

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.740.568

Wien, 7.12.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 12684/J des Abgeordneten Max Lercher, Genossinnen und Genossen, betreffend „Ärzt*innenmangel und medizinische Versorgungssicherheit in der Steiermark** wie folgt:

Eingangs halte ich fest, dass auch eine Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die in der folgenden Beantwortung berücksichtigt ist.

Frage 1:

- *Wurden im Allgemeinen Maßnahmen vonseiten Ihres Ministeriums gesetzt, um dem Ärzt*innenmangel, vor allem in ländlichen Regionen, entgegenzuwirken?*
 - a) *Wenn ja, welche?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*

Einleitend ist festzuhalten, dass Österreich mit über 10.000 Planstellen für Vertragsärzt:innen (inkl. Zahnmedizin) über ein enorm dichtes ärztliches Versorgungsnetz verfügt. Laut Stellenplan-Monitoring der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zeigt sich, dass mit Stichtag 1. Jänner 2022 österreichweit gesamt 97 % der Planstellen besetzt sind. Auch

auf längere Sicht hat die Zahl der Vertragsärzt:innen pro 100.000 seit 1970 von 71,6 auf 82,0 zugenommen.

Insgesamt mangelt es also nicht an Ärzt:innen. Von 2000 bis 2020 ist die Anzahl der berufsausübenden Ärzt:innen (inkl. Zahnärzt:innen) erheblich um rund 55 % gestiegen, die Bevölkerung im gleichen Zeitraum ist allerdings nur um ca. 11 % gewachsen.

Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass es in Österreich derzeit stellenweise zu Nachbesetzungs- und Verteilungsproblemen kommt, die auf unterschiedlichen Ursachen beruhen. Zum einen gibt es durch den Generationenwechsel aktuell mehr nachzubesetzende Stellen. Viele wollen nicht als Vertragsärzt:innen arbeiten, weil vielerorts ein negatives Berufsbild gezeichnet wird. Es wird immer schwieriger, die Ärzteschaft für ein Tätigwerden im öffentlichen System zu gewinnen, u.a. können teilweise Stellen in einigen Regionen nicht bzw. erst nach längerer Zeit nachbesetzt werden. Die Gründe sind mannigfaltig. Es ist notwendig sich diesem Thema von allen Seiten zu nähern und grundsätzlich verschiedene Lösungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen und zur Diskussion zu stellen.

Gerade die ländlichen Gebiete sind von dieser Thematik besonders betroffen, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Die „neue“ Generation an Ärzt:innen (und gewiss ebenso das Pflegepersonal) wünscht sich unter anderem vermehrtes Arbeiten im Team, bessere Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf und flexiblere Arbeitszeitmodelle. Im Rahmen Ihrer Zuständigkeit sind die Bundesländer bzw. die Sozialversicherung für die konkrete Ausgestaltung von attraktiven Arbeitsbedingungen zuständig, um auch in Zukunft junges Gesundheitspersonal für den Spitalsbereich bzw. auch den niedergelassenen Bereich zu gewinnen.

Auf Bundesebene wurde im Juni 2018 in der Zielsteuerung-Gesundheit ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin als zentraler primärversorgender Bereich beschlossen und seitdem jährlich ein Bericht zum Stand und Fortgang der Umsetzung erstellt. Dieser Maßnahmenkatalog untergliedert sich in 4 Bereiche, nämlich

- universitäre Ausbildung,
- postpromotionelle Ausbildung,
- Berufsausübung und Prestige und
- Berufsbild der Allgemeinmedizin

Weiters wurden Initiativen und Aktivitäten zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet, z.B. Kooperation Krankenanstalten und niedergelassener Bereich (zusätzlich zur Niederlassung Anstellung in Krankenanstalt möglich), Forcierung von neuen, interdisziplinären Versorgungsmodellen, etc. Einer der wesentlichen Aspekte ist die Einführung einer Fachärztin/eines Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin, welcher erst kürzlich in der Kommission für die ärztliche Ausbildung beschlossen wurde und den Beruf des Allgemeinmediziners/der Allgemeinmedizinerin über die erhöhte Ausbildungszeit in der Lehrpraxis, der Ort an dem die jungen Allgemeinmediziner:innen anschließend überwiegend tätig werden, attraktivieren soll.

Im Hinblick auf den wohl auch kausal im Vordergrund stehenden gesellschaftlichen Wandel kann dem Mangel nur mit einem Maßnahmenbündel begegnet werden. U.a. anzustreben sind neue Strukturen in der allgemeinmedizinischen Versorgung, (inkl. verbesserte Regelung der Bereitschaftsdienste/Bereitschaftssprengel, Primärversorgungseinheiten (PVEs), auch verbesserte Vertretungsregelungen, strukturierter Wissens- und Erfahrungstransfer) entsprechend des sich ändernden Verständnisses dieses Berufsfeldes unter der jungen Ärztinnen- bzw. Ärzteschaft.

Im Falle eines Mangels an Nachwuchsärzt:innen im Bereich der Sonderfächer besteht die Möglichkeit einzelne Sonderfächer als Mangelfach einzustufen. Dies ermöglicht, eine höhere Quote an Fachärzt:innen durch eine Änderung des Ausbildungsschlüssels ausbilden zu können. Derzeit ist beispielsweise die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangelfach eingestuft.

Darüber hinaus soll auch u.a. eine neue Form der Primärversorgung durch die Etablierung von Primärversorgungseinheiten (PVE) Anreize für Allgemeinmediziner:innen sowie weitere Gesundheits- und Sozialberufe bieten. Die neuen PVE werden als Ergänzung zum bestehenden allgemeinmedizinischen Versorgungsmodell verstanden, um die Primärversorgung in Österreich langfristig zu stärken. PVE in Form von Zentren oder als Netzwerke an mehreren Standorten v.a. in ländlichen Regionen sollen die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld attraktiv gestalten. PVE sind v.a. für die junge Generation aufgrund der Teamstruktur, der Flexibilität und der besseren Work-Life-Balance besonders ansprechend. Weitere Vorteile der PVE sind die erweiterten Öffnungszeiten (auch zu Tagesrandzeiten) sowie das Angebot eines breiten Leistungsspektrums. In diesem Zusammenhang hat das BMSGPK auch ein maßgebliches Projekt mit Mitteln in Höhe von 100 Mio. Euro im österreichischen Aufbauplan zur Stärkung der Primärversorgung verankert. Darüber hinaus haben die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereits eine

Reihe von weiteren Zielen und Maßnahmen vereinbart, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nachhaltig sicherzustellen. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Sicherstellung einer ausreichenden Verfügbarkeit des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals. Neben den umfassenden Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin werden auch Facharztoffensiven wie im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde laufend erarbeitet und implementiert. Ferner hat sich das BMSGPK gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern allgemein für die Attraktivierung von Sonderfächern mit Unterversorgung stark eingesetzt.

Darüber hinaus bedarf es struktureller Änderungen, um die Arztlastigkeit im Gesundheitssystem dort wo möglich, zu reduzieren und die Versorgung angepasst an die sich verändernden Umstände weiterhin effektiv und effizient zu halten. 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 Patient:innen im Gesundheitssystem zum „Best point of service“
- Beseitigung von Doppelgleisigkeiten

Aus Sicht 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 Ärzt:innen zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (im niedergelassenen Bereich) hat für die Krankenversicherungsträger jedenfalls oberste Priorität. In diesem Sinn haben die Träger – federführend durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) – 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 Wahlärzt:innen 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 Stakeholder:innen 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 Vertragsärzt:innen 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 Hausärzt:innen gleichermaßen. Das entspricht auch den Ansprüchen vieler Ärzt:innen, insbesondere der nachrückenden Generation und aktiviert schlummernde Ressourcen im ärztlichen Bereich, wenn Ärzt:innen 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 Landärzt:innen 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 Vertragsärzt:innen für Allgemeinmedizin im Durchschnitt bei € 150.000,- (alle Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträge sind bereits abgezogen). Fachärzt:innen verdienen mehr, mit steigender Tendenz.

Schließlich 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 Ärzt:innen.

Frage 2:

- *Im Gesundheitsausschuss am 05.10.2022 wurde der Antrag 2743/A(E) „Kampf gegen den Ärztemangel durch gezielte Maßnahmen wie z.B. der Verdoppelung der Studienplätze“ aufgrund der Stimmenmehrheit der Regierungsparteien vertagt. Wie bewertet Ihr Ministerium die im Maßnahmenpaket geforderten, einzelnen Punkte:*
 - a) Verdoppelung der Medizinstudienplätze in Österreich, die daran geknüpft werden, nach Abschluss der Ausbildung im öffentlichen Gesundheitsbereich und/oder im Sachleistungsbereich (Kassenvertragsstelle) für eine bestimmte Zeit tätig zu sein.*
 - b) Ausstattung der Universitäten mit den dafür erforderlichen Budgets.*
 - c) Anreize für Medizinstudent*innen und Ärzt*innen im Land zu bleiben und/oder Allgemeinmediziner*in zu werden (z. B mit Stipendien; durch Vorreihung bei der Zuteilung von Ausbildungsplätzen oder Praxisgründungsunterstützungen).*

- d) Arztberuf aufwerten: verstärkter Fokus auf bezahlte Praktika in der Ausbildung.*
- e) Kassenverträge für alle Ärzt*innen, die einen solchen Vertrag wollen.*
- f) Bessere Arbeitsbedingungen: z.B. mehr Primärversorgungseinrichtungen und andere Kooperationsmöglichkeiten, weniger belastende Bereitschaftsdienstregelungen, attraktive Arbeitsinhalte, Entbürokratisierung, Teilzeitmöglichkeiten und Kinderbetreuungseinrichtungen.*

a+b:

Zunächst ist festzuhalten, dass die Regelung des Zugangs und der Zahl der Medizinstudent:innen sowie die Ausstattung der Universitäten grundsätzlich in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) und der Medizinischen Universitäten fallen. Ein fachlich gezielter Austausch, um die personelle Situation der Ärzt:innen in Österreich zukünftig bedarfsgerecht abzusichern, wird mit dem für das Humanmedizinstudium zuständigen BMBWF regelmäßig in verschiedenen Gremien abgehalten.

Es ist darauf hinzuweisen, dass mit einer Ausweitung der Studienplätze nicht automatisch vermehrt Ärzt:innen im Sachleistungsbereich tätig werden bzw. ein Teil der Ärzt:innen für das Ausland ausgebildet wird oder auch ins Ausland geht.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) merkte dazu an, dass sie plane, ab dem Sommersemester 2023 50 Stipendien für Medizinstudierende an einer österreichischen Hochschule ab dem 3. Studienjahr zu vergeben. Voraussetzung sei, dass sich die Studierenden nach Absolvierung des Studiums zu einer Übernahme einer Vertragsarztstelle in den Fächern Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie, Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie verpflichten.

Darüber hinaus finden derzeit Gespräche zwischen der ÖGK und dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung statt. Bei den Beratungen wird die Schaffung eines Kontingents an zusätzlichen Studienplätzen für Medizinstudierende, die an die Bereitschaft zur Annahme eines Kassenvertrages gebunden sind, besprochen.

c:

Eine 2019 durchgeführte Befragung von Studierenden zeigte, dass 74 % von diesen eine Ausübung des Berufs in Österreich präferieren (2013 lag dieser Wert noch bei 58 %).

Die Stärkung und Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Primärversorgung ist für das BMSGPK eine zentrale Zielsetzung und ein wesentlicher Teil der aktuellen Gesundheitsreform.

Im Übrigen wird auf die Beantwortung zu den Fragen 1, 2a und 2b verwiesen.

d:

Dazu ist festzuhalten, dass der Praxisteil ein wesentlicher Bestandteil ist, wobei aber bezahlte Praktika im Laufe des Medizinstudiums nicht in der Verantwortung meines Ministeriums liegen, sondern grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung fallen.

Im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung, die in der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz liegt, wird großer Wert auf eine möglichst praxisnahe Ausbildung gelegt. Ganz wesentlich hierfür ist die Lehrpraxis, die den Turnusärzt:innen einen wertvollen Einblick in die niedergelassene Arbeit bietet und selbstverständlich auch entlohnt wird.

Im Gesamtvertrag für das Modell der PVE ist festgehalten, dass jede Einheit die erforderlichen Voraussetzungen für eine Lehrpraxis zu erfüllen und gegebenenfalls zumindest einen Ausbildungsplatz zur Verfügung zu stellen hat.

Zur qualitativen Verbesserung der (Turnus-)Ausbildung für Allgemeinmediziner:innen wurde durch den damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der österreichischen Ärztekammer der Lehrpraxis-Gesamtvertrag abgeschlossen. Ziel der Lehrpraxis ist der Erwerb und Nachweis von für die Betreuung von Patient:innen in der freiberuflichen Kassenpraxis notwendigen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie deren Anwendung im extramuralen Bereich.

Da die Primärversorgung der Bevölkerung von höchster gesellschaftspolitischer Bedeutung ist und die Lehrpraxis letztlich auch der Absicherung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung dient, wird die Ausbildung praktischer Ärztinnen und Ärzte in Lehrpraxen durch Bund, Länder und Sozialversicherung gefördert, wobei Sozialversicherung und Länder jeweils 30 %, der Bund 25 % und die Ärzteschaft 15 % der Gesamtkosten tragen.

e:

Hinsichtlich Unterfrage 2e) ist vorweg festzuhalten, dass die Umsetzung dieses Vorschlags das Ende jeglicher Planung im Gesundheitswesen bedeuten und gleichzeitig das angesprochene Problem des drohenden Ärztemangels wohl nicht lösen würde.

Derzeit erfolgt eine Versorgungsplanung durch die Stellenpläne der Krankenversicherungsträger einerseits und die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) – auf Grundlage des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) – andererseits, wobei eine gegenseitige Abstimmung dieser Planungsinstrumente vorgesehen ist.

Dem Problem eines Ärzt:innenmangels wäre durch diesen Vorschlag wohl nicht beizukommen, weil das wesentliche Versorgungsproblem darin besteht, dass einzelne Vertragsarztstellen, die als weniger attraktiv wahrgenommen werden (insbesondere im ländlichen Bereich), trotz intensiver Bemühungen der Krankenversicherungsträger nicht besetzt werden können. Gründe dafür sind u.a. die zunehmend schwindende Attraktivität der Allgemeinmedizin sowie die als vorteilhaft betrachtete Ausübung des Facharztberufes in Form der „Privatmedizin“ durch Wahlärzt:innen in Fächern, die ökonomisch reizvolle Möglichkeiten der Erbringung von außervertraglichen Leistungen bzw. der Zuführung zu Operationen bieten. Da Ärzt:innen in den von einer Mangelversorgung betroffenen regionalen bzw. fachlichen Gebieten ohnedies häufig keine Konkurrenz bei der Bewerbung um eine entsprechende Planstelle haben, würde auch eine Öffnung des Kassenarztsystems im Sinne dieses Entschließungsantrags wohl nicht das gewünschte Ergebnis (nämlich die Besetzung offener Planstellen) bringen.

Andererseits würde dies jedoch dort wenig erfreuliche Auswirkungen zeigen, wo es viele Interessent:innen für eine vertragsärztliche Tätigkeit gibt (v.a. in Ballungsräumen). Die schrankenlose Vergabe der Kassenverträge würde nämlich allen niedergelassenen Vertragsärzt:innen eine gewisse Planungssicherheit hinsichtlich der zu erwartenden Frequenz an Patient:innen nehmen und somit einen heftigen Konkurrenzdruck unter den Ärzt:innen bewirken. Darüber hinaus sollte auch das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen nicht unberücksichtigt bleiben, wonach ein erhöhtes ärztliches Angebot zu höherer Inanspruchnahme mit entsprechend höheren Kosten führt – ohne zwangsläufige Verbesserung der Versorgungsqualität.

Mein Ministerium strebt die Attraktivierung des Vertragsarztberufes an – die Besetzung von Stellen ist ein großes Anliegen. Jedoch muss hier gesagt werden, dass dies nicht im Kompetenzbereich des Bundes liegt, sondern diese werden im Rahmen der Selbst-

verwaltung zwischen der Österreichischen Ärztekammer und den Sozialversicherungsträgern ausgehandelt. Das BMSGPK wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf hin, dass ausreichend Kassenvertragsstellen ausgeschrieben werden und setzt sich gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern allgemein für die Attraktivierung von Sonderfächern mit Unterversorgung bei den Kassenverträgen stark ein.

Seitens der ÖGK wurde ein Bündel von Vorhaben zur Attraktivierung des Kassenarztes/der Kassenärztin beschlossen. Dies sind u.a.:

- die Etablierung einer „Service-Center Vertragspartnerschaft“,
- die Bereitstellung eines „Sorglos-Pakets“ für zukünftige Vertragspartner:innen,
- ein weiterentwickeltes, modernes Recruiting von Vertragspartner:innen
- die Bereitstellung der Versorgung durch “Ärztebereitstellungsgesellschaft”.

f:

Die Zusammenarbeit vieler Ärzt:innen in z.B. Modellen wie Gruppenpraxen bzw. die Kooperation innerhalb einer PVE kann nicht nur das Arbeitsumfeld verbessern und anfallende Bürokratie reduzieren, sondern ermöglicht auch flexiblere Arbeitsstrukturen für alle Team-Mitglieder. Die Entwicklung von PVE in Österreich hat für das BMSGPK hohe Priorität. Daher hat das Ministerium ein entsprechendes Projekt im Österreichischen Aufbauplan verankert, um u.a. auch der Ausdünnung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum entgegenzuwirken: Im Rahmen der „Recovery and Resilience Facility (RRF)“ erhält Österreich in den kommenden Jahren bis zu 100 Millionen Euro zur Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung. Das Projekt läuft bis 2026 und umfasst neben Maßnahmen zur Attraktivierung der Primärversorgung. Es werden damit u.a. PVE-Neugründungen und Projekte in der bestehenden Primärversorgung gefördert.

Darüber wurde die Plattform Primärversorgung eingerichtet, die die nationale Anlaufstelle für alle in der Primärversorgung (PV) tätigen bzw. an multiprofessioneller PV interessierten Personen sein soll. Sie setzt eine Vielzahl an Maßnahmen und Angeboten für die breite Öffentlichkeit sowie für ihre Mitglieder um: Es werden u.a. nationale Vernetzungsangebote für die Mitglieder der Plattform Primärversorgung (z.B. Vernetzung zwischen sowie innerhalb der unterschiedlichen Professionen in der Primärversorgung) sowie Webinare zu PV-relevanten Themen und weitere Informationsveranstaltungen geboten.

Für die Allgemeinmedizin werden im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit im Rahmen der Arbeitsgruppe „Attraktivierung Allgemeinmedizin“ umfassende Konzepte zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet, z.B. Kooperation Krankenanstalten und niedergelassener Bereich (zusätzlich zur Niederlassung Anstellung in Krankenanstalt möglich), Forcierung von neuen, interdisziplinären Versorgungsmodellen, Fortführung und der Ausbau der Digitalisierung, auch zur Bürokratieentlastung, etc.

Frage 3:

- *Haben Sie vor, einzelne der oben genannten Forderungspunkte umzusetzen, bzw. sich bei den zuständigen Stellen für eine Umsetzung dieser Punkte einzusetzen?*
 - a) Wenn ja, für welche der geforderten Maßnahmen möchten Sie sich auf welche Weise einsetzen?*
 - b) Wenn nein, warum nicht?*

Aktuell sind, wie oben ausgeführt, zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung im Bereich der Ausbildung und im Bereich der Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen umgesetzt bzw. werden erarbeitet (z.B. Facharzt bzw. Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Arbeitsgruppe „Attraktivierung Allgemeinmedizin“, RRF-Projekt Primärversorgung).

Frage 4:

- *Aufgrund der Tatsache, dass das Land Steiermark an privaten Universitäten Ausbildungsplätze kaufen musste, forderte die ÖH MedUni Graz unter anderem besser bezahlte Praktika und eine attraktivere medizinische Ausbildung, um dem Ärzt*innenmangel begegnen zu können. Wollen Sie dieser Forderung nachgehen?*
 - a) Wenn ja, in welcher Weise?*
 - b) Wenn nein, warum nicht?*

Wie bereits in der Beantwortung zu Frage 2 ausgeführt sind derzeit zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung im Bereich der Ausbildung und im Bereich der Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen umgesetzt bzw. werden erarbeitet (z.B. Facharzt bzw. Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Erweiterung Lehrpraxis und Lehrpraxenförderung). Darüberhinaus wird auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung verwiesen.

Frage 5:

- *Haben Sie vor, dass Projekt „Landarztzukunft“ der MedUni Graz in ganz Österreich auszurollen, bzw. die notwendigen Mittel dafür zur Verfügung zu stellen?*
 - a) Wenn ja, wann?*
 - b) Wenn nein, warum nicht?*

Es wurde eine Analyse von einzelnen Projekten zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin durchgeführt und Projekte mit Vorbildfunktion, sogenannte Leuchtturmprojekte, identifiziert. Das Projekt „LandarztZUKUNFT“ ist eines davon. Aktuell ist kein Ausbau des Projektes geplant, da diese Leuchtturmprojekte zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin auch in anderen Bundesländern bestehen und durchgeführt werden. Obwohl einige der Projekte bisher hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind, scheint eine endgültige Beurteilung auf Grund der kurzen Implementierungszeit verfrüht. Es ist notwendig, die Informationsmaßnahmen über die Projekte und die Kommunikation mit den potenziellen Projektteilnehmer:innen zu verstärken. Die kontinuierliche Erhebung der Akzeptanz sowie der Beurteilung durch die Projektteilnehmer:innen und ggf. notwendiger Anpassungen sind erforderlich.

Fragen 6 bis 8:

- *Im Türkis- Grünen Regierungsprogramm waren fixe Landarztstipendien- Plätze geplant. Dies wären „spezielle Studienplätze an öffentlichen Universitäten“ gewesen, mit deren Annahme man sich für einen befristeten Zeitraum verpflichtet hätte, in Österreich zu arbeiten. Aber eine konkrete Ausgestaltung dieser „Idee“ ist auch im Jahr 2022 noch nicht öffentlich bekannt*
 - a) Soll das Landarztstipendium tatsächlich noch eingeführt werden und wenn ja, wann?*
 - b) Wie soll die genaue Ausgestaltung dieses Stipendiums aussehen?*
- *Seit diesem Herbst war es erstmals möglich, Medizinstudiums- Plätze im öffentlichen Interesse zu reservieren (beispielsweise für Kassenärzt*innen, Landärzt*innen, Institutionen etc.). Keines der Bundesländer hat Interesse an einer solchen Stelle angemeldet. Einzig das österreichische Bundesheer hat hier zugegriffen. Aus den Bundesländern ist zu vernehmen, dass sie nicht über diese Option informiert worden seien.*
 - a) Wann und auf welche Art und Weise wurden die Länder informiert?*
 - b) Mit wem wurde in der Steiermark bezüglich dieser Möglichkeit Kontakt aufgenommen?*

- *Wie erklären Sie sich, dass die Steuerung von Plätzen an öffentlichen medizinischen Universitäten augenscheinlich ein solches Hindernis darstellt, dass die Bundesländer sich gezwungen fühlen, mit privaten Universitäten (um ein Vielfaches des Kosteneinsatzes) zu kooperieren (Steiermark: Sigmund- Freud- Privatuniversität, Niederösterreich: Karl- Landsteiner Privatuniversität, Burgenland: Danube Private University)?*

Es wird auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung und auf die Ausführungen zu den Unterfragen 2a) und 2b) verwiesen.

Über die Möglichkeit, Medizinstudienplätze im öffentlichen Interesse zu reservieren, erlangte mein Ressort zeitgleich mit den Ländern Kenntnis. Umgehend nach Vorliegen dieser Informationen wurde dieses Thema in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit behandelt. Seitdem erfolgt auch ein regelmäßiger Informationsaustausch mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Von diesem wurde auch eine Arbeitsgruppe eingerichtet, der insbesondere Vertreter:innen der Länder angehören.

Darüber hinaus befasst sich auch eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Projekts „Öffentlicher Gesundheitsdienst Neu“ mit der Thematik „Studienplätze im öffentlichen Interesse“. Weiters wurde dieses Thema auch in der letzten Videokonferenz mit den Gesundheitslandesrät:innen avisiert.

Frage 9:

- *Haben Sie vor, wie bereits von diversen Seiten gefordert, bezahlte Praktika bei Hausärztinnen vonseiten Ihres Ministeriums als Teil der Ausbildung zu akzeptieren und die budgetären Mittel dafür zur Verfügung zu stellen?*
 - a) Wenn ja, wann und in welcher Höhe?*
 - b) Wenn nein, warum nicht?*

Es wird darauf verwiesen, dass mit der Förderung der verpflichtenden sechsmonatigen Ausbildung in Lehrpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin dieser Forderung bereits nachgekommen wurde:

Es gibt aktuell für angehende Ärzt:innen „bezahlte Praktika“ in Form einer Lehrpraxis für Allgemeinmedizin. Im Anschluss an den Spitalsturnus ist die verpflichtende Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin vorgesehen. Dieser verpflichtende Ausbildungsteil erfolgt im Rahmen einer sechsmonatigen Lehrpraxis. Sie wird zum Beispiel bei

Allgemeinmediziner:innen oder in Lehrgruppenpraxen absolviert. Die Lehrpraxis stellt den letzten Ausbildungsabschnitt für angehende Allgemeinmediziner:innen dar. Die Finanzierung erfolgt nach einem festgelegten Aufteilungsschlüssel durch Bund, Land, Sozialversicherungsträger und Inhaber:innen der Lehrpraxis.

Frage 10:

- *Haben Sie vor, wie bereits von diversen Seiten gefordert, sich für besser geregelte Karenzmöglichkeiten für Kassenärzt*innen einzusetzen?*
 - a) *Wenn ja, wann und auf welche Art?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*

Aus Sicht der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes ist anzumerken, dass Vertragsärzt:innen freiberuflich tätig sind. Grundsätzlich können sie – wie andere Selbstständige auch – ihre Elternschaft frei gestalten und auch Kinderbetreuungsgeld beantragen.

Um den besonderen Lebenssituationen jedoch gerecht zu werden – eine Karenzierung im engeren Sinn kommt meist nicht in Frage – wurden in den letzten Jahren zahlreiche Möglichkeiten, wie die erweiterte Stellvertretung, die Anstellung von Ärzt:innen oder die Zusammenarbeit in Job-Sharing-Gruppenpraxen, geschaffen. Beispielsweise besteht laut dem Gesamtvertrag der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) für die Zeit der Karenz die Möglichkeit der Vertretung. § 7 des Gesamtvertrages regelt unter anderem auch, wie vorzugehen ist, wenn die „Vertretung länger als drei Monate“ dauert.

Frage 11:

- *Haben Sie vor, wie bereits von diversen Seiten gefordert, sich für besser moderne Gruppenpraxenmodelle einzusetzen?*
 - a) *Wenn ja, wann und auf welche Art?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*

Wie bereits bei der Beantwortung der Frage 2 ausgeführt sind die Stärkung und Attraktivierung der Primärversorgung für das BMSGPK eine zentrale Zielsetzung und ein wesentlicher Teil der aktuellen Gesundheitsreform und es wurden und werden in diesem Bereich zahlreiche Maßnahmen erarbeitet. Neue Formen der Primärversorgung, wie Primärversorgungseinheiten, aber auch Gruppenpraxen und der Ausbau von Netzwerken, sollen Anreize für (junge) Allgemeinmediziner:innen, einige der Modelle auch für

Fachärzt:innen sowie weitere Gesundheits- und Sozialberufe bieten. PVE in Form von Zentren oder als Netzwerke an mehreren Standorten v.a. in ländlichen Regionen sollen die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld attraktiv gestalten. Um dies weiter zu forcieren, werden im Rahmen des RRF-Projekts zur Stärkung der Primärversorgung bis 2026 mindestens 60 neue PVE gefördert.

Seitens der Krankenversicherungsträger wurden in den vergangenen Jahren schon viele Maßnahmen gesetzt und es sind auch für die Zukunft weitere Maßnahmen vorgesehen.

Von Seiten der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes selbst wird dazu angemerkt, dass es bereits eine Vielzahl an Möglichkeiten für eine moderne Zusammenarbeit gibt. Diese reichen von diversen Jobsharing-Varianten bis hin zur Primärversorgungseinheit.

Beispielsweise gibt es seitens der ÖGK in der Steiermark mit der Ärztekammer für Steiermark einen aufrechten Gesamtvertrag für Gruppenpraxen ohne Abschläge hinsichtlich der Leistungsverrechnung. Mit den Job-Sharing-Gruppenpraxen wurde in den letzten Jahren eine neue innovative Form der Zusammenarbeit etabliert. Den Vertragsärzt:innen wird dadurch die Möglichkeit gegeben, sich eine Vertragsstelle zu teilen. Mit der Ärztekammer werden darüber hinaus laufend Gespräche über Modernisierungsmaßnahmen geführt.

Frage 12:

- *In der Gesundheitsausschusssitzung vom 05.10.2022 räumten Sie ein, dass in ganz Österreich die Verteilung von Wahl- und Kassenärzt*innen kritisch zu betrachten sei (der Wahlarztsektor ist seit 2007 um 40% angewachsen, bei den Vertragsärzt*innen hat es hingegen lediglich eine Steigerung von 0,8% gegeben). Dies schlägt sich besonders in der Frage der Landärzt*innen nieder. Aus diesem Grund müsse die öffentliche Gesundheitsversorgung und die klassischen Kassenarztstellen attraktiviert werden. Die Problematik ist dem Ministerium also augenscheinlich bekannt. Was gedenken Sie daher konkret dagegen zu unternehmen?*

Um eine ausreichende Anzahl an Ärzt:innen für das Tätigwerden in der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu gewinnen, ist ein Bündel an Maßnahmen notwendig. Aus der Sicht des BMSGPK kann allgemein angemerkt werden, dass es hinsichtlich des niedergelassenen Bereiches in der Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger liegt, im

Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber, insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechtes eingeräumten Selbstverwaltung, Maßnahmen zu setzen, um einem allfälligen Vertragsärztemangel entgegenzuwirken – insbesondere die Schaffung von Anreizen, um das Interesse der Ärzt:innen zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

In Bezug auf die Allgemeinmedizin wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereits ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet. 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 und einige davon bereits bei vorhergehenden Fragen ausgeführt wurden. 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 Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und den Gemeinden, konkretisiert und umgesetzt. Der gegenständliche Maßnahmenkatalog und dessen Umsetzung wird derzeit einer Analyse unterzogen und über den Stand und den Fortgang der Umsetzungsarbeiten wird regelmäßig berichtet.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist festzuhalten, dass anhand der absoluten Anzahl an tätigen Vertrags- bzw. Wahlärzt:innen (Kopfzählung) sich grundsätzlich keine Aussagen über die tatsächliche Versorgungswirksamkeit der beiden Gruppen treffen lassen. Darüber hinaus wurden in der Bundes-Zielsteuerung zahlreiche Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet.

Seitens der Krankenversicherungsträger wurden in den letzten Jahren viele Maßnahmen getroffen, um Vertragsarztstellen zu attraktiveren. Beispielsweise wurden neben der Einzelpraxis auch neue Formen der Zusammenarbeit geschaffen. Durch Primärversorgungseinheiten wurde dem Wunsch nach einem erweiterten Team und der multiprofessionellen Zusammenarbeit Rechnung getragen. Gerade in der Steiermark mit bereits zehn Primärversorgungseinheiten zeigt sich, dass es sich hierbei um eine interessante Alternative zur klassischen Einzelordination handelt.

Zudem gibt es neben der Zusammenarbeit in Gruppenpraxen – wie bereits erwähnt – auch die Möglichkeiten der Job-Sharing-Gruppenpraxen, der erweiterten Stellvertretung sowie der Anstellung von Ärzt:innen.

Betreffend die Nachbesetzung von Planstellen besteht die Möglichkeit der Zusammenarbeit in einer Übergabep Praxis. Bei Kassenplanstellen, die längere Zeit nicht besetzt werden konnten, gibt es darüber hinaus eine Anschubfinanzierung. Für diese Form der Finanzierung wurde mit der Ärztekammer für Steiermark ein eigener Strukturtopf geschaffen.

Darüber hinaus wird auf die Beantwortung der Fragen 1 und 2 verwiesen.

Fragen 13 bis 16:

- *Wurden vonseiten Ihres Ministeriums Maßnahmen geplant, um die medizinische Versorgung in der Steiermark auch in dieser Legislaturperiode weiter voranzutreiben?*
 - a) Wenn ja, welche und wann werden diese umgesetzt?*
 - b) Wenn nein, warum nicht?*
- *Wurden vonseiten Ihres Ministeriums Maßnahmen geplant, um die medizinische Versorgung in der Obersteiermark auch in dieser Legislaturperiode weiter voranzutreiben?*
 - a) Wenn ja, welche und wann werden diese umgesetzt?*
 - b) Wenn nein, warum nicht?*
- *Konnten während Ihrer Zeit im Ministerium bereits Projekte zur Gewährleistung der medizinischen Versorgungssicherheit in der Steiermark umgesetzt bzw. finalisiert werden?*
 - a) Wenn ja, welche?*
 - b) Wenn nein, wie erklären Sie diesen Rückstand?*
- *Konnten während Ihrer Zeit im Ministerium bereits Projekte zur Gewährleistung der medizinischen Versorgungssicherheit in der Obersteiermark umgesetzt bzw. finalisiert werden?*
 - a) Wenn ja, welche?*
 - b) Wenn nein, wie erklären Sie diesen Rückstand?*

Eine hochqualitative, abgestufte, flächendeckende und wohnortnahe Gesundheitsversorgung, insbesondere die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Kassenärzt:innen, ist im gegenwärtigen Regierungsprogramm verankert und spiegelt sich auch im ÖSG wider. Grundsatz und Ziel der Planung ist die Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren, aber auch medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung. Die bedarfsgerechte Versorgung ist durch die Gesamtheit aller im

ambulanten und stationären Bereich tätigen Leistungsanbieter:innen in der jeweiligen Versorgungsregion sicherzustellen.

Wie bereits erwähnt, liegt es hinsichtlich des niedergelassenen Bereichs in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger, im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechtes eingeräumten Selbstverwaltung Maßnahmen zu setzen und Anreize zu schaffen, um das Interesse der Ärzt:innen zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Hinsichtlich der ärztlichen Versorgung im Bereich der Krankenanstalten liegt die Zuständigkeit bei den einzelnen Ländern, dem Bund kommt nur die Grundsatzgesetzgebung zu.

Zu allgemeinen, österreichweiten Maßnahmen und Projekten, siehe die Beantwortung der vorangegangenen Fragen.

Aus Sicht der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes ist anzumerken, dass im Juni 2022 in der Obersteiermark zwei neue fachärztliche Versorgungsformen den Betrieb aufgenommen haben. Die Einrichtungen „Frauengesundheit Murtal“ in Zeltweg und „Kindergesundheit Liezen“ werden von den Sozialversicherungsträgern sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark finanziert. Dadurch werden in diesen Regionen im niedergelassenen Bereich nicht besetzbare Kassenplanstellen ersetzt und eine Versorgung sichergestellt.

Fragen 17 bis 34:

- *Auf welche Höhe belaufen sich die von Ihrem Ministerium budgetierten Investitionsbeträge in dieser Legislaturperiode für den medizinischen Infrastrukturausbau in der Steiermark und wie verteilen sich die Beträge auf die einzelnen Jahre und Projekte?*
- *Auf welche Höhe belaufen sich die von Ihrem Ministerium budgetierten Investitionsbeträge in dieser Legislaturperiode für den medizinischen Infrastrukturausbau in der Obersteiermark und wie verteilen sich die Beträge auf die einzelnen Jahre und Projekte?*
- *Welche Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Steiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode als Minister konkret geplant?*

- *Welche Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Obersteiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode als Minister konkret geplant?*
- *Ist von Ihnen in Ihrer Legislaturperiode noch die Planung weiterer medizinischer Projekte in der Steiermark angedacht?*
 - a) *Wenn ja, welche und wann werden diese umgesetzt?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Ist von Ihnen in Ihrer Legislaturperiode noch die Planung weiterer medizinischer Projekte in der Obersteiermark angedacht?*
 - a) *Wenn ja, welche und wann werden diese umgesetzt?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Welche Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Steiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode als Minister konkret beschlossen?*
- *Welche Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Obersteiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode als Minister konkret beschlossen?*
- *Ist von Ihnen in Ihrer Legislaturperiode noch angedacht, weitere medizinische Investitionsprojekte in der Steiermark zu beschließen?*
 - a) *Wenn ja, welche und wann werden diese umgesetzt?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Ist von Ihnen in Ihrer Legislaturperiode noch angedacht, weitere medizinische Investitionsprojekte in der Obersteiermark zu beschließen?*
 - a) *Wenn ja, welche und wann werden diese umgesetzt?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Welche Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Steiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode als Minister konkret budgetiert?*
- *Welche Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Obersteiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode als Minister konkret budgetiert?*
- *Ist geplant, während Ihrer Legislaturperiode noch weitere medizinische Investitionsprojekte in der Steiermark final zu budgetieren?*
 - a) *Wenn ja, welche und wann?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Ist geplant, während Ihrer Legislaturperiode noch weitere medizinische Investitionsprojekte in der Obersteiermark final zu budgetieren?*
 - a) *Wenn ja, welche und wann?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Welche von Ihnen als Minister beschlossene Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Steiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode auch umgesetzt?*

- *Welche von Ihnen als Minister beschlossene Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Obersteiermark wurden bis jetzt in Ihrer Legislaturperiode auch umgesetzt?*
- *Welche von Ihnen als Minister beschlossene Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Steiermark sollen in Ihrer Legislaturperiode auch noch tatsächlich umgesetzt werden?*
- *Welche von Ihnen als Minister beschlossene Projekte des medizinischen Infrastrukturausbaus in der Obersteiermark sollen in Ihrer Legislaturperiode auch noch tatsächlich umgesetzt werden?*

Dem Bund kommt im Bereich der Krankenanstalten nur die Grundsatzgesetzgebung zu.

Der Ausbau der medizinischen Infrastruktur sowie die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen liegt in der Zuständigkeit der Sozialversicherung (niedergelassener Bereich) und des Landes Steiermark (Krankenanstalten) und muss regional abgestimmt durch diese erfolgen.

Mein Ministerium bringt sich jedoch in den entsprechenden Gremien hinsichtlich der Gewährleistung einer bestmöglichen regionalen Versorgungsstruktur im Rahmen seiner Möglichkeiten ein.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

