

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Bundesrates

Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.808.708

Wien, 5.1.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3947/J-BR/2021 der Bundesrät*innen Schumann, Genossinnen und Genossen betreffend dem aktuellen Stand zur Entschließung „Ärztmangel bekämpfen“ (347/E-BR/2021)** wie folgt:

Frage 1:

- *Welche Maßnahmen wurden seit dem Beschluss umgesetzt um die flächendeckende hausärztliche Sachleistungsversorgung durch Kassenvertragsärzt*innen sicherzustellen? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung?*

Eingangs ist allgemein anzumerken, dass Österreich – gemessen an der Bevölkerungszahl – die zweithöchste Zahl an Ärztinnen und Ärzten in Europa aufweist. So sieht beispielsweise das Vertragsärztenetz der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) mit Stichtag 1. Jänner 2020 insgesamt 3.839,5 Allgemeinmediziner:innen und 3.132 Fachärztinnen und Fachärzte in ganz Österreich vor. Dieses Netz kann von der ÖGK bei Allgemeinmediziner:innen zu 97,61 % und bei Fachärztinnen und Fachärzten zu 97,04 % mit Vertragspartner:innen besetzt werden. Die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner:innen nahm jedenfalls seit 1970 von 71,6 auf 82,0 zu.

Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass es in Österreich derzeit regional zu Nachbesetzungs- und Verteilungsproblemen kommt, die auf unterschiedlichen Ursachen beruhen. Zum einen gibt es durch den Generationenwechsel (Stichwort „Babyboomer“) aktuell mehr nachzubesetzende Stellen. Ab 2025 wird die Zahl der Pensionierungen jedoch wieder erheblich sinken. Zum anderen schließen aktuell auch weniger Allgemeinmediziner:innen ihre Ausbildung ab bzw. wollen viele nicht als Vertragsärztin/Vertragsarzt arbeiten, weil vielerorts ein negatives Berufsbild gezeichnet wird. Auch die Wünsche und Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte haben sich insofern geändert, als heute eine ausgeglichene Work-Life-Balance, mehr Zeit für Familie und eine aktive Freizeitgestaltung wichtig sind.

Aus Sicht des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bzw. der Sozialversicherung ist festzuhalten, dass es hinsichtlich des niedergelassenen Bereichs in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger liegt, im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechtes eingeräumten Selbstverwaltung Maßnahmen zu setzen und Anreize zu schaffen, um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat für die Krankenversicherungsträger jedenfalls oberste Priorität. In diesem Sinn haben die Träger – federführend durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) – nicht erst seit der anfragegegenständlichen Entschließung, sondern bereits auch schon in den vergangenen Jahren in vielfältiger Weise Anstrengungen unternommen, um den Arztberuf (insbesondere auch am Land) zeitgemäß und attraktiv zu halten, um im Endeffekt möglichst alle offenen Kassenstellen neu zu besetzen und dem Trend zu Wahlärztinnen und Wahlärzten effektiv entgegenzuwirken.

Insbesondere wurde ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin vereinbart. Der Katalog enthält insgesamt 45 Maßnahmen, die in vier Abschnitte im Karrierepfad (universitäre Ausbildung, postpromotionelle Ausbildung, Berufsausübung und übergreifend Image/Prestige sowie Berufsbild) kategorisiert sind. Bund, Länder und Sozialversicherung setzen im Rahmen ihrer Kompetenzbereiche entsprechende Schritte. Die Maßnahmen werden gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperationspartner:innen, wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltenträgern, den Universitäten und den Gemeinden, konkretisiert und umgesetzt. Über den Stand und den Fortgang der Umsetzungsarbeiten wird regelmäßig berichtet.

Beispielhaft sind hier zu nennen:

- Es wurden flexible Ordinationsmodelle geschaffen, die der Lebenswirklichkeit der Mediziner:innen besser entsprechen. Hierzu zählen weniger belastende Bereitschaftsdienstregelungen, neue Zusammenarbeitsformen wie unterschiedliche Gruppenpraxenmodelle, Anstellung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder erweiterte Stellvertretung, Teilzeitmöglichkeiten und das Überwinden von bürokratischen Hürden durch e-Anwendungen oder den Wegfall von Bewilligungen.
- Der Ausbau der Primärversorgung wird vorangetrieben. Stetig kommen bundesweit neue Versorgungseinrichtungen dazu. Die Möglichkeit zur Arbeit im multiprofessionellen Team entlastet und stärkt Hausärztinnen und Hausärzte gleichermaßen. Das entspricht auch den Ansprüchen vieler Ärztinnen und Ärzte, insbesondere der nachrückenden Generation und aktiviert schlummernde Ressourcen im ärztlichen Bereich, die im Rahmen einer Anstellung oder Teilzeittätigkeit arbeiten möchten (dazu wird auf www.sv-primaerversorgung.at hingewiesen).
- Durch die Forcierung von synergetischen Kooperations- und neuen Verschränkungsmodellen zwischen Krankenhausambulanzen und dem niedergelassenen Bereich können effiziente und effektivere Strukturen geschaffen werden. Hier wurden bereits erste Projekte mit den Ländern vereinbart.
- Der Ausbau ressourcenschonender technischer Unterstützung, wie beispielsweise Telemedizin, e-Rezept und andere E-Health-Lösungen, wird vorangetrieben.
- Lehrpraxen werden gefördert, um junge Mediziner:innen an den Beruf heranzuführen.
- Es werden Aktivitäten in Richtung „Image“ und „Lebensbedingungen“ der Haus- und Landärztinnen und -ärzte gesetzt. Entsprechende Projekte werden derzeit ausgearbeitet.

Darüber hinaus wird bereits seit Jahren auf eine attraktivere und gerechtere Entlohnung gesetzt. Aktuell liegt beispielsweise das Jahreseinkommen vor Steuer für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Durchschnitt bei € 150.000,- (alle Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträge sind bereits abgezogen). Fachärztinnen und Fachärzte verdienen mehr, mit steigender Tendenz.

Es ist jedoch auch notwendig, nicht nur dafür zu sorgen, dass freiwerdende Arztstellen nachbesetzt werden, sondern es bedarf struktureller Änderungen, um die Arztlastigkeit im

Gesundheitssystem zu reduzieren und die Versorgung effektiver und effizienter zu gestalten. Ein solches Umdenken stellt einen längerfristigen und fließenden Prozess dar, der ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität von statten gehen muss. Stichworte in diesem Zusammenhang sind:

- Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention, Förderung der Gesundheitskompetenz,
- telefonische Gesundheitsberatung „1450“,
- Aufwertung und effiziente Einbindung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in Versorgungsstrukturen, wie etwa in der Primärversorgung,
- Delegation von Leistungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe,
- Steuerung der Patienten im Gesundheitssystem zum „Best point of service“ und
- Beseitigung von Doppelgleisigkeiten.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Krankenversicherungsträger – neben der notwendigen Systemoptimierung – kontinuierlich an der Attraktivierung der vertragsärztlichen Tätigkeit arbeiten, um den prognostizierten Generationenwechsel bis zum Jahr 2025 möglichst ohne regionale, temporäre Versorgungsengpässe zu bewältigen. Die Orientierung erfolgt dabei vor allem auch an den Wünschen und Lebensvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte.

Frage 2:

- *Falls bereits Maßnahmen gesetzt worden sind um die flächendeckende hausärztliche Sachleistungsversorgung durch Kassenvertragsärzt*innen sicherzustellen: Gibt es bereits messbare Auswirkungen dieser Maßnahmen?*
 - a. *Wenn ja: Welche?*
 - b. *Wenn nein: Warum nicht?*

Allgemein ist zu sagen, dass es sich bei der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung um einen laufenden Prozess handelt, der seiner Natur nach nie zu einem formalen Abschluss kommen kann. Die Krankenversicherungsträger sind – den meinem Ressort vorliegenden Informationen zufolge – bemüht, je nach konkreter Gegebenheit aus der gesamten Palette der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Attraktivierung der kassenärztlichen Tätigkeit die geeigneten Maßnahmen auszuwählen und einzusetzen (dazu

verweise ich im Übrigen auf die Beantwortung der Frage 1). Da es sich hierbei jedoch vorrangig um langfristige Maßnahmen handelt, ist die zeitliche Komponente selbstverständlich entsprechend zu berücksichtigen. Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass die gesetzten und geplanten Maßnahmen dem Nachbesetzungs- und Verteilungsproblem in Österreich effektiv entgegenwirken werden.

Frage 3:

- *Welche Maßnahmen wurden seit dem Beschluss umgesetzt um die erhöhte Praxiserfahrung in der Ausbildung von Ärzt*innen zu garantieren? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung?*

Zur qualitativen Verbesserung der (Turnus-)Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin wurde gemäß § 342b ASVG durch den damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der österreichischen Ärztekammer der Lehrpraxis-Gesamtvertrag, kundgemacht im Internet unter avsv Nr. 57/2017, abgeschlossen. § 14 des genannten Gesamtvertrages regelt, dass der Hauptverband (nunmehr Dachverband der Sozialversicherungsträger), die Krankenversicherungsträger und die Ärztekammern bezüglich Qualität und Zielgenauigkeit der Ausbildung von Lehrpraktikant:innen verantwortlich zusammenarbeiten.

Die seit der Ärzteausbildungsordnung 2015 verpflichtende sechsmonatige Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis zur Erhöhung der Praxiserfahrung wird bei Ausbildungsbeginn ab 01.06.2022 auf neun Monate erhöht und nach weiteren fünf Jahren auf zwölf Monate, siehe § 235 Abs. 7 Ärztegesetz 1998.

Darüber hinaus besteht jetzt auch schon die Möglichkeit, zur Erhöhung der Praxiserfahrung für künftige Allgemeinmediziner:innen weitere 12 Monate in Lehrpraxen die Ausbildung in den verschiedenen Fachgebieten zu absolvieren. Ebenso ist bei Facharztausbildungen die Möglichkeit gegeben, einen Teil der Ausbildung in der Dauer von 12 Monaten in Lehrpraxen zu absolvieren.

Die Sozialversicherung sieht in der Lehrpraxis positive Auswirkungen in mehrerlei Hinsicht und einen wichtigen Punkt in der Absicherung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung in ganz Österreich. Deshalb wird auch die Ausbildung praktischer Ärztinnen und Ärzte in Lehrpraxen durch Bund, Länder und Sozialversicherung gefördert, wobei die Sozialversicherung seit 2018 32,5 % der geschätzten Gesamtkosten für die Lehrpraxenfinanzierung übernimmt. In den Jahren 2022 und 2023 wird der

Finanzierungsschlüssel insofern leicht modifiziert, als die Sozialversicherung 30 % der Kosten übernehmen wird (ebenfalls 30 % werden durch die Länder, 25 % durch Bund und 15 % durch die Lehrpraxeninhaber:innen finanziert). Damit wird es möglich, die Gehaltskosten für rund 450 Lehrpraktikant:innen für jeweils ein halbes Jahr während ihrer Tätigkeit bei den ausbildenden praktischen Ärztinnen und Ärzten, bei der Gruppenpraxis oder beim Lehrambulatorium zu finanzieren. Auch der Abschluss des zuvor genannten Gesamtvertrages bildet einen weiteren wichtigen Beitrag der Sozialversicherung zur Förderung der Lehrpraxis, weil dieser sicherstellt, dass die Tätigkeit der Lehrpraktikant:innen auch den jeweiligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit der Sozialversicherung abgerechnet werden kann.

Aber auch die Einführung verschiedener Formen der ärztlichen Übergabepraxen, in denen aktuelle Planstelleninhaber:innen und potentielle Nachfolger:innen zwecks Erfahrungsgewinn und Einschulung für eine gewisse Zeit parallel arbeiten können, sowie die Möglichkeit, eine volle Planstelle zwischen zwei Ärztinnen und Ärzten zu teilen, um dem vermehrten Bedürfnis nach Teilzeittätigkeit entgegen zu kommen, soll zu einer leichteren Besetzung von Hausarztstellen im ländlichen Bereich sowie zu dessen Attraktivierung beitragen.

Fragen 4 und 5:

- *Welche Maßnahmen wurden seither umgesetzt um Anreize für Medizinstudierende und Ärzt*innen zu schaffen im Land zu bleiben und/oder Allgemeinmediziner*in zu werden? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung? Was sollen diese Anreize konkret beinhalten?*
- *Welche Maßnahmen wurden seither umgesetzt um Anreize zur Übernahme von Kassenverträgen (insbesondere der ÖGK) zu schaffen? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung? Was sollen diese Anreize konkret beinhalten?*

Wie bereits zuvor ausgeführt, liegt es in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger, im Rahmen der Selbstverwaltung Maßnahmen zu setzen und Anreize zu schaffen, um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Insbesondere die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hat diesbezüglich eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, um den Arztberuf (insbesondere auch am Land) zeitgemäß und attraktiv zu halten, um im Endeffekt möglichst alle Kassenstellen neu zu besetzen und dem Trend zu Wahlärztinnen und Wahlärzten effektiv entgegenzuwirken. Zu nennen sind neben

einer guten und angemessenen Honorierung die Schaffung von Primärversorgungszentren sowie Lehr- und Übergabepraxen, die Möglichkeit einer Anschubfinanzierung, flexible Zusammenarbeitsformen im Sinne eines ärztlichen Teamworks, die insbesondere Teilzeitarbeit ermöglichen, aber auch das aktive Ansprechen von Ärztinnen und Ärzten, die noch nicht im Kassensystem arbeiten, um sie über die Vorteile und Möglichkeiten des Kassenvertrages zu informieren. Näheres zu den von den Trägern gesetzten Maßnahmen ist den Ausführungen zu der Frage 1 zu entnehmen.

Insbesondere die Schaffung von Primärversorgungszentren leistet einen wichtigen Beitrag, den Beruf der Allgemeinmediziner/des Allgemeinmediziners (insb. der Landärztin/des Landarztes) wieder attraktiver zu machen. Dazu verweise ich auch auf die Antwort zu Frage 7.

Frage 6:

- *Welche Maßnahmen wurden seither umgesetzt um die Reduktion der Belastung von Ärzt*innen durch eine Delegation von Aufgaben an andere Gesundheitsberufe zu gewährleisten? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung?*

Die geltenden Gesetze für Gesundheitsberufe ermöglichen bereits jetzt die Delegation von einigen bisher von Ärzt:innen erbrachten Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe. Die entsprechende Umsetzung muss durch geeignete organisatorische Maßnahmen in den Krankenanstalten bzw. den Ordinationsstätten von Ärzt:innen erfolgen.

Frage 7:

- *Welche Maßnahmen wurden seither umgesetzt um den rascheren Ausbau der Primärversorgungseinheiten voranzutreiben? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung?*

Die federführend von meinem Ressort zur bestmöglichen Unterstützung der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten – in Form eines Zentrums oder eines Netzwerks – auf Bundesebene implementierten Gründungsinitiative wurde weitergeführt. Diese Gründungsinitiative zielt darauf ab, ein positives Umfeld für potenzielle Betreiberinnen und Betreiber von Primärversorgungseinheiten zu schaffen. Die Gründung von Primärversorgungseinheiten soll angeregt und deren Umsetzung durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen erleichtert werden. Unter dem Leitgedanken „Zusätzliche Anforderungen bedürfen zusätzlicher Angebote“ werden zahlreiche

Unterstützungsmaßnahmen, v.a. für zukünftige Gründerinnen und Gründer von Primärversorgungseinheiten, geboten.

Österreich erhält aus dem Aufbaufonds der EU-Kommission (Recovery and Resilience Facility – RRF) zur Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung insgesamt 100 Millionen Euro. Mit diesen finanziellen Mitteln soll bis zum Ende der Projektlaufzeit im Jahr 2026 ein Ausbau der Primärversorgungseinheiten erreicht und damit dem vor allem in ländlichen Regionen vorherrschenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten entgegengewirkt werden. Damit soll die Gesundheitsversorgung nahe am Wohnort gezielt und nachhaltig gestärkt und innovative Versorgungsmodelle gefördert werden.

Gefördert werden sollen konkrete Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin sowie der gesamten Primärversorgung, vor allem auch im ländlichen Raum. Dazu zählen neben der flächendeckenden Ausrollung von Primärversorgungszentren und -netzwerken unter anderem der Ausbau der digitalen Infrastruktur sowie die Steigerung der Energieeffizienz in den Praxen. Speziell gefördert werden sollen auch die Vernetzung der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufe sowie die Angebote zur Fort- und Weiterbildung der interprofessionellen Teams, soziale Innovationen und Maßnahmen der Inklusion. Seitens meines Ressorts sind für alle Beteiligten niederschwellige Informationsveranstaltungen und -maßnahmen geplant.

Frage 8:

- *Welche Maßnahmen wurden seither umgesetzt um die Aufwertung von Ärzt*innen in der Primärversorgung durch Ausbildungsverpflichtungen von Turnusärzt*innen zu ermöglichen? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung?*

Diesbezüglich liegt die Zuständigkeit beim Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Angedacht werden könnte, dass die Primärversorgungseinrichtungen auch für Ausbildung von Turnusärzt:innen etabliert werden könnten, vergleichbar den Lehrpraxenregelungen der Ordinationsstätten von Ärzt:innen.

Frage 9:

- *Welche Maßnahmen wurden seither umgesetzt um eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu ermöglichen? Welche weiteren Maßnahmen befinden sich in Planung?*

Flexible Zusammenarbeitsformen im Sinne eines ärztlichen Teamworks und die Möglichkeit für Teilzeitarbeit tragen zu einer – in der heutigen Zeit bei Ärztinnen und Ärzten wichtigen – ausgeglichenen Work-Life-Balance bei. Durch eine Änderung des Ärztegesetzes wurde zudem die Möglichkeit der Anstellung von Mediziner:innen bei Ärztinnen und Ärzten im niedergelassen Bereich geschaffen. Im Übrigen verweise ich auf meine obigen Ausführungen, insbesondere zur Frage 1.

Fragen 10 bis 13:

- *Wurden bereits Maßnahmen für die Erstellung und Veröffentlichung des Hausärzt*innenreports gesetzt?*
 - a. *Wenn ja: Welche?*
 - b. *Wenn nein: Warum nicht?*
- *Wann wird der Hausärzt*innenreport voraussichtlich erscheinen und welche Kennzahlen werden hierzu veröffentlicht?*
- *Wurden bereits Maßnahmen für die Erstellung und Veröffentlichung des Hausärzt*innen-Atlas gesetzt?*
 - a. *Wenn ja: Welche?*
 - b. *Wenn nein: Warum nicht?*
- *Wann wird der Hausärzt*innen-Atlas voraussichtlich erscheinen? Wo und für wen wird er zugänglich sein?*

Hinsichtlich des in der anfragegegenständlichen EntschlieÙung geforderten Hausärztereports und Hausärzteatlas ist festzuhalten, dass eine absolute Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten den Krankenversicherungsträgern nicht bekannt ist, zumal zunächst eine allgemein gültige Definition für die Begriffe „Hausärztin“ und „Hausarzt“ zu finden wäre.

Darüber hinaus stehen die Versicherungsträger in keinem Vertragsverhältnis zu den niedergelassenen Wahlärztinnen und Wahlärzten und haben damit auch keinen Überblick über den gesamten Wahlarztbereich, insbesondere nicht darüber, welche Ärztin/welcher Arzt überhaupt als Wahlärztin/Wahlarzt tätig ist. Die Anzahl der niedergelassenen Wahlärztinnen und Wahlärzte wird von den Krankenversicherungsträgern auch nicht statistisch geführt, weil das Leistungsrecht der Krankenversicherung in diesem Zusammenhang primär auf Kostenerstattung abstellt (vgl. §§ 131ff. ASVG) und es letztlich den Patientinnen und Patienten freisteht, diesbezügliche Anträge zu stellen. Für Auswertungen kann daher nur jene Anzahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten herangezogen werden, die im jeweiligen Bundesland niedergelassen sind und für deren

Leistungen im betreffenden Jahr zumindest eine Rechnung zur Kostenerstattung eingereicht wurde. Das dadurch gezeichnete Bild könnte daher jedenfalls keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und nur einen Ausschnitt des Wahlarztbereichs darstellen.

Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass selbst bei Einbeziehung der Wahlärztinnen und Wahlärzte kein Gesamtbild der medizinischen Sachleistungsversorgung im ambulanten Bereich gezeichnet werden könnte, da die medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten nach den einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen nicht nur durch niedergelassene (Vertrags-) Ärztinnen und -ärzte, sondern auch durch Ärztinnen und Ärzte in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen (Institute, Ambulatorien, Gesundheitszentren etc.) erbracht wird, wobei im Rahmen der Krankenbehandlung auch noch nichtärztliche Berufsgruppen der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind (§ 135 ASVG).

Veränderungen in der Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder auch der Wahlärztinnen und Wahlärzte sind damit für sich allein keine hinreichende Basis für Aussagen über die zur Verfügung stehende medizinische Behandlungskapazität.

Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass eine Ärztin/ein Arzt, die/der z.B. als Wahlärztin/Wahlarzt tätig ist, hauptberuflich in einer Vertragseinrichtung arbeitet und daher zur Behandlungskapazität der Vertragseinrichtungen beiträgt.

Entwicklungen in der Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder Wahlärztinnen und Wahlärzte erlauben somit nur Aussagen über eine bestimmte Berufsgruppe von Gesundheitsdiensteanbieter:innen, nicht jedoch Aussagen über die Zahl der Behandlungsmöglichkeiten für die Versicherten bzw. deren Kapazitäten.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen erscheint die Einführung eines jährlichen Hausärztereports und Hausärzteatlas nicht zielführend.

Frage 14:

- *Werden Sie die Entschlieung 347/E-BR/2021 umsetzen?*
 - a. *Wenn ja: Wann?*
 - b. *Wenn nein: Warum nicht?*

Wie bereits mehrfach erwähnt, liegt es in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger, im Rahmen der Selbstverwaltung Maßnahmen zu setzen und Anreize zu schaffen, um das

Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Bekanntlich handelt es sich bei den österreichischen Krankenversicherungsträgern um Körperschaften öffentlichen Rechts, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Sie unterliegen hierbei zwar der Aufsicht durch den Bund, die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auszuüben ist; diese Aufsicht hat aber lediglich die Überwachung der Einhaltung von Rechtsvorschriften sowie in wichtigen Fällen auch der Gebote der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zum Gegenstand.

Dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – als Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherungsträger – kommt eine bestimmende Einflussnahme auf die der vertraglichen Gestaltung im Zusammenwirken mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer:innen vorbehaltenen Angelegenheiten der Krankenversicherungsträger nicht zu, solange sich der Vertragsinhalt im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bewegt. Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass die gesetzten und geplanten Maßnahmen dem Nachbesetzungs- und Verteilungsproblem effektiv entgegenwirken werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

