

**Johannes Rauch**  
Bundesminister

Herrn  
Mag. Wolfgang Sobotka  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.283.268

Wien, 3.6.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 10675/J der Abgeordneten Mag. Gerhard Kaniak und weiterer Abgeordneter betreffend ÖGK-Huss will System der Wahlärzte abschaffen**, wie folgt:

Ich schicke voraus, dass ich in vorliegender Angelegenheit eine Stellungnahme des Dachverbands der Sozialversicherungsträger eingeholt habe, der dazu wiederum von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestelltes Datenmaterial übermittelt hat.

**Fragen 1 bis 7 und 9 bis 10:**

- *Wie bewerten Sie den Vorstoß des Vizeobmanns der ÖGK, wonach das Wahlarztsystem nach deutschem Vorbild umgestaltet werden soll?*
- *Halten Sie diese Umgestaltung für realistisch?*
- *Wenn ja, warum?*
- *Wenn nein, warum nicht?*
- *Befürworten Sie eine solche Umgestaltung?*
- *Wenn ja, warum?*
- *Wenn nein, warum nicht?*

- *Befürworten Sie im Falle einer in diese Richtung gehenden Umgestaltung den Entfall von Kostenübernahmen durch die Krankenkassen?*
- *Welche Auswirkungen erwarten Sie in diesem Zusammenhang für die österreichische Gesundheitsversorgung?*

Selbstverständlich ist auch mir die jüngst vom derzeit nicht den Vorsitz im Verwaltungsrat führenden Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), Andreas Huss, getätigte und vielfach medial aufgegriffene Aussage bezüglich einer etwaigen Abschaffung des Wahlarztsystems bzw. einer Änderung des Systems in Richtung des deutschen Modells zur Kenntnis gelangt. Auslöser der auch diesem Vorschlag zugrundeliegenden Diskussion ist der Mangel an Kassenvertragsärztinnen und -ärzten. Dieses Thema ist nicht neu und es wurden in der Vergangenheit sowohl von meinem Ressort als auch von den Krankenversicherungsträgern – jeweils im Rahmen der gesetzlich determinierten Zuständigkeiten – vielfältige Maßnahmen zur Gewährleistung einer hinreichenden Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergriffen.

Grundsätzlich erachte ich die Beobachtung der Sozialversicherungssysteme anderer Länder, insbesondere auch jenes Deutschlands, als wichtig, um daraus für Österreich Schlüsse zu ziehen und die dort gewonnenen Erfahrungen für eine bestmögliche Fortentwicklung des eigenen Systems zu nützen. Dabei sind allerdings gerade auch die bestehenden doch sehr großen Unterschiede in den beiden Systemen zu beachten. Eine völlige Umgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Sinne einer gänzlichen Abschaffung des Wahlarztsystems und einer Annäherung an das deutsche Modell bedürfte daher jedenfalls einer breiten Diskussion auf politischer Ebene, um die – grundsätzlich bekannten – Vor- und Nachteile unterschiedlicher Systementscheidungen hinreichend gegeneinander abzuwägen.

Zum einen ist festzuhalten, dass der beschworene Ärztemangel nicht als österreichweites Phänomen wahrzunehmen ist. Vielmehr bewegt er sich im Bereich bestimmter Facharztgruppen (wie etwa Gynäkologie oder Kinder- und Jugendheilkunde), andererseits bezieht er sich auf bestimmte – offenbar für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzte als Kassenmedizinerinnen und -mediziner als weniger attraktiv empfundene – Regionen Österreichs.

Zum anderen sind auch durchaus Zweifel angebracht, ob mit der Umsetzung des in Rede stehenden Konzepts eine punktuell bestehende Mangelversorgung tatsächlich behoben werden könnte. Es wäre eher eine vermehrte Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in

Zentralräumen zu erwarten. Es bliebe aber weiterhin das Problem bestehen, dass Kassenarztstellen in bestimmten Gebieten nicht besetzt werden können, weil sich hierfür kein:e Bewerber:in findet.

In einem solchen Fall wäre eine freie Planstelle auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen vorhanden. Hingegen könnte der Wegfall des Wahlarztsystems dazu führen, dass in einigen Gebieten die medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich nur noch durch Privatärztinnen und Privatärzte ohne jegliche Kostenerstattung durch den Krankenversicherungsträger gegeben wäre. Die mit einer Abschaffung des Wahlarztsystems wegfallende Kostenerstattung könnte sich auch im Hinblick auf Artikel 7 der Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates, der ausdrücklich eine Kostenerstattung für im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen normiert, als problematisch erweisen.

Aus diesem Grund liegt mein Fokus zurzeit auf der Stärkung und Verbesserung des vorhandenen Systems. Die medizinische Basisversorgung muss weiterhin über die Sachleistungsschiene durch Kassenärztinnen bzw. Kassenärzte gewährleistet werden, um auch finanziell schlechter gestellten Bevölkerungsschichten die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu ermöglichen. Das Wahlarztsystem soll lediglich als Zusatz dazu verstanden werden. Von Seiten meines Ressorts wurden daher bereits Maßnahmen zur Stärkung des Kassenarztsystems eingeleitet. Aber auch auf Seiten der Sozialversicherungsträger nehme ich ein stetes Bemühen wahr, sowohl die Sachleistungsversorgung als auch den Beruf der Kassenärztin bzw. des Kassenarztes zu attraktivieren. Zu der Frage welche konkreten Maßnahmen seitens meines Ministeriums ergriffen wurden, verweise ich auf die Beantwortung der Fragen 11 bis 14, zu den seitens der ÖGK ergriffenen Maßnahmen auf die Beantwortung der Fragen 18 und 19.

**Frage 8:**

- *Welche Überlegungen und Pläne kursieren diesbezüglich in Ihrem Ministerium?*

In meinem Ressort kursieren im Hinblick auf die obigen Ausführungen zurzeit keine Überlegungen und Pläne bezüglich einer Umgestaltung des Wahlarztsystems in dem von Obmann Huss vorgeschlagenen Sinn.

**Fragen 11 bis 14:**

- *Welche Lösungsansätze bieten Sie zur besseren gesundheitlichen Versorgung durch Kassenärzte?*
- *Haben Sie in diesem Zusammenhang schon Maßnahmen ergriffen?*
- *Welche Ziele haben Sie sich zur besseren gesundheitlichen Versorgung durch Kassenärzte gesetzt?*
- *Wann und wie möchten Sie diese umsetzen?*

Hierzu möchte ich – wie schon in der Beantwortung anderer parlamentarischer Anfragen zum Thema Vertragsärztemangel wiederholt ausgeführt – festhalten, dass es im Bereich des Vertragspartnerrechts in der Ingerenz der als Selbstverwaltungskörper eingerichteten Sozialversicherungsträger liegt, Anreize (etwa durch eine Anschubfinanzierung) zu schaffen, um das Interesse der Ärztinnen bzw. Ärzte an einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger zu wecken.

In den Kompetenzbereich des Ministeriums fällt hingegen lediglich die Beteiligung an der Schaffung der hierfür notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Diesem Anliegen wurde unter anderem z.B. bereits im Jahr 2017 durch die Initiative zur Einführung des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) und die damit geschaffene Möglichkeit, Primärversorgungseinheiten zu gründen, Rechnung getragen. Auch mit dem Inkrafttreten des § 47a ÄrzteG im Jahr 2019 und der dadurch ermöglichten Anstellung von Ärztinnen bzw. Ärzten im niedergelassenen Bereich wurde vom Gesetzgeber eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung eines etwaigen Kassenärztinnen- bzw. Kassenärztemangels gesetzt. Die angesprochenen Maßnahmen haben zu einer Flexibilisierung im Bereich der Zusammenarbeitsformen von Ärztinnen bzw. Ärzten geführt, wodurch vor allem den Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte nach erhöhter Work-Life-Balance entsprochen werden konnte. Da es sich dabei allerdings vorwiegend um mittel- bis langfristige Maßnahmen handelt, werden diese ihre Wirkung erst in den kommenden Jahren vollständig entfalten können.

Zusätzlich wurde 2021 im Rahmen des Österreichischen Aufbauplans als ein wesentliches Projekt die Stärkung der Primärversorgung mit Investitionen in der Höhe von insgesamt 100 Mio. Euro verankert. Durch dieses bis 2026 laufende Projekt sollen konkrete Maßnahmen zur Attraktivierung der Primärversorgung umgesetzt und Förderungen für über 170 Projekte vorgesehen werden.

Ein weiteres laufendes Projekt im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission ist die Stärkung der Sachleistungsversorgung. Dabei sollen örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren unter anderem durch die Etablierung eines Öffnungs- und Wartezeiten-Monitorings abgebaut werden.

**Frage 15:**

- *Welche Daten liegen Ihnen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung im Sinne der Anzahl an zu behandelten Patienten und durchgeführten medizinischen Leistungen durch Kassenärzte im Vergleich zu jenen von Wahlärzten in den einzelnen Bundesländern vor?*

Da derartige Daten wenn überhaupt, dann bei den Sozialversicherungsträgern aufliegen, erlaube ich mir, zur Beantwortung dieser Frage auf die Stellungnahme des Dachverbandes zurückzugreifen:

Demnach liegen der ÖGK im Bereich der Kassenärztinnen bzw. Kassenärzten Daten über die Anzahl der behandelten Patient:innen und die abgerechneten Leistungen vor. Im Wahlarztbereich verfügt die ÖGK nur über Informationen bezüglich jener Rechnungen, die eingereicht werden und für die eine Kostenerstattung geleistet wird. In diesen Fällen werden die Anzahl der Patient:innen und die erstatteten Leistungen erfasst.

Der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) stehen im Vertragspartnerbereich grundsätzlich die abgerechneten medizinischen Leistungen je Versicherten und je Vertragspartner:in zur Verfügung. Auf Basis der Versicherten- und/oder Vertragspartnerinformationen können in Folge Gruppierungen (z.B. nach Bundesländern oder medizinischem Fachgebiet) vorgenommen werden.

Im Wahlarztbereich stehen der SVS grundsätzlich Daten über die abgerechneten medizinischen Leistungen je Versicherter bzw. je Versichertem und medizinischem Fachgebiet zur Verfügung. Angaben zu konkreten Leistungserbringer:innen werden aus verwaltungsökonomischen Gründen jedoch mehrheitlich nicht erfasst. Daraus folgt, dass regionale Gruppierungen nach dem Standort von Wahlärzten und -ärztinnen nicht möglich sind.

Der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) liegen im Bereich der Kassenärztinnen bzw. Kassenärzte Daten über die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten sowie die abgerechneten Leistungen vor.

Im Bereich der Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte liegen der BVAEB nur Informationen bezüglich der von den Versicherten eingereichten Rechnungen vor.

**Frage 16:**

- *Wie viele Patienten werden derzeit von Kassenärzten in den jeweiligen Bundesländern versorgt?*

Der durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger übermittelten und dieser Beantwortung angeschlossenen Beilage 1 ist die bundesweite trägerübergreifende Anzahl an Patient:innen bei niedergelassenen Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten aller Fachgruppen für das Jahr 2021 und das erste Quartal 2022 zu entnehmen.

In der Auswertung wird jede:r Patient:in grundsätzlich nur einmal gezählt. Sofern ein:e Patient:in in unterschiedlichen Bundesländern eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsucht, wird sie:er in jedem dieser Bundesländer als Patient:in gezählt.

Die ÖGK hat für ihren Zuständigkeitsbereich Zahlen aus der Ärztekostenstatistik der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Diese weist für das Berichtsjahr 2020 folgende Fallzahlen bei den Kassenärztinnen bzw. Kassenärzten in den Bundesländern aus. Als ein Fall gilt jede:r Patient:in, die:der in einem Quartal eine Ordination zumindest einmal aufgesucht hat. Sucht ein:e Patient:in in jedem Quartal eine bestimmte Ordination auf, wird sie:er somit viermal zum „Fall“.

Insgesamt	Ö G K								
	Wien	NÖ.	Bgld.	OÖ.	Stmk.	Knt.	Slbg.	Tirol	Vlbg.
32.222.356	8.700.850	5.092.639	972.055	5.231.580	4.172.438	1.969.183	2.131.306	2.687.680	1.264.625

Die Zahlen für das Jahr 2021 liegen in dieser Statistik noch nicht vor.

Hinsichtlich der die SVS sowie die BVAEB betreffenden Zahlen, wird auf die in Beilage 1 erfasste trägerübergreifende Auswertung verwiesen.

**Frage 17:**

- *Wie viele Patienten werden derzeit von Wahlärzten in den jeweiligen Bundesländern versorgt?*

Bei der ÖGK lassen sich auf Basis der zur Kostenerstattung eingereichten Wahlarztrechnungen für im Jahr 2020 erbrachte Leistungen folgende Fallzahlen bei Wahlärztinnen bzw. Wahlärzten ermitteln. Als ein Fall gilt jede:r Patient:in, die:der in einem Quartal eine bestimmte Wahlordination zumindest einmal aufgesucht und dafür eine Rechnung eingereicht hat.

Insgesamt	Ö G K								
	Wien	NÖ.	Bgld.	OÖ.	Stmk.	Knt.	Slbg.	Tirol	Vlbg.
2.454.847	467.922	440.919	65.185	408.791	366.340	170.520	133.010	292.678	109.470

Seitens der SVS wird auf die angeschlossene Beilage 2 verwiesen.

Aufgrund der in der Beantwortung der Frage 15 bereits erläuterten Tatsache, dass Informationen zu Leistungserbringer:innen im wahlärztlichen Bereich mehrheitlich nicht erfasst werden, ist eine regionale Aufgliederung nach Bundesländern nicht möglich.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass aus den beiliegenden Daten nicht abgeleitet werden darf, dass die angeführten Patient:innen ausschließlich bei Wahlärztinnen bzw. Wahlärzten in Behandlung sind. Vielmehr sagen die Zahlen aus, dass die angeführten Patient:innen eine Kostenerstattung für privat vorfinanzierte Gesundheitsleistungen bezogen haben. Diese könnten jedoch auch durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt erbracht worden sein – zum Beispiel außervertragliche Leistungen oder private Inanspruchnahme auf Wunsch der:des Versicherten.

Weiters ist anzumerken, dass Patient:innen mit Inanspruchnahmen in mehreren Fachgebieten je Fachgebiet einmal gezählt wurden (insgesamt somit mehrfach).

Seitens der BVAEB wird auf die nachfolgenden Aufstellungen verwiesen. Die Auswertung berücksichtigt nur jene Patient:innen, für die auch eine Kostenerstattung geleistet wurde. Pro Bundesland wird jede:r Patient:in unabhängig von der Anzahl der ärztlichen Inanspruchnahmen nur einmal gezählt.

## Allgemeinmediziner und Fachärzte

Bundesland	Wien	NÖ	Bgld.	OÖ	Stmk.	Ktn.	Sbg.	Tirol	Vbg.	Österreich
Patienten	56.438	86.517	15.609	27.566	60.407	33.368	22.787	39.807	13.532	336.170

## Zahnärzte

Bundesland	Wien	NÖ	Bgld.	OÖ	Stmk.	Ktn.	Sbg.	Tirol	Vbg.	Österreich
Patienten	31.677	40.580	6.844	16.019	42.245	18.989	24.925	34.225	13.671	227.801

### Frage 18:

- *Durch welche unmittelbaren, mittelbaren und langfristigen Maßnahmen wollen Sie hier im Bereich der Kassenärzte für Entlastung sorgen?*

Ich verweise hierzu auf die Beantwortung der Fragen 10 bis 14.

Die ÖGK merkt dazu ergänzend an, dass grundsätzlich durch die gesamtvertraglich zwischen ÖGK und Ärztekammern vereinbarte Stellenplanung Überlastungssituationen von Ärztinnen bzw. Ärzten eher die Ausnahme sind. Dass es dennoch lokal und temporär zur Überlastung – und damit zu Entlastungsbedarf – kommt, kann verschiedene Gründe haben. Je nach Ursache werden von der ÖGK verschiedene Maßnahmen gesetzt:

### Überlastung aufgrund vakanter Stellen in der Umgebung

Gelingt es nicht, eine Stelle nahtlos nachzubeseetzen, wird diese weiterhin ausgeschrieben. Die ÖGK intensiviert dabei die aktive Suche nach Interessent:innen, z.B. durch Direct Mailings, persönliche Gespräche, Informationsveranstaltungen, etc.

Die Patient:innen werden interimistisch von umliegenden Ärztinnen bzw. Ärzten versorgt. Diese erhalten dadurch ein zusätzliches Honorar, wodurch ihnen den Einsatz zusätzlichen Personals (z.B. eine ärztliche Vertretung, eine DGKP [diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson], mehr Assistenz-Stunden) ermöglicht wird. Teilweise sehen die Verträge auch weitere finanzielle Anreize vor.



Gelingt es längerfristig nicht, vakante Stellen zu besetzen oder kommt es zu einer regionalen Häufung unbesetzter Stellen, sucht die ÖGK – teils in Abstimmung mit der Ärztekammer – gezielt nach regional angepassten Lösungen:

- Beratung der umliegenden Ordinationen hinsichtlich dauerhafter Ausweitung der Ressourcen, z.B. Gründung einer Gruppenpraxis mit mehr als einer Stelle oder Gründung von Primärversorgungseinheiten (PVE)
- Gespräche mit den Gemeindevertreter:innen bezüglich lokaler Handlungsmöglichkeiten
- Etablierung alternativer Versorgungsmodelle, z.B. Kooperation mit Spitalträgern, dislozierte Ambulanzen, Verrechnungsberechtigungen etc.

#### Demographische Entwicklung

Im Zuge der Stellenplanung wird die regionale demographische Entwicklung beobachtet und der Bedarf nach ärztlicher Versorgung im Einvernehmen mit regionalen Ärztekammern angepasst. Das kann je nach regionaler Situation durch Etablierung ganzer Stellen, aber auch durch eine anteilige Erweiterung bestehender Ordinationen erfolgen (z. B. Gruppenpraxis mit 1,5 Stellen).

#### Stark unausgewogene Auslastung der lokalen Vertragsärzteschaft

Fallweise sind starke Unterschiede bei der Auslastung der Ordinationen zu beobachten. Dabei ist anzumerken, dass die ÖGK kaum Einfluss auf die Ordinationsführung bzw. auf die Präferenz ihrer Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte bezüglich Arbeitsumfang hat. Entstehen dadurch auf lokaler Ebene Probleme, kann nur gemeinsam mit der ärztlichen Landesvertretung und im Einvernehmen mit der ansässigen Ärzteschaft nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden.

#### Langfristige Perspektive

Langfristig setzt sich die ÖGK für eine optimierte Versorgungssteuerung hin zum best point of service nach gesundheitsökonomischen und public-health-orientierten Kriterien ein: Das bedeutet eine Stärkung der Primärversorgung sowie eine effektive Patient:innenlenkung zwischen Primär- und Sekundärversorgung bzw. innerhalb der sekundären Versorgungsebene (Fachärztinnen bzw. Fachärzte, Spitals(fach)ambulanzen

und spezialisierte ambulante Versorgungseinheiten). Die Umsetzung erfordert gemeinsame Bemühungen aller Partner:innen im Gesundheitswesen (Bund, Länder, ärztliche Standesvertretung).

**Frage 19:**

- *Durch welche unmittelbaren, mittelbaren und langfristigen Maßnahmen wollen Sie hier im Bereich der Kassenärzte für zusätzliche Versorgungskapazität sorgen?*

Auch hierzu verweise ich auf die Beantwortung der Fragen 10 bis 14.

Ergänzend wird von der ÖGK angemerkt, dass Österreich die zweithöchste Ärztedichte in der OECD hat. Es geht daher darum, einerseits die ärztlichen Kapazitäten effektiver und effizienter einzusetzen (Ärztinnen- bzw. Arztentlastung) und andererseits ärztliche Ressourcen verstärkt in den Vertragsarztbereich zu bringen. Von der ÖGK dazu gesetzte Maßnahmen sind:

Stärkung der Primärversorgung

Patient:innen wenden sich in Österreich vergleichsweise häufig direkt an Fachärztinnen bzw. Fachärzte – auch in Fällen, die in der Primärversorgung sehr gut versorgt wären. Eine gestärkte Primärversorgung bietet mehr wirksame Prävention, frühzeitige Erstinterventionen und eine effektive Versorgungskoordination. Damit wird eine abgestimmte Versorgung gefördert, Doppelgleisigkeiten werden vermieden und spezialisierte Kapazitäten entlastet.

Förderung ab der Ausbildung

In der Allgemeinmedizin – wo es zu wenige Absolvent:innen gibt, um den aktuellen Bedarf zu decken – unterstützt die ÖGK Jungmediziner:innen durch Förderung der Lehrpraxis und Mentoringprogramme. Darüber hinaus geht die ÖGK direkt auf Jungmediziner:innen zu, arbeitet mit Universitäten zusammen und informiert z.B. bei Veranstaltungen über die Vorteile des Kassenvertrags. Außerdem wird an einer Gründungsberatung mit neuen Services gearbeitet. Die Steuerung von universitären und klinischen Ausbildungskapazitäten ist keine Zuständigkeit der ÖGK.

### Stärkere Einbindung der Pflege

Durch eine Stärkung der Pflege in der niedergelassenen Versorgung könnten die Versorgungskapazitäten erhöht und ärztliche Ressourcen entlastet werden. Internationale Modelle wie die Community Nurses und Advanced Nursing Practitioners sollen auch in Österreich Teil des Versorgungsnetzes werden.

### Teamarbeit

Bereits jetzt ist Teamarbeit in den Kassenverträgen alltäglich: Gruppenpraxen, Jobsharing und die Mitarbeit von Ärztinnen bzw. Ärzten als Vertreter:innen oder Angestellte erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Multiprofessionelle Teamarbeit mit anderen Gesundheitsberufen ist ein zentrales Merkmal von Primärversorgungseinheiten. Die Ärztinnen bzw. Ärzte werden von nichtärztlichen Tätigkeiten entlastet und gewinnen Zeit für ihre Kernkompetenzen bzw. für medizinische Schwerpunkte. Patient:innen profitieren von der Kompetenz anderer Gesundheits- und Sozialberufe, z.B. Diätologie, Sozialarbeit, Psychologie und Psychotherapie.

### Neue Versorgungsmodelle

Kooperative, sektoren-, fachgebiets- und berufsgruppenübergreifende Versorgungsmodelle sollen die Versorgung am best point of service verbessern, die Effizienz und die Effektivität der Versorgung fördern und die Arbeitszufriedenheit für die Behandlungsteams sowie die Ergebniszufriedenheit für die Patient:innen verbessern.

### Attraktive Kassenverträge

Um Nachbesetzungsprobleme im Vertragsarztbereich zu minimieren, bietet die ÖGK bereits jetzt ein breites Spektrum attraktiver Möglichkeiten zur Arbeit im Kassenvertrag: Von Einzelverträgen über verschiedene Formen der Gruppenpraxis und Jobsharing bis hin zu Primärversorgungseinheiten (PVE). Die Arbeit im Kassenvertrag bietet – vom Rechnungshof bestätigt – ein hohes Einkommen, ein hohes Maß an Flexibilität und attraktive Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Diese überzeugenden Vorzüge bleiben in der medialen Debatte leider im Hintergrund und sollten wesentlich deutlicher thematisiert werden.

**Frage 20:**

- *Wann kommt die Umsetzung des Facharztes für Allgemeinmedizin?*

Zur Einführung der Fachärztin bzw. des Facharztes im Bereich Allgemeinmedizin zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin bedarf es, aufgrund der multifaktoriellen Auswirkungen, der Vernetzung aller Stakeholder durch Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe der Kommission für die ärztliche Ausbildung zur Erarbeitung der wesentlichen Themen. Die eingerichtete Unterarbeitsgruppe der Kommission für die ärztliche Ausbildung tagte bisher fünf Mal, zuletzt am 11.05.2022.

Wesentlich sind neben den Fragen der Dauer, der Inhalte der Ausbildung und der Übergangsbestimmungen für bisherige Allgemeinmediziner:innen, auch die Fragen der Finanzierung bei einer verlängerten Ausbildungszeit und damit einhergehenden Strukturänderungen anzudenken.

Nach inhaltlicher Klärung ist die Textierung der notwendigen Ärztegesetznovelle (Begutachtung) für Ende des 3. Quartals 2022 denkbar und die begleitenden Änderungen der Ärztinnen- bzw. Ärzte-Ausbildungsordnung wären für das kommende Jahr 2023 vorzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

