

**Johannes Rauch**  
Bundesminister

Herrn  
Mag. Wolfgang Sobotka  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2023-0.168.545

Wien, 26.4.2023

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 14386/J des Abgeordneten Mag. Gerhard Kaniak betreffend Kind hungerte für OP – dann abgesagt** wie folgt:

**Fragen 1 bis 5, 16 bis 22:**

- *Immer wieder werden Operationen in Spitälern abrupt wegen Notfällen abgesagt. Inwiefern zeigt das auf, dass das österreichische Gesundheitssystem vollkommen überlastet ist?*
- *Was unternehmen Sie in diesem Zusammenhang?*
- *Welche Zielsetzungen hat das BMSGPK in dieser Hinsicht zur Behebung des Gesundheitsnotstandes gesetzt?*
- *Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?*
- *Wann soll dieser Gesundheitsnotstand beendet sein?*
- *Wurde bereits der Einwand vorgebracht, wonach Spitalstermine vergeben würden, ohne Gewissheit über die Durchführbarkeit der Operation haben?*
- *Wenn ja, wurde dies bereits von Behörden überprüft?*
- *Wenn ja, welche Stellungnahme geben Sie dazu ab?*

- *Werden Spitalstermine vergeben, ohne Gewissheit über die Durchführbarkeit der Operation zu haben?*
- *Wenn ja, nach welchem Schlüssel werden Operationstermine dementsprechend geplant?*
- *Wenn ja, warum wird das so gemacht?*
- *Wenn ja, entspricht das der Zielsetzung des BMSGPK?*

Diesbezüglich muss zunächst festgehalten werden, dass das Krankenanstaltenrecht nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung lediglich hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz fällt, während die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung dem Kompetenzbereich der Länder zuzuordnen ist (Art. 12 Abs. 1 Z 1 2. Fall B-VG). Die Länder haben daher als Rechtsträger der Fondskrankenanstalten die organisatorischen Vorkehrungen zu treffen, um jenen Personen, die einer Behandlung in einer Spitalsambulanz oder der Aufnahme in einer Krankenanstalt bedürfen, diese Möglichkeit im erforderlichen Ausmaß zu bieten.

Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen liegt somit im Bereich der Krankenanstalten in der Zuständigkeit der jeweiligen Bundesländer. Nach § 18 Abs. 1 KAKuG ist jedes Land verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Es ist daher Aufgabe der Bundesländer durch organisatorische Maßnahmen und Ressourcenmanagement – allenfalls mit Unterstützung anderer Bundesländer – die diesbezüglich erforderlichen Vorkehrungen zu treffen. Der Bund hat keine rechtliche Möglichkeit in die laufende innere Organisation der Krankenanstalten einzugreifen.

Die Entscheidung, in welchem Ausmaß Operationen verschoben wurden bzw. werden und welche Leistungen genau in welchem Haus davon betroffen sind, werden auf Landesebene getroffen. Die Verschiebung einer konkreten Operation obliegt der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt. Die Entscheidung erfolgt dabei im Einzelfall nach medizinisch fachlichen Gesichtspunkten. Informationen bezüglich Verschiebungen von Leistungen werden nicht erfasst und stehen meinem Ressort daher nicht zur Verfügung.

Eine Verschiebung von elektiven Eingriffen deutet nicht zwingend auf eine Überlastung des Gesundheitssystems hin, da es im täglichen Betrieb jederzeit aufgrund von akut und vordringlich zu behandelnden Patient:innen dazu kommen kann, dass elektive Eingriffe verschoben werden müssen.

Es ist dem Ressort bewusst, dass die Personalsituation in den Spitälern vielfach, so wie im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich und in zahlreichen anderen Sektoren der Wirtschaft, angespannt ist. Wesentliche Gründe dafür liegen vor allem in der demografischen Entwicklung und den damit einhergehenden hohen Anforderungen an den Gesundheits- und Sozialbereich.

Mein Ressort und ich unterstützen, im Rahmen der dem Bund gegebenen Möglichkeiten, die zuständigen Institutionen die angespannte Personalsituation bestmöglich zu adressieren. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang etwa das Pflegepaket, die Erlassung von Mangelfachverordnungen und die Stärkung der Primärversorgung als besonders attraktiver Arbeitsplatz in der niedergelassenen Versorgung.

#### **Fragen 6 bis 8:**

- *Gerade in der Kinderheilkunde mangelt es an Kapazitäten. Welche Zielsetzungen hat das BMSGPK in diesem Bereich gesetzt?*
- *Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?*
- *Wann soll dieser Notstand in der Kinderheilkunde beendet sein?*

Die Allgemeinmedizin sowie die Kinder- und Jugendheilkunde als erste und zentrale Anlaufstelle für die Patient:innen sind für eine hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung essenziell. Daher ist es besonders wichtig, diese Bereiche im öffentlichen Gesundheitswesen zu stärken und aufzuwerten.

Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Sicherstellung einer ausreichenden Verfügbarkeit des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals. Dafür sind Maßnahmen im Bereich der Ausbildung, aber auch für eine Attraktivierung der Berufsbilder und der Berufsausübung, erforderlich. Vor diesem Hintergrund wird mit allen relevanten Partner:innen vordringlich an einem entsprechenden Bündel von Maßnahmen gearbeitet. So soll beispielsweise die Forcierung von zeitgemäßen Formen der Zusammenarbeit, insbesondere Primärversorgungseinheiten, eine bessere Anpassung der Arbeitsbedingungen sowie des Arbeitsumfeldes an die Bedürfnisse vieler junger Ärzt:innen ermöglichen. Vor diesem Hintergrund ist eine Ermöglichung von Kinder-PVE von besonderer Relevanz, um weitere Personen für eine Tätigkeit in diesem Bereich zu gewinnen.

Da – wie bereits zuvor erwähnt – die Zuständigkeit hinsichtlich des intramuralen Bereichs beim jeweiligen Bundesland liegt, beziehen sich die nachstehenden Ausführungen zu diesen

(wie auch den folgenden) Fragen, die auch als über die Versorgung im Spitalsbereich hinausgehend gelesen werden können, ausschließlich auf den niedergelassenen Bereich.

Einleitend ist diesbezüglich anzumerken, dass Österreich im europaweiten Vergleich über eine besonders hohe ärztliche Versorgungsdichte verfügt. 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. Zum anderen schließen aktuell auch weniger Mediziner:innen ihre Ausbildung ab bzw. wollen viele nicht als Vertragsärzt:innen arbeiten, weil vielerorts ein negatives Berufsbild gezeichnet wird.

An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass zu dieser Anfrage auch eine Stellungnahme des Dachverbandes eingeholt wurde, die in meiner Antwort Berücksichtigung findet.

Es 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.

Der Dachverband versichert in diesem Zusammenhang, dass die Sicherstellung einer umfassenden ärztlichen Versorgung in allen Fachgebieten und für alle Anspruchsberechtigten für die Krankenversicherungsträger oberste Priorität hat. Daher besteht auch das stete Bemühen, freiwerdende Kassenplanstellen einer raschen Neubesetzung zuzuführen und neue Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) merkt darüber hinaus an, dass die Gespräche mit der Ärztekammer für Wien über die Etablierung neuer Versorgungsmodelle in der Kinder- und Jugendheilkunde bereits abgeschlossen seien. Ziel dieses Projekts sei die Sicherstellung bzw. Verbesserung einer regional ausgewogenen fachärztlichen Versorgung für alle Kinder und Jugendlichen. Durch erweiterte Öffnungszeiten und die Tätigkeit zusätzlicher Berufsgruppen sollen diese Modelle besonders patient:innenfreundlich gestaltet sein. Eine Umsetzung dieses Projekts ist nach Aussage der ÖGK in Kürze zu erwarten.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, 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 mir 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 (Hinsichtlich näherer Details wird auf die Beantwortung der Fragen 9 bis 12 verwiesen). Über den genauen Zeithorizont bezüglich der daraus resultierenden positiven Entwicklungen kann seriöser Weise keine verbindliche Aussage getroffen werden.

**Fragen 9 bis 12:**

- *Wie bewerten Sie die kapazitätsverschuldete Abwanderung von Patienten in den Privatbereich und welche Bedeutung sehen Sie in der weiteren Verschärfung der Zwei- bzw. Mehrklassen-Medizin?*
- *Wie werden diese Entwicklungen von Seiten des BMSGPK bewertet?*
- *Werden diese gar begrüßt?*
- *Wenn nein, warum unternehmen Sie nichts dagegen?*

Das wichtigste Prinzip der österreichischen Gesundheitspolitik ist, für alle Einwohner:innen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen – den gleichen, zielgruppengerechten und barrierefreien Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung zu sichern. Alle Versicherten haben Rechtsanspruch auf solidarisch finanzierte Leistungen.

Die Systempartner haben sich im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit die Stärkung der Sachleistungsversorgung zum Ziel gesetzt und bereits eine Reihe von entsprechenden Maßnahmen erarbeitet, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu gewährleisten. Dazu zählen u.a. der verstärkte weitere Auf- und Ausbau von Primärversorgungseinheiten, die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung, Maßnahmen zur Sicherstellung von qualifiziertem Gesundheitspersonal in ausreichendem Umfang, Maßnahmen zur Verbesserung der integrierten Versorgung.

Die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Ziele und Maßnahmen sind bestens geeignet, Entwicklungen in Richtung einer Zwei-Klassen-Medizin hintanzuhalten. Ich als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz habe mir daher zum Ziel gesetzt, gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern Länder und Sozialversicherung mit hohem Nachdruck daran zu arbeiten, die entsprechenden Inhalte der Zielsteuerung-Gesundheit so rasch als möglich umzusetzen.

Über die Ausführungen zu den Fragen 6 bis 8 hinaus ist an dieser Stelle daher neuerlich zu betonen, dass dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung und die Sicherstellung derselben durch ein

bundesweit eng geknüpftes Netz der hierzu berufenen Leistungsanbieter:innen ein wichtiges Anliegen ist.

Im gegebenen Zusammenhang muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den Leistungsanbieter:innen, insbesondere zu den freiberuflich tätigen Ärzt:innen sowie den Gruppenpraxen, durch privatrechtliche Verträge (Gesamtverträge) geregelt werden. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Unter anderem haben die Gesamtverträge die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzt:innen und Vertragsgruppenpraxen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel zu regeln, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt ist. Es liegt also – wie bereits erwähnt – 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.

Beispielhaft sind hier ganz allgemein folgende Aktivitäten 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](http://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.

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 vonstattengehen 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“ und
- Beseitigung von Doppelgleisigkeiten.

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.

Nach den dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vorliegenden Informationen sind die Krankenversicherungsträger jedenfalls bemüht, die (kinder-)ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich stetig zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass die von den Trägern gesetzten und geplanten Maßnahmen zu einer Verbesserung der kinderärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich beitragen.

#### **Fragen 13 bis 15:**

- *Mit welchen sozialen und gesundheitlichen Entwicklungen rechnen Sie, wenn Operationen und medizinische Eingriffe scheinbar nur mehr privat durchgeführt werden können, wobei Leistungen aus eigener Tasche beglichen werden müssen?*
- *Mit welchen sozialen und gesundheitlichen Entwicklungen rechnen Sie, wenn Menschen diese Leistungen aus eigener Tasche nicht begleichen können, weiterhin aber keine kassenärztlichen Kapazitäten zur Verfügung stehen?*
- *Was unternehmen Sie gegen diese Missstände?*

Das österreichische Krankenversicherungsrecht ist nach dem Sachleistungsprinzip organisiert, d.h. die Leistungen werden zum überwiegenden Teil unmittelbar durch eine:n Vertragspartner:in des Krankenversicherungsträgers gegen direkte Verrechnung mit dem Krankenversicherungsträger, durch eigene Einrichtungen des Versicherungsträgers oder durch landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten erbracht. Die Gewährleistung dieses für die soziale Krankenversicherung fundamentalen Grundsatzes ist meinem Ressort ein wichtiges Anliegen, weshalb Spekulationen über alternative Möglichkeiten einer Entwicklung nicht angebracht erscheinen. Es muss jedoch erneut festgehalten werden, dass diesem hinsichtlich des niedergelassenen Bereiches kompetenzbedingt nur die Möglichkeit zukommt, strategische Grundlagen zu schaffen und es letztlich den Krankenversicherungsträgern im Rahmen ihrer Selbstverwaltung obliegt, Maßnahmen betreffend den Ausbau des Versorgungsangebots zu setzen. In Bezug auf den intramuralen Bereich liegt die Zuständigkeit bei den Ländern.

Die ÖGK weist dazu darauf hin, dass bei Notfällen an Wochenenden oder Feiertagen den Anspruchsberechtigten einerseits die in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien

organisierte Kinderwochenendversorgung und andererseits die Kinderambulatorien der ÖGK zur Verfügung stehen. Die Kinderambulatorien befinden sich an folgenden Standorten:

- Kinderambulatorium Margareten (1050 Wien, Margaretengürtel 82-88/10/Raum 01)
- Kindermedizinisches Zentrum Augarten (1020 Wien, Pazmanitengasse 12)

Die Kinderwochenendversorgung sieht vor, dass an jedem Samstag, Sonntag und Feiertag eine Kassenordination für einige Stunden geöffnet hat und den Patient:innen vor allem für dringende Anliegen zur Verfügung steht. Nähere Informationen zu den geöffneten Standorten und den genauen Öffnungszeiten sind unter dem Link „<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.881348&portal=oegkportal>“ zu finden

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch