDion sowie in den Bezirkshauptmannschaften Kufstein und Kitzbühel konnten trotz mehrfacher Ausschreibungen freie Dienstposten nicht nachbesetzt werden.

Die nicht voll besetzten Dienstposten in den Bezirkshauptmannschaften Imst und Lienz resultierten aus Teilzeit-Beschäftigungsverhältnissen. Im Jahr 2015 lagen die vorhandenen amtsärztlichen Kapazitäten in VBÄ an den Bezirkshauptmannschaften rd. 11 % unter dem

beschlossenen Dienstpostenplan. Demgegenüber waren in den Jahren 2012 bis 2014 die Dienstposten für die AmtsärztInnen geringfügig (1 %) „überbesetzt“.

amtsärztliches Angebot je Einwohner

Laut dem Tiroler Gesundheitsbericht 2012 stand im Jahr 2011 in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften ein amtsärztliches Vollbeschäftigungsäquivalent je 35.500 EinwohnerInnen (EW) zur Verfügung. Auf Grund der Erhöhung der Einwohnerzahl in den Bezirken und der gleichbleibenden Anzahl der Dienstposten sowie der VBÄ in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften „verschlechterte“ sich dieser Wert auf ein amtsärztliches Vollbeschäftigungsäquivalent je 37.600 EW im Jahr 2014.

Daraus errechnete sich im Jahr 2014 eine durchschnittliche amtsärztliche Leistungskapazität von rd. 3 Min./EW, wobei dieser Wert im Bezirk Innsbruck-Land mit rd. 2,4 Min./EW am niedrigsten und im Bezirk Lienz mit rd. 4,7 Min./EW am höchsten war.

zukünftige Entwicklung

Das Durchschnittsalter der AmtsärztInnen betrug zum Stichtag 1.1.2015 rd. 52 Jahre. Wie die folgende Tabelle zeigt, wird in den nächsten 15 Jahren mehr als die Hälfte der AmtsärztInnen des Landes Tirol die Voraussetzung für die Alterspension erreichen.

Altersklasse	AmtsärztInnen
40 - 45 Jahre	3
46 - 50 Jahre	6
51 - 55 Jahre	7
56 - 60 Jahre	8

Tab. 4: Altersklassen der AmtsärztInnen per 1.6.2015

Vom Beginn der Tätigkeit als AmtsärztInnen bis zur abgeschlossenen Einarbeitung in die verschiedenen Aufgabenfelder des ÖGD war nach übereinstimmender Einschätzung der AmtsärztInnen ein mehrjähriger Erfahrungszeitraum erforderlich. Im Rahmen einer Personalplanung ist somit eine Einarbeitungszeit von drei bis fünf Jahren zu berücksichtigen.

Anregung Personalentwicklungskonzept

Der LRH regt daher die Erstellung eines mittelfristigen Personalentwicklungskonzepts für den Bereich der AmtsärztInnen an, um die erforderliche Qualifikationsentwicklung (Physikatskurs) und den Wissenstransfer sicherzustellen.

Personelle Ressourcen

Krankenstände auf Referatsebene

Der LRH hat auf der Grundlage der Daten aus dem Führungsinformationssystem des Landes Tirol die krankheitsbedingten Ausfälle in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften ausgewertet. Der LRH verglich die Krankenstandszeiten dieses Personenkreises mit einem Referenzwert, der den prozentuellen Anteil der Krankenstandszeiten aller Landesbediensteten in Relation zur Soll-Arbeitszeit wiedergab. Im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 lag dieser Referenzwert für die Bediensteten an den Bezirkshauptmannschaften bei 3,1 %.

Im Jahr 2014 lagen die Krankenstände in den Gesundheitsreferaten von Innsbruck-Land, Imst und Reutte über dem Referenzwert, in den übrigen Gesundheitsreferaten darunter.

In der Bezirkshauptmannschaft Imst war die Referatsleiterstelle von September 2014 bis September 2015 krankheitsbedingt nicht besetzt. Vertretungstätigkeiten der zweiten Amtsärztin im Gesundheitsreferat sowie der AmtsärztInnen von Landeck und Reutte glichen diesen Ausfall teilweise aus.

Bei den übrigen Krankenstandsdaten stellte der LRH keine Auffälligkeiten fest.

Personalausgaben

Die jährlichen Personalausgaben (ohne Lohnnebenkosten) für die AmtsärztInnen der Abteilung LSDion und der Bezirkshauptmannschaften stiegen von rd. 1,40 Mio. € im Jahr 2012 auf rd. 1,57 Mio. € im Jahr 2014. Nicht enthalten sind in diesen Ausgaben die Vergütungen für Impfungen und Führerscheinuntersuchungen.

	2012	2013	2014
Abteilung LSDion	344.538	417.846	466.253
Bezirkshauptmannschaften	1.051.698	1.082.789	1.104.843
Summe Grundlohn	1.396.236	1.500.635	1.571.096

Tab. 5: Personalausgaben für AmtsärztInnen in €

3.1.2. Entlohnung einschließlich Vergleich mit Tirol Kliniken¹⁴

Nachbesetzungs-
probleme bei
AmtsärztInnen

Wie der LRH bereits dargestellt hat, konnten vakante Positionen für AmtsärztInnen über längere Zeiträume nicht nachbesetzt werden. So wurden von 2013 bis zum 2015 mehrere Stellen für AmtsärztInnen in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften ausgeschrieben. Trotz zweier Ausschreibungen im Jahr 2014 konnte die Stelle in der Bezirkshauptmannschaft Kitzbühel bis Ende 2015 nicht nachbesetzt werden. Im Jahr 2015 schrieb das Land Tirol die Stelle in Imst zweimal und die Stelle in Kufstein dreimal aus. Für Kufstein konnte ab November 2015 eine Nachbesetzung gefunden werden. Auch die Nachbesetzung einer ausgeschriebenen Stelle in der Abteilung LSDion dauerte annähernd ein Jahr.

Als Begründung für diese Problematik brachte die Abteilung LSDion mehrfach vor, dass das Land Tirol die bei den Tirol Kliniken eintretenden ÄrztInnen besser entlohne als die AmtsärztInnen in der Tiroler Landesverwaltung und sich damit als Dienstgeber selbst „konkurrenzieren“.

Der LRH hat sich daher mit diesem Argument auseinandergesetzt und folgendes festgestellt:

ÄrztInnen in der
Landesverwaltung
und in den
Tirol Kliniken

Vorauszuschicken ist, dass das Land Tirol in zwei unterschiedlichen „Funktionen“ als potenzieller Dienstgeber für ÄrztInnen auftritt - als Landesverwaltung mit 25 Dienstposten für ÄrztInnen in der Gesundheitsverwaltung (dem ÖGD) sowie als Eigentümerin der Tirol Kliniken mit 949 Dienstposten für ÄrztInnen in der Krankenversorgung.

Im Zeitraum 2012 bis 2015 erhöhte sich die Anzahl der ärztlichen Dienstposten insgesamt (Landesverwaltung plus Tirol Kliniken) von 889 auf 974, somit um rd. 10 %. Der Anteil der Dienstposten in der Landesverwaltung ist mit rd. 2,5 % konstant geblieben. Diese dynamische Entwicklung in den Tirol Kliniken bot BewerberInnen de facto die Wahlmöglichkeit zwischen einer Tätigkeit in einer Krankenanstalt oder als AmtsärztIn.

Im Jahr 2015 traf das Land Tirol sowohl für ÄrztInnen bei den Tirol Kliniken als auch für AmtsärztInnen in der Landesverwaltung Regelungen, die zu finanziellen Besserstellungen für ärztliches Personal führten.

¹⁴ Der LRH verweist in diesem Zusammenhang auf die im Sommer 2015 erfolgte Änderung der Bezeichnung TILAK (Tiroler Landes-Krankenanstalten) GmbH in „Tirol Kliniken“ (Tirol Kliniken GmbH).

Entlohnungs-
verbesserung
Tirol Kliniken

Mit einer Novelle zum Landesbedienstetengesetz¹⁵ vom 12.11.2014 beschloss das Land Tirol ein neues Entlohnungsschema für MitarbeiterInnen im medizinischen Bereich der Tirol Kliniken. Das neue Gehaltsschema trat mit 1.1.2015 in Kraft. Die Kundmachung des valorisierten Entlohnungsschemas¹⁶ erfolgte am 19.3.2015.

Dem Argument des „Marktdruckes“ folgend, haben die Tirol Kliniken für die ÄrztInnen im „Altschema“ durch das so genannte „Gehaltspaket TILAK 2015“ eine Aufzählung von - je nach Gehaltsstufe und Beschäftigungsmodell („Modell Tirol“, „Modell Hall alt“, sonstige) - jährlich zwischen € 12.000 bis € 15.000 beschlossen.

Entlohnungs-
verbesserung
Landesverwaltung

Auf Grund der dargestellten (Nach-)Besetzungsprobleme von Dienstposten für AmtsärztInnen hat die Tiroler Landesregierung mit Beschluss vom 16.12.2014 für AmtsärztInnen, die nach dem (seit 2007 für neu eintretende Bedienstete geltenden) neuen Besoldungsschema entlohnt wurden, eine „Nachbesserung“ vorgenommen und sich dabei auf das neue Entlohnungsschema für MitarbeiterInnen der Tirol Kliniken bezogen. Durch eine „Ergänzungszulage“ in Höhe der Differenz zur gleichen Entlohnungsstufe in der nächsthöheren Entlohnungsklasse erfolgte de facto eine Höherstufung um eine Entlohnungsklasse. Somit werden seit Jänner 2015 AmtsärztInnen an den Bezirkshauptmannschaften entsprechend der Entlohnungsklasse 17 und in der Abteilung LSDion entsprechend der Entlohnungsklasse 18 besoldet.

Für die AmtsärztInnen im „Besoldungssystem alt“ erfolgte keine Nachbesserung.

Vergleichsrechnung

Der LRH hat auf der Basis dieser Entlohnungsverbesserungen die „Einkommensmöglichkeiten“ für aktuell neu in den Landesdienst eintretende AmtsärztInnen und neu in die Krankenanstalten der Tirol Kliniken eintretende ÄrztInnen verglichen.

Die „Einkommensmöglichkeiten“ errechneten sich jeweils als Summe des Brutto-Monatsbezuges plus den durchschnittlichen Zusatzeinkommen, die für AmtsärztInnen im Landesdienst aus „Impfgebühren“ und aus anteiligen Gebühren für Führerscheinuntersuchungen und für ÄrztInnen der Tirol Kliniken aus Nacht- und Wochenenddiensten resultierten.

¹⁵ Gesetz vom 12. November 2014, mit dem das Landesbedienstetengesetz geändert wird (4. LBedG Novelle; LGBl. Nr. 188/2014)

¹⁶ Entlohnungsschema Gesundheit (2015) Anlage 1b (§ 35 Abs. 3; LGBl. Nr. 30/2015)

Einkommen der
AmtsärztInnen

Die folgende Übersicht zeigt die Einkommenssituation für AmtsärztInnen abhängig von der Dienststelle (Bezirkshauptmannschaft oder Abteilung LSDion) sowie von ihrer Ausbildung als AllgemeinmedizinerIn oder Facharzt/Fachärztin:

Landesverwaltung Besoldungssystem neu	Gesundheitsreferate (Entlohnungsklasse 17)			
	AllgemeinmedizinerIn		Facharzt/Fachärztin	
Dienstalter	Monatsbezug	Gesamtbezug	Monatsbezug	Gesamtbezug
Anfangsgehalt	3.779	4.303	3.907	4.431
nach 3 Jahren	3.907	4.431	4.034	4.558
nach 10 Jahren	4.285	4.809	4.409	4.933
nach 20 Jahren	4.786	5.310	4.914	5.438
Endgehalt	5.427	5.951	5.427	5.951
Landesverwaltung Besoldungssystem neu	Landessanitätsdirektion (Entlohnungsklasse 18)			
	AllgemeinmedizinerIn		Facharzt/Fachärztin	
Dienstalter	Monatsbezug	Gesamtbezug	Monatsbezug	Gesamtbezug
Anfangsgehalt	4.079	4.132	4.221	4.274
nach 3 Jahren	4.221	4.274	4.358	4.411
nach 10 Jahren	4.638	4.691	4.779	4.832
nach 20 Jahren	5.197	5.250	5.338	5.391
Endgehalt	5.901	5.954	5.901	5.954

Tab. 6: Einkommensmöglichkeiten der AmtsärztInnen im Landesdienst (Beträge in €)

Der generell höhere Monatsbezug von FachärztInnen im Vergleich zu AllgemeinmedizinerInnen resultierte aus längeren Vordienstzeiten und der Einstufung in eine höhere Entlohnungsstufe.

Der Gesamtbezug (i.S. eines monatlichen Bruttobetrages 14 x jährlich) errechnete sich aus dem Monatsbezug plus dem durchschnittlichen Zusatzeinkommen aus Impf- und Führerscheingebühren.

Dieses Zusatzeinkommen betrug für AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften monatlich € 524 und für AmtsärztInnen der Abteilung LSDion € 53.

Die AmtsärztInnen an den Bezirkshauptmannschaften waren zwar in einer um eine Stufe niedrigeren Entlohnungsklasse als die AmtsärztInnen in der Abteilung LSDion eingestuft, das daraus resultierende geringere Einkommen wurde durch die Zusatzeinkommen aus Impf- und Führerscheingebühren kompensiert.

Damit ergaben sich für AmtsärztInnen (sowohl für AllgemeinmedizinerInnen als auch für FachärztInnen) an den Bezirkshauptmannschaften und in der Abteilung LSDion nur geringfügige Einkommensunterschiede (monatlich rd. € 100 brutto).

Einkommen der ÄrztInnen an den Tirol Kliniken

An den Krankenhäusern der Tirol Kliniken konnten ÄrztInnen unter Einhaltung der gesetzlichen Höchstdienstzeiten monatlich zusätzlich bis zu 3,5 (Nacht- und Wochenend-)Dienste übernehmen. Durch die Vergütung dieser Dienste konnten die ÄrztInnen den jeweiligen Monatsbezug um rd. 30 % erhöhen. In diese Betrachtung nicht miteinbezogen ist die Zusatzvergütung für die Betreuung von SonderklassepatientInnen.

Tirol Kliniken neu	AllgemeinmedizinerIn		Facharzt/Fachärztin	
	Monatsbezug	Gesamtbezug	Monatsbezug	Gesamtbezug
Dienstalter				
Anfangsgehalt	4.075	5.278	4.380	5.682
nach 3 Jahren	4.176	5.412	4.731	6.147
nach 10 Jahren	4.552	5.910	5.309	6.912
nach 20 Jahren	4.898	6.368	5.724	7.462
Endgehalt	5.250	6.834	6.141	8.014

Tab. 7: Vergleichstabelle Ärzteentlohnung an den Tirol Kliniken (Basis 2015; Beträge in €)

AllgemeinmedizinerInnen

AllgemeinmedizinerInnen als AmtsärztInnen, die auf Grund von Impftätigkeiten und Führerscheinuntersuchungen (während der Dienstzeit) die dafür geleisteten Gebühren in der durchschnittlichen Höhe erhielten, erzielten ein rd. 6 % höheres Einkommen als ÄrztInnen an den Tirol Kliniken, die keine Nacht- und Wochenenddienste („Dienste“) leisteten.

Ein höheres Einkommen für die AllgemeinärztInnen an den Tirol Kliniken war nur durch die Übernahme zusätzlicher „Dienste“ und mit einer zeitlich umfangreicheren Arbeitsleistung zu erreichen.

FachärztInnen

Die Tätigkeit von FachärztInnen war hingegen an den Tirol Kliniken auch ohne diese zusätzlichen Dienste höher entlohnt als in der Landesverwaltung.

Bewertung

Zusammenfassend kam der LRH zum Schluss, dass auf Grund der im Jahr 2015 beschlossenen finanziellen Besserstellung für AmtsärztInnen im Landesdienst eine im Vergleich dazu höhere Entlohnung von ÄrztInnen an den Tirol Kliniken (ausgenommen FachärztInnen) nur erreicht wird, wenn diese Nacht- und Wochenenddienste übernehmen.

3.2. Externe ÄrztInnen

Das Land Tirol betraute seit Jahren externe ÄrztInnen mit Präventionsaufgaben des ÖGD, vor allem mit der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen. Bei den ÄrztInnen handelte es sich um ÄrztInnen in Anstellungsverhältnissen an einer Krankenanstalt, um niedergelassene ÄrztInnen¹⁷ und um WohnsitzärztInnen.¹⁸

Werkverträge

Das Land Tirol (vertreten durch die für Zivilrechtsangelegenheiten zuständige Abteilung Justizariat im Amt der Landesregierung) schloss mit den ÄrztInnen Werkverträge ab. Die Höhe des vereinbarten Honorars wurde landesintern durch Regierungsbeschlüsse festgelegt. Für manche Aufgabenbereiche erhielten die ÄrztInnen zudem ein schriftliches „Tätigkeitsprofil“ mit der Vorgabe über die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit.

Abrechnungen

Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen war die Abteilung LSDion zuständig. Der LRH hat in diese Abrechnungen stichprobenartig Einsicht genommen und folgendes festgestellt:

Die Abteilung LSDion prüfte die Rechnungen auf sachliche und rechnerische Richtigkeit, allfällige Korrekturen (falsche Tarife, Rechenfehler) erfolgten nachvollziehbar. Bei Rechnungen, die sich auf Vorperioden bezogen, erfolgte eine periodengerechte Zuordnung in der Haushaltsüberwachungsliste. Der LRH hat bei seiner rechnerischen Überprüfung keine Differenzen festgestellt. Die Plausibilitätsüberprüfung abgerechneter Fahrstrecken ergab keine Auffälligkeiten.

zu geringe Anzahl an ÄrztInnen

In den letzten Jahren ist es der mit der Arztsuche befassten Abteilung LSDion nicht gelungen, die für eine landesweite Durchführung der Präventionsleistungen vorgesehene Anzahl von ÄrztInnen zu beauftragen. Bei diesen ärztlichen Beratungen/Reihenuntersuchungen verblieben dadurch unversorgte Regionen (Gemeinden, Bezirke).

Eine Ursache lag in den gesetzlichen Änderungen der Arbeitszeitbestimmungen für KrankenhausärztInnen sowie in den geänderten Vorgaben ihrer Dienstgeber, wonach die betreffenden Tätigkeiten für das Land Tirol nicht mehr als Nebenbeschäftigung ausgeübt werden dürfen. Damit kam für die Gruppe der KrankenhausärztInnen eine weitere Übernahme von Aufgaben für das Land Tirol nicht mehr in Betracht.

¹⁷ Niedergelassene ÄrztInnen üben den ärztlichen Beruf als Wahl- oder KassenärztIn einer eigenen Ordination aus.

¹⁸ Die WohnsitzärztInnen übten ärztliche Tätigkeiten aus, ohne dass sie eine Ordination führen oder in einem Anstellungsverhältnis stehen.

Eine weitere Ursache lag in der unterschiedlichen Höhe der Honorare, die für die einzelnen Aufgabenbereiche festgelegt waren. In den Jahren 2014 und 2015 erfolgte daher eine schrittweise Angleichung der Leistungsvergütungen.

Anregung
Vereinheitlichung
Honorare

Der LRH regt die Fortführung dieses Angleichungsprozesses an, um einheitliche Honorare für gleichartige ärztliche Leistungen zu gewährleisten.

4. Aufgabenbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wie eingangs dargestellt, ergibt sich das Aufgabenprofil von AmtsärztInnen im Wesentlichen aus den Aufgabenbereichen des ÖGD.

Der ÖGD wird strukturell als "Hilfsapparat" der Gesundheitspolitik gesehen, seine vorrangige Ausrichtung liegt auf der Gesundheitssicherung der (Gesamt-)Bevölkerung.

Aufgabenkatalog

Zur Weiterentwicklung des ÖGD startete im Jahr 2005 das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den Bundesländern einen Reformprozess und entwickelte in der Folge einen umfangreichen Aufgabenkatalog des ÖGD. In der dazu eingerichteten Steuerungsgruppe waren auch MitarbeiterInnen der Tiroler Landesverwaltung vertreten.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlichte die Gesundheit Österreich GmbH/das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Jahr 2013 die „Nationale Strategie öffentliche Gesundheit“, die auch diesen Aufgabenkatalog des ÖGD enthielt.

Entsprechend diesem Dokument kommt dem ÖGD generell die Aufgabe zu, dabei mitzuwirken, dass im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung gesichertes Fachwissen zur Verfügung gestellt und Entscheidungen unabhängig von wirtschaftlichen Eigeninteressen getroffen werden sowie ein Interessenausgleich unterschiedlicher Gruppierungen stattfindet.

Konkret beschreibt das Dokument die Rolle der AmtsärztInnen - über die Vollziehung behördlicher Aufgaben hinausgehend - als Amtssachverständige in Behördenverfahren, als Kontroll- und Aufsichtsorgane, PlanerInnen und EntwicklerInnen, BeraterInnen, KoordinatorInnen und OrganisatorInnen, BeobachterInnen und ÄrztInnen.

Der Aufgabenkatalog stellt die Tätigkeitsbereiche des ÖGD umfassend dar und setzt sie auch in Beziehung zum relevanten Rollenverständnis der AmtsärztInnen und/oder anderer ExpertInnen des ÖGD.

Der LRH folgte bei seiner Prüfung der Gliederung dieses Aufgabenkataloges und griff folgende Bereiche heraus:

- Aufsicht und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und in den die Gesundheit möglicherweise gefährdenden Einrichtungen,
- Gesundheitsförderung,
- Infektionsschutz sowie,
- Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche.

5. Aufsicht und Qualitätssicherung

Einleitung

Die so genannte „Sanitäre Aufsicht“ ist ein maßgeblicher Aufgabenbereich amtsärztlicher Tätigkeit und betrifft insbesondere Krankenanstalten. Darüber hinaus hat der LRH auch die Aufsichtsmaßnahmen in Kuranstalten, Apotheken sowie Altenwohn- und Pflegeheimen in seine Prüfung miteinbezogen.

5.1. Aufsicht und Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen

Regelungen
im KAKuG

Entsprechend den Kompetenzbestimmungen des B-VG ist die Sanitäre Aufsicht hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung.

Demgemäß regelt das KAKuG¹⁹ die „Sanitäre Aufsicht“ über die Krankenanstalten und Kuranstalten. Bei diesen Bestimmungen handelt es sich um unmittelbar anwendbares Bundesrecht.

Das KAKuG normiert die Verpflichtung der Bezirksverwaltungsbehörden, „unter Beziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte, in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften“ zu überwachen. Dabei ist die Einschau möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen. In der Anstalt vorhandene, in Erfüllung von Verpflichtungen nach anderen Rechtsvorschriften eingeholte, aktuelle Befunde und Gutachten sind so weit als möglich zu berücksichtigen.

¹⁹ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG; BGBl. Nr. 1/1957, idgF)

Das KAKuG normiert weiters eine Benachrichtigungspflicht der Bezirksverwaltungsbehörde an den Landeshauptmann im Fall der Kenntnis über die Verletzung sanitärer Vorschriften in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt sowie für den Fall, dass mit einer Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pflinglingen einer Krankenanstalt bzw. Kurgästen einer Kuranstalt zu rechnen ist, die Verpflichtung, unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten.

Das Gesetz enthält jedoch weder eine Definition des Begriffs „Sanitäre Aufsicht“ noch Vorschriften über die konkrete Ausübung (Häufigkeit und Qualität) der Sanitären Aufsicht.

„PPOHYG 2.0“

Nähere Ausführungen zur Sanitären Aufsicht enthält das vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Dokument „PPOHYG 2.0, Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene.“

Demnach gehört die Überwachungstätigkeit im Rahmen der Sanitären Aufsicht zu den Pflichtaufgaben der Bezirksverwaltungsbehörden, die grundsätzlich von Amts wegen tätig werden müssen, ohne von einer übergeordneten Behörde dazu veranlasst oder aufgefordert zu werden. Der Gesundheitsbehörde auf Landesebene (Abteilung LSDi-on) kann die Rolle zukommen, fachliche Schwerpunkte zu setzen und Mindeststandards bei der Durchführung der Einschau im Auge zu behalten auch unter Beachtung von sachlich notwendigen Mindestfrequenzen.

Diese Aufsicht hat einen präventiven Charakter und ersetzt nicht die Verantwortung des Rechtsträgers hinsichtlich eines ordnungsgemäßen Betriebes der Krankenanstalt.

Zum Begriffs der Sanitären Aufsicht wird unter Hinweis auf Gesetzesmaterialien und oberstgerichtliche Judikatur klargestellt, dass Sanitäre Aufsicht „umfassend“ zu verstehen ist und sich auf alle Bereiche erstrecken kann, die mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen auf die Patienten und das in der Krankenanstalt tätige Personal haben.

RH Bericht 2000

Der RH versteht die Sanitäre Aufsicht als eine kontinuierliche Überwachungstätigkeit zum rechtzeitigen Erkennen drohender bzw. bestehender Missstände (z.B. im Bereich der Hygiene) und zur Abwendung drohender Gefahren.

Im Bericht über die „Sanitäre Aufsicht in Tirol“²⁰ kam der RH zu dem Schluss, dass eine Reform der Sanitären Aufsicht ausständig sei. Insbesondere wurden folgende Mängel kritisiert:

- Unzureichende und uneinheitliche Durchführung der Sanitären Aufsicht,
- fehlende einheitliche Richtlinien für die Durchführung,
- fehlende Festlegung der Häufigkeit der Durchführung sanitärer Aufsichtsmaßnahmen und
- unklarer Inhalt der Sanitären Aufsicht.

Erlässe

Insbesondere in Folge der Überprüfung der Sanitären Aufsicht durch den RH im Jahr 2000 hat das Land Tirol die Sanitäre Aufsicht in Krankenanstalten in Form eines Erlasses des Landesamtsdirektors vom Jänner 2002 genauer geregelt. Im Februar 2014 erließ der Landesamtsdirektor-Stellvertreter (zugleich der Vorstand der Gruppe Gesundheit und Soziales im Amt der Landesregierung) eine „Nachfolgeverordnung“.

Die wesentlichen Regelungsinhalte dieses Erlasses betrafen

- die Prüffrequenzen
- die Konkretisierung der Aufsichtspflicht,
- die Aufsichtsmittel sowie
- den Prüfungsablauf.

Frequenz der Einschau

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen anlassbezogenen Überprüfungen bestand entsprechend den Erlassen 2002 und 2014 auch eine Verpflichtung zur regelmäßigen Einschau. Die Frequenz dieser vorgeschriebenen Überprüfungen war - je nach Art der Krankenanstalt - unterschiedlich geregelt.

bettenführende Krankenanstalten

Gemäß Erlass 2002 waren in den zehn öffentlichen bettenführenden Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) und den neun privaten bettenführenden Krankenanstalten in zumindest zweijährlichem Intervall eine „kleine“ Überprüfung und im Abstand von höchstens fünf Jahren eine „große“ Überprüfung durchzuführen. Der jeweilige Umfang einer „kleinen“ und „großen“ Überprüfung war nicht definiert.

Im Erlass 2014 entfiel die Unterscheidung in „kleine“ und „große“ Überprüfungen, generell bestand nunmehr die Verpflichtung zur jährlichen Einschau in alle bettenführenden Krankenanstalten.

²⁰ vergl. Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes; Tirol, Verwaltungsjahr 2000 S. 47 ff.

nicht bettenführende Krankenanstalten Private nicht bettenführende Krankenanstalten (das sind selbständige Ambulatorien wie Ambulatorien für physikalische Medizin, für diverse Versorgungsbereiche sowie Ambulatorien von Sozialversicherungsträgern) waren entsprechend dem Erlass 2002 grundsätzlich jährlich zu überprüfen.

Der Erlass 2014 traf folgende Unterscheidung:

Tageskliniken mit unfallchirurgischem oder onkologischem Leistungsangebot sowie Dialyseeinrichtungen waren weiterhin jährlich zu überprüfen.

Für die übrigen 81 Ambulatorien wurde die Verpflichtung auf ein zweijährliches Intervall reduziert. Dies betraf

- 46 Ambulatorien für physikalische Medizin,
- 25 Ambulatorien mit diversen Versorgungsbereichen (z.B. Schilddrüsendiagnostik und Nuklearmedizin, Zivilisationskrankheiten, Augen, CT/MR),
- 4 Rehabilitationszentren sowie
- 6 Ambulatorien der Sozialversicherungsträger (überwiegend Zahnambulatorien).

durchgeführte Überprüfungen

Der LRH hat die Häufigkeit der Überprüfungen in den Krankenanstalten im Zeitraum 2012 bis 2014 erhoben. In Hinblick auf die Änderungen der Vorschriften hinsichtlich der Prüffrequenz stellt die folgende Tabelle zusammengefasst dar, in wie vielen Einrichtungen in diesem Zeitraum keine Einschau stattgefunden hat und somit jedenfalls die vorgeschriebene Prüffrequenz nicht erfüllt wurde. Die Gliederung der Tabelle nach der jährlichen und zweijährlichen Überprüfungspflicht entspricht dem Erlass 2014.

	Anzahl Einrichtungen	Anzahl/Prozentanteil der Einrichtungen ohne Einschau im Zeitraum 2012 bis 2014	
jährliche Überprüfung			
öffentliche bettenführende Krankenanstalten	10	5	50%
private bettenführende Krankenanstalten	9	5	56%
Tageskliniken, Dialyseeinrichtungen	11	4	36%
zweijährliche Überprüfung			
selbstständige Ambulatorien	81	8	10%

Tab. 8: fehlende Überprüfungen in Krankenanstalten im Rahmen der Sanitären Aufsicht

Kritik Prüffrequenz	Der LRH kritisiert, dass insbesondere in den bettenführenden Krankenanstalten die vorgeschriebene Prüffrequenz nicht eingehalten wurde.
Stellungnahme der Regierung	<p><i>Zur Kritik des Landesrechnungshofes, dass insbesondere in den bettenführenden Krankenanstalten die vorgeschriebene Prüffrequenz nicht eingehalten wurde, wird angemerkt, dass erst im Jahr 2014 von der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten durch einen Erlass die sanitäre Aufsicht in Krankenanstalten völlig neu geregelt wurde. Es werden darin alle in Betracht kommenden Themenbereiche aufgelistet und die Frequenzen der sanitären Einschau je nach Krankenanstaltentyp einheitlich festgelegt. Für bettenführende Krankenanstalten werden darüber hinaus Leistungsschwerpunkte normiert und von der Abteilung Landessanitätsdirektion jährlich Checklisten ausgearbeitet, anhand derer die sanitäre Einschau nunmehr einheitlich durch alle in Betracht kommenden Bezirksverwaltungsbehörden durchzuführen ist.</i></p> <p><i>Grundsätzlich wird festgehalten, dass die Bezirksverwaltungsbehörden seit dem Jahr 2014 auch diesem Erlass entsprechend die sanitäre Einschau durchführen. Lediglich aufgrund personeller Engpässe konnte in wenigen Bezirken die Prüffrequenz noch nicht durchgängig umgesetzt werden.</i></p> <p><i>In diesem Zusammenhang ist aber darauf hinzuweisen, dass der Betrieb von Krankenanstalten von der Landesregierung nach den Bestimmungen des Tiroler Krankenanstaltengesetzes zu genehmigen ist und die Landesregierung als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde auch den ordnungsgemäßen Betrieb regelmäßig zu überprüfen hat. Bei Mängeln kann die vollständige oder teilweise Sperre einer Krankenanstalt angeordnet werden. Es ist daher auch seitens der Länder im Rahmen der „Verwaltungspolizei“ immer eine Kontrolle der Krankenanstalten gewährleistet. Diese Doppelgleisigkeit zwischen sanitärer Aufsicht durch den Landeshauptmann und regelmäßiger Kontrolle der Krankenanstalten durch die Landesregierungen wurde im Rahmen der Verwaltungsreform thematisiert, durch eine Novellierung des Bundesgrundsatzgesetzes (KAKuG) sollte sie beseitigt werden. Damit könnte die Aufgabe der AmtsärztInnen klar geregelt und eine deutliche Verwaltungsvereinfachung herbeigeführt werden.</i></p>
Umfang der Aufsichtspflicht	Wie bereits erwähnt, ist die Sanitäre Aufsicht „umfassend“ zu verstehen. Die Aufsichtspflicht umfasst insbesondere die Einhaltung der für die Krankenanstalten geltenden gesetzlichen Vorschriften und Durchführungsverordnungen sowie die Einhaltung der in den jeweiligen Bescheiden (für die Errichtung und den Betrieb der Krankenanstalt) festgelegten Vorschriften, die dem Schutz des Lebens und der Gesundheit von PatientInnen und des Personals beinhalten.

Die konkreten Themenbereiche der Sanitären Aufsicht waren bereits im Erlass 2002 angeführt und wurden im Erlass 2014 erweitert und präzisiert. Sie betrafen die Krankenhaushygiene, die Qualitätssicherung, die personelle Ausstattung, die Führung/Dokumentation von Krankengeschichten u.a.

„Checklisten“

Eine weitere Konkretisierung dieser Vorgaben ergab sich aus den „Checklisten“, die die Abteilung LSDion vorbereitet und den Bezirkshauptmannschaften zur Verfügung gestellt hat. Die Checklisten für die Einschau in die öffentlichen bettenführenden Krankenanstalten gliederten sich beispielsweise in den Allgemeinen Teil, den ärztlichen Teil, den Operationsbereich, den Stationsbereich sowie den Schwerpunktbereich der Einschau und enthielten Fragen zur Personalausstattung und Personalqualifikation, zu Verantwortlichkeiten, strukturellen Elementen (Hygienebereiche, u.a.) bis zur Einhaltung von Normen und Nachweisen zur technischen Eignung (z.B. Prüfzertifikate) von verwendeten Geräten.

Für die Sanitäre Aufsicht in privaten bettenführenden und nicht bettenführende Krankenanstalten lagen seit 2012 einheitliche Checklisten vor, die im Jahr 2015 aktualisiert wurden.

Einschauberichte

Die Bezirksverwaltungsbehörden übermittelten die Berichte über die Maßnahmen im Rahmen der Krankenanstaltenaufsicht (Einschauberichte) jährlich an die Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten im Amt der Landesregierung. Diese erstellte eine Sammelmeldung an das Bundesministerium für Gesundheit.

Der LRH hat im Zuge der Einsichtnahme in die Einschauberichte von 2012 bis 2014 festgestellt, dass die genannten Checklisten überwiegend nur bei den Einschauen in bettenführende Krankenanstalten verwendet wurden. Bei den Einschauen in nicht bettenführende Krankenanstalten wurden hingegen überwiegend andere (unterschiedliche) Überprüfungslisten herangezogen.

Schwerpunktprüfungen

Die Überprüfungen in den öffentlichen und privaten bettenführenden Krankenanstalten erfolgten idR nach den von der Abteilung LSDion vorgegebenen inhaltlichen Schwerpunkten (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie, u.a.) in kommissioneller Begehung mit MitarbeiterInnen der Bezirksverwaltungsbehörde und unter Mitwirkung von einschlägig qualifizierten Expertinnen der Abteilung LSDion.

festgestellte Mängel

Als Konsequenz der Verletzung sanitärer Vorschriften in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt sieht das KAKuG vor, dass dem Rechtsträger die eheste Beseitigung der Missstände mit Bescheid des Landeshauptmannes aufzutragen ist. Im Wiederholungsfall oder wenn

nicht zu behebende gesundheitliche Missstände vorliegen, sodass die Krankenanstalt oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebes untersagt werden.

Der LRH hat festgestellt, dass von der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit, Bescheide zu erlassen, im Prüfzeitraum kein Gebrauch gemacht wurde. Schriftliche Mängelbehebungsaufträge erfolgten bei rd. 75 % der Einschaun in bettenführende Krankenanstalten, bei rd. einem Drittel der Ambulatorien mit verpflichtender jährlicher Einschau (Tagekliniken und Dialyseeinrichtungen) und bei rd. 40 % der Ambulatorien mit verpflichtender zweijährlicher Einschau.

Bewertung

Der LRH stellt zusammenfassend fest, dass die Landesverwaltung die im Bericht des RH aus dem Jahr 2000 enthaltenen Kritikpunkte hinsichtlich

- der fehlenden Festlegung der Häufigkeit der Durchführung sanitärer Aufsichtsmaßnahmen sowie
- des unklaren Inhaltes der Sanitären Aufsicht in Krankenanstalten

aufgegriffen und entsprechende Regelungen und Standards geschaffen hat.

Die Anwendung dieser Standards erfolgte allerdings nicht im vorgeschriebenen Umfang, die Vereinheitlichung in der Ausübung der Sanitären Aufsicht in den privaten nicht bettenführenden Krankenanstalten war nicht erreicht.

Empfehlung gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

Der LRH empfiehlt, die bestehenden Richtlinien für die Ausübung der Sanitären Aufsicht in Krankenanstalten (Erlass und Checklisten) durchgängig umzusetzen. Dazu sollten jährliche Prüfpläne erstellt und deren Einhaltung durch die Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten kontrolliert werden.

Stellungnahme der
Regierung

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, bestehende Richtlinien durchgängig umzusetzen sowie jährliche Prüfpläne zu erstellen und diese durch die Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten kontrollieren zu lassen, wird darauf hingewiesen, dass nach § 9b des Tiroler Krankenanstaltengesetzes die Träger der Krankenanstalten verpflichtet sind, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten, sowohl dem zuständigen Bundesministerium als auch der Landesregierung zur Verfügung zu stellen. Von der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten werden daher die

Krankenanstaltenträger jährlich aufgefordert, bis längstens 31. März einen standardisierten Qualitätsbericht vorzulegen und somit Informationen zum Stand der Qualitätsarbeit in der jeweiligen Krankenanstalt an die Krankenanstaltenbehörde zu übermitteln. Eine Behandlung von unterschiedlichen Fragestellungen zu den Themen Qualitätsarbeit und Qualitätsverbesserung erfolgt in weiterer Folge in den vom Tiroler Gesundheitsfonds hierfür geführten Gremien (ARGE Ärztliche DirektorInnen, Qualitätsmanagerplattform, Risikomanagerplattform, Hygieneplattform/Aktion „Saubere Hände“, Qualitätssicherungskommission des Landes Tirol).

Bei der sanitären Aufsicht in Krankenanstalten wirken die AmtsärztInnen als medizinische Amtssachverständige mit und sind nicht LeiterInnen des Verfahrens. Damit verbunden müssen die AmtsärztInnen auch vertieftes Fachwissen (Krankenhaustygienekurs etc.) aufweisen und es können nur in die Materie eingearbeitete MitarbeiterInnen eingesetzt werden. Entsprechende Checklisten wurden von der Landessanitätsdirektion zur Verfügung gestellt. Limitierend für die Einschau können sich die fehlenden medizinischen und juristischen Personalressourcen auswirken. Einer Einschau vergleichbare Aktivitäten werden im Rahmen der diversen Genehmigungsverfahren in den Krankenanstalten in praktisch allen Häusern regelmäßig - zum Teil auch mehrmals im Jahr - gesetzt und könnten hier ebenfalls im Sinn der Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Replik

Die Kontrolle der Einhaltung der Standards im Rahmen der Sanitären Aufsicht sowie der vorgegebenen Kontrolldichte sollte durch die zuständige Abteilung des Amtes der Tiroler Landesregierung erfolgen.

Sanitäre Aufsicht in Kuranstalten

Im Vergleich zur Sanitären Aufsicht in Krankenanstalten war die Sanitäre Aufsicht in Kuranstalten im Prüfzeitraum nur von geringer Bedeutung.

Im Prüfzeitraum 2012 bis 2014 bestanden in Tirol drei genehmigte Kuranstalten. Zu Beginn des Jahres 2016 wurde einer Kuranstalt die Betriebsbewilligung entzogen. Bei einer der beiden übrigen Kuranstalten erfolgte im Prüfzeitraum eine sanitäre Einschau. Für die andere Kuranstalt wurde nach Durchführung des Genehmigungsverfahrens erst im Herbst 2014 die Betriebsbewilligung erteilt, sodass im Prüfzeitraum keine sanitäre Einschau geboten war.

Apotheken

Nach dem Apothekengesetz²¹ obliegt die Überwachung des gesamten Apothekenwesens („Staatsaufsicht“) den Bezirksverwaltungsbehörden, die Aufsicht wird von Amts wegen ausgeübt. Das Gesetz enthält auch eine Verordnungsermächtigung betreffend näherer Bestimmungen über die Handhabung des staatlichen Aufsichtsrechtes.

Die Apothekenbetriebsordnung 2005,²² die auf dem Apotheken- und dem Arzneimittelgesetz fußt, sieht die ordentlichen Betriebsüberprüfungen von öffentlichen Apotheken sowie ärztlichen Hausapotheken durch die Bezirksverwaltungsbehörde unter amtsärztlicher Mitwirkung im Abstand von höchstens fünf Jahren vor.

Im Prüfzeitraum 2012 bis 2014 gab es in Tirol (ohne Innsbruck-Stadt) 96 öffentliche Apotheken und 68 ärztliche Hausapotheken.²³ In diesem Zeitraum erfolgten jährlich im Durchschnitt 39 Apothekenüberprüfungen unter Beiziehung von AmtsärztInnen. Die Einhaltung einer fünfjährigen Prüffrequenz erfordert in einer Durchschnittsbetrachtung jährlich nur 32,8 Überprüfungen, sodass von der Einhaltung des vorgeschriebenen Prüfrhythmus ausgegangen werden konnte.

5.2. Aufsicht in Altenwohn- und Pflegeheimen

Ein weiterer Tätigkeitsbereich der AmtsärztInnen im Aufgabenfeld „Aufsicht“ ergab sich aus dem Tiroler Heimgesetz.²⁴

Der Geltungsbereich des Gesetzes umfasste „entgeltlich betriebene Einrichtungen, die für die Betreuung von mehr als drei hilfs-, betreuungs- oder pflegebedürftigen, insbesondere älteren, Menschen bestimmt sind (im Folgenden kurz „Heime“ genannt).“ Die Aufsicht hinsichtlich der Einhaltung der Verpflichtungen nach diesem Gesetz war von den Bezirksverwaltungsbehörden auszuüben.

Leitfaden

Die für Wohn- und Pflegeheime zuständige Abteilung Soziales im Amt der Tiroler Landesregierung hat auf der Grundlage dieser gesetzlichen Verpflichtung im Jahr 2012 einen „Leitfaden für die Überprüfung von Alten-, Wohn- und Pflegeheimen“ erstellt. Damit sollte grundsätzlich eine tirolweit einheitliche Vorgangsweise erreicht werden, wobei

²¹ Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung des Apothekenwesens (Apothekengesetz; RGBl. Nr. 5/1907 idgF)

²² Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über den Betrieb von Apotheken und ärztlichen und tierärztlichen Hausapotheken (Apothekenbetriebsordnung 2005 - ABO 2005) BGBl. II Nr. 65/2005 idgF

²³ Quellen. Statistik Austria sowie Aussendung der österreichischen Apothekerkammer „Apotheken in Zahlen“

²⁴ Gesetz vom 1. Februar 2005 über Heime für hilfs-, betreuungs- oder pflegebedürftige, insbesondere ältere, Menschen (Tiroler Heimgesetz 2005; LGBl. Nr. 23/2005 idgF)

aber ausdrücklich eine Anpassung der festgelegten Vorgehensweise an die Gegebenheiten im Bezirk sowie an die Organisationsstrukturen der Behörde freigestellt war.

Der Leitfaden enthielt Regelungen zur „laufenden“ Aufsicht (dies betraf die Übermittlung von Daten anlässlich der Betriebsaufnahme und Daten über den laufenden Betrieb), zu den „Überprüfungen aus besonderem Anlass“ (insbesondere bei begründeter Vermutung über das Bestehen von erheblichen Mängeln) sowie zu den „periodischen“ Überprüfungen von Heimen.

Prüffrequenz Diese periodischen Überprüfungen sollten rd. alle fünf Jahre durchgeführt werden. Vor allem bei der ersten Überprüfung eines Heimes sollte diese in vollem Umfang stattfinden, bei wiederkehrenden Überprüfungen konnte eine Schwerpunktsetzung erfolgen.

Kommissionen Da sich bei der Überprüfung der Einhaltung der Bestimmungen des Tiroler Heimgesetzes vielfach Abgrenzungsfragen zu den Aufgaben der Gemeinden als Bau- und Feuerpolizeibehörde, zu den Gesundheitsbehörden und zu den für die Aufsicht der Pflegeberufe zuständigen Behörden ergaben, sollten die Überprüfungen von Heimen gemeinsam mit diesen Behörden und Einrichtungen erfolgen. Diesen „Kommissionen“ gehörten der zuständige Referent der Bezirksverwaltungsbehörde (als Leiter der Amtshandlung) an, des Weiteren der/die Amtsarzt/Amtsärztin (u.U. auch ein/eine VertreterIn der Lebensmittelaufsicht), ein/eine VertreterIn der Abteilung LSDion, die Heimanwältin, ein/eine Bausachverständiger/Bausachverständige, ein/eine VertreterIn der Tiroler Landesstelle für Brandverhütung sowie VertreterInnen der Standortgemeinde, des Heimträgers und des Heimbetreibers.

Prüfinhalte Der Leitfaden enthielt auch die wesentlichen Prüfinhalte. Darauf aufbauend erstellte die Abteilung LSDion konkrete Checklisten für einzelne Kommissionsmitglieder und Prüft Themen (Pflege, AmtsärztInnen, Heimanwaltschaft, Hochbau).

Prüfberichte Über durchgeführte Überprüfungen sollte ein Bericht - gegliedert nach den einzelnen Themen - verfasst werden. Der Prüfbericht war der Abteilung LSDion und der Abteilung Soziales zur Kenntnis zu bringen.

Als Konsequenzen im Fall der Feststellung von Mängeln sieht der Leitfaden (in Konkretisierung einer Bestimmung des Heimgesetzes) eine abgestufte Vorgangsweise seitens der Bezirksverwaltungsbehörde vor: bei geringfügigen Mängeln eine schriftliche Aufforderung an den Heimträger zur Mängelbeseitigung, bei erheblichen Mängeln einen Mängelbeseitigungsauftrag in Form eines Bescheides und bei

Mängeln, die eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der HeimbewohnerInnen darstellen, eine bescheidmäßige Untersagung (zur Gänze oder teilweise) des Heimbetriebes. Zudem sind nachfolgende Überprüfungen (so genannte „Nachschauen“) im betreffenden Heim vorgesehen.

Bewertung Nach Ansicht des LRH lagen somit für den Prüfzeitraum 2012 bis 2014 strukturierte und einheitliche Grundlagen für die Durchführung der Aufsicht über die Alten- und Pflegeheime nach dem Tiroler Heimgesetz vor.

**Anregung
höhere Prüffrequenz** Der LRH regt allerdings an, die Regelung bezüglich der Prüffrequenz anzupassen. Der vorgesehene zeitliche Abstand der periodischen Heimeinschauen von fünf Jahren erscheint im Vergleich mit den jährlichen und zweijährlichen Einschauen in Krankenanstalten zu lang. Vor allem durch gezielte Schwerpunktüberprüfungen könnte - mit vertretbarem Organisationsaufwand - die Kontrolldichte erhöht werden.

**Stellungnahme der
Regierung** *Das im Leitfaden für die Überprüfung von Wohn- und Pflegeheimen empfohlene Überprüfungsintervall von fünf Jahren wurde vom Landesrechnungshof im Vergleich mit den jährlichen Einschauen in öffentlichen und privaten bettenführenden Krankenanstalten einschließlich Tageskliniken und den zweijährig stattzufindenden Einschauen bei kleinen privaten Krankenanstalten bzw. Ambulatorien (z.B. Physiotherapien) als zu lang befunden. Bei der im Jahr 2012 erfolgten Erstellung des Leitfadens wurde bei der Empfehlung des Prüfintervalls nicht zuletzt darauf Bedacht genommen, dass eine Umsetzung mit den vorhandenen personellen Ressourcen möglich ist. In Tirol werden zum Stand Juli 2016 insgesamt 89 Wohn- und Pflegeheime betrieben, die der erwähnten fünfjährigen Überprüfung zu unterziehen sind. Bei einer Verkürzung des Prüfintervalls auf zwei Jahre würde sich der zeitliche Aufwand für die interdisziplinär zusammengesetzten Prüfteams um 150%, bei einem Intervall von drei Jahren um 67% erhöhen. Die dazu erforderlichen Personalressourcen können jedoch in diesem Ausmaß nicht alleine durch interne organisatorische Umstrukturierungsmaßnahmen oder durch Aufgabenentbindungen bzw. Aufgabenreduktionen in den bestehenden Arbeitsbereichen der Prüforgane an den Bezirkshauptmannschaften und in den Abteilungen des Amtes der Tiroler Landesregierung kompensiert werden.*

**Umsetzung
der Richtlinie** Der LRH hat durch eine detaillierte Anfrage an die Bezirkshauptmannschaften die Umsetzung der Richtlinie geprüft und kam zu folgenden Feststellungen:

In Tirol (einschließlich Innsbruck-Stadt) bestanden im Prüfzeitraum 2012 bis 2014 93 Alten- und Pflegeheime mit rd. 6.200 Betten. Dabei handelte es sich sowohl um öffentliche Heime (v.a. Heime der Gemeinden oder der Gemeindeverbände) als auch um privat betriebene Heime.

Infolge des Ausbaus der Heimkapazitäten durch die Erweiterung bestehender Heime, der Eröffnung neuer Heime sowie organisatorischer Maßnahmen (z.B. der Zusammenführung mehrerer selbständiger Heime bei einem Heimträger) hat sich die Anzahl der Heime und Betten in diesem Zeitraum mehrfach geändert. Für die zukünftige Entwicklung ist von einem weiteren Ausbau der Heimkapazitäten in Tirol auszugehen.

Die folgende Tabelle zeigt - gegliedert nach Bezirken (ohne Innsbruck Stadt) - die Anzahl der in den Jahren 2011 bis 2014 durchgeführten Heimeinschauen. In der Spalte „Anmerkungen“ sind zudem Informationen über Einschauen in den Jahren 2010 und 2015 enthalten. In Hinblick auf die vorgeschriebene fünfjährige Prüffrequenz hat der LRH diesen längeren Beobachtungszeitraum festgelegt.

Bezirk	Anzahl Heime	Anzahl Heimeinschauen 2011 bis 2014	Anmerkungen
Imst	10	6	
Innsbruck-Land	25	10	
Kitzbühel	11	7	
Kufstein	15	1	2015: Einschau in neun Heime
Landeck	5	1	vor 2011: Einschau in zwei Heime Planung für 2016/17: Einschau in zwei Heime
Lienz	3	2	2010: Einschau im dritten Heim
Reutte	2	3	
Schwaz	11	9	
Summe	82	39	

Tab. 9: Anzahl Heimeinschauen

In der Anzahl der Heimeinschauen sind periodische Überprüfungen, Überprüfungen aus besonderem Anlass sowie Nachschauen infolge zuvor festgestellter Mängel enthalten. Die angeführten Einschauen fanden stets unter Beiziehung von AmtsärztInnen statt.

Ergebnisse

Die durchgeführten Überprüfungen führten idR zu behördlichen Aufträgen, festgestellte Mängel im Heim zu beheben. Für zehn Heime wurde ein Mängelbehebungsauftrag in Form eines Bescheides erlassen. Die festgestellten Mängel betrafen unterschiedliche, nicht ausschließlich den ärztlichen Feststellungen zuzuordnende Bereiche.

In den Jahren 2011 bis 2014 erfolgte in weniger als der Hälfte der Heime eine Einschau, der empfohlene Fünfjahresrhythmus war somit nicht erreicht. In einer Durchschnittsbetrachtung wären dazu anstatt der bisherigen rd. 10 Heimeinschauen pro Jahr mindestens 16 Heimeinschauen notwendig.

Eine Analyse der einzelnen Bezirke zeigte allerdings eine sehr unterschiedliche Situation. In den Bezirken Reutte, Lienz und Schwaz wurden in diesem Zeitraum alle oder zumindest ein hoher Anteil der Heime überprüft; in den Bezirken Kufstein und Landeck lag der Anteil der überprüften Heime unter einem Drittel.

Empfehlung gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

Der LRH empfiehlt, die Aufsicht in den Alten- und Pflegeheimen entsprechend der festgelegten Prüffrequenz durchzuführen. Der Umstand, dass die durchgeführten Überprüfungen idR zu behördlichen Mängelbehebungsaufträgen führten, untermauert die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrollen.

Stellungnahme der
Regierung

Die Empfehlung des Landesrechnungshofes, die Aufsicht in den Alten- und Pflegeheimen entsprechend der festgelegten Prüffrequenz durchzuführen und der daraus abzuleitenden Empfehlung einer Abstimmung und fachübergreifenden Vereinheitlichung der Checklisten sowie der Anpassung der Prüfintervalle, ist schon in Umsetzung. Eine bereits bestehende Arbeitsgruppe befasst sich mit einer Bereinigung der Zuständigkeiten und einer Vereinheitlichung der Prüftätigkeiten.

5.3. Sonstige Aufgaben der Aufsicht und Qualitätssicherung

Im Aufgabenkatalog des ÖGD sind der „Aufsicht und Qualitätssicherung“ etliche weitere Aufgaben zugeordnet. Der LRH stellt in der Folge zwei in Hinblick auf die Menge der amtsärztlichen Leistungen bedeutende Aufgabenbereiche dar:

Bäderhygiene

Das Bäderhygienegesetz²⁵ ist auf Hallenbäder, künstliche Freibäder, Warmsprudelbäder (Whirlpools), Warmsprudelwannen (Whirlwannen), Saunaanlagen, Warmluft- und Dampfbäder, Bäder an Oberflächengewässern, Kleinbadeteiche und Badegewässer anzuwenden.

In den vorgeschriebenen behördlichen Bewilligungs- und Überprüfungsverfahren (behördliche Kontrollen) haben AmtsärztInnen in Zusammenarbeit mit geeigneten technischen Amtssachverständigen mitzuwirken. So hat die Bezirksverwaltungsbehörde insbesondere Hallenbäder und künstliche Freibäder jedenfalls einmal jährlich sowie andere Bäder periodisch wiederkehrend an Ort und Stelle zu überprüfen.

Die Leitung und Organisation der Überprüfungen erfolgte durch die zuständigen Gewerbereferate der Bezirkshauptmannschaften. Die AmtsärztInnen wirkten als medizinische Sachverständige jährlich im Durchschnitt bei rd. 100 periodischen Überprüfungen mit.

Suchtmittel

Entsprechend dem Suchtmittelgesetz²⁶ und der Suchtgiftverordnung²⁷ sind AmtsärztInnen an den Bezirkshauptmannschaften, die für diese Tätigkeiten eine Zusatzqualifikation benötigen, vor allem mit Drogensubstitutionsbehandlungen befasst. So bestehen Meldepflichten von ÄrztInnen an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde über Beginn und Ende einer Substitutionsbehandlung. Substitutions-Dauerverschreibungen für Suchtkranke sind vor Übergabe an die Apotheke dem zuständigen Amtsarzt zur Überprüfung und Fertigung (Vidierung) vorzulegen.

Auch die Zusammenarbeit mit den Sicherheits- und Justizbehörden fällt in den Bereich der amtsärztlichen Tätigkeit.

Im Prüfzeitraum 2012 bis 2014 waren die AmtsärztInnen in der Abteilung LSDion im Durchschnitt 380 Arbeitsstunden jährlich mit Suchtmittelangelegenheiten befasst, in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften rd. 670 Arbeitsstunden.

²⁵ Bäderhygienegesetz - BhygG (BGBl. Nr. 254/1976 idgF)

²⁶ Suchtmittelgesetz (BGBl. I Nr. 112/1997, idgF)

²⁷ Suchtgiftverordnung (BGBl. II Nr. 374/1997, idgF)

An den Bezirkshauptmannschaften wurde im Rahmen der Leistungserfassung die Anzahl der Akten ausgewertet. Insgesamt waren bei tendenziell steigender Anzahl jährlich rd. 1.900 Suchtmittelgesetz-Akten zu bearbeiten, wobei sich im Vergleich der Bezirkshauptmannschaften eine relativ große Bandbreite zeigte (durchschnittlich 76 Akten in Reutte und 383 Akten in Schwaz).

Der LRH hat die Anzahl der Suchtmittelgesetz-Akten je 1.000 EinwohnerInnen in den Bezirkshauptmannschaften ermittelt. Diese Kennzahl lag zwischen 1,6 in Innsbruck-Land und 6,3 in Landeck, bei einem Mittelwert von 3,2 Suchtgiftakten je 1.000 EinwohnerInnen.

6. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen

Für den ÖGD liegt der Schwerpunkt im Aufgabenbereich „Gesundheitsförderung“ auf einer strukturierten Vorsorge i.S. des „schrittweisen Paradigmenwechsels von der kurativen Individualmedizin zur verhaltens- und verhältnisbezogenen Prävention.“

Der LRH hat aus diesem generell alle Bevölkerungsschichten betreffenden Aufgabenbereich die ärztlichen Aspekte der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in die gegenständliche Prüfung aufgenommen.

Dabei handelt es sich um je nach Alter der Kinder und Jugendlichen unterschiedlich ausgestaltete Vorsorgeuntersuchungen sowie spezielle Impfprogramme.

externe ÄrztInnen

Diese Tätigkeiten wurden nicht durch AmtsärztInnen, sondern durch externe ÄrztInnen auf der Basis von Werkverträgen mit dem Land Tirol erbracht.

Die folgende Tabelle zeigt im Überblick die unterschiedlichen ärztlichen Angebote, deren Finanzierungsstruktur sowie die vom Land Tirol im Jahr 2014 dafür getätigten Ausgaben.

Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen

Alter der Zielgruppe	Ärztliches Angebot	Finanzierung	Ausgaben des Landes 2014
von der Schwangerschaft bis 5. Lebensjahr	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	SV-Träger	
	Kleinkindimpfungen gemäß Impfplan Land Tirol durch externe ÄrztInnen	Land Tirol, Bund, SV-Träger	*
0 bis 4 Jahre	ärztliche Beratungsangebote in den MEB-Stellen	Land Tirol	87.000
3 bis 6 Jahre	Kindergartenscreening (allgemeinmedizinisch, augenfachärztlich)	Land Tirol	187.247
Pflichtschule (1.-9. Schuljahr, VS, HS, NMS, PL)	schulärztliche Betreuung	40 % Zuschuss Land Tirol an Schulerhalter	136.708
	Schulimpfungen gemäß Impfplan Land Tirol durch AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften	Land Tirol, Bund, SV-Träger	*
Bundessschulen	schulärztlicher Dienst in AHS, BHS, Fachschulen,	Bund	
Berufsschulen	Jugendlichenuntersuchungen für 15 bis 18 jährige	TGKK	
	schulärztlicher Dienst in Fachberufsschulen	Land Tirol	17.858
	Honorar für Koordination	Land Tirol + TGKK	13.094
LW-Schulen	schulärztlicher Dienst	Land Tirol	7.134
Summe Untersuchungen			449.040
Summe Impfungen*			945.318
Gesamt			1.394.358

Tab. 10: Kinder- und Jugendgesundheit - Programme und Ausgaben (Beträge in €)

* Gesamtausgaben für Impfungen nicht auf Altersgruppen zugeordnet

Zu den in der Tabelle angeführten Zahlungen des Landes Tirol für Impfungen ist darauf hinzuweisen, dass dieser Betrag auch die Ausgaben für Impfungen von Erwachsenen enthält. Eine Aufteilung auf die einzelnen Impfprogramme war auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich.

Der LRH nahm das Thema der „Impfprogramme“ in das Kapitel „Infektionsschutz“ des gegenständlichen Berichtes auf, da es auch Impfprogramme für Erwachsene gibt.

Im Folgenden wird das Ergebnis der Prüfung der einzelnen Vorsorgeprogramme durch den LRH dargestellt.

6.1. Ärztliche Beratungsangebote für Kinder bis zum Schuleintritt

In Tirol konnten allgemeine ärztliche Untersuchungen und Beratungen im Sinne von Präventionsprogrammen für Kinder bis zum Schuleintritt im Rahmen von drei unterschiedlich organisierten Angeboten in Anspruch genommen werden:

- Dem Mutter-Kind-Pass-Programm,
- der Mutter-Eltern-Beratung (MEB) des Landes Tirol und
- das Kindergarten-Vorsorgeprogramm des Landes Tirol.

6.1.1. Mutter-Kind-Pass Programm

Seit 1974 besteht in Österreich das - in der Zwischenzeit kontinuierlich weiterentwickelte - Mutter-Kind-Pass-Programm, das regelmäßige medizinische Untersuchungen von Schwangeren und periodische Untersuchungen von Kindern bis zu ihrem Schuleintritt vorsieht. Das Programm umfasst fünf zeitlich gestaffelte Untersuchungen bis zum 14. Lebensmonat und fünf weitere Untersuchungen bis zum 62. Lebensmonat der Kinder (einschließlich orthopädischer, Hals-Nasen-Ohren- und Augenuntersuchung) sowie je eine Hüftultraschalluntersuchung in der 1. und in der 6. bis 8. Lebenswoche.

Bei Feststellung einer Schwangerschaft wird der werdenden Mutter der Mutter-Kind-Pass ausgehändigt. Die Teilnahme am Untersuchungsprogramm ist freiwillig. Werden die Untersuchungen von den ÄrztInnen der Sozialversicherungsträger durchgeführt, sind von den Eltern keine Kosten zu übernehmen. Um einen finanziellen Anreiz zur Annahme dieses Angebotes zu schaffen, ist die Durchführung der Kindesuntersuchungen bis zum 14. Lebensmonat eine Voraussetzung für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes²⁸ in voller Höhe.

²⁸ Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen über die Festlegung eines Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes, die Voraussetzungen zur Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe sowie über den Mutter-Kind-Pass (Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 - MuKiPassV; BGBl. II Nr. 470/2001 in Verbindung mit dem Kinderbetreuungsgeldgesetz; KBGG; BGBl. I Nr. 103/2001 idgF)

6.1.2. Mutter-Eltern-Beratung

Die Mutter-Eltern-Beratung (MEB) ist ein seit Jahrzehnten bestehendes so genanntes „niederschwelliges“ Beratungsangebot des Landes Tirol, das von Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre) kostenlos in Anspruch genommen werden kann.

Rechtsgrundlage

Die Aufgaben der MEB sind im Sozialrecht und im Gesundheitsrecht verankert. So ist die MEB Bestandteil der sozialen Dienste im Sinne des Tiroler Kinder- und Jugendhilfegesetzes,²⁹ die auch „vorbeugende Hilfen für werdende Eltern und Erziehungsberechtigte in Kooperation mit Angeboten des Gesundheitswesens zur Stärkung der Fähigkeit zur Pflege und Erziehung sowie zur Vorbeugung von Entwicklungsstörungen und Erziehungsschwierigkeiten umfassen.“ Organisatorisch gehört die „Mütter- und Kinderberatung“ entsprechend dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens³⁰ zu den Obliegenheiten der Gesundheitsreferate. Detaillierte gesetzliche Regelungen zum konkreten Aufgabenspektrum dieser Beratungen gibt es allerdings nicht. Das Angebot ärztlicher Beratungsleistungen im Rahmen der MEB ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, bildet aber seit Jahren einen Bestandteil des Angebotes der MEB.

Regierungsbeschlüsse

In der Abteilung LSDion waren nur mehr die Regierungsbeschlüsse für die jeweiligen Tarife der ärztlichen und sonstigen Beratungsleistungen aktenkundig. Ein grundlegender Regierungsbeschluss über die Bereitstellung eines ärztlichen Beratungsangebotes war nicht mehr auffindbar.

Umfang der MEB

Im Rahmen der MEB bietet ein Team von SozialarbeiterInnen, Hebammen, Kinderkranken- und Säuglingsschwestern sowie ÄrztInnen den Eltern von Kleinkindern Beratungen zur medizinischen Vorsorge, zum Stillen und altersgemäßer Ernährung, zur Babypflege, zur motorischen Entwicklung und zu sonstigen Fragen in Zusammenhang mit der Entwicklung, Förderung und Erziehung der Kinder und sozialrechtlichen Belangen an. Neben individuellen Beratungen und/oder Untersuchungen gab es auch das Angebot der Teilnahme an Kursen zu vergleichbaren Themen.

²⁹ Gesetz vom 6. November 2013 über die Kinder- und Jugendhilfe (Tiroler Kinder- und Jugendhilfegesetz - TKJHG; LGBl. Nr. 150/2013).

³⁰ Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. (dRGBl. I S 531/1934 Änderung idF: GBlÖ Nr. 686/1938)

Im Jahr 2014 fand die MEB in Tirol an insgesamt 123 Beratungsstellen (in 118 Gemeinden) statt. In den Bezirken waren diese vielfach in Kindergärten, Volksschulen oder Gemeindeämtern eingerichtet. Die Anzahl der Beratungsstellen pro Bezirk lag zwischen 30 Stellen (im Bezirk Innsbruck-Land) und 7 Stellen (im Bezirk Kitzbühel).

Pro Beratungsstelle wurden durchschnittlich 17 „Beratungstage“ (idR mit jeweils zweistündiger Beratungszeit) abgehalten, in rd. einem Viertel der Beratungsstellen fanden die Beratungen öfter als einmal monatlich statt. Darüber hinaus führte das Team der MEB im Jahr 2014 888 Hausbesuche durch.

In der MEB waren sowohl Landesbedienstete als auch externes Personal (auf der Grundlage von Werkverträgen mit dem Land Tirol) beschäftigt. Die ärztlichen Beratungsleistungen wurden ausschließlich von externen ÄrztInnen erbracht. Von der Abteilung LSDion (Fachbereich MEB) erhielten sie ein „Tätigkeitsprofil der Ärzte in der Mutter-Eltern-Beratung“, in dem die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit umfassend beschrieben sind.

ärztliches Personal
in der MEB

Im Jahr 2014 waren insgesamt 38 ÄrztInnen (AllgemeinärztInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde) in der MEB tätig. Im Bezirk Lienz wurde keine ärztliche Beratung angeboten. In den übrigen Bezirken bestand in rd. 80 % der Beratungsstellen auch ein ärztliches Beratungsangebot, im Jahr 2015 ist dieser Anteil auf 70 % der Beratungsstellen gesunken. Die ÄrztInnen waren nicht während der gesamten Öffnungszeiten der Beratungsstellen, sondern im Durchschnitt nur an rd. 50 % der Beratungstage vor Ort anwesend und erbrachten jährlich rd. 2.000 Beratungsstunden.

Nach Angaben seitens der Abteilung LSDion bestand seit einigen Jahren das Problem, ÄrztInnen für die Tätigkeit in der MEB zu finden.

Abgeltung für
ärztliche Leistungen

Als Abgeltung für die ärztlichen Leistungen waren in den Verträgen ein Stundenhonorar sowie Kilometergelder und der Ersatz von Barauslagen vereinbart. Die Höhe des Stundenhonorars wurde mit Beschluss der Tiroler Landesregierung festgelegt und betrug seit dem Jahr 2008 bis Februar 2014 € 38,50. Mit Regierungsbeschluss vom 21.1.2014 erfolgte die Anhebung auf € 42,50. Anlass zur Honorarerhöhung waren das deutlich höhere Stundenhonorar für Schuluntersuchungen (2014: € 58,89) und die Schwierigkeit, auf Grund der Preisdifferenz ÄrztInnen für die MEB zu finden.

Ausgaben	<p>Die Zahlungen an die für die MEB tätigen ÄrztInnen erfolgten aus der Finanzposition „Entgelte für sonstige Leistungen von Einzelpersonen“ (1-512109-7270 000) und betragen für die im Jahr 2014 erbrachten Leistungen rd. € 87.000. Davon entfielen € 77.000 auf Honorare, der rd. 13 %ige „Aufschlag“ betraf zusätzliche Kosten (insbesondere Kilometergelder).</p>
Zielgruppe der MEB	<p>Als „Zielgruppe“ der MEB galten Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren, mit dem Schwerpunkt auf Säuglingen und Kleinstkindern im Alter bis zu einem Jahr. Eltern erhielten daher anlässlich der Geburt eines Kindes - neben sonstigem Informationsmaterial - auch einen Informationsfolder der MEB einschließlich der nächsten Beratungstermine im betreffenden Bezirk.</p> <p>Die von den Beratungsstellen geführten Statistiken wiesen die Anzahl der jährlich durchgeführten Untersuchungen und/oder Beratungen aus - so wurden im Jahr 2014 insgesamt 14.538 Untersuchungen und/oder Beratungen durchgeführt. Die Anzahl der jährlich untersuchten Kinder war diesen Statistiken jedoch nicht unmittelbar zu entnehmen. Lediglich die „Neuzugänge“ in der MEB wurden ausdrücklich erfasst, im Jahr 2014 waren dies 2.144 Kinder. Unter der (plausiblen) Annahme, dass es sich bei den „Neuzugängen“ um Säuglinge und Kleinstkinder handelte, ergab sich für die letzten Jahre ein Anteil von rd. einem Drittel der jährlich in Tirol geborenen Kinder, die (mit ihren Eltern) von der MEB „erreicht“ wurden.</p> <p>Die Anzahl der Kinder, die dabei auch von ÄrztInnen untersucht wurden, war in den Statistiken der MEB ebenfalls nicht erfasst. Der Umstand, dass die ÄrztInnen nur an rd. 50 % der Beratungstage vor Ort anwesend waren, ließ den Schluss zu, dass der Anteil der von ÄrztInnen untersuchten Kinder weniger als das von der MEB erreichte Drittel der jährlich in Tirol geborenen Kinder betrug.</p>
Ergebnis	<p>Die MEB erreichte somit rd. ein Drittel der Zielgruppe (Kleinstkinder und ihre Eltern). Die angebotene ärztliche Beratung der MEB erreichte nach Schätzung des LRH somit weniger als 20 % der Zielgruppe.</p>

6.1.3. Kindergarten-Vorsorgeprogramm

Das so genannte Kindergarten-Vorsorgeprogramm des Landes Tirol bestand aus mehreren ärztlichen Untersuchungen von Kindergartenkindern (vom 3. bis vollendeten 5. Lebensjahr), die kostenlos in Anspruch genommen werden konnten. Damit sollten auch die in diesem Lebensabschnitt wenig in Anspruch genommenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen kompensiert werden.

Eine explizite gesetzliche Regelung für das Kindergarten-Vorsorgeprogramm gibt es nicht. Die Grundlage für dieses seit Jahrzehnten bestehende Angebot bilden Regierungsbeschlüsse. Bereits mit einem Regierungsbeschluss aus dem Jahr 1954 wurden ärztliche Untersuchungen in den Kindergärten angeordnet.

Inhalte des Vorsorgeprogramms

Das Vorsorgeprogramm für Kindergartenkinder umfasste folgende Untersuchungen:

- Eine jährliche Reihenuntersuchung durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin oder FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde,
- einmalig eine augenärztliche Untersuchung und
- einmalig eine Sprachentwicklungs- und Hörprüfung durch Logopädinnen.

Die Sprachentwicklungs- und Hörprüfungen wurden von Landesbediensteten (Logopädinnen) durchgeführt, die ärztlichen und augenärztlichen Untersuchungen hingegen von externen ÄrztInnen auf der Basis von Werkverträgen.

Die ÄrztInnen hatten die jährlichen Reihenuntersuchungen standardisiert anhand von Checklisten oder Ergebnislisten (für die augenärztlichen Untersuchungen) durchzuführen und in Untersuchungsblättern zu dokumentieren. Diese Unterlagen waren von der Abteilung LSDion erstellt worden.

Honorare für externe ÄrztInnen

Die Höhe der vereinbarten Honorare (Stundensätze) wurde in Regierungsbeschlüssen festgelegt und betrug

- für AllgemeinmedizinerInnen für eine Stunde Untersuchungszeit im Kindergarten im Zeitraum 2008 bis 31.1.2014 € 38,50 und ab 1.2.2014 € 42,50 sowie
- für AugenärztInnen seit 2009 € 12,00 pro Kind für Untersuchungen am Praxisort und € 15,30 für Untersuchungen außerhalb des Praxisortes.

Darüber hinaus wurde mit den ÄrztInnen vertraglich die Verrechnung des amtlichen Kilometergeldes und der Zuschläge nach GSBG³¹ (3,3 %, 3,4 %, 3,9 % zum Ausgleich des Vorsteuerverlustes) vereinbart.

³¹ Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits- und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz - GSBG; BGBl. Nr. 746/1996 idgF) in Verbindung mit der Verordnung des Bundesministers für Finanzen zu den Beihilfen- und Ausgleichsprozentsätzen, die im Rahmen des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes anzuwenden sind (BGBl. II Nr. 56/1997 idgF)

Ausgaben Die Ausgaben des Landes Tirol für die Durchführung der Untersuchungen durch externe ÄrztInnen wurden über die Finanzposition „Arzthonorare“ (1-512509-7277001) abgewickelt und betragen im Jahr 2012 € 160.909, im Jahr 2013 € 173.881 und im Jahr 2014 € 187.247.

Prüfhandlung LRH Der LRH hat eine stichprobenartige Überprüfung der Honorarabrechnungen vorgenommen und dabei keine Unregelmäßigkeiten festgestellt. Die Augenuntersuchung ist pro Kind nur einmal während der gesamten Kindergartenzeit vorgesehen. Die Abteilung LSDion hat die interne Dokumentation und Kontrolle der abgerechneten Leistungen derart gestaltet, dass die Abrechnung von Mehrfachuntersuchungen eines Kindes ausgeschlossen ist.

„Reichweite“ des Vorsorgeprogramms Die Kindergärten erhielten Informationen über das Angebot des Kindergarten-Vorsorgeprogramms. Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchungen war die Teilnahme des Kindergartens sowie die Zustimmungserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten.

Die folgende Tabelle zeigt die pro Kindergartenjahr durchgeführten Untersuchungen, wobei diese Zahlen auf der Grundlage der abgerechneten ärztlichen Leistungen ermittelt wurden:

Kindergartenjahr	allgemeinmedizinische Untersuchungen	augenärztliche Untersuchungen
2012/2013	12.128	6.198
2013/2014	13.752	6.024
2014/2015	14.143	5.495

Tab. 11: Anzahl der jährlichen ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der Kindergartenvorsorge

Im Zeitraum 2012/2013 bis 2014/2015 stieg die Anzahl der Kinder in den Kindergärten von 19.287 auf 19.586. Der Anteil der Kinder, die der jährlichen allgemeinmedizinischen Reihenuntersuchung unterzogen wurden, lag bei rd. 70 %.

Das Vorsorgeprogramm wurde nicht an allen der rd. 460 Kindergärten in Tirol durchgeführt. So nahmen einige private Kindergärten nicht an diesem Programm teil. Der Anteil der vom Vorsorgeprogramm nicht erfassten Kindergärten betrug im Kindergartenjahr 2012/2013 34 Kindergärten (somit rd. 7,5 %) und stieg im Kindergartenjahr 2013/2014 auf 70 Kindergärten (rd. 15,5 %). Zudem standen für die teilnehmenden Kindergärten nicht durchgehend die notwendigen ärztlichen Ressourcen zur Verfügung.

Die deutlich gesunkene Anzahl der augenärztlichen Untersuchungen im Kindergartenjahr 2014/2015 resultierte v.a. aus dem Ausfall der augenärztlichen Untersuchung im Bezirk Reutte, in dem kein Augenarzt zur Verfügung stand.

Bei den augenärztlichen Untersuchungen wurde auch das Ergebnis statistisch erfasst. Bei rd. 16 % der Kinder ergaben sich Auffälligkeiten, die zu genaueren Kontrollen und/oder Behandlungen führten.

zusammenfassende
Bewertung

Aus den Zielgruppen der drei Versorgungsangebote - Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen (Kinder von 0 bis 5 Jahren), MEB (Kinder von 0 bis 4 Jahren) und Kindergarten-Vorsorgeprogramm (Kinder von 3 bis 6 Jahren) - resultiert potenziell eine Mehrfacherfassung von Kindern bis zum Schuleintritt. Die tatsächliche Erfassung der Zielgruppen durch ärztliche Beratungen und Untersuchungen lag allerdings nur bei rd. 20 % in der MEB und rd. 70 % in den Kindergarten-Reihenuntersuchungen.

Empfehlungen gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

Der LRH empfiehlt daher, in einer medizinisch-fachlichen Analyse zu prüfen, ob die Beibehaltung von überschneidenden ärztlichen Angeboten von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und der Beratung in der MEB sinnvoll und notwendig ist.

Der LRH empfiehlt weiters, unter Einbindung der für die Kindergärten zuständigen Abteilung Bildung im Amt der Landesregierung verstärkt Maßnahmen zu setzen, um den Anteil der von den Reihenuntersuchungen erfassten Kinder zu erhöhen. Insbesondere sollte die Elterninformation intensiviert werden. Die bestehende Tendenz, den Besuch von Kindergärten zu forcieren (verpflichtender Kindergartenbesuch), spricht nach Ansicht des LRH für das Konzept der Durchführung von Reihenuntersuchungen im Rahmen des Kindergartenbesuches. Dadurch kann die Strategie, allfällige gesundheitliche Schwächen oder Beeinträchtigungen von Kindern dieser Altersgruppe zu erkennen und entsprechend zu reagieren, umfassend verfolgt werden.

Stellungnahme der
Regierung

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, in einer medizinisch-fachlichen Analyse zu prüfen, ob die Beibehaltung von überschneidenden ärztlichen Angeboten von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und der Beratung in der Mutter-Eltern-Beratung (MEB) sinnvoll und notwendig ist, wird festgehalten, dass sich das Angebot der MEB wesentlich von der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung unterscheidet. Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, deren sekundärpräventiver Untersuchungsumfang keinen Beratungsanteil enthält, werden ab einem Alter des Kindes von rund zwei Jahren kaum mehr in Anspruch genommen, was von der Bezugsdauer des Kindergeldes abhängt.

Niedergelassene ÄrztInnen können die erforderlichen (und nur gering bezahlten) Beratungskapazitäten für Kinder mit und ohne Auffälligkeiten (beispielsweise bei Entwicklungsstörungen oder bei Schreikindern, die einen äußerst hohen Beratungsaufwand erfordern), oft nicht im notwendigen Ausmaß erbringen. Dies deckt das primärpräventive Aufgabengebiet der MEB mit Schwangeren-, Still- und Ernährungsberatung ab. Im Sinn des großen, in der Primärprävention geleisteten Arbeitsanteils und der sehr frühen Sekundärprävention ist auf die MEB nicht zu verzichten. Da die Beratung niederschwellig und bedarfsorientiert angeboten wird, relativiert sich der eher kritisch angemerkte Erreichungsgrad deutlich.

Die beiden Angebote (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Mutter-Eltern-Beratung) sind somit wegen der unterschiedlichen Ausrichtung nicht vergleichbar und daher auch kein Parallelangebot. Im Sinn der Tiroler Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (im Rahmen der Tiroler Gesundheitsziele) wird sich die MEB über das Frühe Hilfen-Vorsorgemittelprojekt des Bundes nach einer Evaluierung und Ausrollung auf ganz Tirol vermehrt in Richtung eines aufsuchenden Angebots weiterentwickeln. Dabei kommt dem ärztlich unterstützten Beratungsangebot nicht zuletzt wegen der immer schwieriger werdenden Verfügbarkeit ärztlicher MitarbeiterInnen eine immer geringere Rolle zu.

Im Zusammenhang mit dem „Kindergarten-Vorsorgeprogramm“ ist der § 8 Abs. 2 des Tiroler Kinderbildungs- und Kinderbetreuungsgesetzes zu nennen, der vorsieht, dass Kinderbetreuungseinrichtungen insbesondere auf die körperliche Pflege und Gesundheit der Kinder zu achten haben. Eine flächendeckende Reihenuntersuchung in Kindergärten im Rahmen der Mutter-Eltern-Beratung bzw. der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen liegt im Interesse der Abteilung Bildung und es wird im Rahmen der pädagogischen Aufsicht und Beratung der Einrichtungen auf die gesetzliche Bestimmung hingewiesen. Die Landessanitätsdirektion wird die Empfehlungen für das „Kindergarten-Vorsorgeprogramm“ nach Maßgabe der personellen Ressourcen bestmöglich umsetzen.

Replik

Der LRH hat nicht die Fortführung der MEB in Frage gestellt, sondern die geringe Reichweite des dort bestehenden ärztlichen Beratungsangebotes aufgezeigt.

6.2. Ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Schulbesuches

Auch die für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Schulbesuches angebotenen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen werden vom Land Tirol (mit)finanziert. Dabei handelt es sich um zwei unterschiedliche Vorsorgeprogramme:

- Die schulärztliche Betreuung sowie die
- Jugendlichenuntersuchung der Krankenversicherungsträger.

SchulärztInnen

Entsprechend den Bestimmungen des Schulunterrichtsgesetzes³² zur „Schulärztlichen Betreuung“ haben SchulärztInnen die Aufgabe, „die Lehrer in gesundheitlichen Fragen der Schüler, soweit sie den Unterricht und den Schulbesuch betreffen, zu beraten und die hierfür erforderlichen Untersuchungen der Schüler durchzuführen. Die Schüler sind verpflichtet, sich - abgesehen von einer allfälligen Aufnahmeuntersuchung - einmal im Schuljahr einer schulärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Darüber hinaus sind Untersuchungen mit Zustimmung des Schülers möglich. Sofern bei Untersuchungen gesundheitliche Mängel festgestellt werden, ist der Schüler hievon vom Schularzt in Kenntnis zu setzen.“

Die Beistellung von SchulärztInnen ist Bestandteil der „Erhaltung“ einer Schule und gehört somit zu den Aufgaben des gesetzlichen Schulerhalters, der grundsätzlich auch die Kosten dafür zu übernehmen hat. Daraus ergeben sich für das Land Tirol - je nach Schulart - unterschiedliche finanzielle Verpflichtungen.

SchulärztInnen in Pflichtschulen

Gemäß den schulorganisationsrechtlichen Bestimmungen³³ ist die Gemeinde oder ein Gemeindeverband gesetzlicher Schulerhalter der öffentlichen allgemeinen Pflichtschulen (Volks-, Haupt- und Sonderschulen, Neue Mittelschulen und Polytechnische Schulen) und somit für die Beistellung von SchulärztInnen an diesen Schulen zuständig.

Für deren Finanzierung ist eine Kostenbeteiligung des Landes vorgesehen. Das Land Tirol hat gemäß § 86 des Tiroler Schulorganisationsgesetzes dem gesetzlichen Schulerhalter 40 % der aus der Beistellung von Schulärzten erwachsenen Kosten zu ersetzen. Dabei gelten folgende Kostenbeschränkungen: „Die Kosten dürfen nur insoweit ersetzt werden, als sie für jede angefangene Arbeitsstunde die

³² Bundesgesetz über die Ordnung von Unterricht und Erziehung in den im Schulorganisationsgesetz geregelten Schulen (Schulunterrichtsgesetz - SchUG; BGBl. Nr. 472/1986 idgF)

³³ Bundesgesetz über die Schulorganisation (Schulorganisationsgesetz; BGBl. Nr. 242/1962 idgF, sowie Tiroler Schulorganisationsgesetz 1991, LGBl. Nr. 84/1991 idgF)

Höhe der Überstundenvergütung, die einem Landesbeamten der Dienstklasse VIII, Gehaltsstufe 7, gebührt, sowie die Höhe des Kilometergeldes für systemisierte Privatfahrzeuge nach den für Landesbeamte geltenden Vorschriften nicht übersteigen. Als Arbeitszeit gilt auch die notwendige Fahrzeit von der Ordination zur Schule und zurück.“

Die Schulerhalter (idR die Gemeinden) übermittelten dem Land Tirol die Anträge auf Kostenübernahme einschließlich der Honorarnoten der SchulärztInnen, der Informationen über die Untersuchungsleistungen der ÄrztInnen (Namen der Schule, Datum und Dauer der Untersuchungen, Zahl der untersuchten Schüler) und der Bestätigung dieser Angaben seitens der Schulleitung sowie die Zahlungsnachweise der Gemeinden. In der Folge überwies das Land Tirol die Kostenersätze für das abgelaufene Unterrichtsjahr.

Diese Beiträge des Landes Tirol an die Gemeinden (abgewickelt über die Finanzposition 1-516009-7277008 „Arzthonorare Pflichtschulen“) beliefen sich in den Jahren 2012 bis 2014 im Durchschnitt auf jährlich rd. € 136.400.

Der LRH hat die Abrechnungen stichprobenartig geprüft und dabei keine Verstöße gegen die geltenden Bestimmungen festgestellt.

SchulärztInnen in Berufsschulen

Im Gegensatz zur Regelung für die öffentlichen allgemeinen Pflichtschulen ist für die öffentlichen berufsbildenden Pflichtschulen (Berufsschulen)³⁴ das Land Tirol gesetzlicher Schulerhalter und somit zuständig für die Beistellung von SchulärztInnen.

Das Land Tirol schloss daher mit ÄrztInnen Werkverträge über die Ausübung der schulärztlichen Tätigkeit zu einem (dem dargestellten Abrechnungsmodus im Pflichtschulbereich entsprechenden) Stundenhonorar in Höhe der Überstundenvergütung für einen Landesbeamten der Dienstklasse VIII, Gehaltsstufe 7, ab.

Dieser Vergütungssatz erhöhte sich im Ausmaß der Gehaltssteigerungen im öffentlichen Dienst. Er betrug von September 2011 bis Jänner 2012 € 57,31, von Februar 2012 bis Februar 2014 € 58,89 und von März 2014 bis Februar 2015 € 59,87.

³⁴ Tiroler Berufsschulorganisationsgesetz 1994 (LGBl. Nr. 90/1994 idgF)

Jugendlichen-
untersuchung
nach ASVG

Unabhängig von der Bestimmung über die schulärztliche Betreuung besteht gemäß dem ASVG³⁵ eine Verpflichtung der Träger der Krankenversicherung, die bei ihnen pflichtversicherten Jugendlichen zur Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Als Jugendliche gelten dabei Personen nach Vollendung des 15. Lebensjahres (oder nach Beendigung der allgemeinen Schulpflicht) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diese Untersuchungen sind die Jugendlichen von ihren Dienstgebern entsprechend den Bestimmungen des Kinder- und Jugendlichen-Beschäftigungsgesetzes 1987 zu informieren.³⁶

Diese so genannten Jugendlichenuntersuchungen werden in Tirol seit 2002/2003 „in Verbindung“ mit den schulärztlichen Untersuchungen durchgeführt.

Vertrag mit TGKK

Das Land Tirol und die TGKK haben die organisatorischen und finanziellen Bedingungen dieser Vorgangsweise in (jeweils für fünf Jahre befristeten) Verträgen geregelt. Zuletzt wurde ein Vertrag für den Zeitraum 1.1.2012 bis 31.12.2016 abgeschlossen. Demgemäß erbrachte das Land Tirol „im Auftrag der TGKK“ die Untersuchungen und schloss dafür Werkverträge mit externen ÄrztInnen ab.

Das Untersuchungsprogramm laut Vertrag umfasste

- eine Basisuntersuchung mit Anamnese (16. Lebensjahr),
- eine Schwerpunktuntersuchung von Augen, Ohren und Zähnen (17. Lebensjahr) und
- eine Berufsanamnese (18. Lebensjahr).

Als Abgeltung für die Durchführung der Jugendlichenuntersuchungen wurden folgende Leistungen der TGKK an das Land Tirol vertraglich festgelegt:

- Für jeden untersuchten Jugendlichen den wertgesicherten Betrag von € 21,01 (2013 € 21,49; 2014 € 21,93) - pauschal für Untersuchung und Fahrtkosten,
- eine jährliche Pauschalvergütung in Höhe von € 2.500 für eine koordinierende Ärztin,
- die Kosten für Untersuchungsmaterial in Höhe von jährlich maximal € 3.500 und
- eine jährliche pauschale Aufwandsentschädigung von € 5.000.

³⁵ Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (BGBl. Nr. 189/1955 idgF)

³⁶ Kinder- und Jugendlichen-Beschäftigungsgesetz 1987 (BGBl. Nr. 599/1987 idgF)

Auf der Grundlage dieser Regelung mit der TGKK vereinbarte das Land Tirol mit den externen ÄrztInnen ein Honorar für jede Untersuchung in Höhe des oben angeführten Pauschalbetrages. Das Land Tirol beglich auch zunächst die geltend gemachten Honorare, in der Folge refundierte die TGKK diese Beträge. Die TGKK stellte zudem den ÄrztInnen das Untersuchungsmaterial direkt zur Verfügung, so dass die dafür vertraglich vorgesehene finanzielle Abgeltung nicht zum Tragen kam.

Untersuchungen in Berufsschulen

In den Berufsschulen konnten somit ÄrztInnen auf der Basis von zwei unterschiedlichen Arten von Werkverträgen tätig werden:

- Im Rahmen der schulärztlichen Tätigkeit mit einem Stundenhonorar in Höhe der Überstundenvergütung, die einem Landesbeamten der Dienstklasse VIII, Gehaltsstufe 7, gebührt, sowie
- zur Durchführung der Jugendlichenuntersuchungen im Auftrag der TGKK mit einer Vergütung in Höhe von € 21,01 je untersuchtem Jugendlichen.

Im Prüfzeitraum wurden an allen 20 Fachberufsschulen des Landes Tirol, Jugendlichenuntersuchungen durchgeführt, eine darüber hinausgehende schulärztliche Tätigkeit fand an 18 Berufsschulen statt. Diese umfasste Beratungen, Untersuchungen im Akutfall oder Hilfestellungen nach § 13 SMG³⁷ (nach dieser Bestimmung hat der Schulleiter einen Schüler, bei dem der Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch vorliegt, einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen).

Die ÄrztInnen hatten die erbrachten Leistungen anhand standardisierter Formulare zu dokumentieren (Leistungsnachweise), diese bildeten die Grundlage für die Abrechnungen mit dem Land Tirol. Die Leistungsnachweise für die Jugendlichenuntersuchungen prüfte sachlich die TGKK.

Da die Untersuchung von Lehrlingen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, nicht mehr unter den Tatbestand der Jugendlichenuntersuchung nach dem ASVG fiel und die TGKK die Kosten dafür nicht refundierte, wurden die Untersuchungen dieser Lehrlinge im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen abgerechnet.

Der LRH hat stichprobenartig in die von den ÄrztInnen vorgelegten Abrechnungen und die Auszahlungen durch das Land Tirol Einsicht genommen. Im Hinblick auf einen allfälligen weiteren Vertragsabschluss mit der TGKK für den Zeitraum ab 2017 sollte in zwei Punkten eine Anpassung vorgenommen werden:

³⁷ Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG; BGBl. I Nr. 112/1997 idgF)

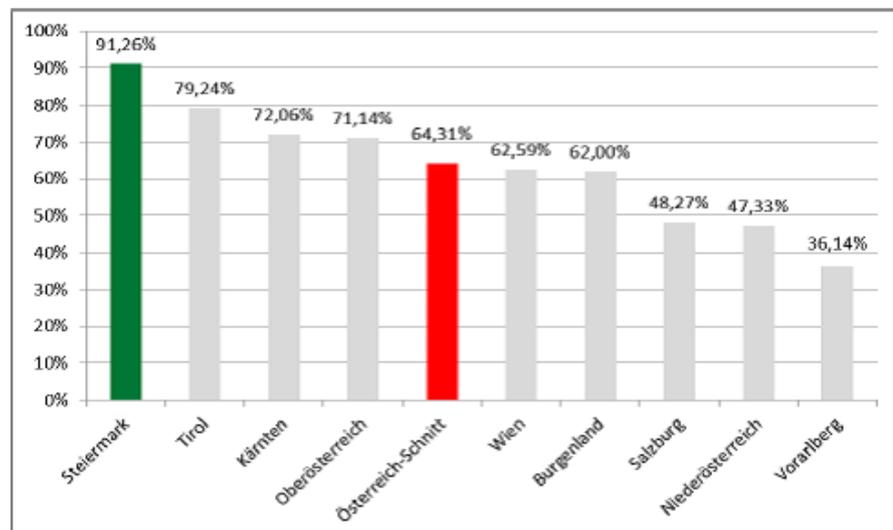
Ergänzung der Leistungsnachweise der ÄrztInnen	Im Regelfall führte der/die an einer Berufsschule als Schularzt/ärztin tätige Arzt/Ärztin auch die Jugendlichenuntersuchungen durch, fallweise fanden beide Tätigkeiten am selben Tag statt. In dieser Konstellation war allerdings auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsnachweise eine eindeutige zeitliche Abgrenzung der beiden Tätigkeiten nicht nachvollziehbar.
Anregung Dokumentation	Der LRH regt an die Dokumentation beider Aufgabenbereiche entsprechend zu ergänzen.
Regelung der Kilometergelder	Die vertragliche Regelung hinsichtlich der Geltendmachung von Kilometergeldern sowie deren Abrechnung wiesen Widersprüche auf. Obwohl die Vergütung pro Untersuchung lt. Vertrag zwischen dem Land Tirol und der TGKK sowie lt. Werkverträgen mit den ÄrztInnen als Pauschalvergütung auch die Fahrtkosten umfasste, hatte sich die TGKK zur Leistung einer jährlichen pauschalen Aufwandsentschädigung von € 5.000 an das Land Tirol verpflichtet. Welcher Aufwand damit abgegolten werden sollte, war im Vertrag nicht erläutert. De facto stellten die ÄrztInnen Kilometergelder in Rechnung, die vom Land Tirol abgegolten und in der Folge von der TGKK refundiert wurden.
Anregung Anpassung Regelung und Vollzug	Der LRH regt daher an, die Abgeltung von Kilometergeldern eindeutig zu regeln und auch regelungskonform zu vollziehen.
Ausgaben des Landes und Anzahl der Untersuchungen	<p>Für die Durchführung der Jugendlichenuntersuchungen gab das Land Tirol in den Jahren 2012 bis 2014 durchschnittlich rd. € 142.300 jährlich aus. Die TGKK refundierte den Betrag in gleicher Höhe, sodass es sich aus Sicht des Landes Tirol um einen „Durchlaufposten“ handelte.</p> <p>Die Ausgaben für die schulärztlichen Untersuchungen (einschließlich der Jugendlichenuntersuchungen von Lehrlingen nach Vollendung des 18. Lebensjahres) waren hingegen vom Land Tirol zu tragen, sie beliefen sich jährlich auf durchschnittlich rd. € 17.800 für rd. 300 Stunden.</p>
Zielerreichung unklar	Das Land Tirol erhob hinsichtlich des Anteiles der untersuchten Lehrlinge keine statistischen Daten. Nach Ermittlung des LRH wurden im Rahmen der Jugendlichenuntersuchungen jährlich rd. 6.500 Jugendliche erfasst, somit rd. 60 % der („ordentlich pflichtigen“) Lehrlinge. ³⁸

³⁸ <http://www.tiroler-fachberufsschulen.at/>

Die Präambel des Vertrages zwischen dem Land Tirol und der TGKK aus dem Jahr 2012 enthielt allerdings die - auf den Angaben der TGKK beruhende - Aussage, dass sich auf Grund der Durchführung der Jugendlichenuntersuchungen an den Berufsschulen seit 2002 die Anzahl der untersuchten Jugendlichen auf rd. 90 % nahezu verdoppelt habe. Seitens der Landesverwaltung konnte dieser Widerspruch hinsichtlich der Anzahl der untersuchten Jugendlichen nicht geklärt werden.

Stellungnahme der Regierung

Zur Zielerreichung bei den Jugendlichenuntersuchungen weist der Bericht von Dr. Haditsch (erstellt für den Hauptverband der Sozialversicherungsträger) einen Grad in Tirol für das Jahr 2013 von 79,24% und nicht wie im Bericht des Landesrechnungshofes angeführt ca. 60% aus, also österreichweit das zweitbeste Ergebnis.



Durch die geplante elektronische Erfassung der Jugendlichenuntersuchungen sind ab Herbst 2016 jedenfalls gesicherte Daten über den tatsächlichen Erreichungsgrad abrufbar.

Replik

Der LRH ermittelte den IST-Prozentsatz von rd. 60 % auf Basis der ihm von der Tiroler Landesverwaltung zur Verfügung gestellten Daten (über die Anzahl der von den SchulärztInnen mit der Abteilung LSDion abgerechneten Jugendlichenuntersuchungen) und der Schülerzahlen der Tiroler Berufsschulen.

Koordination schulärztlicher Aufgaben

Der Vertrag zwischen dem Land Tirol und der TGKK sah auch einen Beitrag der TGKK für eine „koordinierende Ärztin“ vor. Das Land Tirol hat im September 2012 mit der Republik Österreich/Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, vertreten durch den

Landeschulrat für Tirol, eine Vereinbarung über die „Koordination schulärztlicher Aufgaben an den Tiroler Pflichtschulen und Fachberufsschulen“ abgeschlossen. Demgemäß hatte eine beim Landeschulrat beschäftigte Ärztin diese Koordinationsaufgaben, die im Vertrag im Detail aufgelistet waren, für das Land Tirol zu erbringen. Dafür war ein wöchentliches Zeitkontingent von zehn Stunden vorgesehen, als Abgeltung war der Betrag von monatlich € 1.200 sowie die Übernahme von 50 % der angefallenen Reisekosten der Ärztin vereinbart.

In den Jahren 2013 und 2014 hat das Land Tirol jeweils einen Betrag von rd. € 16.000 für diese Tätigkeiten an den Landeschulrat für Tirol überwiesen. Auf der Grundlage des Vertrages zwischen dem Land Tirol und der TGKK über die Jugendlichenuntersuchungen leistete die TGKK für diese koordinierende Ärztin eine jährliche Pauschalvergütung in Höhe von € 2.500, sodass sich die Nettobelastung des Landes Tirol auf jährlich € 13.500 belief.

Trotz der vertraglich festgelegten detaillierten Aufgabenbeschreibung lag keine nachvollziehbare Dokumentation der erbrachten Leistungen vor. Der Leistungsnachweis für diese Zahlungen erfolgte lediglich in Form der Erfassung und Kontrolle der Dienstzeit der betreffenden Ärztin im Rahmen des elektronischen Zeiterfassungssystems beim Landeschulrat.

Das Land Tirol kündigte diese Vereinbarung zum Ende des Schuljahres 2013/2014.

SchulärztInnen in land- und forstwirtschaftlichen Berufs- und Fachschulen

Das Land Tirol war auch Schulerhalter für fünf Schulstandorte von land- und forstwirtschaftlichen Berufs- und Fachschulen und hatte daher für die Bereitstellung von SchulärztInnen an diesen Schulen zu sorgen. Die entsprechenden Regelungen im Tiroler Landwirtschaftlichen Schulgesetz³⁹ stimmten im Wesentlichen mit den für die Berufsschulen geltenden Regelungen überein.

Auch für diese Schulen wurden ÄrztInnen vom Land Tirol auf der Basis von Werkverträgen mit der Wahrnehmung der schulärztlichen Aufgaben betraut. Die Honorarzahlungen in den Jahren 2012 bis 2014 betragen jährlich rd. € 9.000.

Zuständigkeiten im Amt der Tiroler Landesregierung

Die organisatorischen Aufgaben und die Zahlungsabwicklung in Zusammenhang mit dem schulärztlichen Dienst war auf mehrere Abteilungen des Amtes der Tiroler Landesregierung verteilt:

³⁹ Gesetz vom 4. Juli 2012 über das land- und forstwirtschaftliche Berufs- und Fachschulwesen in Tirol (Tiroler Landwirtschaftliches Schulgesetz 2012; LGBl. Nr. 88/2012 idgF)

So war die Abteilung LSDion als die - nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Tiroler Landesregierung - für „Fragestellungen der Schulgesundheit“ zuständige Abteilung mit der Abwicklung der Kostenbeteiligung des Landes Tirol für den schulärztlichen Dienst an den öffentlichen allgemeinen Pflichtschulen sowie mit den organisatorischen Aufgaben und der Zahlungsabwicklung der Jugendlichenuntersuchungen und des schulärztlichen Dienstes an den Berufsschulen befasst.

Der schulärztliche Dienst an den land- und forstwirtschaftlichen Berufs- und Fachschulen wurde hingegen von der Abteilung Landwirtschaftliches Schulwesen wahrgenommen, in deren Zuständigkeitsbereich u.a. die Aufgaben des Schulerhalters der vom Land Tirol errichteten Schulen sowie die Angelegenheiten des land- und forstwirtschaftlichen Schul- und Erziehungswesens fallen.

Der Abschluss der Werkverträge mit den an den Schulen tätigen ÄrztInnen oblag der Abteilung Justizariat im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die das Land Tirol betreffenden zivilrechtlichen Angelegenheiten, insbesondere den Abschluss von Verträgen.

Empfehlungen gem. Art. 69 Abs. 4 TLO

Der LRH empfiehlt die Abwicklung der schulärztlichen Betreuung (ausgenommen den Abschluss von Werkverträgen) gesamthaft der Abteilung LSDion zu übertragen, um einen einheitlichen und effizienten Vollzug zu gewährleisten.

Stellungnahme der Regierung

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, die Abwicklung der schulärztlichen Betreuung der Abteilung Landessanitätsdirektion (LSD) zu übertragen, um einen einheitlichen Vollzug zu gewährleisten, darf festgehalten werden, dass seit dem Jahr 2013 das von der LSD ausgearbeitete Konzept „Schularzt Neu“ existiert. Dieses wäre nach Klärung einer gemeinsamen Finanzierung zwischen Land und Gemeinden jederzeit umsetzbar. Die schulärztlichen Belange der Berufs- und Pflichtschulen werden von der Landesschulärztin koordiniert. Da die Organisation des schulärztlichen Dienstes historisch gewachsen ist und bis zum Ende des Schuljahres 2013/14 über mehrere Parallelstrukturen organisiert wurde, gestaltet sich eine Zusammenführung schwierig und ist letztlich mit Kompetenzverschiebungen und Kostenumschichtungen verbunden.

Replik

Die Empfehlung des LRH bezog sich - wie aus der Seitenüberschrift des Abschnitts hervorgeht - lediglich auf die Zusammenführung innerhalb des Amtes der Tiroler Landesregierung.

7. Infektionsschutz

Der Infektionsschutz gehört ebenfalls zu den „klassischen“ Aufgabebereichen des ÖGD.

Der LRH befasste sich insbesondere mit den Themen „Impfwesen“ sowie ausgewählten Präventionsmaßnahmen gegen die Ausbreitung ansteckender Krankheiten.

7.1. Impfwesen

Für das Impfwesen ist in rechtlicher Hinsicht von Bedeutung, dass keine gesetzliche Impfpflicht besteht. Wesentliche rechtliche Regelungen ergeben sich allerdings aus dem Impfschadengesetz.⁴⁰

Bundesimpfkonzept	<p>Der Großteil der vom Land Tirol durchgeführten und/oder finanzierten Impfungen beruht auf einer Rahmenvereinbarung aus den 1990er Jahren zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Vertretern der Bundesländer. Das sogenannte Bundesimpfkonzept (Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit) für die Impfung von in Österreich lebenden Kindern von der Geburt bis zum Ende der Schulpflicht enthielt u.a. die nach wie vor gültigen Anforderungen, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Eltern keine Kosten erwachsen, • die Impfungen dokumentiert werden und • durch die Organisation von Schulimpfungen hohe Durchimpfungsraten erreicht werden.
Kostentragung	<p>Das Bundesimpfkonzept enthielt die folgende Kostentragungsregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bund trägt zwei Drittel der Kosten für die Impfstoffe, die Sozialversicherungsträger und die Bundesländer tragen je ein Sechstel. • Die Bundesländer tragen die Kosten für die organisatorischen Maßnahmen zur Durchführung der Impfungen.

⁴⁰ Bundesgesetz vom 3. Juli 1973 über die Entschädigung für Impfschäden (Impfschadengesetz; BGBl. Nr. 371/1973, idgF)

Impfaktion Tirol Im Sinne einer österreichweiten Vereinheitlichung übernahm das Land Tirol das Bundesimpfkonzept. Bereits zuvor fanden in Tirol etliche - durch Regierungsbeschlüsse geregelte - Impfprogramme für Kinder⁴¹ statt. Die Umsetzung des Bundesimpfkonzeptes in Tirol wird als „Impfaktion Tirol im engeren Sinn“ bezeichnet.

Entsprechend den jeweils aktuellen Impfeempfehlungen des Obersten Sanitätsrates wurden die konkreten Vorgaben des Impfkonzeptes seit seiner Einführung mehrfach erweitert (jeweils mit Regierungsbeschluss), zuletzt durch die Einführung des HPV-Impfprogrammes ab Februar 2014. Damit besteht das zweistufige Impfprogramm aus

- den Kleinkindimpfungen (für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensjahr) und
- den Schulimpfungen (für schulpflichtige Kinder bis zum 15. Lebensjahr).

Kleinkindimpfungen Die Kleinkindimpfungen umfassen die jeweils dreimal verabreichte Sechsfachimpfung (Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung u.a.), die Impfungen gegen Rotaviren und gegen Pneumokokken sowie die zweimal verabreichte Impfung Masern/Mumps/Röteln.

FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde oder niedergelassenen AllgemeinärztInnen führen diese Impfungen - idR im Zuge der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen - durch. Für diese durch niedergelassene ÄrztInnen durchgeführten Impfungen hat sich die Bezeichnung „verwaltete Impfungen“ herausgebildet.

Impfhonorare Eine ab 1.4.2013 geltende, auf unbestimmte Zeit abgeschlossene schriftliche Vereinbarung zwischen dem Land Tirol und der Ärztekammer für Tirol regelt die Abläufe und Honorare im Zusammenhang mit der Durchführung der Kleinkindimpfungen.

Die Durchführung der Impfungen ist in standardisierter Form zu dokumentieren und an das Land Tirol zu übermitteln. Für die Durchführung der Impfung und die entsprechende Dokumentation erhalten die ÄrztInnen einen Fixbetrag pro Impfung (so genanntes Impfhonorar). Das Impfhonorar betrug seit dem Jahr 2008 € 9 und wurde mit Beschluss der Tiroler Landesregierung vom 6.11.2012 ab 1.4.2013 i.S. einer Inflationsanpassung auf € 10 erhöht. In diesem Regierungsbeschluss ist eine Wertanpassung des Impfhonorars nach VPI 2010 (im Zweijahresrhythmus jeweils im April) festgelegt.

⁴¹ z.B. Haemophilus-Influenzae-b-Impfung (1992), Vierfachimpfung: Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus-Influenzae-b (1995)

Schulimpfungen	<p>Im Rahmen der Schulimpfungen ist die zweimalige Auffrischung (im 9. bzw. 12./13. Lebensjahr) von Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung und Wundstarrkrampf vorgesehen, sowie eine Hepatitis B Grundimmunisierung oder Auffrischung (im 12./13. Lebensjahr), eine Meningokokkenimpfung (im 12. Lebensjahr) und seit 2014 eine HPV Impfung (zweimal zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr). Im Wintersemester 2014 wurde zusätzlich in der vierten Klasse Volksschule eine HPV Impfung als Schulimpfung angeboten.</p> <p>Diese Schulimpfungen werden überwiegend von AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften und des Stadtmagistrats Innsbruck, die die einzelnen Schulen aufsuchen, durchgeführt (sogenannte Eigenimpfungen). Kinder, die den Impftermin in der Schule versäumen, können die Impfung in den Gesundheitsreferaten kostenlos nachholen.</p>
Impfgebühren	<p>Die AmtsärztInnen des Landes Tirol sowie das „Hilfspersonal“ (das sind idR c-Bedienstete) erhalten für jede im Rahmen der Impfkation Tirol durchgeführte Impfung ein gesondertes Honorar („Impfgebühr“). Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der Gehaltsverrechnung. Diese Impfgebühren betragen seit 1993 für die AmtsärztInnen € 3,27 und für die Hilfskräfte € 0,33, somit in Summe € 3,60 je Impfung.</p> <p>Mit Regierungsbeschluss vom 8.9.2015 erhöhte das Land Tirol die Impfgebühren für die AmtsärztInnen mit Wirkung vom 1.9.2015 um rd. 50 % auf € 4,97 und auf € 0,50 für das Hilfspersonal. Darüber hinaus gilt eine „automatische“ zweijährliche Wertsicherung der Impfgebühren nach dem VPI (erstmals per 1.9.2017).</p>
Beschaffung der Impfstoffe	<p>Die Abteilung LSDion bestellt die Impfstoffe zentral über die Wiener Gebietskrankenkasse (in Ausnahmefällen über die Bundesbeschaffungsgesellschaft). Die Verteilung erfolgt vom Hersteller/Großhandel</p> <ul style="list-style-type: none">• an die Abteilung LSDion und die Gesundheitsreferate,• an Apotheken sowie• an Hausapotheken der ÄrztInnen.
Distributionshonorare	<p>Die öffentlichen Apotheken sowie die Pharmagroßhändler erhielten vom Land Tirol so genannte Distributionshonorare, die von den Apotheken über die Pharmazeutische Gehaltskasse und von den Pharmagroßhändlern direkt mit dem Land Tirol verrechnet wurden.</p>

Die Höhe der Distributionshonorare wurde mit Regierungsbeschluss festgelegt, letztmals erfolgte eine Erhöhung mit Regierungsbeschluss vom 24.1.2012. Demnach betrug das Distributionshonorar - jeweils indexgebunden -

- für die öffentlichen Apotheken € 2,00 je Impfeinheit sowie
- für Pharmagroßhändler für die Lieferung an öffentliche Apotheken € 2,10 und für die Lieferung an Hausapotheken € 2,40 je Impfeinheit.

Impfaktion Tirol im weiteren Sinn

Zusätzlich zur „Impfaktion Tirol im engeren Sinn“ führten AmtsärztInnen an den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften und in der Abteilung LSDion weitere Impfungen durch („Impfaktion Tirol im weiteren Sinn“) - z.B. Influenza-Impfaktionen, Auffrischungsimpfungen (Diphtherie, Tetanus, Polio), ein spezielles Maserneliminationsprogramm sowie Gelbfieber-Impfungen (letztere in der Abteilung LSDion und den Gesundheitsreferaten in Innsbruck-Land, Kufstein und Lienz). Auch für diese Impfungen erhielten die AmtsärztInnen vom Land Tirol die Impfgebühr. Die Impfstoffkosten waren zur Gänze vom Land Tirol zu begleichen.

In der Regel hatten die geimpften Personen für diese Impfungen Kostensätze zu entrichten (Einzahlung an der Amtskasse). Die Höhe der Kostenersätze wurde von der Abteilung LSDion unter Berücksichtigung der Impfstoffkosten, der Impfgebühren sowie einer pauschalen Abgeltung für sonstige Aufwendungen kostendeckend kalkuliert. Im Jahr 2015 lagen diese Kostenersätze zwischen € 12 und € 43 je Impfung. Ein Kostenersatz in Höhe von je € 42 besteht für die seit 2014 neben den Schulimpfungen angebotenen HPV-Impfungen von Jugendlichen (altersabhängig zwei-/dreimalig vom 12. bis 15. Geburtstag).

Impfdokumentation

Entsprechend dem Bundesimpfkonzept sind sämtliche Impfungen zu dokumentieren. Seit Mitte des Jahres 2013 steht dafür das digitale landesinterne System ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt) zur Verfügung.

Impfstatistik

Aus den Impfdokumentationen erstellte die Abteilung LSDion jährlich umfangreiche Impfstatistiken. Die Entwicklung der Anzahl der jährlichen Impfungen zeigte in den Jahren 2012 bis 2014 eine steigende Tendenz, durchschnittlich erfolgten jährlich rd. 80.000 Impfungen. Die Aufnahme der HPV-Impfungen in die Impfaktion Tirol im Jahr 2014 führte mit 85.314 dokumentierten Impfungen zum bisherigen „Höchststand“.

Rund 70 % der Impfungen wurden durch niedergelassene ÄrztInnen durchgeführt (Kleinkindimpfungen), rd. 30 % der Impfungen waren Eigenimpfungen durch AmtsärztInnen.

Impfschutz

Eine wesentliche Zielsetzung des Bundesimpfkonzepts lag in der Erreichung hoher Durchimpfungsraten. Die Abteilung LSDion führte komplexe Analysen zur Feststellung der Durchimpfungsraten sowie des Impfschutzes der Bevölkerung durch. Zusammengefasst ließ sich daraus für Tirol ableiten, dass die Impfbeteiligungsbereitschaft bei der Sechsfachimpfung gesunken ist. Damit das Ziel „hohe Durchimpfungsraten“ erreicht wird, sind aus Sicht der Abteilung LSDion insbesondere bei den Impfungen gegen Masern, Keuchhusten und Tetanus weitere Maßnahmen zur Erreichung höherer Durchimpfungsraten erforderlich.

Ausgaben

Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben für die Durchführung der Impfungen, die im Landeshaushalt über den Teilabschnitt 1/51230 abgewickelt wurden, sowie die Einnahmen für Impfungen außerhalb des Impfkonzeptes Tirol im engeren Sinn, für die die geimpften Personen Kostenersatz leisten.

Ausgaben für Impfungen und Blutabnahmen		2012	2013	2014
Beschaffung Impfstoffe	Impfstoffe - Sechstel-Anteil Land Tirol lt. Bundesimpfkonzept	339.151	281.136	275.179
	sonstige Impfstoffe	22.793	20.789	81.899
	Distributionskosten für Apotheken	11.195	13.156	13.924
	Distributionskosten für Großhandel	19.712	24.487	25.505
	Zwischensumme	392.851	339.568	396.507
Impfhonorare	Impfhonorare für niedergelassene ÄrztInnen	437.040	538.141	605.979
Impfgebühren	Impfgebühren für AmtsärztInnen und Hilfskräfte	96.732	92.546	83.006
	sonstige Ausgaben	2.094	21.750	5.119
	Gesamtsumme	928.717	992.005	1.090.611
Einnahmen	Impfeinnahmen	39.413	36.507	145.293
Ausgaben minus Einnahmen		889.304	955.498	945.318

Tab. 12: Ausgaben für Impfungen und Blutabnahmen (Beträge in €)

Durch die Einführung der HPV-Impfung im Jahr 2014 stiegen die Ausgaben für die sonstigen Impfstoffe von rd. € 22.000 auf rd. € 82.000, die vom Land Tirol zur Gänze zu finanzieren waren, sowie die Einnahmen durch die Kostenersätze für HPV-Impfungen (von Personen nach dem 12. Lebensjahr) um € 105.630 (von rd. € 145.300).

Die Steigerung der Impfhonorare für niedergelassene Ärzte korrelierte mit der tendenziell steigenden Anzahl an Impfungen. Die sinkenden Ausgaben für die Impfgebühren für die AmtsärztInnen und das Hilfspersonal trotz steigender Anzahl an Impfungen erklärt sich daraus, dass die Auszahlungen nicht zur Gänze in der Periode, in der die Impfungen vorgenommen wurden, erfolgten. So wurden insbesondere die ab Mitte Oktober 2014 angefallenen Impfgebühren auf Grund einer buchhalterischen Umstellung erst im Jahr 2015 ausbezahlt.

Im Prüfzeitraum 2012 bis 2014 führten 19 AmtsärztInnen Impfungen (insbesondere Schulimpfungen) durch und erhielten dafür im Durchschnitt jährlich € 3.700 an Impfgebühren (i.S. eines Bruttoentgelts). Aus Sicht der einzelnen AmtsärztInnen hing die Anzahl der durchgeführten Impfungen wesentlich von der Anzahl der Schulkinder im Bezirk sowie der Aufgabenverteilung im jeweiligen Gesundheitsreferat ab.

Impfungen „auf eigene Rechnung“

Für die AmtsärztInnen bestand weiters die Möglichkeit, dass sie - zusätzlich zu den im Rahmen der Impfkationen (im engeren und im weiteren Sinn) durchgeführten Amtsimpfungen (d.s. Impfungen im dienstlichen Auftrag) - Impfungen „auf eigene Rechnung“ vornehmen konnten. Dabei handelte es sich vor allem um Reiseimpfungen wie Hepatitis A/B, Cholera u.a. In diesen Fällen beschafften PatientInnen den entsprechenden Impfstoff selbst, ein/eine Amtsarzt/Amtsärztin führte (in den Amträumlichkeiten und während der Dienstzeit) die Impfung durch und verrechnete ein Honorar, das an den/die Impfende(n) (nicht an das Land Tirol) zu entrichten war.

Eine „Dienstanweisung“ des Vorstandes der Gruppe Gesundheit und Soziales vom Februar 2012 an die Abteilung LSDion hielt dazu fest, dass die AmtsärztInnen diese Impfungen „als Nebenbeschäftigung“ durchführten, die (entsprechend den dienstrechtlichen Bestimmungen) an den Dienstgeber zu melden war und dass die AmtsärztInnen für die Inanspruchnahme der Infrastruktur zur Vornahme dieser Impfungen und für die dafür aufwendete Dienstzeit dem Land Tirol pro Monat den Pauschalbetrag von € 40 zu entrichten hatten.

Im Prüfzeitraum haben fünf AmtsärztInnen der Abteilung LSDion diese Nebenbeschäftigung gemeldet. Der dafür zu leistende Betrag von monatlich € 40 wurde nicht von jeder/m Einzelnen, sondern als Gesamt-Pauschalbetrag entrichtet. Das Land Tirol vereinnahmte diesen Betrag als „Anerkennungszins“ auf der Finanzposition 2-846005-824000 „Erlöse aus Vermietung und Verpachtung“.

Die Anzahl der in dieser Form vorgenommenen Impfungen und der dafür angefallene Zeitaufwand waren in der Landesverwaltung nicht dokumentiert.

Kritik - mangelnde rechtliche Klarheit

Der LRH kritisiert die Vorgangsweise in Zusammenhang mit diesen „Impfungen auf eigene Rechnung“, da sie zu einer rechtlich unklaren Situation geführt hat. Denn eine Nebenbeschäftigung im Sinne des Dienstrechts⁴² ist eine Beschäftigung, die Bedienstete außerhalb ihres Dienstverhältnisses ausüben, die praktizierte Vorgangsweise entsprach somit nicht der Definition einer Nebenbeschäftigung. Auch die „Rechtsnatur“ des monatlichen Pauschalbeitrages an das Land Tirol war ungeklärt.

geänderte Vorgangsweise

Die Tiroler Landesregierung beschloss im März 2016, dass die AmtsärztInnen die reisemedizinische Beratungen und Impfungen für die Bevölkerung in Hinkunft als Amtsimpfungen durchführen sollen und dafür ebenfalls Impfgebühren erhalten. Da die geimpften Personen für diese Impfungen Kostenersätze leisten, sind diese Reiseimpfungen aus Sicht des Landes kostenneutral.

Damit ist für diese Impfungen der zuvor praktizierten Vorgangsweise der „Impfungen auf eigene Rechnung“ die Grundlage entzogen.

zukünftige Entwicklung

Bei der Entscheidung über die weitere Vorgangsweise des Landes Tirol hinsichtlich der Impftätigkeit von AmtsärztInnen sind aus Sicht des LRH mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

So hat der RH in seinem Bericht zur Sanitären Aufsicht⁴³ empfohlen, die Impftätigkeit nicht gesondert zu entlohnen, weil sie in der Dienstzeit erbracht und - wie die Wahrnehmung der Sanitären Aufsicht - durch den Monatsbezug abgegolten sei. Die Tiroler Landesregierung hat dazu in ihrer Stellungnahme die Vorteilhaftigkeit der Impftätigkeit der öffentlichen Hand insbesondere bei der Infektionsbekämpfung und bei der Verhütung von Epidemien betont.

⁴² § 2 Landesbeamtengesetz 1998 i.V.m. § 56 Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979

⁴³ http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2001/berichte/berichte_laender/tirol/Tirol_2001_7.pdf

RH Reihe Tirol 2001/7; Bericht über die Sanitäre Aufsicht in Tirol; S. 57

In weiterer Folge wurde in Hinblick auf die Schwierigkeit, freie Stellen von AmtsärztInnen zu besetzen, die Vorgangsweise der gesonderten Honorierung der Impftätigkeit beibehalten. Diese Zusatzentlohnung stellte einen finanziellen Anreiz dar. Zudem haben die meisten AmtsärztInnen die Impftätigkeit als „medizinische Tätigkeit“ im Verwaltungsumfeld positiv bewertet.

Kostenvergleich

Auf Grund der ab September 2015 wirksam gewordenen Erhöhung der Impfgebühren für die AmtsärztInnen und das Hilfspersonal auf insgesamt € 5,47 pro Impfung werden die Ausgaben für die Eigenimpfungen (bei gleichbleibender Anzahl an Impfungen) um rd. 50 % steigen.

Aus den Daten der KLR⁴⁴ ergibt sich, dass pro Stunde fünf Impfungen (einschließlich Fahrzeiten und Administrationsaufwand) durchgeführt wurden und somit pro Impfung rd. € 19,50 an Personalaufwand (ohne Berücksichtigung der Fahrkosten zu den einzelnen Schulen) zu veranschlagen sind. In Summe errechnen sich somit Gesamtkosten in Höhe von rd. € 25 pro Impfung.

Im Vergleich dazu betragen die Kosten für eine Impfung durch einen niedergelassenen Arzt für das Land Tirol rd. € 16 (Impf Honorar in Höhe von € 10 plus Distributionskosten plus anteilige Administrationskosten).

Nach Ansicht des LRH ist die Entscheidung über die zukünftige Vorgangsweise daher auch unter Berücksichtigung dieses Kostenvergleiches zu treffen. Auch wenn die auf Grundlage der KLR errechneten Personalkosten mit der Unschärfe behaftet sind, dass der KLR kein exaktes Zeiterfassungssystem zugrunde liegt, ergibt sich aus der Größenordnung des Kostenunterschiedes von rd. 55 % ein klarer Handlungsbedarf.

Zusätzlich zu diesem Kostenvergleich hat der LRH für den Prüfzeitraum 2012 auf 2014 die durchschnittliche jährlich Zeitbindung der AmtsärztInnen in den Bezirkshauptmannschaften (ohne Innsbruck-Stadt) für die Durchführung der Eigenimpfungen ermittelt. Aus den Daten der KLR (rd. 4.200 amtsärztliche Arbeitsstunden) und der Anzahl der Eigenimpfungen von rd. 20.500 ergab sich ein Durchschnittswert von rd. 12 Minuten pro verabreichte Impfung (inkl. der Reise-, Vor- und Nachbereitungszeiten). Diese Impfungen banden somit rd. 15 % der amtsärztlichen Kapazitäten an den Bezirkshauptmannschaften.

⁴⁴ In der KLR werden die anteiligen Arbeitszeiten der MitarbeiterInnen den Leistungen (Kostenträgern) zugeordnet.

Empfehlung gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

Der LRH empfiehlt dem Land Tirol, auf Grund der deutlich höheren Kosten von Eigenimpfungen und der Bindung der amtsärztlichen Ressourcen Alternativen zur bisherigen Vorgangsweise zu prüfen.

Weiters empfiehlt er zu prüfen, ob die vom Land Tirol mitfinanzierten SchulärztInnen in das Schulimpfprogramm zu Konditionen der Impfungen im niedergelassenen Bereich eingebunden werden können.

Damit verbleiben jene Fälle, in denen Impfungen durch SchulärztInnen nicht realisierbar sind sowie der Bereich der reisemedizinischen Impfungen. Die AmtsärztInnen könnten somit von der Impftätigkeit teilweise entlastet werden.

Stellungnahme der
Regierung

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, aufgrund höherer Kosten von Eigenimpfungen und der Bindung von amtsärztlichen Ressourcen Alternativen anzudenken und zu prüfen, ob SchulärztInnen in das Schulimpfprogramm eingebunden werden können, um damit die AmtsärztInnen von der Impftätigkeit zu entlasten, darf darauf hingewiesen werden, dass ein Wegfall von für AmtsärztInnen finanziell attraktiven Tätigkeiten (wie eben Impfungen) die Anstellung von AmtsärztInnen an den Bezirkshauptmannschaften noch massiver erschweren würde.

Vorweg ist festzuhalten, dass in der Regel bei den Schulimpfungen an einem Vormittag (fünf Stunden incl. Fahrzeiten) rund 80 Impfungen administriert werden. Die AmtsärztInnen sind die Ansprechpersonen für alle Impf-Fragen. Catch-up Impfungen für die HPV beispielsweise sind eine Variante des Kinderimpfkonzepts des Bundes und werden in einem Jahr wieder weitgehend beendet. Eine Auslagerung der bezahlpflichtigen HPV-Catch-up Impfungen würde - neben den Distributionskosten - die Impfung für den Impfling wesentlich verteuern. Dies sollte im Hinblick auf die Durchimpfungsraten tunlichst vermieden werden und es würde zudem die Administration durch die Akkordierung vieler Systempartner verkomplizieren. Weiters ist davon auszugehen, dass bei der Auslagerung der gesamten Schulimpfungen die bestehenden Verhandlungspakete mit den Kammern obsolet werden. Erfahrungsgemäß verteuern wesentliche Neuerungen das System.

Keine SchulärztIn an den Pflichtschulen hat derzeit Impfungen im Arbeitsauftrag bzw. Stundenkontingent, ebenso nicht die ÄrztInnen in den Bundesschulen. Ein Großteil der SchulärztInnen führt zudem eine eigene Praxis, die am Vormittag für Schulimpfungen mit größter Wahrscheinlichkeit nicht geschlossen werden. Mit den von den AmtsärztInnen durchgeführten Impfungen werden gute Durchimpfungsquoten erzielt, während hingegen Erfahrungen aus anderen

Bundesländern, die Impf-Gutscheine ausgeben (mit diesen können Impfungen bei AllgemeinmedizinerInnen oder KinderärztInnen in Anspruch genommen werden), zeigen, dass die Impfbeteiligung wesentlich gesunken ist.

Zu bedenken sind zudem die stark ansteigenden Distributionskosten für die Apotheken und die Kosten für die Schulen für die Anschaffung von Impfstoff-Kühlschränken. Weiter muss bedacht werden, dass die angestellten Berechnungen hinsichtlich der Kosten im niedergelassenen Bereich ungleich gewichtet sind, weil Impfungen im Rahmen der Ordination auch als solche abgerechnet werden. So musste die Tiroler Gebietskrankenkasse beispielsweise für eine Impfung im Rahmen der Pandemie den Betrag von ca. € 30,- bezahlen. Durch eine nicht zu Ende gedachte Betrachtungsweise könnte ein funktionierendes System sehr leicht zerstört und ein halbwegs adäquater Ersatz wohl nur mit massiven Mehrkosten etabliert werden. Sollten auch die Zeiten des Hilfspersonals miteinkalkuliert werden, muss berücksichtigt werden, dass der Großteil der Zeit im Aufwand für Dokumentationszwecke besteht, der auch bei einer Auslagerung erhalten bleiben würde.

7.2. Tbc-Reihenuntersuchungen

Tuberkulosegesetz	Entsprechend den Bestimmungen des Tuberkulosegesetzes ⁴⁵ hat die Bezirksverwaltungsbehörde „Vorsorge zu treffen, dass geeignete, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Einrichtungen zur Untersuchung der Kranken, Krankheitsverdächtigen und Krankheitsgefährdeten sowie zur Überwachung und Betreuung der Kranken und Krankheitsverdächtigen vorhanden sind. Mit den Aufgaben der Untersuchung, Überwachung und Betreuung ist ein Facharzt für Lungenkrankheiten oder, wenn ein solcher nicht zur Verfügung steht, ein anderer fachlich geeigneter Arzt zu betrauen. Dem Arzt ist zur Durchführung seiner Aufgaben entsprechend ausgebildetes Personal zuzuweisen.“ Zu den im Gesetz ausdrücklich normierten Pflichten der Bezirksverwaltungsbehörde gehört insbesondere die Sicherstellung der Diagnose sowie Aufklärungsarbeit gegenüber Tuberkulosekranken, nicht jedoch eine Heilbehandlung.
Tbc-Reihenuntersuchungsverordnung	Darüber hinaus hat der Landeshauptmann zur Erfassung unerkannter Tuberkulosefälle durch Verordnung für bestimmte Personengruppen gezielte Reihenuntersuchungen festzusetzen. Der Landeshauptmann von Tirol kam dieser Verpflichtung mit der Tbc-Reihenuntersuchungsverordnung ⁴⁶ aus dem Jahre 1999 nach.

⁴⁵ Bundesgesetz vom 14. März 1968 zur Bekämpfung der Tuberkulose (Tuberkulosegesetz; BGBl. Nr. 127/1968 idgF)

⁴⁶ Verordnung des Landeshauptmannes vom 27. Juli 1999 zur Erfassung unbekannter Tuberkulosefälle (Tuberkulose-Reihenuntersuchungsverordnung; LGBl. Nr. 35/1999)

Auf Grund dieser Verordnung haben die Bezirksverwaltungsbehörden zur Erfassung unbekannter Tuberkulosefälle in gezielten Reihenuntersuchungen „jene Personen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr zu untersuchen, die nicht regelmäßig gesundheitlich untersucht werden und deren Lebenssituation nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft eine erhöhte Gefahr einer unerkannten Tuberkuloseerkrankung bedingt. Die Untersuchung hat insbesondere auch die Anfertigung einer Röntgenaufnahme der Lunge zu beinhalten.“

keine einheitliche Vorgangsweise

Der LRH stellt dazu fest, dass die Umsetzung dieser Bestimmungen an den Bezirkshauptmannschaften nicht nach einem einheitlichen Standard erfolgte. Je nach Einschätzung des jeweiligen Gesundheitsreferates wurden „Risikogruppen“ mit erhöhtem Tbc-Infektionsrisiko (z.B. Flüchtlinge, Fremde aus Tbc-Verbreitungsgebieten, Prostituierte, soziale Randgruppen) in den ersten fünf Jahren des Aufenthaltes in Tirol und/oder in regelmäßigen Abständen zur Tbc-Reihenuntersuchung vorgeladen. Bei festgestellten Tuberkulosefällen war das soziale Umfeld (Familie, Kontaktpersonen am Arbeitsplatz, u.a.) einer Umgebungsuntersuchung zu unterziehen, um Ansteckungs- und Ausbreitungsmöglichkeiten einzugrenzen.

Anregung Standardisierung

Insbesondere in Hinblick auf diese Entwicklungen regt der LRH an, dass die Gesundheitsreferate bei der Erfassung der Risikogruppen nach einem landesweit einheitlich festzulegenden Standard vorgehen.

Anzahl der Tbc-Röntgenaufnahmen

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der im Zeitraum 2012 bis 2014 durchgeführten Tbc-Röntgenaufnahmen:

Bezirkshauptmannschaft	2012	2013	2014
Imst (eigen bis 2013)	182	166	87
Innsbruck-Land	k.A.	29	179
Kitzbühel	230	200	308
Kufstein (eigen)	1.114	1.178	1.201
Landeck (eigen)	387	447	360
Lienz	132	123	52
Reutte	120	114	116
Schwaz (eigen)	586	561	445
Summe	2.751	2.818	2.748

Tab. 13: Anzahl der Tbc-Röntgenaufnahmen (eigen steht für eigene Röntgenanlage oder Nutzungsregelung)

Durchführung
der Tbc-
Röntgenaufnahmen

Die Tbc-Röntgenaufnahmen wurden entweder in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften erstellt (80 % der Aufnahmen) oder von niedergelassenen FachärztInnen „zugekauft“.

Schwaz, Kufstein,
Landeck, Imst

Ursprünglich verfügte jedes Gesundheitsreferat in den Bezirkshauptmannschaften Tirols über eine eigene Röntgenanlage zur Durchführung der erforderlichen Untersuchungen. Die Röntgengeräte in den Bezirkshauptmannschaften wurden nach dem „technisch“ bedingten Ende der Nutzungsdauer nicht mehr ersetzt. Im Prüfungszeitraum 2012 bis 2014 standen nur mehr in den Bezirkshauptmannschaften Schwaz und Kufstein analoge Röntgengeräte (am Ende des technischen Lebenszyklus) für die Tbc-Röntgenaufnahmen in Verwendung. Anlässlich der Stilllegung der Röntgenanlage in der Bezirkshauptmannschaft Imst im Jahr 2013 bevorratete die Bezirkshauptmannschaft Kufstein funktionierende Anlagenteile aus Imst als Ersatzteile für ihre gleichartige Röntgenanlage.

Das Gesundheitsreferat in Landeck nutzt das digitale Röntgengerät einer in den Räumlichkeiten der Bezirkshauptmannschaft untergebrachten Ordination eines niedergelassenen Arztes für die „Tbc-Röntgen“ mit.

Die Tbc-Röntgenaufnahmen in den Bezirkshauptmannschaften Schwaz, Kufstein und Landeck werden von drei „Radiologisch Technischen Assistentinnen“ (RTA) und einer Urlaubsvertretung durchgeführt, die auf der Basis freier Dienstverträge für das Land Tirol tätig sind. Die Befundung der Röntgenbilder erfolgte durch Lungenfachärzte des LKH Natters, das die dafür angefallene Arbeits- und Fahrzeiten dem Land Tirol in Rechnung stellte.

Innsbruck-Land,
Kitzbühel, Lienz

In den Bezirken Innsbruck-Land, Kitzbühel und Lienz wurden die Tbc-Untersuchungen von niedergelassenen FachärztInnen „zugekauft“.

Als Grundlage für die Betrauung von FachärztInnen mit diesen Untersuchungen hat das Land Tirol im Jahr 2004 mit der Ärztekammer für Tirol eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Demgemäß nahmen niedergelassene FachärztInnen für Lungenheilkunde und Radiologie „die Thoraxröntgenaufnahmen samt fachärztlicher Befundung zur eingeschränkten Beurteilung des Vorliegens eines tuberkulösen Prozesses sowie die Befundübermittlung“ zu einem (entsprechend den Honoraren der TGKK) wertgesicherten Pauschalhonorar vor. Im Jahr 2014 betrug das Honorar € 34,90 pro Untersuchung.

Reutte	Da im Bezirk Reutte kein niedergelassener Facharzt zur Verfügung stand, erfolgten die Tbc-Untersuchungen (einschließlich Befundungen) im BKH Reutte. Das Pauschalhonorar pro Aufnahme betrug € 32,90, ab 01.04.2014 € 34,90.
Lungensprechtage	An allen Bezirkshauptmannschaften finden so genannte „Lungensprechtage“ statt, an denen Lungenfachärzte des LKH Natters mit den AmtsärztInnen die laufend betreuten und überwachten Tbc-Fälle hinsichtlich Verlauf, weiterer Maßnahmen oder Einstellung der „Betreuung“ (guter Heilungsverlauf, kein Neuausbruch zu erwarten, u.a.) abklären. Diese Tätigkeit erfolgte auf der Grundlage von freien Dienstverträgen zwischen dem Land Tirol und den betreffenden Lungenfachärzten.
Änderungen 2014	<p>Die TILAK GmbH als Dienstgeber dieser Lungenfachärzte hat ab dem Jahr 2014 die Ausübung dieser Nebenbeschäftigungen nicht mehr zugelassen. In weiterer Folge wurde die Tätigkeit im Rahmen der Lungensprechtage von den Lungenfachärzten weiterhin erbracht, aber nicht mehr in der früheren Form abgerechnet. Dies betraf auch die von den Ärzten vorgenommene Befundung der Röntgenaufnahmen aus den Gesundheitsreferaten in Schwaz, Kufstein und Landeck.</p> <p>Das Land Tirol und die TILAK GmbH haben über eine Nachfolgevereinbarung hinsichtlich der Lungensprechtage sowie der Befundungen verhandelt, die Vereinbarung war im Jahr 2014 aber noch nicht abgeschlossen. Das Land Tirol hat die betreffenden Honorare im Jahr 2014 nicht mehr ausbezahlt, sondern für die von der TILAK GmbH erbrachten Leistungen eine Rückstellung in Höhe von € 35.000 gebildet.</p>
Anregung Vertragsabschluss	Der LRH regt an, die noch laufenden Vertragsverhandlungen zwischen dem Land Tirol und den Tirol Kliniken abzuschließen.
Ausgaben für Tbc-Bekämpfung	Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben des Landes Tirol für die Tbc-Bekämpfung. Die Entgelte für die Röntgenassistentinnen wurden über die Finanzposition 1-020201-7270001 (Entgelte für freie Dienstverhältnisse), die übrigen Ausgaben über die Finanzposition 1-020201-7274011 (Tbc-Bekämpfung und Lungenfürsorge) abgewickelt.

Tbc Bekämpfung	2012	2013	2014
Röntgenassistentinnen	11.356	11.776	10.429
Tirol-Kliniken/LKH Natters-Refundierung für Befundungen	5.016	3.963	
Honorare für "zugekaufte" niedergelassene FachärztInnen	11.936	16.613	11.217
Abrechnung Gemeindeverband BKH Reutte	4.070	4.398	3.804
Honorare für Lungensprechtage	8.770	4.382	
Summe	41.148	41.132	25.450

Tab. 14: Ausgaben für Tbc-Bekämpfung (Beträge in €)

künftige Entwicklung Da die in den Gesundheitsreferaten Schwaz und Kufstein verwendeten Röntgengeräte bereits am Ende des technischen Lebenszyklus sind, wird in diesen Bezirkshauptmannschaften der „Zukauf“ der Tbc-Untersuchungen notwendig werden.

Der LRH hat die Höhe der bisherigen Ausgaben pro Röntgenbild einschließlich Befundung mit rd. € 10 errechnet (für die Röntgenassistentinnen, die Befundungen sowie anteiliges Verbrauchsmaterial, aber ohne Kosten für die „abgeschriebenen Röntgenanlagen“). Unter der Voraussetzung, dass Tbc-Untersuchungen auch in den Bezirken Schwaz und Kufstein entsprechend der Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Tirol und der Ärztekammer für Tirol durchgeführt werden können, werden sich die Ausgaben auf rd. € 35 für jede „zugekaufte“ Tbc-Untersuchung erhöhen.

Nach Einschätzung seitens der Landesverwaltung ist zudem (insbesondere auf Grund der steigenden Anzahl an AsylwerberInnen) künftig von einem stark steigenden Bedarf an Tbc-Reihenuntersuchungen auszugehen. Die Abteilung LSDion erwartet zumindest eine Verdoppelung.

Als Alternativen zum Zukauf der Tbc-Untersuchungen kommen Ersatzanschaffungen für Röntgenanlagen oder die Anschaffung eines Röntgenbusses, wie er auch in anderen Bundesländern in Verwendung steht, in Betracht.

Empfehlung gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

Der LRH empfiehlt dem Land Tirol vor einer allfälligen Ersatzanschaffung von Röntgenanlagen in einzelnen Bezirkshauptmannschaften oder der Anschaffung eines Tbc-Röntgenbusses für das ganze Land eine fundierte betriebswirtschaftliche Analyse durchzuführen. Dabei sind unter Berücksichtigung der Mengenentwicklung sämtliche Investitions- und Betriebskosten (Personal-, Betriebs- und Standorterfordernisse) miteinzubeziehen und eine Vergleichsrechnung zur Variante des Zukaufs der Röntgenleistungen durchzuführen.

Stellungnahme der
Regierung

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, vor einer allfälligen Ersatzbeschaffung von Röntgenanlagen in einzelnen Bezirkshauptmannschaften oder des Ankaufs eines Tbc-Röntgenbusses für das ganze Land eine fundierte betriebswirtschaftliche Analyse durchzuführen, wird festgehalten, dass seit dem Inkrafttreten der Tuberkulose-Reihenuntersuchungsverordnung, LGBl. Nr. 35/1999, am 18. August 1999 die auf Seite 57 des Berichts des Landesrechnungshofes angeregten einheitlichen Standards für die Erfassung der Risikogruppen bereits existieren. Die Röntgengeräte in den Bezirkshauptmannschaften wurden nach dem technisch bedingten Ende der Nutzungsdauer nicht mehr ersetzt.

Die betreffenden Vertragsverhandlungen zwischen dem Land Tirol und den Tirol Kliniken wurden zwischenzeitlich abgeschlossen.

7.3. Präventionsmaßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten

Die Bekämpfung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten gehört seit Jahrzenten zu den Aufgaben der Gesundheitsreferate, umfasst jedoch nicht die Heilbehandlung erkrankter Personen.

Untersuchungs-
pflicht

Prostituierte haben sich sowohl gemäß dem Geschlechtskrankheiten-gesetz⁴⁷ und der darauf beruhenden Verordnung über die gesundheitliche Überwachung Prostituerter⁴⁸ als auch gemäß dem AIDS-Gesetz⁴⁹ vor Beginn ihrer „Tätigkeit“ einer amtsärztlichen Untersuchung (Erstuntersuchung einschließlich einer umfangreichen medizinischen Beratung) sowie regelmäßig amtsärztlichen Folgeuntersuchungen (im Abstand von einer Woche) auf das Freisein von Geschlechtskrankheiten und (längstens im Abstand von drei Monaten) auf das Freisein von AIDS Infektionen zu unterziehen. In der novellierten Verordnung vom Juli 2015 wurde der Untersuchungsrythmus für Folgeuntersuchungen auf das Freisein von Geschlechtskrankheiten ab Jänner 2016 auf sechs Wochen erhöht.⁵⁰

Die Bezirksverwaltungsbehörde stellt den Prostituierten, die bei der Erstuntersuchung frei von Geschlechtskrankheiten sind, einen Lichtbildausweis aus,⁵¹ in dem die Folgeuntersuchungen bestätigt werden.

⁴⁷ Gesetz vom 22. August 1945 über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Geschlechtskrankheiten (Geschlechtskrankheitengesetz; StGBI. Nr. 152/1945)

⁴⁸ gesundheitliche Überwachung von Personen, die der Prostitution nachgehen (BGBl. Nr. 314/1974 idgF)

⁴⁹ AIDS-Gesetz 1993 (BGBl. Nr. 728/1993 idgF)

⁵⁰ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über gesundheitliche Vorkehrungen für Personen, die sexuelle Dienstleistungen erbringen (BGBl. II Nr. 198/2015)

⁵¹ vgl. 314. Verordnung vom 9. Mai 1974: Gesundheitliche Überwachung von Personen, die mit ihrem Körper gewerbsmäßig Unzucht treiben (BGBl. 90/1974)

Bei Feststellung einer Geschlechtskrankheit zieht die Bezirksverwaltungsbehörde den Ausweis ein und folgt ihm erst nach erfolgter Heilung wieder aus.

Untersuchungen durch AmtsärztInnen

Das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen wies in einem Schreiben an das Amt der Tiroler Landesregierung aus dem Jahr 2000 darauf hin, dass für diese gesundheitliche Überwachung keine Kostentragung durch die Prostituierten oder Bordellbetreiber vorgesehen sei und auch keine Bundesverwaltungsabgaben eingehoben werden dürfen. Weiters seien Untersuchungen von AmtsärztInnen vorzunehmen. Nicht ausgeschlossen sei die Heranziehung von externen Einrichtungen (z.B. Labors für die Durchführung der HIV-Tests). Die gänzliche Auslagerung der amtsärztlichen Untersuchung an niedergelassene Ärzte oder an Krankenanstalten sei jedoch nicht vorgesehen.

Die Abteilung Gesundheitsrecht im Amt der Tiroler Landesregierung verwies mit Schreiben vom 18.5.2009 auf diesen Erlass und stellte ausdrücklich fest, dass die Untersuchung durch einen niedergelassenen Arzt mit anschließender Bestätigung (Vidierung) des Befundes durch den Amtsarzt nicht in Einklang mit den geltenden Bestimmungen stehe.

Ist-Situation

In den Tiroler Bezirken mit einschlägigen Etablissements (Schwaz, Innsbruck-Land, Imst und Kufstein) waren somit wöchentlich Prostituiertenuntersuchungen durchzuführen.

Allerdings nahmen nur die AmtsärztInnen von den Bezirkshauptmannschaften Schwaz und Kufstein die Untersuchungen selbst vor. Bei Feststellung von Erkrankungen wurden die Betroffenen zur Behandlung an die niedergelassenen ÄrztInnen verwiesen.

In den Bezirken Innsbruck-Land und Imst erfolgten die Untersuchungen hingegen durch niedergelassene GynäkologInnen. Bei Vorliegen eines negativen Befundes (d.h. Freiheit von bestimmten übertragbaren Krankheiten) erteilten die AmtsärztInnen die zur Berufsausübung erforderliche behördliche Bestätigung, ohne die Personen selbst untersucht zu haben.

Kritik - fehlende Regelungskonformität

Der LRH kritisiert die an den Bezirkshauptmannschaften Innsbruck-Land und Imst praktizierte Auslagerung der Prostituiertenuntersuchungen, da diese Vorgangsweise nicht mit der geltenden Rechtslage, die eine amtsärztliche Untersuchung vorsieht, in Einklang steht.

8. Unterstützung anderer Verwaltungsbereiche

Die Unterstützung diverser Verwaltungsbereiche durch den ÖGD betrifft v.a. die Erstellung von Sachverständigengutachten und in einem generellen Sinn „Unterstützungstätigkeiten“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ bei Angelegenheiten, die den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung betreffen.

Die folgende Darstellung des amtsärztlichen Leistungsspektrums der Abteilung LSDion und der Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften beruht auf Auswertungen aus der KLR, in der die von den AmtsärztInnen geleisteten Arbeitsstunden einzelnen Aufgabebereichen (Leistungen i.S. der KLR) zugeordnet wurden.

Sie gibt einen Gesamtüberblick über die erbrachten Leistungen, der auch die Arbeitsbereiche „Sachverständigentätigkeit“ sowie „Gesundheitsprävention“ umfasst.

8.1. Leistungsspektrum der Abteilung Landessanitätsdirektion

In der Abteilung LSDion waren im Durchschnitt des Berichtszeitraumes AmtsärztInnen im Ausmaß von rd. 6,16 VBÄ tätig, jährlich wurden rd. 10.300 Arbeitsstunden erbracht. Durch den Ausbau der Personalkapazitäten ist die jährliche Leistungszeit von rd. 9.200 Stunden (2012) auf 11.200 Stunden im Jahr 2014 angestiegen.

Die nachstehende Tabelle zeigt, in welchem prozentuellen Ausmaß (Durchschnittswert für 2012 bis 2014) die Arbeitsstunden der AmtsärztInnen für einzelne Leistungen aufgewendet wurden.

Einzelleistungen lt. KLR	Anteil der Arbeitszeit
ärztliche Amtssachverständigentätigkeit	20%
Aufsichts- und Beratungstätigkeit	14%
Gesundheitsmanagement	12%
Gesundheitsprävention	9%
Impfungen	8%
Infektionsepidemiologie und -kontrolle	7%
Zwischensumme	70%

Einzelleistungen lt. KLR	Anteil der Arbeitszeit
Leitung und interne Organisation	13%
Suchtangelegenheiten	4%
Geschäftsstelle des Landessanitätsrates	3%
TPF Tiroler Patientenentschädigungsfonds	3%
Subventionen LSDion	2%
Kindergarten-Vorsorgeprogramm Tirol	2%
logopädische Betreuung	1%
Psychiatrieplanung	1%
schulärztliche Angelegenheiten	1%
Gesamt	100%

Tab. 15: Arbeitsschwerpunkte der Abteilung LSDion lt. KLR

Im Folgenden werden die nach der Quantität der aufgewendeten Arbeitsstunden wesentlichsten Arbeitsschwerpunkte (ohne Berücksichtigung der Leitung und internen Organisation), die rd. 70 % der amtsärztlichen Ressourcen banden, kurz beschrieben:

ärztliche Amtssachverständigentätigkeit

Die ärztliche Amtssachverständigentätigkeit war im Beobachtungszeitraum tendenziell rückläufig. Sie umfasste medizinische Stellungnahmen und Gutachten in Behördenverfahren im Auftrag von Fachabteilungen des Amtes der Tiroler Landesregierung (z.B. Umweltschutz, Verkehrsrecht, Gesundheitsrecht, Soziales, Gesundheitsrecht und Krankenanstalten, Bildung), und des Landesverwaltungsgerichtes (z.B. zu verkehrsmedizinischen Fragen in Berufungsverfahren) sowie Gutachten im arbeitsmedizinischen Bereich (Pensionierung/Ruhestandsversetzung, Dienst(un)fähigkeit,) im Auftrag des Dienstgebers, sowie umweltmedizinische Gutachten.

Aufsichts- und Beratungstätigkeit

Auch die Kapazitätsbindung für die Aufsichts- und Beratungstätigkeit war tendenziell rückläufig. Wie bereits dargestellt, lag der Aufgabenschwerpunkt der Abteilung LSDion in der Struktur- und Prozessüberwachung der von den Gesundheitsreferaten durchzuführenden Sanitären Aufsicht (insbesondere in Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheimen). Zudem waren AmtsärztInnen der Abteilung LSDion auch Teil der Kommissionen, die die Einsichten in öffentliche Krankenanstalten durchführt. Zur Aufsichtstätigkeit zählte auch die Fachaufsicht über sprengelärztliche Tätigkeiten und das Notarztwesen.

Gesundheitsmanagement

Unter der Bezeichnung „Gesundheitsmanagement“ sind in der KLR die Organisations- und Vernetzungsaufgaben der Abteilung LSDion im Bereich des ÖGD erfasst. Dazu gehörten die Koordination der

Kommunikation nach außen, die Kooperation mit den Systempartnern (z.B. Bundesministerien, Landesschulrat, Bundessozialamt bzw. Sozialministeriumsservice), den Kammern, den Krankenhäusern, den Sozialversicherungsträgern, den Gemeinden und diversen Vereinen sowie die Vertretung des Landes Tirol bei fachspezifischen Konferenzen.

Gesundheitsprävention

Entsprechend der Zielsetzung der Gesundheitsprävention war die Abteilung LSDion - in Zusammenarbeit mit externen Systempartnern - mit der Planung, Organisation und Abwicklung diverser Gesundheitspräventionsprogramme befasst. Beispiele dafür waren Diabetikerschulungen, Ernährungsprogramme, Vorsorgeuntersuchungen, die Zahngesundheitsvorsorge sowie Projekte zur Alkoholprävention und (Nicht-)Raucherprojekte. Neben der zielgruppenbezogenen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen bestand im Rahmen der Gesundheitsprävention eine enge Zusammenarbeit mit dem Landesschulrat zur „Gesundheitsförderung der Tiroler SchülerInnen“.

Infektionsepidemiologie und -kontrolle

Die Infektionsepidemiologie und -kontrolle gilt als eine der „Kernaufgaben“ des ÖGD und umfasst Vorsorgemaßnahmen gegen Epidemien und die Überwachung der Entwicklung von meldepflichtigen Erkrankungen. Insbesondere gehören dazu Maßnahmen zur Eingrenzung und Analyse der Krankheitsquellen von meldepflichtigen Erkrankungen.

Im Rahmen der Pandemie-Vorsorgeplanung (z.B. die Influenza-Pandemie-Planung) erfolgte in der Abteilung LSDion die Entwicklung von Standards zur Vorgangsweise bei Auftreten bestimmter (meldepflichtiger) Erkrankungen (Richtlinienerstellung, Schulungen von MitarbeiterInnen, Fortbildungsorganisation, Ausbruchsidentifikation, Supervision und Support bei Ausbrüchen) sowie die Evidenthaltung der Katastrophenalarmpläne (z.B. Alarmpläne für Pocken und hochinfektiöse Erkrankungen wie Ebola u.a.). Die Erstellung von Monats- und Jahresinfektionsberichten fällt auch in diesen Bereich.

Zur Erfassung anzeigepflichtiger Infektionskrankheiten⁵² und Krankheiten nach dem Epidemiegesetz steht für Ärzte, Labore und den ÖGD das Epidemiologische Meldesystem EMS (eine Web Applikation) zur Verfügung. Dieser elektronische Zusammenschluss des ÖGD auf den Verwaltungsebenen Gesundheitsministerium, Landes-sanitätsdirektionen und Bezirksverwaltungsbehörden ermöglicht kurze Reaktionszeiten auf epidemiegefährliche Erkrankungen oder gehäuftes Auftreten gefährlicher Infektionen.

⁵² Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 24. Juli 1948, betreffend die Anzeige von übertragbaren Krankheiten (Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 24. Juli 1948, betreffend die Anzeige von übertragbaren Krankheiten; BGBl. Nr. 189/1948 idgF)

Im Bereich „Infektionsepidemiologie“ gilt ein Vertrag zwischen dem Land Tirol und der Stadt Innsbruck aus dem Jahr 1975 (Vertragsänderungen in den Jahren 2001 und 2008), wonach dem Land Tirol im Fall von Infektionskrankheiten (insbesondere im Seuchenfall) die Desinfektionsanstalt und das Fachpersonal für Desinfektionen (z.B. von Räumen und Fahrzeugen) der Stadt Innsbruck im ganzen Bundesland zur Verfügung stehen. Das dafür vom Land Tirol zu entrichtende (wertgesichert vereinbarte) Entgelt betrug im Jahr 2014 € 4.258.

In den letzten 25 Jahren trat im Land Tirol außerhalb von Innsbruck kein Bedarfsfall auf. Nach Einschätzung der Abteilung LSDion sind diese verfügbaren städtischen Strukturen nicht mehr auf dem notwendigen Stand der Technik und entsprechen nicht mehr den in den letzten Jahren neu hinzugekommenen Anforderungen.

Anregung
anforderungs-
gerechte Lösung

Der LRH regt an, dass das Land Tirol auf eine Adaptierung der Vereinbarung mit der Stadt Innsbruck hinwirkt, um eine fachgerechte und den aktuellen Anforderungen entsprechende Lösung zu realisieren.

Fachbereich
betriebsärztlicher
Dienst

Seit dem Jahr 2013 ist ein Dienstposten in der Abteilung LSDion mit dem Betriebsarzt besetzt. Dessen Leistungen waren bis 2014 zwar nicht in der KLR erfasst, bildeten aber einen Bestandteil des ärztlichen Leistungsspektrums der Abteilung LSDion.

Grundlage für den betriebsärztlichen Dienst des Landes Tirol ist das Tiroler Bedienstetenschutzgesetz (TBSG),⁵³ das die Sicherheit und den Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit der Bediensteten in den Dienststellen des Landes Tirol regelt.

Zu den Pflichten des Dienstgebers gehören unter anderem die sichere und gesundheitsschonende Gestaltung von Arbeitsvorgängen und Arbeitsplätzen sowie die für eine Überwachung der Gesundheit der Bediensteten notwendigen präventivmedizinischen Vorkehrungen.

Der Dienstgeber hat dafür eine angemessene sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung einzurichten. Zu diesem Zweck hat er dafür zu sorgen, dass jeder Dienststelle eine ausreichende Anzahl an Sicherheitsfachkräften und Arbeitsmedizinern zur Verfügung steht. Das TBSG enthält aber keine quantitativen Vorgaben zur erforderlichen Personalausstattung.

⁵³ Gesetz vom 2. Juli 2003 über den Schutz der Bediensteten in den Dienststellen des Landes Tirol, der Gemeinden und der Gemeindeverbände (Tiroler Bedienstetenschutzgesetz 2003 - TBSG 2003, LGBl. Nr. 75/2003 idgF)

Betriebsarzt- ordination „alt“ im Landhaus	Seit Jahren war im Landhaus 1 eine betriebsärztliche Ordination eingerichtet. Ein bei der TILAK GmbH angestellter Arzt war während acht Wochenstunden in dieser Ordination anwesend. Mit der Pensionierung dieses langjährigen Betriebsarztes erfolgte eine Neuorganisation der betriebsärztlichen Versorgung des Landes Tirol.
Neuorganisation	<p>Mit der Geschäftseinteilung des Amtes der Tiroler Landesregierung aus dem Jahr 2013 wurde der Abteilung LSDion auch die Zuständigkeit für die arbeitsmedizinischen Belange der Landesbediensteten übertragen.</p> <p>Der Dienstpostenplan für die Abteilung LSDion wurde um einen zusätzlichen „ärztlichen“ Dienstposten erweitert und dieser den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend mit einem einschlägig erfahrenen Arzt mit arbeitsmedizinischer Zusatzqualifikation besetzt.</p>
betriebsärztliche Ordination „neu“	<p>Die Ordination des Betriebsarztes übersiedelte Mitte 2015 aus den Räumen im Gangbereich des Landhauses 1 in neu adaptierte Räumlichkeiten in den ersten Stock in der Meinhardstraße 16 ("Kreidpassage").</p> <p>Die Dienstbetriebsordnung der Abteilung LSDion sah vor, dass der Betriebsarzt 60 % seiner Dienstzeit für die betriebsärztlichen Tätigkeiten und 40 % für amtsärztliche Tätigkeiten aufwenden sollte. Nach Auskunft des Betriebsarztes entfielen allerdings bis zu 75 % der Wochenarbeitszeit auf betriebsärztliche Aufgaben.</p>
Ausweitung der Zielgruppe	Die Ursache dafür lag in einer Ausweitung der Zielgruppe für die betriebsärztlichen Tätigkeiten. Die Abteilung LSDion erstellte ein Konzept für eine landesweite arbeitsmedizinische Versorgung der Bediensteten des Landes Tirol, unter Einbeziehung der dislozierten Dienststellen. So sah die Arbeitsplanung den jährlich zweimaligen Besuch der peripheren Dienststellen (Bezirkshauptmannschaften, Baubezirksämter, Heime u.a.) durch den Betriebsarzt vor. Zudem erstreckte sich die Zuständigkeit des Betriebsarztes nicht nur auf die Bediensteten der Landesverwaltung, sondern auch auf die Landesmusikschullehrer und die Landesberufsschullehrer.

8.2. Leistungsspektrum Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften

In den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften wurden im Durchschnitt jährlich rd. 28.200 amtsärztliche Arbeitsstunden erbracht. Im Bezirksvergleich zeigte sich eine Bandbreite zwischen rd. 1.800 Stunden in Reutte und rd. 6.650 Stunden in Innsbruck-Land.

Die nachstehende Tabelle zeigt, in welchem prozentuellen Ausmaß (Durchschnittswert 2012 bis 2014 für alle Bezirkshauptmannschaften) die Arbeitsstunden der AmtsärztInnen für einzelne Leistungen aufgewendet wurden. Bei diesen „Leistungen“ handelt es sich um Kategorien der landesinternen KLR, die von den Bezirkshauptmannschaften gemeinsam inhaltlich definiert wurden.

Einzelleistungen lt. KLR	Anteil der Arbeitszeit	Minimum	Maximum
Erstellung von Gutachten	33%	19%	48%
Verkehrsmedizin	16%	10%	19%
Impfungen	15%	11%	27%
Epidemiologie	10%	6%	14%
Gesundheitsaufsicht	10%	6%	13%
Gesundheitsvorsorge	8%	2%	10%
Gesundheitsrecht	6%	0%	10%
SMG-Verfahren	2%	0%	10%

Tab. 16: Arbeitsschwerpunkte der Bezirkshauptmannschaften lt. KLR
(Durchschnittswerte 2012 bis 2014)

Die Schwankungsbreite der Arbeitszeitbindung (Minima, Maxima) zeigt beim Vergleich der Bezirkshauptmannschaften signifikante Unterschiede, in welchen Leistungsbereichen Aufgabenschwerpunkte gesetzt wurden.

Ein Teil der Abweichungen resultiert aus unterschiedlichen Bevölkerungszahlen und unterschiedlichen betrieblichen Strukturen. Die Zuordnungsgenauigkeit im Erfassungssystem und die fachlichen Schwerpunktsetzungen durch die AmtsärztInnen waren weitere Einflussfaktoren auf die Streuung der Ergebnisse.

Nach Ansicht des LRH sind diese vier Abweichungsursachen bei den weitgehend vergleichbaren Aufgaben des ÖGD in den Bezirken keine hinreichend Erklärung für die Streuung der Mittelwerte in der Leistungsrechnung.

8.2.1. Erstellung von Gutachten

In der KLR - Leistung „Gutachten“ sind im Sinne einer Sammelposition die Erstellung der amtsärztlichen Gutachten erfasst, die - neben den gesondert ausgewiesenen Gutachten im Bereich Verkehrsmedizin - auf Grund diverser Materiengesetze vorgesehen waren. Dies

betraf Verfahren nach der Gewerbeordnung, dem Wasserrechtsgesetz, dem Lebensmittelgesetz, dem Eisenbahnrecht (Lifte), dem Schulorganisationsgesetz (Gebäudehygiene) und dem Unterbringungsgesetz. Dazu kamen Gutachten im Rahmen von Verwaltungsstrafverfahren sowie Beurteilungen zur Haftfähigkeit.

Ein quantitativer Anstieg hat sich bei den Gutachten nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz⁵⁴ gezeigt, wonach vor der Entscheidung über einen Antrag auf Leistungen nach diesem Gesetz ein/eine Amtsarzt/Amtsärztin als Sachverständige(r) zu hören ist. Nach dem Tiroler Sozialbericht nahmen die betreuten Fälle in der Behindertenhilfe von 9.011 im Jahr 2010 auf 9.777 im Jahr 2014, somit um rd. 7,4 % zu.

Untersuchungen auf körperliche und geistige Eignung

Etliche landesgesetzliche Bestimmungen sehen die Feststellung der körperlichen und geistigen Eignung von „Aufsichtsorganen“ durch Amtsärzte vor, u.a. das Tiroler Bergwachtgesetz⁵⁵, das Tiroler Parkabgabegesetz⁵⁶ und das Tiroler Fischereigesetz.⁵⁷

Anzahl der Gutachten

In den Jahren 2012 bis 2014 erstellten die AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften jährlich durchschnittlich rd. 15.300 amtsärztliche Gutachten. Dies ergibt im Vergleich der Bezirkshauptmannschaften eine Bandbreite zwischen 9 und 30 Gutachten pro 1.000 EinwohnerInnen.

Der LRH hat in diese Berechnung die von der Bezirkshauptmannschaft Kufstein ermittelte Anzahl an Gutachten nicht miteinbezogen. Denn die dort erhobene deutlich höhere Zahl (67 Gutachten pro 1.000 EinwohnerInnen) wurde nach einer von den übrigen Bezirkshauptmannschaften abweichenden Erfassungssystematik ermittelt.

Zeitbindung

Im Prüfzeitraum erforderte die Erstellung von Gutachten mit rd. 9.400 Stunden rd. ein Drittel der Arbeitszeit der AmtsärztInnen in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften. Dabei zeigte sich eine signifikante Streuung zwischen den Bezirkshauptmannschaften, mit einem Maximalwert von 48 % in der Bezirkshauptmannschaft Schwaz und einem Minimalwert von 19 % in der Bezirkshauptmannschaft Lienz.

⁵⁴ Tiroler Rehabilitationsgesetz (LGBl. Nr. 58/1983 idGF)

⁵⁵ Gesetz vom 3. Juli 2002 über die Bergwacht (Tiroler Bergwachtgesetz 2003, idGF); siehe auch: Verordnung der Landesregierung vom 25. Februar 2003 zur Durchführung von Bestimmungen des Tiroler Bergwachtgesetzes 2003 (Bergwachtgesetz-Durchführungs-Verordnung)

⁵⁶ Kundmachung der Landesregierung vom 10. Jänner 2006 über die Wiederverlautbarung des Tiroler Parkabgabegesetzes 1997 (LGBl. Nr. 9/2006, idGF)

⁵⁷ Gesetz vom 20. März 2002, mit dem die Fischerei in Tirol geregelt wird (Tiroler Fischereigesetz 2002)

8.2.2. Verkehrsmedizinische Gutachten

Das Führerscheingesetz⁵⁸ sieht in bestimmten Fällen die Beiziehung von Amtsärzten zur Prüfung und Feststellung der gesundheitlichen Eignung im Rahmen der Erteilung, Entziehung, Einschränkung und Erlöschen der Lenkberechtigung vor.

Die Detailbestimmungen für die ärztlichen Beurteilungen sind in der Führerscheingesetz-Durchführungsverordnung⁵⁹ und in der Gesundheitsverordnung zum Führerscheingesetz⁶⁰ festgehalten. Darin sind auch die Gebühren festgelegt, die vom zu Untersuchenden für ein amtsärztliches Gutachten zu entrichten sind. 25 % dieser Beträge gebühren den untersuchenden AmtsärztInnen, die restlichen 75 % verbleiben jener Gebietskörperschaft, die den Amtsaufwand zu tragen hat.

Leistung
Verkehrsmedizin

An den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften werden unter der KLR-Leistungsart „Verkehrsmedizin“ folgende Einzeltätigkeiten erfasst: Führerscheinuntersuchungen und Gutachten über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen, Beobachtungsfahrten, Blutalkoholgutachten, die Evidenzhaltung und Kontrolle von erteilten Führerscheinauflagen (Befristung aus medizinischen Gründen), Beeinflussungsuntersuchungen (durch Alkohol und Suchtgift), die Führerscheingebührenabrechnung sowie die Begutachtung für Gurt- oder Helmbefreiungen.

Im Prüfungszeitraum 2012 bis 2014 erforderte die Leistungsart Verkehrsmedizin jährlich rd. 4.600 Arbeitsstunden der AmtsärztInnen in den Gesundheitsreferaten und somit rd. 16 % ihrer insgesamt verfügbaren Leistungszeiten.

In diesem Zeitraum wurden jährlich rd. 5.000 Führerscheingutachten erstellt. Das ergibt je 1.000 BewohnerInnen eines Bezirkes im Durchschnitt über alle Bezirke 8,2 Führerscheingutachten (bei einer Bandbreite zwischen 7 und 9 Gutachten).

Einnahmen aus
Führerscheinunter-
suchungen

Die AmtsärztInnen führen die angeführten Tätigkeiten während der Dienstzeit durch. Die jährlichen Einnahmen der AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften aus anteiligen Gebühren für Führerscheinuntersuchungen wurden im Rahmen der Gehaltsabrechnung

⁵⁸ Führerscheingesetz 1997 (BGBl. I Nr. 120/1997 idgF)

⁵⁹ Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die Durchführung des Führerscheingesetzes (Führerscheingesetz-Durchführungsverordnung - FSG-DV; BGBl. II Nr. 320/1997)

⁶⁰ Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung - FSG-GV; BGBl. II Nr. 322/1997 idgF)

ausbezahlt und betruhen insgesamt jährlich durchschnittlich rd. € 47.000 (i.S. von Bruttobezügen). Dies entsprach - bezogen auf den Grundbezug - einem zusätzlichen Einkommen von durchschnittlich 4,4 %. Dabei ergab sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Untersuchungen und insbesondere der Anzahl der AmtsärztInnen, die sich in einer Bezirkshauptmannschaft diese Aufgabe teilten, eine Bandbreite zwischen 2,4 % und 6,3 %.

Empfehlung gem.
Art. 69 Abs. 4 TLO

In Hinblick auf das vielfältige amtsärztliche Leistungsspektrum empfiehlt der LRH, die Leistungsbeschreibungen für alle amtsärztlichen Leistungsbereiche der Abteilung LSDion und der Gesundheitsreferate in den Bezirkshauptmannschaften zu aktualisieren und zu vervollständigen. In Verbindung mit der vorhandenen Erfassungs- und Berichtssystematik in der Tiroler Landesverwaltung (EZE, KLR, FIS)⁶¹ können diese Informationen als Grundlage zur aufgabenorientierten Ressourcenplanung und -steuerung herangezogen werden. Das Ziel sollte die Erarbeitung eines standardisierten Leistungskataloges mit klaren Prioritätensetzungen (z.B. Arbeitsschwerpunkte in der Sanitären Aufsicht) sein. Die unterschiedlichen Gegebenheiten in einzelnen Bezirken und die Auswirkungen auf die amtsärztliche Leistungserbringung sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Stellungnahme der
Regierung

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, die Leistungsbeschreibungen für alle amtsärztlichen Leistungsbereiche der Abteilung Landessanitätsdirektion und der Gesundheitsreferate in den Bezirkshauptmannschaften zu aktualisieren und zu vervollständigen, wird angemerkt, dass sich eine Diskrepanz im Leistungsspektrum sicherlich durch Zuordnungsprobleme zu den Leistungsbereichen, aber auch durch unterschiedliche Gegebenheiten in den einzelnen Bezirken, ergibt.

Diese Empfehlung des Landesrechnungshofes impliziert eine deutlich engere Verknüpfung der Fachaufsicht und der Personalführung, die derzeit den Bezirkshauptleuten obliegt. Es muss bedacht werden, dass sich die AmtsärztInnen ihre Arbeitsfelder zum überwiegenden Teil nicht selbst aussuchen oder selbst gewichten können, da sie primär reaktiv im Auftrag der Behörde als medizinische Amtssachverständige tätig werden. Das bedeutet, wenn Aufgaben in den Bezirkshauptmannschaften unterschiedlich wahrgenommen werden, dass auch die AmtsärztInnen unterschiedlich beansprucht werden.

⁶¹ Abkürzung für das Zeiterfassungssystem (EZE), Kosten- und Leistungsrechnung (KLR), Führungsinformationssystem (FIS) in der Tiroler Landesverwaltung.

9. Ärztliche Bereitschaftsdienste

Unabhängig von notärztlichen Bereitschaftsdiensten, die nicht von der gegenständlichen Prüfung des LRH umfasst sind, bestehen allgemeinmedizinische Bereitschaftsdienste, die vom Land Tirol mitfinanziert werden. Da die Abteilung LSDion auch mit diesen Agenden befasst ist und die entsprechenden Zahlungen in Höhe von jährlich rd. € 200.000 anweist, hat der LRH dieses Thema in seine Prüfung aufgenommen.

Die allgemeinmedizinischen Bereitschaftsdienste umfassen

- Dienste an Wochenenden und Feiertagen sowie
- die Nachtbereitschaft.

Damit sollen ÄrztInnen auch in diesen Randzeiten zur Verfügung stehen, sodass die medizinische Versorgung rd. Um die Uhr sichergestellt werden kann.

Die ÄrztInnen erhalten für Bereitschaftsdienste Stundenhonorare. Abhängig davon, ob die während der Dienste erbrachten ärztlichen Leistungen gesondert abgerechnet werden oder mit einem pauschalen Stundenhonorar abgegolten werden, sind unterschiedliche Regelungen in Geltung.

Auch wenn die Finanzierung der Krankenbehandlung im extramuralen Bereich (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) grundsätzlich den Krankenversicherungsträgern obliegt, wurden für Bereitschaftsdienste „Kofinanzierungen“ durch das Land Tirol vereinbart.

Ärztlicher Funkbereitschaftsdienst in Innsbruck

Bereits im Jahr 1976 wurde in Innsbruck ein ärztlicher Funkbereitschaftsdienst von Freitag 19:00 Uhr durchgehend bis Montag 07:00 Uhr eingerichtet. Die Krankenkassen übernahmen dafür eine Kostenbeteiligung in Höhe von 65 %, die Stadt Innsbruck in Höhe von 25 % und das Land Tirol in Höhe von 10 %.

Die seit 1976 geleisteten Zuschüsse des Landes Tirol für diesen ärztlichen Funkbereitschaftsdienst wurden über die Finanzposition „Kostenbeitrag für ärztlichen Funkbereitschaftsdienst“ (1-512004-7671-071) abgewickelt. Sie betragen im Jahr 2012 € 35.346, im Jahr 2013 € 35.722 und im Jahr 2014 € 37.641 und wurden an das Kuratorium für den ärztlichen Funkdienst bei der Ärztekammer Tirol überwiesen.

Für die außerhalb Innsbrucks eingerichteten Wochenend- und Feiertagsdienste leistet das Land Tirol keine Zuschüsse.

Wochentag-Nachtbereitschaftsdienste

Seit 2011 ist zudem eine allgemeinmedizinische Versorgung der Tiroler Bevölkerung an Wochentagen während der Nacht eingerichtet – in Innsbruck von Montag bis Donnerstag 19:00 Uhr bis 07:00 Uhr, außerhalb von Innsbruck von Montag bis Freitag zur gleichen Zeit. In diesem Zeitraum sollen jene Fälle betreut werden, die keiner notärztlichen Intervention bedürfen, jedoch mit der Behandlung nicht zum nächstfolgenden Tag zuwarten können.

Tiroler Gesundheitsplattform

Dieser allgemeinmedizinische Nachtbereitschaftsdienst beruht auf einem Beschluss der im Jahr 2006 eingerichteten „Tiroler Gesundheitsplattform“,⁶² einem Organ des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF).⁶³ Die 13 Mitglieder der Tiroler Gesundheitsplattform setzen sich aus VertreterInnen von Land, Bund, Sozialversicherung, Ärztekammer, Städten, Gemeinden und Krankenanstaltsträgern sowie der Patientenvertretung zusammen.

Die Gesundheitsplattform beschloss im Juli 2010 eine Rahmenvereinbarung über die Errichtung und Finanzierung des allgemeinärztlichen Wochentag-Nachtbereitschaftsdienstes.

Vereinbarung

Die erste Vereinbarung zwischen dem Land Tirol, dem Tiroler Gesundheitsfonds (TGF), der Ärztekammer Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse (mit Wirksamkeit vom Jänner 2011 bis Dezember 2012) enthielt Detailregelungen betreffend den Nachtbereitschaftsdienst sowie eine Finanzierungsregelung. Der jährliche Gesamtbetrag an Pauschalhonoraren für die Nachtbereitschaftsdienste war mit 2,265 Mio. € gedeckelt und die anteilige Finanzierung (TGF mit 73,5 %, Land Tirol mit 13,25 % und die Krankenversicherungsträger mit 13,25 %) festgelegt.

Ziel

Gemeinsames Ziel der Vereinbarung war eine wohnortnahe allgemeinärztliche Versorgung der Bevölkerung während der Nacht. Argumente für die Mitfinanzierung des Landes Tirol und des TGF waren die erwartete Entlastung des Rettungs- und Notarztsystems sowie der Ambulanzen der öffentlichen Krankenanstalten. Die Vereinbarung sah eine Evaluierung der Effektivität der Maßnahmen vor.

⁶² Die Grundlagen der Gesundheitsplattform finden sich in der Kundmachung des Landeshauptmannes vom 27. Mai 2008 betreffend die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (LGBl. Nr. 36/2008) in Verbindung mit dem Gesetz vom 16. November 2005 über den Tiroler Gesundheitsfonds (Tiroler Gesundheitsfondsgesetz - TGFG; LGBl. Nr. 2/2006 idgF)

⁶³ Gesetz vom 16. November 2005 über den Tiroler Gesundheitsfonds (Tiroler Gesundheitsfondsgesetz - TGFG; LGBl. Nr. 2/2006 idgF)

Im Dezember 2012 wurde die Regelung für ein Jahr verlängert und um die Kostenabgeltung für ein Fahrzeug mit Fahrer während des nächtlichen Funkbereitschaftsdienstes erweitert.

fehlende
Zielerreichung

Die Gesundheitsplattform diskutierte im Dezember 2013 den Evaluierungsbericht, der die mangelnde Erreichung der Ziele des Landes (Entlastung der Spitalsambulanzen bzw. des Notarzt- und Rettungswesens) darlegte. Im Rahmen der Fortführung der Vereinbarung bis Ende 2014 erfolgte daher die Festlegung struktureller Begleitmaßnahmen (Verringerung der Sprengelanzahl, Übergabemöglichkeit von Notrufen an die Nachtbereitschaft, eine Verschränkung mit den Aufgaben des ÖGD und eine Kooperation mit anderen Bundesländern zur Übertragung der dortigen Modelle).

Die bis zum 31.12.2015 wirksame Vertragsverlängerung enthielt eine Erhöhung des Finanzierungsanteils der Sozialversicherung auf 25 %, der Anteil des TGF sank auf 61,75 %, der Anteil des Landes Tirol mit 13,25 % blieb unverändert.

Ausgaben allgemeinmedizinischer
Wochentag-Nachtbereitschaftsdienst

Die Ausgaben des Landes Tirol für den allgemeinmedizinischen Wochentag-Nachtbereitschaftsdienst wurden über die Finanzposition „Aufwendungen der allgemeinen medizinischen Wochentag-Nachtbereitschaftsdienste“ (1-592009-7271015) abgewickelt. Sie wurden an den Tiroler Gesundheitsfonds geleistet und beliefen sich im Jahr 2012 auf € 143.196, im Jahr 2013 auf € 185.472 und im Jahr 2014 auf € 168.523.

Zusammenhang mit
Sprengelärzten

Die Einrichtung der allgemeinmedizinischen Bereitschaftsdienste steht in organisatorischer Hinsicht auch mit der sprengelärztlichen Versorgung, der auf Ebene der Gemeinden Aufgaben des ÖGD obliegen, in Verbindung.

Der RH hat in seinem Bericht „Gemeindeverband des Sanitätssprengels Landeck“, Tirol 2011/1 diese Thematik aufgegriffen und dem Land Tirol empfohlen, „darauf hinzuwirken, dass insbesondere die unverzüglich durchzuführenden sprengelärztlichen Aufgaben durch die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte in Personalunion erledigt werden“. Der RH empfahl dem Land Tirol weiters, „die Erledigung der sprengelärztlichen Aufgaben durch die Gesundheitsreferate (AmtsärztInnen) auf Bezirksebene zu erwägen, falls eine Heranziehung der am Nachtbereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte als Vertreter für sprengelärztliche Tätigkeiten nicht umgesetzt werden kann.“

Die Tiroler Landesregierung hat in ihrer dazu abgegebenen Stellungnahme auf die bestehenden Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von AmtsärztInnen hingewiesen und vorgebracht, dass für die Realisierung dieser Lösung zusätzlich eine erhebliche Aufstockung des amtsärztlichen Personals notwendig wäre.

Bewertung

Die im Jahr 2015 beschlossene Gehaltsverbesserung für AmtsärztInnen verfolgte das Ziel, eine ausreichende Anzahl von AmtsärztInnen in den Landesdienst aufnehmen zu können. Nur wenn es möglich ist, mehr Dienstposten für AmtsärztInnen zu schaffen und zu besetzen, wäre die personelle Voraussetzung für eine Neukonzeption der Versorgungslösung „Allgemeinmedizinische Bereitschaftsdienste – Sprengelärztliche Dienste“ unter Einbeziehung der AmtsärztInnen gegeben.

Anregung Verträge neu verhandeln

Der LRH regt an, im Rahmen einer solchen Lösung auch die Verträge betreffend die Mitfinanzierung der ärztlichen Bereitschaftsdienste neu zu verhandeln.

Stellungnahme der Regierung

Der Rechnungshof hat in seinem Bericht „Gemeindeverband des Sanitätssprengels Landeck“ dem Land Tirol empfohlen, „die Erledigung der sprengelärztlichen Aufgaben durch die Gesundheitsreferate (AmtsärztInnen) zu erwägen“. Die Tiroler Landesregierung hat in ihrer damaligen Stellungnahme auf die Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von AmtsärztInnen hingewiesen.

Zur Anregung des Landesrechnungshofes, die Verträge betreffend Mitfinanzierung der ärztlichen Bereitschaftsdienste neu zu verhandeln, wird angemerkt, dass die Übernahme von sprengelärztlichen Tätigkeiten durch AmtsärztInnen auf Grund mangelnder Ressourcen nicht erfüllbar ist, da beispielsweise durch die Flüchtlings- bzw. Migrationssituation zunehmend amtsärztliche Ressourcen gebunden sein werden.

10. Zusammenstellung der Ausgaben

Die folgende Übersicht zeigt die Ausgaben, die für die einzelnen im Bericht dargestellten Aufgabenbereiche budgetiert (Voranschlag 2014) und getätigt (Rechnungsabschluss 2014) wurden, sowie die Personalausgaben (Bruttolöhne ohne Dienstgeberanteile) für die AmtsärztInnen.

Zusammenstellung der Ausgaben

Bei den Positionen ohne Angabe eines Voranschlagsbetrages handelt es sich jeweils nur um einen Teilbetrag aus einer Finanzposition. Der LRH hat die Ausgaben dazu ermittelt, jedoch nicht die detaillierte Budgetierung.

Ausgaben / Einnahmen (-)	2014	
	Voranschlag	Rechnungsabschluss
aus Abschnitt 02, Teilabschnitt „Landesgesundheitsverwaltung“		
Ausgaben für städtische Desinfektionsanstalt		4.258
Tbc-Bekämpfung: Werkverträge Röntgenassistentinnen	27.000	10.429
Tbc-Bekämpfung: Begutachtungen und Tbc ÄrztInnen	66.000	15.022
aus Abschnitt 51, Teilabschnitt „Sonstige medizinische Beratung und Betreuung“		
Kostenbeitrag für ärztlichen Funkbereitschaftsdienst	37.800	37.641
aus Abschnitt 51, Teilabschnitt „Bekämpfung von Kinderkrankheiten, ...“		
Werkverträge für ärztliche Beratungen in den MEB		87.000
aus Abschnitt 51, Teilabschnitt „Impfungen und Blutabnahmen“		
(anteilige) Beschaffungsausgaben Impfstoffe	545.000	396.518
Impfhonorare für AmtsärztInnen und Hilfskräfte	225.000	83.006
Impfhonorare für niedergelassene ÄrztInnen	620.000	605.979
Einnahmen aus Ersatz von Impfkosten	-40.000	-39.664
Einnahmen aus HPV-Impfgebühren (neu ab 2014)	0	-105.630
aus Abschnitt 51, Teilabschnitt „Gesundheitsvorsorge in den Kindergärten Tirols“		
Arzthonorare für Reihenuntersuchungen	200.000	187.247
aus Teilabschnitt „Schulgesundheitsdienst“		
Arzthonorar für Vertrag mit Landesschulrat (bis 2014)	30.000	15.594
Arzthonorare TFBS (Schularzt und Jugendlichenunters.)	185.400	159.834
Arzthonorare Pflichtschulen Landesbeitrag an Schulerhalter	161.600	136.708
Rückersatz TFBS Jugendlichenuntersuchungen TGKK	-140.000	-144.476
aus Abschnitt 59, Teilabschnitt „Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen“		
Landesbeitrag zum allgemeinmedizinischen Wochentag-Nachtbereitschaftsdienst	310.000	168.523
Personalausgaben AmtsärztInnen		
Abteilung LSDion		465.253
Bezirkshauptmannschaften		1.104.804
Gebührenanteil Führerscheinuntersuchungen BH		47.236
Zusammenfassung		
Summe Ausgaben		3.525.052
Summe Einnahmen		-289.770

Tab. 17: Übersicht der Ausgaben und Einnahmen 2014 (Beträge in €)

vorsichtige
Budgetierung

Der LRH stellt fest, dass die Abteilung LSDion sowohl einnahmen- als auch ausgabenseitig vorsichtig budgetierte und die bereitgestellten Mittel sparsam bewirtschaftete. Die erheblichen Differenzen zwischen den Budgetmitteln und deren Ausschöpfung ergaben sich aus folgenden Umständen:

Die Budgetplanung der Ausgaben für die externen ÄrztInnen (MEB, Kindergartenscreening u.a.) ging von einer flächendeckenden Versorgung aus. Da diese nicht erreicht wurde, ergaben sich Budgetüberschüsse.

Die Ausgaben für Impfungen sind abhängig von Impfstoffkosten, Impfmengen und Impfprogrammen. Da diese Positionen häufigen Veränderungen unterliegen, wurden in der Budgetplanung - auch in Hinblick auf die angestrebten möglichst hohen Durchimpfungsraten - Reserven geschaffen.

Beim Landesbeitrag zum allgemeinmedizinischen Wochentag-Nachtbereitschaftsdienst entsprach die budgetäre Vorsorge der vertraglichen Verpflichtung zur Kofinanzierung. Die Anzahl der abgerechneten Bereitschaftsdienste blieb jedoch unter dem vertraglichen Rahmen, der von einer wesentlich höheren Bereitstellung ausgegangen war.

11. Zusammenfassung

AmtsärztInnen sind die bei den Sanitätsbehörden (der Abteilung LSDion und den Gesundheitsreferaten in den Bezirkshauptmannschaften) tätigen ÄrztInnen, die behördliche Aufgaben zu vollziehen haben.

Die Rechtsgrundlagen der Tätigkeiten und Ausbildung finden sich in einer Vielzahl von Struktur- und Materiengesetzen, die in den vergangenen 150 Jahren erlassen wurden.

personelle
Ressourcen

Mit der Erfüllung der Aufgaben des ÖGD auf Landesebene waren sowohl AmtsärztInnen, die in einem Dienstverhältnis zum Land Tirol standen, als auch externe ÄrztInnen, mit denen das Land Tirol Werkverträge abschloss, befasst. Die Höhe der Honorare für externe ÄrztInnen war in Regierungsbeschlüssen geregelt.

Der LRH stellte fest, dass die Landesverwaltung nicht sämtliche amtsärztlichen Dienstposten problemlos nachbesetzen konnte. Zudem zeigte sich ein relativ hohes Durchschnittsalter der AmtsärztInnen. Das Argument, dass eine Beschäftigung an den Tirol Kliniken finanziell wesentlich attraktiver sei und deshalb keine AmtsärztInnen rekrutiert werden könnten, hat sich durch eine Vergleichsrechnung des LRH für die Gruppe der AllgemeinärztInnen nicht bestätigt. Dies gilt allerdings erst seit der im Jahr 2015 beschlossenen finanziellen Besserstellung für AmtsärztInnen im Landesdienst.

Auch die für eine landesweite Durchführung bestimmter Präventionsleistungen erforderliche Anzahl an externen ÄrztInnen konnte nicht durchgängig beauftragt werden.

Der LRH regte die Erstellung eines mittelfristigen Personalentwicklungskonzepts für den Bereich der AmtsärztInnen an, um die erforderliche Qualifikationsentwicklung und den Wissenstransfer auf Grund der absehbaren Pensionierungen sicherzustellen.

Sanitäre Aufsicht

Die Sanitäre Aufsicht gehört zu den Kernaufgaben des ÖGD. Der LRH hat sich im vorliegenden Bericht mit der Sanitären Aufsicht in Krankenanstalten und in Alten- und Pflegeheimen befasst.

Der LRH stellte fest, dass das Land Tirol nach der Kritik des RH aus dem Jahr 2000 fachliche Grundlagen für die Sanitäre Aufsicht in Krankenanstalten (Erlässe, Checklisten) geschaffen hat. Die darin vorgeschriebene Prüffrequenz wurde insbesondere in den bettenführenden Krankenanstalten nicht eingehalten.

Für die Durchführung der Aufsicht über die Alten- und Pflegeheime nach dem Tiroler Heimgesetz lagen ebenfalls strukturierte und einheitliche Grundlagen vor. Nach Ansicht des LRH sollte die vorgesehene Prüffrequenz erhöht werden. Allerdings ist auch in den Alten- und Pflegeheimen die bisherige Aufsicht nicht in allen Bezirken im vorgeschriebenen Ausmaß erfolgt. Der Umstand, dass die durchgeführten Überprüfungen idR zu behördlichen Mängelbehebungsaufträgen führten, untermauert die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrollen.

Der LRH empfahl daher, im Rahmen der Sanitären Aufsicht in Krankenanstalten sowie in Alten- und Pflegeheimen die jeweils vorgesehene Prüffrequenz durchgängig einzuhalten.

Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen	Der LRH nahm aus dem Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung die Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in die gegenständliche Prüfung auf, insbesondere die Mutter-Elternberatung, das Kindergartenvorsorgeprogramm und die an Schulen durchgeführten Untersuchungen.
Kinder bis zum Schuleintritt	<p>Der LRH stellte fest, dass es in Hinblick auf das Alter der Zielgruppen und die Inhalte der Untersuchungen Überschneidungen zwischen kostenlosen Beratungsangeboten des Bundes (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) und des Landes (MEB, Kindergartenvorsorgeprogramme) gab. Die tatsächliche Reichweite der ärztlichen Beratungsangebote war in der MEB mit rd. 20 % deutlich geringer als jene der ärztlichen Reihenuntersuchungen in den Kindergärten mit rd. 70 %.</p> <p>Der LRH empfahl daher, die Beibehaltung von sich überschneidenden ärztlichen Angeboten zu überprüfen. Der LRH empfahl weiters, das Konzept der Reihenuntersuchungen im Rahmen des Kindergartenbesuches zu intensivieren und verstärkt Maßnahmen zu setzen, um den Anteil der von den Reihenuntersuchungen erfassten Kinder weiter zu erhöhen.</p>
Kinder und Jugendliche ab Schuleintritt	<p>Das Land Tirol finanzierte auch die für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Schulbesuches angebotenen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen mit. Es bestanden zwei unterschiedliche Vorsorgeprogramme - die schulärztliche Betreuung (an Pflichtschulen mit Kostenbeteiligung des Landes, an Berufsschulen mit vollständiger Kostentragung des Landes) sowie die Jugendlichenuntersuchungen der Krankenversicherungsträger, die ebenfalls vom Land Tirol organisiert wurden.</p> <p>Der LRH empfahl in diesem Zusammenhang die Abwicklung der schulärztlichen Betreuung (ausgenommen der Abschluss von Werkverträgen) gesamthaft der Abteilung LSDion zu übertragen.</p>
Infektionsschutz	Der Infektionsschutz gehört zu den „klassischen“ Aufgabenbereichen des ÖGD. Der LRH befasste sich dazu insbesondere mit den Themen „Impfwesen“ sowie ausgewählten Präventionsmaßnahmen gegen die Ausbreitung ansteckender Krankheiten.
Impfwesen	Die Umsetzung des Bundesimpfkonzeptes in Tirol wird als „Impfaktion Tirol im engeren Sinn“ bezeichnet. Das zweistufige Impfprogramm bestand aus den Kleinkindimpfungen durch niedergelassene ÄrztInnen (rd. 70 % der jährlichen Impfungen) und den Schulimpfungen durch AmtsärztInnen (rd. 30 % der jährlichen Impfungen).

Hinsichtlich der Verbesserung des Impfschutzes (Durchimpfungsra-ten) sah die Abteilung LSDion noch punktuellen Handlungsbedarf.

Entsprechend der Kostentragungsregelung des Bundesimpfkonzeptes hatte das Land Tirol ein Sechstel der Impfstoffkosten sowie die Kosten der Durchführung der Impfungen zu tragen. Das Land Tirol bezahlte Impfhonorare an die niedergelassenen ÄrztInnen sowie Impfggebühren an die AmtsärztInnen.

Der LRH ermittelte aus den vorliegenden Daten die für das Land Tirol entstandenen Kosten mit € 25 pro Impfung durch einen Amtsarzt/eine Amtsärztin und mit € 16 pro Impfung durch einen niedergelassenen Arzt/eine niedergelassene Ärztin.

Der LRH empfahl dem Land Tirol, auf Grund der deutlich höheren Kosten von Impfungen durch AmtsärztInnen und der Bindung der amtsärztlichen Ressourcen Alternativen zur bisherigen Vorgangsweise zu prüfen. Weiters empfahl er zu prüfen, ob die vom Land Tirol mitfinanzierten SchulärztInnen in das Schulimpfprogramm zu Konditionen der Impfungen im niedergelassenen Bereich eingebunden werden können.

Tbc-Reihen-
untersuchungen

Der LRH stellte fest, dass die Durchführung der Tbc-Reihenuntersuchungen an den Bezirkshauptmannschaften hinsichtlich der Erfassung der Risikogruppen sowie infolge der unterschiedlichen Ausstattung mit Röntgenanlagen nicht einheitlich erfolgte.

Der LRH regte daher an, dass die Gesundheitsreferate bei der Erfassung der Risikogruppen nach einem landesweit einheitlich festzulegenden Standard vorgehen.

Im Prüfzeitraum wurden noch 80 % der Tbc-Röntgenaufnahmen in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften erstellt. Die restlichen 20 % der Aufnahmen einschließlich Befundung wurden von niedergelassenen FachärztInnen für je € 35 zugekauft.

Die noch vorhandenen Röntgenanlagen sind am Ende der technischen Nutzungsdauer, sodass in Hinkunft ein verstärkter Zukauf der Untersuchungen notwendig sein wird. Als Alternativen kommen Ersatzanschaffung von Röntgenanlagen in den Bezirkshauptmannschaften oder die Anschaffung eines Tbc-Röntgenbusses für das ganze Land in Betracht.

Der LRH empfahl vor der Investitionsentscheidung eine fundierte betriebswirtschaftliche Analyse durchzuführen. Dabei ist auch der prognostizierte Anstieg an durchzuführenden Untersuchungen zu berücksichtigen.

Präventionsmaßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten

Die Bekämpfung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten umfasst die Untersuchung, nicht jedoch die Heilbehandlung erkrankter Personen. In den Tiroler Bezirken mit einschlägigen Etablissements (Schwaz, Innsbruck-Land, Imst und Kufstein) waren wöchentlich Prostituiertenuntersuchungen durchzuführen.

Allerdings nahmen nur die AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften Schwaz und Kufstein diese Untersuchungen selbst vor. In den Bezirken Innsbruck-Land und Imst erfolgten die Untersuchungen durch niedergelassene GynäkologInnen.

Der LRH kritisierte diese praktizierte „Auslagerung“ der Prostituiertenuntersuchungen, da die geltende Rechtslage ausdrücklich eine amtsärztliche Untersuchung vorsieht.

Leistungsspektrum der Gesundheitsreferate

In den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften wurden jährlich insgesamt rd. 28.200 amtsärztliche Arbeitsstunden erbracht. Der LRH hat auf der Datengrundlage der landesinternen KLR die Aufteilung dieser Kapazitäten auf acht Leistungsbereiche ermittelt. Dabei haben sich beim Vergleich der Bezirkshauptmannschaften signifikante Unterschiede hinsichtlich der Aufgabenschwerpunkte gezeigt.

In Hinblick auf das vielfältige amtsärztliche Leistungsspektrum empfahl der LRH eine aktualisierte und umfassende Leistungsbeschreibungen für alle amtsärztlichen Leistungsbereiche. Im Sinne einer aufgabenorientierten Ressourcenplanung und -steuerung sollte das Ziel die Erarbeitung eines standardisierten Leistungskatalogs mit klaren Prioritätensetzungen (z.B. Arbeitsschwerpunkte in der Sanitären Aufsicht) sein. Die unterschiedlichen Gegebenheiten in einzelnen Bezirken und die Auswirkungen auf die amtsärztliche Leistungserbringung sind ebenfalls zu berücksichtigen.

ärztliche Bereitschaftsdienste

Die allgemeinmedizinischen Bereitschaftsdienste umfassten Dienste an Wochenenden und Feiertagen sowie die Nachtbereitschaft. Auch wenn die Finanzierung der Krankenbehandlung im extramuralen Bereich grundsätzlich den Krankenversicherungsträgern obliegt, wurden für diese Bereitschaftsdienste „Kofinanzierungen“ durch das Land Tirol vereinbart.

Nach Ansicht des LRH sollte das Land Tirol im Rahmen einer möglichen Neuorganisation dieser ärztlichen Versorgung die Verträge betreffend die Mitfinanzierung der allgemeinmedizinischen Bereitschaftsdienste neu verhandeln.



DI Reinhard Krismer
Innsbruck, am 14.9.2016

Hinweis

Gemäß § 7 Abs. 1 des Gesetzes über den Tiroler Landesrechnungshof hat der Landesrechnungshof die Äußerung der Tiroler Landesregierung in seine Erwägungen einzubeziehen und in den Bericht einzuarbeiten. Dies ist unter der jeweiligen Randzeile „*Stellungnahme der Regierung*“ und „**Replik**“ vollzogen worden. Darüber hinaus hat der Landesrechnungshof die Äußerung der Regierung dem Bericht als Beilage anzuschließen.



Amt der Tiroler Landesregierung

Verwaltungsentwicklung

Dr. Gerhard Brandmayr

Telefon +43 512 508 1940

Fax +43 512 508 741945

verwaltungsentwicklung@tirol.gv.at

An den
Landesrechnungshof

i m H a u s e

DVR:0059463

Vorläufiges Ergebnis der Überprüfung des Landesrechnungshofes "Amtsärztliche Versorgung in Tirol"; Äußerung der Tiroler Landesregierung

Geschäftszahl VEntw-RL-130/3-2016

Innsbruck, 15.08.2016

Der Landesrechnungshof hat von Mai 2015 bis Mai 2016 die „Amtsärztliche Versorgung in Tirol“ geprüft und das vorläufige Ergebnis vom 23.06.2016, Zl. LR-0560/16, erstellt. Die Tiroler Landesregierung erstattet aufgrund ihres Beschlusses vom 15. August 2016 hierzu folgende

Ä u ß e r u n g:

Zu Punkt 2.1. - Rechtsgrundlagen

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 8)

Zu der vom Landesrechnungshof ausgesprochenen Empfehlung, im Hinblick auf die Vielzahl der Regelungen und der Bedeutung eines jeweils aktuellen Informationsstandes die zentrale digitale Bereitstellung der Fachinformationen für alle Gesundheitsreferate durch das Land Tirol durchzuführen, wird ausgeführt, dass sämtliche Erlässe und Fachinformationen den Gesundheitsämtern jeweils umgehend übermittelt und von diesen selbst in Evidenz gehalten werden. Eine zentrale Dokumentation scheint jedoch durchaus zweckmäßig. Weil das Gesundheitswesen eine sehr komplexe und vielschichtige Materie darstellt, könnte beispielsweise - analog zur Sammlung der Erlässe des Landesamtsdirektors - eine Lösung im Intranet des Landes mittels der Wissensdatenbank „WIKI“ unter Einbindung der Landes-IT und weiterer Personalressourcen zumindest für den Landesbereich eingerichtet werden.

Für einen Teilbereich wurde dies von der Landessanitätsdirektion bereits überlegt und projektiert. Erlässe bzw. Stellungnahmen des Bundes, die zum Teil länderspezifisch ergehen, müssten vom Bund selbst entsprechend aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden. Es kann in diesem Zusammenhang auf einen entsprechenden Vorschlag im Zuge der laufenden Verwaltungsreform hingewiesen werden. Durch die geforderte Einrichtung einer Platt-

form beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zum österreichweiten Austausch von bereits vorhandenen und künftigen Erlässen bzw. Informationen im Gesundheitsrechtsbereich könnten insbesondere diffizile Fragen schneller und einheitlicher geklärt werden.

Zu Punkt 5.1. - Aufsicht und Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen **Kritik - Prüffrequenz (Seite 26)**

Zur Kritik des Landesrechnungshofes, dass insbesondere in den bettenführenden Krankenanstalten die vorgeschriebene Prüffrequenz nicht eingehalten wurde, wird angemerkt, dass erst im Jahr 2014 von der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten durch einen Erlass die sanitäre Aufsicht in Krankenanstalten völlig neu geregelt wurde. Es werden darin alle in Betracht kommenden Themenbereiche aufgelistet und die Frequenzen der sanitären Einschau je nach Krankenanstaltentyp einheitlich festgelegt. Für bettenführende Krankenanstalten werden darüber hinaus Leistungsschwerpunkte normiert und von der Abteilung Landessanitätsdirektion jährlich Checklisten ausgearbeitet, anhand derer die sanitäre Einschau nunmehr einheitlich durch alle in Betracht kommenden Bezirksverwaltungsbehörden durchzuführen ist.

Grundsätzlich wird festgehalten, dass die Bezirksverwaltungsbehörden seit dem Jahr 2014 auch diesem Erlass entsprechend die sanitäre Einschau durchführen. Lediglich aufgrund personeller Engpässe konnte in wenigen Bezirken die Prüffrequenz noch nicht durchgängig umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang ist aber darauf hinzuweisen, dass der Betrieb von Krankenanstalten von der Landesregierung nach den Bestimmungen des Tiroler Krankenanstaltengesetzes zu genehmigen ist und die Landesregierung als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde auch den ordnungsgemäßen Betrieb regelmäßig zu überprüfen hat. Bei Mängeln kann die vollständige oder teilweise Sperre einer Krankenanstalt angeordnet werden. Es ist daher auch seitens der Länder im Rahmen der „Verwaltungspolizei“ immer eine Kontrolle der Krankenanstalten gewährleistet. Diese Doppelgleisigkeit zwischen sanitärer Aufsicht durch den Landeshauptmann und regelmäßiger Kontrolle der Krankenanstalten durch die Landesregierungen wurde im Rahmen der Verwaltungsreform thematisiert, durch eine Novellierung des Bundesgrundsatzgesetzes (KAKuG) sollte sie beseitigt werden. Damit könnte die Aufgabe der AmtsärztInnen klar geregelt und eine deutliche Verwaltungsvereinfachung herbeigeführt werden.

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 27)

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, bestehende Richtlinien durchgängig umzusetzen sowie jährliche Prüfpläne zu erstellen und diese durch die Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten kontrollieren zu lassen, wird darauf hingewiesen, dass nach § 9b des Tiroler Krankenanstaltengesetzes die Träger der Krankenanstalten verpflichtet sind, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten, sowohl dem zuständigen Bundesministerium als auch der Landesregierung zur Verfügung zu stellen. Von der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten werden daher die Krankenanstaltenträger jährlich aufgefordert, bis längstens 31. März einen standardisierten Qualitätsbericht vorzulegen und somit Informationen zum Stand der Qualitätsarbeit in der jeweiligen Krankenanstalt an die Krankenanstaltenbehörde zu übermitteln. Eine Behandlung von unterschiedlichen Fragestellungen zu den Themen Qualitätsarbeit und Qualitätsverbesserung erfolgt in weiterer Folge in den vom Tiroler Gesundheitsfonds hierfür geführten Gremien (ARGE Ärztliche DirektorInnen, Qualitätsmanagerplattform, Risikomanagerplattform, Hygieneplattform/Aktion „Saubere Hände“, Qualitätssicherungskommission des Landes Tirol).

Bei der sanitären Aufsicht in Krankenanstalten wirken die AmtsärztInnen als medizinische Amtssachverständige mit und sind nicht LeiterInnen des Verfahrens. Damit verbunden müssen die AmtsärztInnen auch vertieftes Fachwissen (Krankenhaushygienekurs etc.) aufweisen und es können nur in die Materie eingearbeitete MitarbeiterInnen eingesetzt werden. Entsprechende Checklisten wurden von der Landessanitätsdirektion zur Verfügung gestellt. Limitierend für die Einschau können sich die fehlenden medizinischen und juristischen Personalressourcen auswirken. Einer Einschau vergleichbare Aktivitäten werden im

Rahmen der diversen Genehmigungsverfahren in den Krankenanstalten in praktisch allen Häusern regelmäßig - zum Teil auch mehrmals im Jahr - gesetzt und könnten hier ebenfalls im Sinn der Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Zu Punkt 5.2. - Aufsicht in Altenwohn- und Pflegeheimen

Anregung – höhere Prüffrequenz (Seite 30)

Das im Leitfaden für die Überprüfung von Wohn- und Pflegeheimen empfohlene Überprüfungsintervall von fünf Jahren wurde vom Landesrechnungshof im Vergleich mit den jährlichen Einschauen in öffentlichen und privaten bettenführenden Krankenanstalten einschließlich Tageskliniken und den zweijährig stattzufindenden Einschauen bei kleinen privaten Krankenanstalten bzw. Ambulatorien (z.B. Physiotherapien) als zu lang befunden. Bei der im Jahr 2012 erfolgten Erstellung des Leitfadens wurde bei der Empfehlung des Prüfindtervals nicht zuletzt darauf Bedacht genommen, dass eine Umsetzung mit den vorhandenen personellen Ressourcen möglich ist. In Tirol werden zum Stand Juli 2016 insgesamt 89 Wohn- und Pflegeheime betrieben, die der erwähnten fünfjährigen Überprüfung zu unterziehen sind. Bei einer Verkürzung des Prüfindtervals auf zwei Jahre würde sich der zeitliche Aufwand für die interdisziplinär zusammengesetzten Prüfteams um 150%, bei einem Intervall von drei Jahren um 67% erhöhen. Die dazu erforderlichen Personalressourcen können jedoch in diesem Ausmaß nicht alleine durch interne organisatorische Umstrukturierungsmaßnahmen oder durch Aufgabenentbindungen bzw. Aufgabenreduktionen in den bestehenden Arbeitsbereichen der Prüforgane an den Bezirkshauptmannschaften und in den Abteilungen des Amtes der Tiroler Landesregierung kompensiert werden.

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 32)

Die Empfehlung des Landesrechnungshofes, die Aufsicht in den Alten- und Pflegeheimen entsprechend der festgelegten Prüffrequenz durchzuführen und der daraus abzuleitenden Empfehlung einer Abstimmung und fachübergreifenden Vereinheitlichung der Checklisten sowie der Anpassung der Prüfindtervals, ist schon in Umsetzung. Eine bereits bestehende Arbeitsgruppe befasst sich mit einer Bereinigung der Zuständigkeiten und einer Vereinheitlichung der Prüftätigkeiten.

Zu Punkt 6.1. - Ärztliche Beratungsangebote für Kinder bis zum Schuleintritt

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 41)

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, in einer medizinisch-fachlichen Analyse zu prüfen, ob die Beibehaltung von überschneidenden ärztlichen Angeboten von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und der Beratung in der Mutter-Eltern-Beratung (MEB) sinnvoll und notwendig ist, wird festgehalten, dass sich das Angebot der MEB wesentlich von der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung unterscheidet.

Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, deren sekundärpräventiver Untersuchungsumfang keinen Beratungsanteil enthält, werden ab einem Alter des Kindes von rund zwei Jahren kaum mehr in Anspruch genommen, was von der Bezugsdauer des Kindergeldes abhängt. Niedergelassene ÄrztInnen können die erforderlichen (und nur gering bezahlten) Beratungskapazitäten für Kinder mit und ohne Auffälligkeiten (beispielsweise bei Entwicklungsstörungen oder bei Schreikindern, die einen äußerst hohen Beratungsaufwand erfordern), oft nicht im notwendigen Ausmaß erbringen. Dies deckt das primärpräventive Aufgabengebiet der MEB mit Schwangeren-, Still- und Ernährungsberatung ab. Im Sinn des großen, in der Primärprävention geleisteten Arbeitsanteils und der sehr frühen Sekundärprävention ist auf die MEB nicht zu verzichten. Da die Beratung niederschwellig und bedarfsorientiert angeboten wird, relativiert sich der eher kritisch angemerkte Erreichungsgrad deutlich.

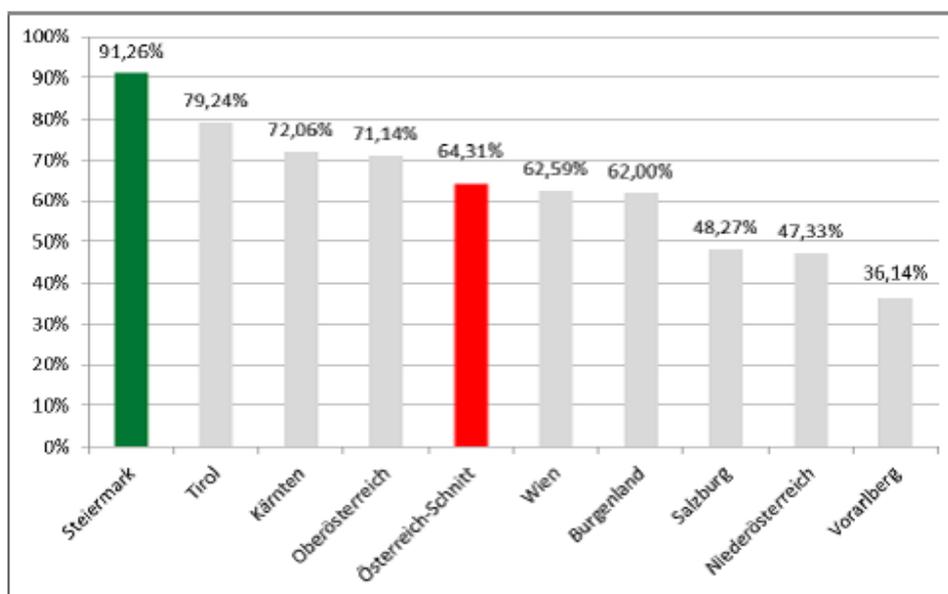
Die beiden Angebote (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Mutter-Eltern-Beratung) sind somit wegen der unterschiedlichen Ausrichtung nicht vergleichbar und daher auch kein Parallelangebot. Im Sinn der Tiroler Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (im Rahmen der Tiroler Gesundheitsziele) wird sich die MEB über das Frühe Hilfen-Vorsorgemittelprojekt des Bundes nach einer Evaluierung und Ausrollung auf ganz Tirol vermehrt in Richtung eines aufsuchenden Angebots weiterentwickeln. Dabei kommt dem ärztlich unterstützten Beratungsangebot nicht zuletzt wegen der immer schwieriger werdenden Verfügbarkeit ärztlicher MitarbeiterInnen eine immer geringere Rolle zu.

Im Zusammenhang mit dem „Kindergarten-Vorsorgeprogramm“ ist der § 8 Abs. 2 des Tiroler Kinderbildungs- und Kinderbetreuungsgesetzes zu nennen, der vorsieht, dass Kinderbetreuungseinrichtungen insbesondere auf die körperliche Pflege und Gesundheit der Kinder zu achten haben. Eine flächendeckende Reihenuntersuchung in Kindergärten im Rahmen der Mutter-Eltern-Beratung bzw. der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen liegt im Interesse der Abteilung Bildung und es wird im Rahmen der pädagogischen Aufsicht und Beratung der Einrichtungen auf die gesetzliche Bestimmung hingewiesen. Die Landessanitätsdirektion wird die Empfehlungen für das „Kindergarten-Vorsorgeprogramm“ nach Maßgabe der personellen Ressourcen bestmöglich umsetzen.

Zu Punkt 6.2. - Ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Schulbesuches

Anmerkung zu „Zielerreichung unklar“ auf Seite 46:

Zur Zielerreichung bei den Jugendlichenuntersuchungen weist der Bericht von Dr. Haditsch (erstellt für den Hauptverband der Sozialversicherungsträger) einen Grad in Tirol für das Jahr 2013 von 79,24% und nicht wie im Bericht des Landesrechnungshofes angeführt ca. 60% aus, also österreichweit das zweitbeste Ergebnis.



Durch die geplante elektronische Erfassung der Jugendlichenuntersuchungen sind ab Herbst 2016 jedenfalls gesicherte Daten über den tatsächlichen Erreichungsgrad abrufbar.

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 48)

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, die Abwicklung der schulärztlichen Betreuung der Abteilung Landessanitätsdirektion (LSD) zu übertragen, um einen einheitlichen Vollzug zu gewährleisten, darf festgehalten werden, dass seit dem Jahr 2013 das von der LSG ausgearbeitete Konzept „Schularzt Neu“ existiert. Dieses wäre nach Klärung einer gemeinsamen Finanzierung zwischen Land und Gemeinden jederzeit umsetzbar. Die schulärztlichen Belange der Berufs- und Pflichtschulen werden von der Landeschulärztin koordiniert. Da die Organisation des schulärztlichen Dienstes historisch gewachsen ist und bis zum Ende des Schuljahres 2013/14 über mehrere Parallelstrukturen organisiert wurde, gestaltet sich eine Zusammenführung schwierig und ist letztlich mit Kompetenzverschiebungen und Kostenumschichtungen verbunden.

Zu Punkt 7.1. Impfwesen

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 56)

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, aufgrund höherer Kosten von Eigenimpfungen und der Bindung von amtsärztlichen Ressourcen Alternativen anzudenken und zu prüfen, ob SchulärztInnen in das Schulimpfprogramm eingebunden werden können, um damit die AmtsärztInnen von der Impftätigkeit zu entlasten, darf darauf hingewiesen werden, dass ein Wegfall von für AmtsärztInnen finanziell attraktiven Tätigkeiten (wie eben Impfungen) die Anstellung von AmtsärztInnen an den Bezirkshauptmannschaften noch massiver erschweren würde.

Vorweg ist festzuhalten, dass in der Regel bei den Schulimpfungen an einem Vormittag (fünf Stunden incl. Fahrzeiten) rund 80 Impfungen administriert werden. Die AmtsärztInnen sind die Ansprechpersonen für alle Impf-Fragen. Catch-up Impfungen für die HPV beispielsweise sind eine Variante des Kinderimpfkonzpts des Bundes und werden in einem Jahr wieder weitgehend beendet. Eine Auslagerung der bezahlpflichtigen HPV-Catch-up Impfungen würde - neben den Distributionskosten - die Impfung für den Impfling wesentlich verteuern. Dies sollte im Hinblick auf die Durchimpfungsraten tunlichst vermieden werden und es würde zudem die Administration durch die Akkordierung vieler Systempartner komplizieren. Weiters ist davon auszugehen, dass bei der Auslagerung der gesamten Schulimpfungen die bestehenden Verhandlungspakete mit den Kammern obsolet werden. Erfahrungsgemäß verteuern wesentliche Neuerungen das System.

Keine SchulärztIn an den Pflichtschulen hat derzeit Impfungen im Arbeitsauftrag bzw. Stundenkontingent, ebenso nicht die ÄrztInnen in den Bundesschulen. Ein Großteil der SchulärztInnen führt zudem eine eigene Praxis, die am Vormittag für Schulimpfungen mit größter Wahrscheinlichkeit nicht geschlossen werden. Mit den von den AmtsärztInnen durchgeführten Impfungen werden gute Durchimpfungsquoten erzielt, während hingegen Erfahrungen aus anderen Bundesländern, die Impf-Gutscheine ausgeben (mit diesen können Impfungen bei AllgemeinmedizinerInnen oder KinderärztInnen in Anspruch genommen werden), zeigen, dass die Impfbeteiligung wesentlich gesunken ist.

Zu bedenken sind zudem die stark ansteigenden Distributionskosten für die Apotheken und die Kosten für die Schulen für die Anschaffung von Impfstoff-Kühlschränken. Weiter muss bedacht werden, dass die angestellten Berechnungen hinsichtlich der Kosten im niedergelassenen Bereich ungleich gewichtet sind, weil Impfungen im Rahmen der Ordination auch als solche abgerechnet werden. So musste die Tiroler Gebietskrankenkasse beispielsweise für eine Impfung im Rahmen der Pandemie den Betrag von ca. € 30,- bezahlen. Durch eine nicht zu Ende gedachte Betrachtungsweise könnte ein funktionierendes System sehr leicht zerstört und ein halbwegs adäquater Ersatz wohl nur mit massiven Mehrkosten etabliert werden. Sollten auch die Zeiten des Hilfspersonals miteinkalkuliert werden, muss berücksichtigt werden, dass der Großteil der Zeit im Aufwand für Dokumentationszwecke besteht, der auch bei einer Auslagerung erhalten bleiben würde.

Zu Punkt 7.2. Tbc-Reihenuntersuchungen

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 60)

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, vor einer allfälligen Ersatzbeschaffung von Röntgenanlagen in einzelnen Bezirkshauptmannschaften oder des Ankaufs eines Tbc-Röntgenbusses für das ganze Land eine fundierte betriebswirtschaftliche Analyse durchzuführen, wird festgehalten, dass seit dem Inkrafttreten der Tuberkulose-Reihenuntersuchungsverordnung, LGBl. Nr. 35/1999, am 18. August 1999 die auf Seite 57 des Berichts des Landesrechnungshofes angeregten einheitlichen Standards für die Erfassung der Risikogruppen bereits existieren. Die Röntgengeräte in den Bezirkshauptmannschaften wurden nach dem technisch bedingten Ende der Nutzungsdauer nicht mehr ersetzt.

Die betreffenden Vertragsverhandlungen zwischen dem Land Tirol und den Tirol Kliniken wurden zwischenzeitlich abgeschlossen.

Zu Punkt 8.2. Leistungsspektrum Gesundheitsreferate der Bezirkshauptmannschaften

Empfehlung nach Art. 69 Abs. 4 TLO (Seite 70)

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes, die Leistungsbeschreibungen für alle amtsärztlichen Leistungsbereiche der Abteilung Landessanitätsdirektion und der Gesundheitsreferate in den Bezirkshauptmannschaften zu aktualisieren und zu vervollständigen, wird angemerkt, dass sich eine Diskrepanz im Leistungsspektrum sicherlich durch Zuordnungsprobleme zu den Leistungsbereichen, aber auch durch unterschiedliche Gegebenheiten in den einzelnen Bezirken, ergibt.

Diese Empfehlung des Landesrechnungshofes impliziert eine deutlich engere Verknüpfung der Fachaufsicht und der Personalführung, die derzeit den Bezirkshauptleuten obliegt. Es muss bedacht werden, dass sich die AmtsärztInnen ihre Arbeitsfelder zum überwiegenden Teil nicht selbst aussuchen oder selbst gewichten können, da sie primär reaktiv im Auftrag der Behörde als medizinische Amtssachverständige tätig werden. Das bedeutet, wenn Aufgaben in den Bezirkshauptmannschaften unterschiedlich wahrgenommen werden, dass auch die AmtsärztInnen unterschiedlich beansprucht werden.

Zu Punkt 9. Ärztliche Bereitschaftsdienste

Anregung – Verträge neu verhandeln (Seite 74)

Der Rechnungshof hat in seinem Bericht „Gemeindeverband des Sanitätssprengels Landeck“ dem Land Tirol empfohlen, „die Erledigung der sprengelärztlichen Aufgaben durch die Gesundheitsreferate (AmtsärztInnen) zu erwägen“. Die Tiroler Landesregierung hat in ihrer damaligen Stellungnahme auf die Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von AmtsärztInnen hingewiesen.

Zur Anregung des Landesrechnungshofes, die Verträge betreffend Mitfinanzierung der ärztlichen Bereitschaftsdienste neu zu verhandeln, wird angemerkt, dass die Übernahme von sprengelärztlichen Tätigkeiten durch AmtsärztInnen auf Grund mangelnder Ressourcen nicht erfüllbar ist, da beispielsweise durch die Flüchtlings- bzw. Migrationssituation zunehmend amtsärztliche Ressourcen gebunden sein werden.

Für die Landesregierung:

Günther Platter
Landeshauptmann