

## ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

der Bundesräte Günter Pröllner, Christoph Steiner  
und weiterer Bundesräte

### **betreffend 6-Punkte-Plan zur Lösung des medizinischen Personalmangels**

*eingbracht im Zuge der Verhandlung über Top 21: Beschluss des Nationalrates vom 18. Oktober 2023 betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – (G-ZG) geändert wird ([2207 d.B.](#) und [2225 d.B.](#)), in der 959. Sitzung des Bundesrates, am 8. November 2023.*

Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben gemeinsam mit den Ländern, im Rahmen derer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten, die integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen und weiterzuentwickeln.

Die Konkretisierung dieser Zielsteuerung-Gesundheit hat auf Grundlage vergleichbarer wirkungsorientierter qualitativ und quantitativ festzulegender Versorgungsziele, Planungswerte, Versorgungsprozesse und -strukturen und Ergebnis- und Qualitätsparameter zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil die Finanzzielsteuerung fortzuführen und weiterzuentwickeln. (§ 1 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit 2017)

Gerade im Spitalsbereich hat sich seit 2012 mit der Einführung der EU-Arbeitszeitrichtlinie die Bedingungen für Ärzte und Gesundheits-Personal zum Negativen gewendet, die Corona-Krise und der Umgang der Regierung mit den Spitalsmitarbeitern hat dann noch ihr Übriges dazu getan, wo eine Selbstkündigungswelle folgte, Pflegekräfte in andere Berufe abwanderten und viele ältere Beschäftigten vorzeitig in die Pension drängten.

Die aktuellen Probleme im Zusammenhang mit dem medizinischen Personalmangel lassen sich in drei Bereiche einteilen: Personalmangel, die Leistungsebene sowie in Komplexität von Finanzierung und Entscheidungskompetenz: Im Bereich Personal müssen die beruflichen Rahmenbedingungen geändert und die strukturellen Probleme gelöst werden. Dazu müsste für eine ordentliche Personalplanung der österreichische Strukturplan Gesundheit evaluiert werden, ebenso wie die regionalen Strukturpläne. Aber auch die überbordende Dokumentationspflicht und bürokratische Dauerbelastungen verschärfen die Situation. Bezüglich der Arbeitszeiten im Gesundheitswesen braucht es mehr Planungssicherheit für die Beschäftigten mit verbesserter Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Der Pensionierungswelle könnte man kurzfristig durch Anreize zur Weiterbeschäftigung und einer temporären Aufhebung der Altersgrenze für Kassenärzte entgegenwirken. Besonders rasch wäre auch eine Integration der Wahlärzte in das öffentliche Gesundheitssystem mit einer Möglichkeit der „Doppeltätigkeit“ als Wahl- und Kassenarzt wirksam: „Mittelfristig können bundesweit einheitliche Stipendien für Medizinstudenten eine Lösung sein, durch die sich junge Ärzte zur Annahme einer Kassen- oder Spitalsstelle verpflichten. Angepasste Ausbildungskapazitäten bei den Fachärzten und Anreize für Mangelfächer und ein Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin stellen weitere richtige Schritte dar“.



Die strukturelle und personelle Leistungsebene beziehe sich auf den Umstand, dass das österreichische Gesundheitswesen in den letzten Jahren immer „spitals-lastiger“ geworden sei: „Die Zahl der Primärversorgungszentren, die für Entlastung sorgen könnten, ist aber noch immer weit davon entfernt, Kapazitäten aus den Spitälern übernehmen zu können, zudem kommt ein weiter schwindender Anteil an kassenärztlichen Ordinationen. Es bedarf aber auch einer Ausweitung und Aufwertung der Kompetenzen aller Gesundheitsberufe, um eine größere Akzeptanz zu schaffen und um eine Entlastung der jeweiligen höherwertigen Berufe zu schaffen. Wir benötigen auch eine Lenkung der Patientenströme in die richtige Richtung, nämlich in die Gesundheitsversorgung vor Ort in den niedergelassenen Bereich, um eben die Spitäler zu entlasten.“

Der Versuch einer Lenkung der Finanzierung des Gesundheitssystems in den letzten Jahren über die Landeszielsteuerung und 15a-Vereinbarung mit mäßigem Erfolg unternommen worden. Für eine effiziente Mittelverwendung und Lenkung der Patientenströme bedarf es einer Verknüpfung der Finanzierung und der Entscheidungskompetenz: „Durch die föderalen Strukturen erscheint das aber fast unmöglich zu sein. Aber nur eine Finanzierung aus einer Hand wäre langfristig die effizienteste Möglichkeit, die Steuerbarkeit des Gesundheitssystems herzustellen und die vorhandenen Mittel bestmöglich einzusetzen.“

Was es jetzt braucht, ist ein umsetzungstauglicher Maßnahmenkatalog, der folgende Eckpunkte umfasst:

1) Evaluierung des Personalbedarfs auf allen Ebenen des Gesundheitswesens

- Überarbeitung regionale Strukturplan Gesundheit mit Priorität „Niedergelassenen Versorgung“ und Reduktion der Abweichungstoleranz von 30% auf 15%
- Einheitliche Festlegung des Personalschlüssels für Spitäler
- Berücksichtigung Pensionswelle u. Ausbildungskapazitäten

2) Finanzielle Fairness gegenüber allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen

- Auszahlung geleisteter Überstunden
- Auszahlung volle versprochene Pflegeprämie und Erweiterung des Bezieherkreises – SV- und steuerfrei!!
- Verbesserung aller Gehaltschema und Anrechnung von Vordienstzeiten

3) Entbürokratisierung und Kompetenzerweiterung in den Berufsbildern des Gesundheitswesens

- Abbau administrativer Tätigkeiten, ggf. Verlagerung ins Sekretariat
- Überarbeitung Berufsbilder → Anerkennung und Aufwertung Tätigkeit
- FA Allgemeinmediziner → „Einzelträger“- PVE

4) Weiterbeschäftigung älterer Ärzte und Erweiterung Ausbildung

- Weiterbeschäftigung schafft Zeit für adäquate Ausbildung
- Aufhebung 70-Jahre-Grenze für Kassenärzte
- Zusätzliche Ausbildungsstellen und temporäre Aufhebung der Ausbilder-Quote
- Bedarfsorientierte Festlegung der Studienplätze

5) Bundesweit einheitliches Stipendiensystem bei der beruflichen Ausbildung

- Schnellste Möglichkeit, mehr Studienabsolventen in das öffentliche Gesundheitssystem zu bekommen
- Bundesweit einheitlich, um Bieter-Wettbewerb zu verhindern und Planbarkeit zu gewährleisten
- Bindet Absolventen der österreichischen Medizin-Unis, die besser in das bestehende System integrierbar sind als Auswärtige

6) Einbindung der Wahlärzte ins Kassensystem, Aufhebung Doppelbeschäftigungsverbot

- Sofort versorgungswirksam, da Qualitäten u. Infrastruktur vorhanden
- ½ und ¼ - Verträge zusätzlich zur Wahlarztstätigkeit
- Ermöglichung z.B. Kasse – Allgemein Arzt und FA Wahlarzt und umgekehrt  
(4.208 Ärzte mit Doppelqualifikation!)

Darüber hinaus sind auch mittel- und langfristige Reformschritte notwendig:

Langfristige Reform des Gesundheitssystems

- Ausbau wohnortnahe Versorgung: Hausarzt, PVZ NEU, Facharzt, Pflege
- Spezialisierung der Spitäler
- Ausbau Pflege und Reha
- Patientenlenkung (primär durch Positiv-Anreize)
- Fortsetzung SV – Reform, Hebung der Potentiale
- Finanzierung aus erster Hand, gegenüber Zwischenschritten

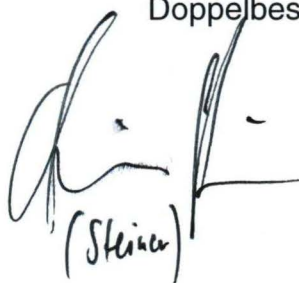
Die unterfertigten Bundesräte stellen daher folgenden

**Entschließungsantrag**

*Der Bundesrat wolle beschließen:*

„Die Bundesregierung, insbesondere der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wird aufgefordert, dem Nationalrat umgehend eine Regierungsvorlage zuzuleiten, die folgende Maßnahmen im österreichischen Gesundheitswesen organisatorisch, personell und finanziell umfasst:

- Evaluierung des Personalbedarfs auf allen Ebenen des Gesundheitswesens
- Finanzielle Fairness gegenüber allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen
- Entbürokratisierung und Kompetenzerweiterung in den Berufsfeldern des Gesundheitswesens
- Weiterbeschäftigung älterer Kassenärzte und Erweiterung der Ausbildung
- Bundesweit einheitliches Stipendiensystem bei der beruflichen Ausbildung
- Einbindung der Wahlärzte ins Kassensystem und Aufhebung des Doppelbeschäftigungsverbot.

  
(Steiner)

  
(SPANRING)

  
(Pröllner)