

13898/AB
Bundesministerium vom 27.04.2023 zu 14458/J (XXVII. GP)
Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
sozialministerium.at

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2023-0.170.469

Wien, 26.4.2023

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 14458/J des Abgeordneten Lercher, Genossinnen und Genossen betreffend Medizinische Versorgungssicherheit für alle Menschen in Österreich** wie folgt:

Frage 1: *Die Rechte von Patient:innen sind in Österreich gesetzlich geschützt und in der Patientencharta zusammengefasst. Das Recht auf Behandlung und Pflege ist hier festgehalten. Welche Maßnahmen setzt Ihr Ministerium, um die Einhaltung dieser Patientenrechte in Österreich auch zu gewährleisten?*

Einleitend ist festzuhalten, dass es sich bei der Patientencharta um eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG handelt, die zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde. In dieser verpflichten sich die Vertragspartner, die Patientenrechte in Gesetzgebung und Vollziehung sicherzustellen. Die Patientenrechte selbst sind in zahlreichen Bundes- und Landesgesetzen verankert.

In diesem Zusammenhang darf auf § 5a KAKuG hingewiesen werden, in welchem vorgesehen ist, dass die Landesgesetzgebung die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots zu verpflichten hat, bestimmte Patientenrechte vorzusehen (z.B. Informationsrechte, Recht auf Krankengeschichte, Recht

auf Seelsorge, Recht auf kindergerechte Ausstattung oder Recht auf Beibehaltung des allgemeinen üblichen Lebensrhythmus). Darüber hinaus ist in dieser Bestimmung vorgesehen, dass die Landesgesetzgebung die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten zu verpflichten hat, ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkt Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkt Personen erkennbar zu machen sind.

Hinsichtlich der Ausführungsgesetzgebung und der Vollziehung ist auf die Zuständigkeit der Bundesländer hinzuweisen (Art 12 Abs. 1 Z 1 B-VG).

Frage 2: *Die Spitalspflege ist eine Pflichtleistung der österreichischen Krankenversicherung. Wird sich Ihr Ministerium für die Erfüllung dieser Verpflichtung und eine bundesländerübergreifende, bevölkerungsfreundliche Versorgung einsetzen?*

Der Anspruch auf Gewährleistung der erforderlichen Anstaltpflege ist sowohl in den sozialversicherungsrechtlichen wie auch den krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen garantiert (siehe §§ 144 ff ASVG und § 22 KAKuG). Die Umsetzung dieser Verpflichtung ist in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, festgeschrieben, auf deren Einhaltung ich bestehe.

Frage 3: *Wie erklären Sie sich, dass die Steuerung von Kapazitäten an öffentlichen medizinischen Einrichtungen augenscheinlich ein solches Hindernis darstellt, dass manche Einrichtungen sich gezwungen fühlen, gewissen Personengruppen den Zutritt zu verwehren?*

Auf Grund der geltenden Kompetenzverteilung liegt die Zuständigkeit für die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung im Krankenanstaltenbereich bei den Ländern. Dem entsprechend ist jedes Land nach § 18 Abs. 1 KAKuG verpflichtet, Krankenanstaltpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen.

Gemäß § 22 Abs. 1 KAKuG ist die Aufnahme von Pfleglingen auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden. Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.

Sofern eine Krankenanstalt nicht in der Lage ist, die erforderliche Behandlung entsprechend der geltenden Vorgaben zu übernehmen, hat sie dafür Sorge zu tragen, dass der Pflegling in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt transferiert wird.

Fragen 4 und 5:

- *Im Rahmen des Finanzausgleichs müssen vonseiten des Bundes ausreichend Mittel für die Anstaltspflege freigegeben werden. Dies könnte jetzt, während den gerade laufenden Verhandlungen zum nächsten Finanzausgleich direkt umgesetzt werden. Sind die Gespräche hierzu bereits aufgenommen worden?*
- *Ist davon auszugehen, dass sich das vom Bund zur Verfügung gestellte Budget für die Anstaltspflege inflationsbereinigt erhöhen wird?*
 - a) *Wenn ja, in welchem Ausmaß?*
 - b) *Wenn nein, warum nicht?*

Am 19.12.2022 erfolgte der politische Startschuss für die Verhandlungen zum künftigen Finanzausgleich. Derzeit finden insbesondere auf fachlicher Ebene laufend Gespräche zwischen den einzelnen Partnern statt.

Ein essentieller Punkt für das BMSGPK in den Verhandlungen ist es, dass auch zukünftig eine gesicherte und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems durch Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung sichergestellt wird. Bei dem vom Bund für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung gestellten Budget handelt es sich um keinen Fixbetrag. Vielmehr ist dieser Beitrag von den Steuereinnahmen und somit von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig.

Fragen 6 und 7:

- *Ist das im Text beschriebene Vorgehen des LKH Tamsweg nach Auffassung des Ministeriums rechtlich zulässig?*

- a) Wenn ja, wie ist dies zu begründen?
- b) Wenn nein, warum werden vonseiten des Ministeriums keine Maßnahmen gegen dieses Vorgehen gesetzt?
- Warum wurde von Ihrem Ministerium bis jetzt keine Klarstellung der oben ausgeführten Rechtsfrage übermittelt?

Hinsichtlich dieser Frage ist auf die Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 13251/J der Abgeordneten Dr. Belakowitsch u.a. betreffend „Wiener Spitäler überlastet: Gastpatienten werden nur noch akut behandelt“ hinzuweisen.

Die Aufnahme anstaltsbedürftiger Personen ausschließlich auf Grund ihres Wohnorts abzulehnen ist rechtlich nicht zulässig. Ob und in welcher Form die genannten Krankenanstalten ihre Ankündigungen bereits umgesetzt haben, ist nicht bekannt. Für die Setzung von Maßnahmen in diesem Zusammenhang wären entsprechend der Kompetenzverteilung die Länder zuständig.

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht kann hierzu Folgendes – wie bereits in der Beantwortung der Frage 4 der oben genannten Anfragebeantwortung – gesagt werden:

Das Krankenversicherungsrecht regelt den Anspruch auf Anstaltpflege in den §§ 144 ff ASVG bzw. den analogen Bestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze (GSVG, BSVG und B-KUVG).

Gemäß § 144 Abs. 1 ASVG ist im Bedarfsfall („*wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert*“) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt zu gewähren, „*sofern in dem Bundesland, in dem die erkrankte Person ihren Wohnsitz oder Beschäftigungsstand hat, eine solche geeignete Krankenanstalt besteht und die erkrankte Person nicht mit ihrer Zustimmung in einer anderen Krankenanstalt untergebracht wird*“.

Gemäß § 145 Abs. 1 ASVG ist der:die Erkrankte bei Gewährung der Anstaltpflege gemäß § 144 ASVG in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des:der Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt. Nach § 145 Abs. 2 ASVG ist in Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltpflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den:die Erkrankte:n nicht zugewartet werden konnte, die Aufnahme in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt

der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltpflege gegeben sind.

Gemäß der auf Grundlage des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG erlassenen Grundsatzbestimmung des § 148 Z 1 ASVG sind die Krankenanstalten verpflichtet, die nach § 145 ASVG eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Anspruch der von der gesetzlichen Krankenversicherung geschützten Personen auf Gewährung der Anstaltpflege primär auf eine Behandlung in einer Krankenanstalt im Bundesland ihres Wohnsitzes oder Beschäftigungsortes abzielt. Allerdings sieht das Krankenversicherungsrecht keine Beschränkung des Anspruchs auf Anstaltpflege in diesem Bundesland vor. So wird ausdrücklich die Behandlung in einem anderen Bundesland zugestanden, wenn keine geeignete Krankenanstalt im an sich „zuständigen“ Bundesland besteht, wenn eine Notfallaufnahme vorliegt oder wenn die erkrankte Person der Behandlung in einem anderen Bundesland zustimmt.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die gegenständliche Thematik in engem inhaltlichen Konnex mit den Regelungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) sowie der diesbezüglichen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, steht.

Ergänzend ist noch mitzuteilen, dass der Dachverband der Sozialversicherungsträger zur gegenständlichen parlamentarischen Anfrage um Stellungnahme ersucht wurde. Der Dachverband verweist auf die Ausführungen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), die dazu mitgeteilt hat, dass ihr die Versorgung der Versicherten bzw. der anspruchsberechtigten Angehörigen ein großes Anliegen sei, weshalb sie den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) bereits mit Schreiben vom 3. März 2023 um Stellungnahme zu dem ihr aus den Printmedien bekannt gewordenen Sachverhalt gebeten habe. Eine Information über eine allfällige Antwort der SAGES auf dieses Schreiben liegt dem Ministerium leider nicht vor.

Die ÖGK hat ihre Beurteilung wie folgt dargelegt:

„Aus Sicht der ÖGK, die die größte Zahlerin im Spitalsbereich ist, handelt es sich dabei um ein nicht-partnerschaftliches Vorgehen, das dem Geist der Zielsteuerung widerspricht.“

Zur Vorgehensweise des Landeskrankenhauses Tamsweg ist in rechtlicher Hinsicht festzuhalten, dass eine wohnsitzbezogene Beschränkung weder aus § 22 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) noch aus § 148 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ableitbar ist. Anstaltsbedürftige Personen mit Wohnsitz in Österreich dürfen somit nicht abgewiesen werden. Zudem ist durch §§ 22 iVm 29 KAKuG dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit verwehrt, hier einschränkende Regelungen vorzusehen. Mitschka/Schörghofer sprechen unter Verweis auf 10 Ob S 20/12g dezidiert davon, dass die Aufnahme von inländischen Gastpatienten in fondsfinanzierte Krankenanstalten verpflichtend sei, zumal die Finanzierung durch die Beiträge der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds gegeben sei (DRdA 2013, 6/2013, S 484 ff).

Darüber hinaus sind unabweisbare Patient:innen, das sind grundsätzlich Personen, die Erste Hilfe benötigen, unabhängig von ihrem Wohn- und Dienstort jedenfalls aufzunehmen und zu behandeln. Diese Personen dürfen nur dann abgewiesen werden, wenn

- die notwendige Behandlung aufgrund des Anstaltszweckes der Krankenanstalt nicht erbracht werden kann oder
- die Aufnahme des:der zusätzlichen Patienten:Patientin zu einer akuten und schweren Gesundheitsgefährdung anderer Patient:innen führen würde.“

Frage 8: Welche Maßnahmen werden im Allgemeinen vonseiten Ihres Ministeriums gesetzt, um den Zugang der Bevölkerung zur Anstaltpflege, in Zeiten des extremen Personalmangels in der Medizin, weiterhin zu erhalten?

Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung im Bereich der Krankenanstalten in die Zuständigkeit der Bundesländer fällt. Die konkrete Ausschreibung und Besetzung von Stellen des gesamten Gesundheitspersonals in Krankenanstalten ist Angelegenheit des jeweiligen Krankenanstaltenträgers.

Jedes Land ist nach § 18 Abs. 1 KAKuG verpflichtet, Krankenanstaltpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen.

Die Sicherstellung einer ausreichenden und niederschwellig zugänglichen Versorgung ist von besonderer Wichtigkeit. Dafür sind insbesondere auch Maßnahmen im Bereich der Ausbildung, aber ebenso 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. Des Weiteren werden beispielsweise zeitgemäße Formen der Zusammenarbeit im extramuralen Bereich wie etwa Primärversorgungseinheiten (PVE) forciert.

Frage 9: *Haben Sie vor, die Anstaltpflege zukünftig zentral und bundeseinheitlich zu steuern?*

- a) Wenn ja, auf welche Art und für wann ist die Umsetzung geplant?
- b) Wenn nein, warum nicht?

Um eine bessere Koordination und ein gemeinsames Vorgehen der Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung zu gewährleisten, sind diese 2013 übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur gemeinsamen Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten.

Es ist gesetzlich festgelegt (§ 19 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), dass der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind. Dabei stellt der ÖSG, der von Bund, Ländern und SV beschlossen wird, die verbindliche und bundesweit einheitliche Grundlage für die RSG, die auf Landesebene vereinbart werden und die Versorgung im Detail regeln.

Der ÖSG enthält Planungsvorgaben für die ambulante sowie die akutstationäre und tagesklinische/tagesambulante Versorgung, für die Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte. Die Strukturqualitätskriterien im ÖSG zielen darauf ab, in den verschiedenen Versorgungsstrukturen österreichweit gleiche Versorgungsstandards zu erreichen.

Frage 10: *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 müssen 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?*

Zur gegenständlichen Thematik gibt es bereits seit einiger Zeit einen breiten gesellschaftlichen Diskurs, an dem sich neben zivilgesellschaftlichen Akteuren und betroffenen Stakeholdern auch die politisch aktiven Organisationen und Personen rege beteiligen. Ich selbst habe unter anderem aus Anlass der Beantwortung einer Vielzahl von parlamentarischen Anfragen Gelegenheit gehabt, zu unterschiedlichen Aspekten der aktuellen Gesundheitsversorgung Stellung zu nehmen. Ich darf dazu insbesondere auf die jüngst erfolgte Beantwortung der Anfrage Nr. 13213/J betreffend Wahlärztesystem vom 02.02.2023 hinweisen (Nr. 12862/AB).

Schließlich darf ich die folgende Stellungnahme der ÖGK wörtlich zur Kenntnis bringen:

„Vorauszuschicken ist grundsätzlich: Ein Vergleich des Wachstums der „Ärzteköpfe“ im Vertrags- und Wahlbereich ohne Berücksichtigung der Versorgungswirksamkeit ist zu hinterfragen. Die Versorgungswirksamkeit der meisten Wahlärzte ist nicht mit der Versorgungswirksamkeit der Vertragsärzte zu vergleichen. Nur 6,4 % der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten in Österreich werden im Wahlbereich erbracht (Regiomed 2021). Zum Stichtag 1. Jänner 2023 gab es 9.317 besetzte Planstellen, daraus ergibt sich ein Besetzungsstand von 96,8 %.“

Österreich hat die zweithöchste Ärztedichte innerhalb der OECD und ein im internationalen Vergleich sehr stark ausgebautes Gesundheitswesen.

Es wurde ein Stellenplan-Monitoring mit Kennzahlen aufgebaut, das quartalsweise die vertragsärztliche Versorgung analysiert. Anhand der Daten dieses Stellenplan-Monitorings wird die Altersstruktur der Vertragspartner regelmäßig analysiert. Bereits jetzt bestehen vielfältige Möglichkeiten (z.B. Übergabepraxen), um eine lückenlose Nachbesetzung sicherzustellen. Für die Detektion von Stellen mit Hindernissen in der Nachbesetzung ist derzeit ein Maßnahmenpaket im Aufbau, sodass die Versorgung sichergestellt und maßgeschneiderte Lösungen erarbeitet werden können.

Bereits in den letzten Jahren wurden viele Maßnahmen ins Leben gerufen, um die „klassischen Kassenarztstellen“ zu attraktiveren. So 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 dabei um eine interessante Alternative zur klassischen Einzelordination handelt. Zudem gibt es neben der Zusammenarbeit in Gruppenpraxen auch

die Möglichkeiten der Job-Sharing-Gruppenpraxen, der erweiterten Stellvertretung sowie der Anstellung von Ärzten.

Betreffend die Nachbesetzung von Planstellen besteht die Möglichkeit der Zusammenarbeit in einer Übergabepraxis. Es gibt zudem eine Anschubfinanzierung bei Kassenstellen, die längere Zeit nicht besetzt werden konnten. Für diese Anschubfinanzierung wurde mit der Ärztekammer für Steiermark ein eigener Strukturtopf geschaffen.

Zur Attraktivierung von Planstellen wird zusammenfassend auf die folgenden Maßnahmen verwiesen, die parallel anlaufen:

- *Vielfältige und attraktive Vertragsangebote, um durch die Möglichkeit zur Teamarbeit und Teilzeitarbeit möglichst viele Ärzte anzusprechen;*
- *Gezielte Förderung von Jungmedizinern durch Stipendien, Lehrpraxen und regionale Mentoring-Programme;*
- *Aufbau eines Gründerservice;*
- *Etablierung von Primärversorgungszentren, in denen Ärzte durch ein Team aus Gesundheitsberufen entlastet werden und Patienten ein größeres und gut abgestimmtes Leistungsangebot vorfinden;*
- *Wo es Nachbesetzungsprobleme gibt, wird regional nach Lösungen gesucht; sei es durch Kompensationen für die umliegende Ärzteschaft oder durch Kooperationsmodelle mit Spitätern.“*

Frage 11: *Haben Sie vor, wie bereits von diversen Seiten gefordert, sich für besser moderne Gruppenpraxenmodelle (vor allem als Entlastungsmaßnahme der Krankenhaus- Standorte) einzusetzen?*

- a) *Wenn ja, wann und auf welche Art?*
- b) *Wenn nein, warum nicht?*

Die Verbesserung der Organisationsstruktur in der Gesundheitsversorgung insbesondere im ambulanten Bereich ist ein wesentliches Thema in der Gesundheitspolitik und ein großes Anliegen meines Ressorts.

In diesem Zusammenhang kommt insbesondere der Stärkung der Primärversorgung eine große Bedeutung zu. Mein Ressort hat für den Ausbau der Primärversorgung ein Maßnahmenbündel in die Wege geleitet und auch im österreichischen Aufbauplan

verankert. Bis 2026 stehen aus diesem Programm 100 Millionen Euro für die Stärkung der Primärversorgung zur Verfügung.

Zudem habe ich bekanntlich eine Initiative zur Novellierung des Primärversorgungsgesetzes gesetzt, die verbesserte Rahmenbedingungen zum raschen Ausbau bedarfsgerechter Primärversorgung ermöglichen soll. Das Begutachtungsverfahren zum diesbezüglichen Gesetzesvorhaben ist bereits im Laufen und ich erhoffe mir einen baldigen positiven Abschluss auf parlamentarischer Ebene.

Fragen 12 und 13:

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

Dem föderalen Staataufbau und der Selbstverwaltung der Sozialversicherung entsprechend, gibt es in Österreich eine bestimmte Verteilung der Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheit. Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich obliegt der Sozialversicherung und im Bereich der Krankenanstalten liegt diese Zuständigkeit bei den Ländern.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit haben die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung die gemeinsame Weiterentwicklung der Struktur, der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung vereinbart. Eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle Versorgung mit entsprechend gesicherter Qualität steht dabei im Mittelpunkt.

Im System der Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt die operative Umsetzung der auf Bundesebene erarbeiteten und vereinbarten Maßnahmen jeweils auf Landesebene vorrangig durch Land und Sozialversicherung. So wird ein wesentlicher Beitrag zur

Gewährleistung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in allen Bundesländern, wie auch in der Steiermark, geleistet.

In Ergänzung der Beantwortung der Frage 10 halte ich demnach fest, dass die Handlungsmacht zur konkreten Disposition der Versorgungsangebote zum einen bei der für die Krankenanstalten zuständigen KAGES und zum anderen bei den für die medizinischen Vertragspartner:innen im niedergelassenen Bereich zuständigen Krankenversicherungsträgern liegt.

Die ÖGK führt dazu in ihrer Stellungnahme aus, dass in der Steiermark in den letzten Jahren viele Maßnahmen gesetzt wurden, um die niedergelassene medizinische Versorgung zu attraktivieren bzw. zu verbessern. Neben deutlichen Tarifanhebungen wurden auch strukturelle Maßnahmen gesetzt, wie die Umsetzung von Jobsharing-Gruppenpraxen, Anstellung von Ärzt:innen bei Ärzt:innen oder erweiterten Stellvertretungen.

Diese Maßnahmen haben zu einer deutlichen Flexibilisierung der kassenärztlichen Tätigkeit beigetragen. Derzeit wird, wie erwähnt, in der Steiermark auch intensiv am weiteren Ausbau von Primärversorgungseinheiten gearbeitet.

Die ÖGK hat dazu Folgendes angemerkt:

„Im Juli 2022 haben in der Obersteiermark zwei neue fachärztliche Versorgungsformen den Betrieb aufgenommen. Die Einrichtungen „Frauengesundheit Murtal“ in Zeltweg und „Kindergesundheit Liezen“ werden von den Sozialversicherungsträgern sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark finanziert. Sie ersetzen in diesen Regionen nicht besetzbare Kassenstellen von niedergelassenen Ärzten und stellen die Versorgung sicher.“

Des Weiteren wurde vor kurzem von der ÖGK ein Stipendienprogramm für Studierende der Humanmedizin (ab dem dritten Studienjahr) ins Leben gerufen. Für das laufende Studienjahr 2022/2023 wurden 50 ÖGK-Stipendien in der Höhe von monatlich 923 Euro ausgelobt. Angesprochen sind alle Studierenden an Österreichs Universitäten ab dem dritten Studienjahr in den Studienfächern Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wer das Stipendium in Anspruch nimmt, verpflichtet sich nach der Berufsausbildung zur Übernahme eines Kassenvertrages für mindestens fünf Jahre in einer Bedarfsregion. Das Stipendium wird als monatliche Unterstützung für bis zu 42 Monate gewährt.“

Die Anzahl der Bewerbungen hat die Erwartungen übertroffen. Aktuell werden aus diesen Bewerbungen die Stipendiaten ausgewählt.“

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch