

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.650.512

Wien, 30.11.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3660/J der Abgeordneten Silvan, Genossinnen und Genossen betreffend Entwicklung von Kassenvertragsstellen für praktische ÄrztInnen und FachärztInnen in Österreich und deren Nachbesetzungen** wie folgt:

Frage 1: *Wie hat sich die Anzahl der Kassenvertragsstellen für praktische ÄrztInnen und FachärztInnen in Österreich seit dem Jahr 2017 entwickelt?*
Bitte um Auflistung pro Jahr, Bundesland, Bezirk und ärztlichem Fachbereich.

Vorweg darf allgemein darauf hingewiesen werden, dass die medizinische Behandlung von PatientInnen nicht nur durch VertragsärztInnen, sondern auch durch ÄrztInnen in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen (Institute, Ambulatorien, Gesundheitszentren etc.) erbracht wird. Im Rahmen der Krankenbehandlung sind außerdem nichtärztliche Berufsgruppen der ärztlichen Hilfe gleichgestellt (§ 135 ASVG bzw. gleichlautende Bestimmungen in den Sondergesetzen).

Veränderungen in der Zahl der VertragsärztInnen oder auch der WahlärztInnen sind damit für sich allein keine hinreichende Basis für Aussagen über die zur Verfügung stehende medizinische Behandlungskapazität.

Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass ein Arzt, der z.B. als Wahlarzt tätig ist, hauptberuflich in einer Vertragseinrichtung arbeitet und daher zur Behandlungskapazität der Vertragseinrichtungen beiträgt.

Ein Vergleich der Entwicklung der in den einzelnen Bundesländern bestehenden Planstellen lässt für sich allein keine Schlussfolgerungen auf die Versorgungssituation/Versorgungsqualität zu.

Entwicklungen in der Zahl der VertragsärztInnen oder WahlärztInnen bilden nur Aussagen über eine bestimmte Berufsgruppe von Gesundheitsdiensteanbietern, nicht jedoch Aussagen über die Zahl der Behandlungsmöglichkeiten für die Versicherten bzw. deren Kapazitäten.

Sollte es in einigen Bereichen dazu gekommen sein, dass weniger VertragsärztInnen für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen, kann nicht generell von einer Versorgungsverschlechterung gesprochen werden.

Die Versorgungswirksamkeit misst sich am durchschnittlichen ärztlichen Leistungsvolumen, also zum Beispiel an der Anzahl der behandelten PatientInnen, an den durchgeführten Leistungen u. Ä. von Vertragsarztstellen. Ärztezahlen für sich allein sind im Hinblick auf die Versorgungswirksamkeit nicht aussagekräftig.

Nachfolgend sind die Stellenpläne der Krankenversicherungsträger dargestellt.

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Auf die Beilage „BEILAGE_Frage 1_ÖGK“ wird verwiesen.

Es ist zu beachten, dass in der beiliegenden Aufstellung keine „Köpfe“ dargestellt werden. Gruppenpraxen werden in dieser zudem nur als eine Planstelle dargestellt, obwohl im Hintergrund betrachtet mehrere ÄrztInnen mit ihren Planstellen in dieser tätig sind. Konkret wird in dieser Darstellung davon ausgegangen, dass bei der Gründung von Gruppenpraxen Einzelplanstellen von zwei oder mehreren ÄrztInnen in einer Gruppenpraxis-Planstelle aufgehen. Somit bewirkt die fortlaufende Etablierung von Gruppenpraxen eine stetige Reduktion von Planstellen, ohne dass sich jedoch dadurch die Anzahl der im System tätigen ÄrztInnen verringert. Die einzelnen Planstellen bleiben dem System erhalten und sind z.B. bei der Auflösung einer Gruppenpraxis auch wieder als Einzelplanstellen verfügbar.

Angemerkt wird, dass die Versorgungswirksamkeit der Stellen im Jahr 2020 deutlich höher als im Jahr 2018 ist. Es ist somit nicht zu einer Reduktion der Versorgung gekommen, auch wenn teilweise weniger Planstellen vorhanden sind. Im Bereich der Allgemeinmedizin hat sich die Versorgungswirksamkeit vom Jahr 2009 bis 2019 um 26,63 % gesteigert. Im Bereich HNO beträgt die Steigerung beispielsweise 30,30% und im Bereich der Inneren Medizin sogar 33,11 %.

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Auf die beiliegenden Stellenpläne „BEILAGE_Frage 1_BVAEB_2017“ und „BEILAGE_Frage 1_BVAEB 2019“ zum Gesamtvertrag für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen zum Stichtag 1. Jänner 2017 und 1. Jänner 2019 wird verwiesen.

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)

Auf den beiliegenden Stellenplan der bis 31. Dezember 2019 bestehenden Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft „BEILAGE_Frage 1_SVS“ wird verwiesen. Dieser ist Teil des seit 1. Jänner 2020 gültigen Ärzte-Gesamtvertrages der SVS. Eine Überarbeitung und Aktualisierung dieses seit 2017 in Geltung stehenden Stellenplanes wird derzeit durchgeführt und wird in den nächsten Monaten vorliegen.

Frage 2: *Wie hat sich die Anzahl von Wahlarztstellen in dem selben Zeitraum entwickelt? Bitte um Auflistung pro Jahr, Bundesland, Bezirk und ärztlichem Fachbereich.*

Dem BMSGPK stehen Daten zur Anzahl an Wahlärzten im niedergelassenen Bereich getrennt nach Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und Fachärztinnen und -ärzten auf Bundeslandebene zur Verfügung, nicht jedoch eine Aufgliederung nach Sonderfach und nach Bezirksebene. Die Anzahl der Wahlarztstellen im Zeitraum ab dem Jahre 2017 ist der beiliegenden Auswertung „BEILAGE_Frage 2_Anzahl WahlärztInnen“ zu entnehmen.

Frage 3: *Wie hat sich die Anzahl von Spitalsbetten in Österreich seit 2017 entwickelt? Bitte um Auflistung pro Jahr, Bundesland und Krankenhaus.*

Die Entwicklung der tatsächlich in Österreich seit 2017 aufgestellten Spitalsbetten pro Jahr, pro Bundesland und Krankenhaus ist in der beigefügten Excel Tabelle „BEILAGE_Frage 3_Anzahl Spitalsbetten“ dargestellt. Die Daten des Jahres 2020 hierzu liegen dem BMSGPK noch nicht vor.

Frage 4: *Wie hat sich die Anzahl von Pflegebetten in Österreich seit 2017 entwickelt? Bitte um Auflistung pro Jahr, Bundesland und öffentlicher Pflegeeinrichtung.*

Gemäß der Pflegedienstleistungsstatistik 2019 hat sich die Anzahl der Plätze im Bereich der stationären Betreuungs- und Pflegedienste seit 2017 wie folgt entwickelt:

Plätze in den stationären Betreuungs- und Pflegediensten *			
	2017	2018	2019
Burgenland	2.218	2.262	2.290
Kärnten	5.655	5.748	5.815
Niederösterreich	9.416	9.355	9.359
Oberösterreich	12.128	12.382	12.368
Salzburg	5.120	5.164	5.125
Steiermark	14.685	14.364	14.435
Tirol	6.219	6.279	6.312
Vorarlberg	2.399	2.390	2.374
Wien	16.948	17.229	17.632
Österreich	74.788	75.173	75.710

Q: STATISTIK AUSTRIA, Pflegedienstleistungsstatistik.

* Bei den Plätzen gemäß Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (PDStV) 2012 handelt es sich um die Anzahl der zum Stichtag (31.12.) ständig verfügbaren Plätze.

Frage 5: *Im Regierungsprogramm ist festgehalten, dass wohnortnahe Versorgung durch KassenärztInnen auch am Land zugänglich sein muss. Welche Maßnahmen wurden diesbezüglich seitens Ihres Ministeriums bis dato ergriffen? Bitte um Auflistung der einzelnen Maßnahmen die je Bundesland gesetzt worden sind.*

Für die Sicherstellung der ärztlichen Leistungen des niedergelassenen und wohnortnahen Bereichs spielt insbesondere die allgemeinmedizinische Versorgung eine wichtige Rolle. Die Attraktivierung der Allgemeinmedizin (AM) ist ein zentrales Handlungsfeld der derzeitigen Gesundheitsreform. Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) hat einen priorisierten Maßnahmenkatalog beschlossen. Dieser Katalog beinhaltet konkrete

Maßnahmen zu 4 Bereichen: Universitäre Ausbildung, postpromotionelle Ausbildung, Berufsausübung, Image und Berufsbild des Allgemeinmediziners.

Ebenso werden Maßnahmen zur flächendeckenden Angebotsstruktur von VertragsärztInnen erarbeitet und umgesetzt, um die Stärkung der öffentlichen Sachleistungsversorgung zu ermöglichen.

Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen ist nach einer zeitlichen Einschätzung, bis wann die Maßnahmen Wirkung zeigen (kurz-, mittel-, langfristig), untergliedert. Bund, Länder und Sozialversicherung setzen im Rahmen ihrer Kompetenzbereiche entsprechende Schritte. Die Maßnahmen werden gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperationspartnern, wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und Gemeinden, konkretisiert und umgesetzt.

Seitens meines Ressorts wurde zur Stärkung der wohnortnahen Versorgung durch Kassenärztinnen und -ärzte im ländlichen Raum auch die Möglichkeit geschaffen, Mittel aus dem Programm für ländliche Entwicklung in Österreich 2014 – 2020 (LE 14–20) für den Gesundheitsbereich abzurufen. Den ländlichen Raum bilden dabei Gemeinden mit weniger als 30.000 Einwohnerinnen und Einwohnern bzw. ländlich geprägte Teile von Gemeinden mit mehr als 30.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Im Rahmen dieses Programms können Investitionen in den „bedarfsorientierten Auf- und Ausbau von Infrastrukturen im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Videodolmetschdienste im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sowie auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung unterstützt werden. Insgesamt stehen 20 Mio. Euro für ambulante Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung, wobei 10 Mio. Euro aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds zur Entwicklung des ländlichen Raums und 10 Mio. Euro durch nationale Kofinanzierung über die Bundesländer bereitgestellt werden. Für den ländlichen Bereich sind insbesondere Primärversorgungsnetzwerke, also die Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen an verschiedenen Orten relevant.

Seitens der Krankenversicherungsträger wird Folgendes festgehalten:

Schon die vormaligen Gebietskrankenkassen bzw. Krankenversicherungsträger waren stets bemüht, eine nach den rechtlichen Vorgaben (insbesondere ASVG, ÖSG und RSG) bundesweit ausgeglichene flächendeckende Versorgungsplanung durchzuführen und dadurch eine ausgewogene Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Diese Bestrebungen werden von den nunmehrigen Krankenversicherungsträgern fortgeführt.

Da die Maßnahmen auch ländergrenzenübergreifend gesetzt werden, ist eine landesweise Darstellung nicht zweckmäßig bzw. nicht möglich.

Von der ÖGK wurden beispielsweise für schwer zu besetzende Planstellen zahlreiche Maßnahmen gesetzt, um deren Besetzung zu ermöglichen.

Bundesweit wurde etwa ein Gesamtvertrag über die Anstellung von Ärzten bei Ärzten sowie auch über die Möglichkeit einer Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich im Fach Allgemeinmedizin abgeschlossen. Zudem werden Primärversorgungszentren und -netzwerke als Erstanlaufstelle mit niederschwelligem Zugang für die Bevölkerung und als attraktive und moderne Arbeitsform für Ärzte und andere Gesundheitsberufe forciert.

Auch darüber hinaus werden seitens der ÖGK flexiblere Zusammenarbeitsformen (z. B. Gruppenpraxen und erweiterte Stellvertretungsmöglichkeiten) für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gefördert.

Im Folgenden werden Maßnahmen aufgezählt, die teilweise in Zusammenarbeit mit anderen Gebietskörperschaften erfolgen:

- Ausschreibung von ländlichen Planstellen mit kleinerem Einzugsgebiet mit reduzierten Mindestordinationszeiten für eine leichtere Besetzbarkeit.
- Reduzierung der Verpflichtungen im Rahmen von Bereitschaftsdiensten durch Etablierung von alternativen Versorgungsstrukturen (Akutordination, Entlastung über Gesundheitsnummer 1450)
- Finanzielle Anreize für Ordinationsgründungen (z.B. Anschubfinanzierungen)
- Nachbesetzung: Freie Standortwahl innerhalb der ausgeschriebenen politischen Gemeinde zur Erlangung einer Hausapotheke
- Einführung einer Förderung für Landarztordinationen seitens des Landes. Gefördert werden alle im Zusammenhang mit der Neugründung oder Übernahme einer bestehenden Kassenvertragsstelle notwendigen Maßnahmen, wie beispielsweise vorzunehmende Umbauten, Möblierung, technische bzw. medizintechnische Ausstattung und Kosten der Errichtung notwendiger Verträge.
- Die Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde im niedergelassenen Bereich etabliert und ausgebaut.
- Unterstützende Maßnahmen für Studenten und Ärzte in Ausbildung, das Fach Allgemeinmedizin positiv und vor allem praxisorientiert kennen zu lernen (z.B. Mentoring durch erfahrene Ärzte ab dem 2. Semester im Rahmen des Studiums der Humanmedizin, Klinisch-Praktisches-Jahr im niedergelassenen Bereich und Veranstaltungen für Medizinstudenten und Jungärzte [Summer Schools])
- Älteren Ärzten wird ermöglicht, bei reduziertem Arbeitsumfang länger im Vertragsarztsystem aktiv zu bleiben (Modell „Interimistische Sicherstellung der Versorgung“)

- Ärzten, die noch nicht im Kassensystem arbeiten, werden über die vielen Vorteile und Möglichkeiten des Kassenvertrags informiert, um diese für vakante Vertragsstellen zu gewinnen.
- In Gebieten mit temporär unbesetzten Stellen werden den umliegenden Ärzten zur Überbrückung attraktive finanzielle Anreize geboten, damit diese vorübergehend mehr Patienten betreuen, um die Versorgung bis zur Nachbesetzung sicherzustellen.
- Kooperationslösungen mit Krankenanstalten sowie Projekte wie „Der gelungene Patientenkontakt“
- Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Gesundheitskompetenz.
- Anschubfinanzierung für schwer zu besetzende Planstellen im Bereich der Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Durch das Pilotprojekt „Bereitschaftsdienst NEU“ kam es mit 1. April 2019 zu einem befristeten Wegfall der gesamtvertraglichen Teilnahmeverpflichtung.
- Mit der „Pauschalen Leistungsabgeltung für Zweitordinationen“ wurde auf die Problematik im Zusammenhang mit unbesetzten Planstellen reagiert. Vertragsärzte erhalten unter der Voraussetzung, dass am geplanten Standort der Zweitordination eine oder mehrere Planstellen unbesetzt sind, eine Pauschale zusätzlich zu den verrechenbaren Leistungen.
- Projekt zur Konzeption alternativer Versorgungsformen: Für Planstellen in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde, welche schwer zu besetzen sind (trotz bereits gesetzter Maßnahmen zur Attraktivierung), werden alternative Formen für die Basisversorgung angedacht, insbesondere durch dislozierte Krankenanstalten. Der Gesundheitsfonds und die Sozialversicherung initialisierten ein Projekt zur Konzeption alternativer ärztlicher Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich. Aktuell wird an der Umsetzung bzw. an der Erarbeitung der Eckpunkte des Pilotprojekts (Gynäkologie, Pädiatrie) gearbeitet.
- Weitere Stärkung der Primärversorgung, um ein niederschwelliges, gesamtheitliches Angebot bzw. eine möglichst abschließende Behandlung für Patienten bieten zu können.
- Weiterentwicklung des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Wochenenden (Verkürzung der Dienstzeit, Erhöhung des Pauschal- und Visitenhonorars, Verrechnung von speziellen Einzelleistungen)
- Laufende Erhöhung der Ordinationshonorierung für die Abgeltung der persönlichen Zuwendung
- Ordinationsbesuche durch Mitarbeiter der ÖGK zur Verbesserung der vertragspartnerschaftlichen Beziehungen (Erkennen von Verbesserungspotenzial und Besprechen von Anliegen und Problemstellungen)
- Maßnahmen zur administrativen Entlastung der Vertragsärzte (z. B. Verzicht auf Vorlage diverser Unterlagen oder chefärztliche Bewilligung in manchen Fällen).
- Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes am Land (viele Allgemeinmediziner gaben das als Grund an, warum eine Stelle am Land für sie nicht in Frage kommt).
- Seit 2016 wurde ein Strukturförderungsfonds zur Sicherstellung und Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, eingerichtet.
- Zuschussregelungen für Ausbildungsverhältnisse im Rahmen einer Lehrpraxis.

- Möglichkeit von Job-Sharing-Vereinbarungen, Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten und Teilung von Vertragsarztstellen.

Frage 6: *Im Regierungsprogramm ist ein Bekenntnis zur Stärkung der Frauengesundheit festgehalten. Welche Maßnahmen wurden seitens Ihres Ministeriums in diesem Bereich bis dato ergriffen? Bitte um Auflistung der einzelnen Maßnahmen die je Bundesland gesetzt worden sind.*

Mit der Erstellung des Aktionsplans Frauengesundheit startete im Jahr 2015 im Auftrag des Gesundheits- und Frauenministeriums ein breit angelegter Prozess unter der Beteiligung zahlreicher Experten/Expertinnen zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen in Österreich. Es wurden 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen identifiziert und definiert, um Gesundheitsrisiken von Frauen zu reduzieren und Gesundheitschancen zu erhöhen. Der österreichische Aktionsplan Frauengesundheit steht im Einklang mit den WHO-Zielen der „Strategy on women’s health and well-being in the WHO European Region“ (2016). Österreich war das erste europäische Land mit einem entsprechenden Aktionsplan und nahm insofern eine Vorreiterrolle in Europa ein.

Ziele sind ein kontinuierliches und mit den Bundesländern abgestimmtes Vorantreiben der Umsetzung der Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit, die Sichtbarmachung und Nutzung von Synergieeffekten sowie die Dokumentation des Fortschritts bei der Umsetzung. Im Jahr 2017 wurde beschlossen, den Fokus auf die Umsetzung der Schwerpunktthemen „Psychische Gesundheit“, „Chancengerechtigkeit“ und „Selbstbild von Frauen stärken“ zu legen. Dieser Fokus soll nunmehr mit den Focal Points bezüglich Fortführung oder Änderungsbedarf abgestimmt werden. Mit der Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit wird zudem die Agenda 2030 der Vereinten Nationen (u.a. Sustainable Development Goal 5 – Gender Equality und Goal 10 Reduced Inequalities) adressiert.

Der Prozess zur Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit besteht aus folgenden Bausteinen:

- » Strategische Arbeitsgruppe auf Bundesebene
Diese besteht aus Vertreterinnen des ho Ressorts und des Bundeskanzleramtes/Bereich Frauen und Integration und trifft zentrale Weichenstellungen für den Prozess.

- » Der FrauenGesundheitsDialog
Dieser findet einmal jährlich zur Vernetzung aller im Bereich tätigen Organisationen sowie Experten/Expertinnen statt.
- » Focal Points für Frauengesundheit in den Bundesländern
Diese wurden zur Umsetzung des Aktionsplans auf Länderebene eingerichtet und werden kontinuierlich auf Bundesebene mittels Vernetzungstreffen unterstützt.
- » Nationaler Focal Point für Frauengesundheit
Dieser wurde 2019 zur bundesweiten Koordination an der GÖG eingerichtet und wird in Kooperation mit dem BMSGPK umgesetzt. Der Nationale Focal Point bildet unter anderem die Koordinationsschnittstelle zu den Bundesländern als auch zur europäischen/internationalen Ebene.

Im 5. Focal Point Meeting zum Aktionsplan Frauengesundheit am 8.10.2019 wurden die Focal Point Vertreterinnen gebeten, ihre Einschätzung zum Umsetzungsstand der 40 Maßnahmen des Aktionsplans Frauengesundheit analog einem Ampelsystem abzugeben (grün = in guter Umsetzung; gelb = es wird etwas getan; rot = es wird (noch) nichts getan). Insgesamt zeigte sich, dass bereits zu vielen Maßnahmen Aktivitäten stattfinden. Es wird jedoch auch sichtbar, dass zu vielen Maßnahmen noch keine oder wenige Umsetzungen geschehen. Dies hat mehrere Gründe. Es gibt zwar zu vielen Maßnahmen bereits häufig einzelne Aktivitäten, jedoch kann meistens dadurch nicht gesagt werden, dass die Maßnahme per Definition bereits erfüllt wäre – was einem grünen Eintrag entsprechen würde. Einzelne Bundesländer machten darauf aufmerksam, dass erst nach der Implementierung der Focal Points (ab Ende 2017 bzw. ab 2018) mit der Umsetzung von Maßnahmen begonnen werden konnte und daher Ziele aufgrund dieses kurzen Zeitraums noch nicht umgesetzt sein können. Insofern zeichnen sich auch regionale Unterschiede ab, da Frauengesundheits-agenden in den Bundesländern unterschiedlich implementiert sind.

Im Fall der Erhebung des Umsetzungsstandes wurde zudem erneut deutlich, wie stark die Umsetzung von Maßnahmen von ausreichenden finanziellen Ressourcen abhängig ist.

In manchen Bereichen schreiten Umsetzungen von Maßnahmen bereits gut voran (z. B. Gewaltprävention, Opferschutz, Gesundheitskompetenz), in anderen Bereichen wiederum kaum (z. B. Maßnahmen für die Zielgruppe älterer Frauen).

Beim Umsetzungsstand von Maßnahmen werden zudem Unterschiede nach den Lebensphasen von Frauen deutlich sichtbar.

Insgesamt wurden zu den 40 Maßnahmen 353 Einschätzungen zum Umsetzungsstand nach dem Ampelsystem von acht Bundesländern und den Ministeriumsvertreterinnen des

Gesundheits- sowie des Frauenressorts abgegeben (grün = 53 mal, gelb = 145 mal; rot = 155 mal). Zusätzlich wurde 28 mal ein Fragezeichen und 19 mal keine Angabe vergeben. (s. Abbildungen Seite 4-6).

Verwiesen wird auf die Beilage „BEILAGE_Frage 6_Maßnahmenumsetzung“.

Frauengesundheit und COVID-19 Pandemie

Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurde der für heuer geplante FrauenGesundheitsDialog auf 2021 verschoben. Insgesamt wurden im Jahr 2020 4 Focal Point Meetings (am 23. April, 19. Mai, 24. Juni und am 24. September 2020 als Webkonferenzen bzw. Hybridmeetings) abgehalten.

Von den Vertreterinnen der regionalen Focal Points wurden Herausforderungen in den folgenden Themenkomplexen berichtet: verstärkt Nachfragen zu den Themenkomplexen Schwangerschaft, Gewalt, psychosoziale Betreuung, allgemeine Lebenskrisen, ökonomische Absicherung, Arbeitslosigkeit.

Damit die Angebote für Frauen und ihrer Gesundheit in der COVID-19 Krise Sichtbarkeit erlangen, wurden die bundesweiten Angebote und Informationen in einer Umfrage von den Focal Point Expertinnen gesammelt und auf der Website des ho Ressorts online gestellt (siehe „BEILAGE_Frage 6_Frauengesundheit und COVID-19 Pandemie“).

Die Focal Points verzeichneten eine große Nachfrage an persönlichen Beratungsgesprächen und eine hohe Bedürftigkeit von Frauen auf. Die Corona-Situation wirkte sich genderspezifisch auf Frauen anders und zum Teil schwerwiegender als auf Männer aus. Ängste, Druck und Depressionen scheinen Covid-bedingt bei Frauen zuzunehmen. Die Mehrfachbelastung und Überforderung durch Homeoffice und Homeschooling wurde vermehrt während der strikten Quarantäne bei den Frauen festgestellt.

Die Gewaltbetroffenheit von Frauen stand weiters im zentralen Fokus. Die dringlichsten Anfragen zu den Themen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, klare Regelung für die Betreuung von Kindern, Datenschutzrechtliche Bestimmungen bei online-Beratungen sowie die Wiederaufnahme von Beratungen in den Frauengesundheitszentren und –beratungsstellen wurden kontinuierlich an den Krisenstab des ho Ressorts zur Klärung weitergeleitet und wurden die Antworten des Krisenstabs den Focal Points in den Bundesländern rückgemeldet.

Frage 7: *Die Regierung bekennt sich im Regierungsprogramm auch zur Stärkung der präventiven Vorsorge durch eine österreichweite Präventionsstrategie. Wie sieht diese Präventionsstrategie aus und welche Maßnahmen wurden bis dato gesetzt? Bitte um Auflistung der einzelnen Maßnahmen je Bundesland.*

Die sogenannten „nicht-übertragbaren Erkrankungen“ nehmen einen immer größeren Raum in der Krankheitslast ein. Dazu gehören etwa Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, viele Krebsarten, aber auch psychische Erkrankungen. Diesen Erkrankungen ist gemeinsam, dass ein großer Teil von ihnen durch entsprechende Präventionsmaßnahmen verhindert werden kann. Zudem sind die Risikofaktoren für die meisten nicht-übertragbaren Erkrankungen dieselben (z.B. Bewegungsmangel, Übergewicht, schlechte Ernährung und ungesunder Stress). Der Bund hat hier bereits in einigen Bereichen entsprechende Strategien entwickelt und in Umsetzung gebracht:

Gesundheitsziele Österreich

Im Bereich der Primärprävention bzw. Gesundheitsförderung stellen die Gesundheitsziele Österreich einen zentralen Prozess dar. Für einen umfassenden und vernetzten Gesundheitsförderungs-Ansatz wird die abgestimmte Zusammenarbeit vieler unterschiedlicher Akteure benötigt, denn alle gesellschaftlichen Bereiche sind für die Gesundheit wichtig. Österreich verfolgt daher einen „Health in all Policies“ Ansatz, das heißt, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik: Verantwortliche aus allen Politikfeldern, aus Sozialpartnerschaft und Zivilgesellschaft arbeiten unter Prozessleitung des Gesundheitsressorts gemeinsam an der Umsetzung der zehn Gesundheitsziele Österreich, die darauf abzielen, die Rahmenbedingungen für körperliche und psychische Gesundheit für alle Altersgruppen und in allen Lebensbereichen, einschließlich der Umwelt, zu verbessern. Die Ziele wurden 2012 vom Ministerrat und der Bundesgesundheitskommission angenommen. Besonderes Augenmerk gilt der Chancengerechtigkeit: Wer in Österreich lebt, soll die gleichen Chancen auf Gesundheit haben – unabhängig von Alter, Bildung, Einkommen, Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht. Dies kommt sowohl den Einzelnen als auch der Gesellschaft insgesamt zugute. Übergeordnetes Ziel ist es, die Zahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre nachhaltig zu erhöhen. Das geht natürlich nicht von heute auf morgen: der zeitliche Rahmen für die Umsetzung der Ziele wurde zunächst bis 2032 festgelegt. Die Gesundheitsziele leisten auch einen entscheidenden Beitrag zur Umsetzung der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. Sie werden international immer wieder als Best Practice-Modell dargestellt.

Das Gesundheitsressort selbst leistet außerdem Beiträge durch nationale Strategien wie die nationale **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie**, den **Aktionsplan Frauengesundheit** (dessen Umsetzung auch im Regierungsprogramm verankert ist), den

Nationalen Aktionsplan Ernährung oder die Mitwirkung am **Nationalen Aktionsplan Bewegung**, der sich aktuell in Überarbeitung befindet. Diese Strategien sind in die Gesundheitsziele eingebunden.

Gesundheitsförderungsstrategie

Im Rahmen der von Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossenen österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie wurden Finanzierungstöpfe zur Umsetzung der Gesundheitsziele geschaffen. Auf Bundesebene wird über die Vorsorgemittel der bundesweite Aufbau der sogenannten „Frühen Hilfen“ finanziert. Dabei geht es um Unterstützungsmaßnahmen für Familien in belasteten Situationen: Jeder Euro, der hier investiert wird, rechnet sich vielfach. Daher ist die nachhaltige Finanzierung der Frühen Hilfen auch eine der im Regierungsprogramm festgelegten Maßnahmen. Auf Länderebene wurden die Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet, um insbesondere Maßnahmen zu ausgewählten Schwerpunkten der Gesundheitsförderungsstrategie zu finanzieren.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz

Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz – die eine wichtige Voraussetzung für gesunde Entscheidungen darstellt und damit einen wichtigen Baustein in der Vorsorge von Erkrankungen darstellt – wurde 2015 die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) ins Leben gerufen, deren Koordinationsstelle am Fonds Gesundes Österreich angesiedelt ist. In Österreich sind einer Erhebung aus 2012 zufolge 56% der Bevölkerung von mangelnder oder ungenügender Gesundheitskompetenz betroffen. Da Gesundheitskompetenz viele Voraussetzungen hat – beispielsweise das allgemeine Bildungsniveau – arbeitet die ÖPGK unter Vorsitz des Gesundheitsressorts ressortübergreifend an Verbesserungen in diesem Bereich. Wichtige Ziele sind unter anderem die Bereitstellung qualitätsgesicherter und gut verständlicher Gesundheitsinformationen und die Sensibilisierung von Beschäftigten in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung dafür, dass gute gesunde Entscheidungen Einzelner wesentlich davon abhängen, dass ihnen dafür vom Gesundheitssystem gute Grundlagen zur Verfügung gestellt werden. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist auch eine der Prioritäten im Regierungsprogramm. 2019 wurde unter Österreichischer Federführung erneut eine europäische Erhebung der Gesundheitskompetenz durchgeführt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist in Vorbereitung.

Vorsorgeuntersuchung

Bereits seit 1974 gibt es für alle Personen ab 18 Jahren mit Wohnsitz in Österreich die Möglichkeit einer jährlichen kostenlosen Vorsorgeuntersuchung (VU), die u.a. auf eine

Früherkennung allgemeiner Risikofaktoren und entsprechende Beratung der Patientinnen und Patienten abzielt. Die Durchführung und Finanzierung der VU liegt im Aufgabengebiet der Krankenversicherungsträger. Das Gesundheitsressort trägt im Sinne der Chancengerechtigkeit die Kosten für die Nichtversicherten.

Krebsrahmenprogramm

Bereits seit 2014 wird das Nationale Krebsrahmenprogramm umgesetzt, das neben anderen Themen auch einen großen Schwerpunkt auf Prävention legt. Auf die Reduktion von Risikofaktoren wie Rauchen oder Verkehrs-Emissionen wird ebenso hingearbeitet wie auf die Implementierung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Programmscreenings auf Krebserkrankungen (z.B. das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm), die Vermeidung von virus-assoziierten Tumorarten durch Impfungen (beispielsweise die HPV-Impfung), und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Die evidenzbasierte Modernisierung der Krebs-Vorsorgeuntersuchungen ist bereits im Regierungsprogramm festgehalten.

Diabetesstrategie

Diabetes ist ein weiteres wichtiges Thema für die Prävention. Schätzungen zufolge sind derzeit ca. 600.000 Menschen in Österreich betroffen, Tendenz steigend. 2017 wurde daher die österreichische Diabetes-Strategie veröffentlicht. Eines ihrer Hauptziele ist es, die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass Menschen an Diabetes erkranken. Um dies zu erreichen, sollen beispielsweise Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens – zwei Hauptrisikofaktoren für Diabetes – gesetzt werden. Dazu tragen die schon genannten Strategien im Bereich der Gesundheitsförderung maßgeblich bei. Aber auch die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist hier ein wichtiges Ziel.

Prävention psychischer Erkrankungen

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist die psychische Gesundheit. Psychische Erkrankungen stellen einen erheblichen Anteil an der gesamten Krankheitslast dar und gehören zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen. Besonders relevant sind Depressionen, Alkoholerkrankungen und Demenz. Der Stärkung der psychischen Gesundheit ist daher eines der zehn österreichischen Gesundheitsziele gewidmet, und das Ressort setzt hier zahlreiche Maßnahmen:

Strategie zur psychischen Gesundheit und Gesundheitsziel 9: „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“: Die Strategie und das Gesundheitsziel enthalten Detailziele, die schrittweise in Umsetzung gebracht werden. Für das Gesundheitsziel wurden bei der Erarbeitung der Wirkungsziele und Maßnahmen, welche die gesamte

Komplexität der psychosozialen Gesundheit umfassen, Expertinnen und Experten aus über 40 Organisationen in unterschiedlichsten Bereichen eingebunden. Ein Wirkungsziel zum Gesundheitsziel 9 adressiert konkret den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Die Maßnahmen-Umsetzung erfolgt jeweils durch die zuständigen Organisationen.

Nationale Suizidpräventionsstrategie – SUPRA (Suizidprävention Austria)

Jährlich sterben in Österreich mehr als doppelt so viele Menschen durch Suizid (ca. 1.200 Tote im Jahr 2018) als durch Verkehrsunfälle. Zur Suizidprävention wurde 2012 das nationale Suizidpräventionsprogramm SUPRA (Suizidprävention Austria) mit Koordinationsstelle an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) auf den Weg gebracht. Jährlich wird ein Suizidbericht veröffentlicht und ein SUPRA-Vernetzungstag organisiert. Es werden einheitliche und qualitätsgesicherte Unterlagen zur Schulung von Gatekeepern bereitgestellt (Personen- und Berufsgruppen, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen, wie z. B. AMS-Mitarbeiter/innen, Lehrpersonal, Polizei, Ärztinnen/Ärzte, ehrenamtlichen Helfer/innen). Um die Medien zu sensibilisieren, wurde der Papageno-Medienpreis für suizidpräventive Berichterstattung ins Leben gerufen, der 2019 erstmals vergeben wurde. Es ist sehr erfreulich, dass der österreichische Ansatz in diesem Bereich auch auf europäischer Ebene gewürdigt wird – SUPRA wurde 2017 zum europäischen good practice Beispiel im Rahmen des EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being erklärt und 2018 von den Gesundheitsministerien der EU-Mitgliedsstaaten als eines von elf europäischen best practice models ausgewählt.

Österreichische Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz

Durch die älter werdende Bevölkerung gewinnt das Thema Demenz an Bedeutung: In Österreich leben Schätzungen zufolge 115.000 bis 130.000 Personen mit einer demenziellen Beeinträchtigung. Bis 2050 ist Schätzungen zufolge mit einer Verdoppelung zu rechnen. Zur Bearbeitung des Themas wurde 2015 die Österreichische Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz in Umsetzung gebracht. Sie bietet einen gemeinsamen Orientierungsrahmen für eine zielgerichtete Kooperation zwischen den Stakeholdern. Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung sowie zahlreiche Einrichtungen und Organisationen setzen bereits Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Menschen mit Demenz um.

Frage 8: *Während es in der Steiermark bereits 12 Primärversorgungszentren gibt, gibt es zum Beispiel in Niederösterreich derzeit nur 4 Primärversorgungszentren. Ist wie im Regierungsprogramm angekündigt, geplant die Anzahl von Primärversorgungszentren in Österreich auszubauen, wenn ja, wann, in welchen Bundesländern und in welchem Zeitraum?*

Österreichweit haben derzeit 23 Primärversorgungszentren bzw. -netzwerke (PVZ/PVN) in 5 Bundesländern einen Kassenvertrag (Stand Oktober 2020). Diese haben folgende Standorte:

Wien (3 PVE):	Mariahilf, Donaustadt, Meidling
Niederösterreich (4 PVE):	St. Pölten, Böheimkirchen, Schwechat, Melker Alpenvorland
Oberösterreich (5 PVE):	Enns, Marchtrenk, Haslach a.d. Mühl, Neuzeug, PVZ Linz
Steiermark (10 PVE):	Weiz, Medius Graz-St. Leonhard, Joglland mit disloziertem Standort Friedberg, Mariazell, Fehring, Graz Gries, Mureck, Gratwein-Straßenengel, Admont, Liezen (Eisenerz entspricht zwar den PVE-Vorgaben, ist aber vertraglich dementsprechend noch nicht verankert)
Burgenland (1 PVE):	Raabtal mit 3 Standorten

Grundsätzlich sind die Sozialversicherung und die Länder maßgeblich für die Etablierung und Errichtung von PVE verantwortlich. Es sind bis zum Jahr 2021 75 PV-Einheiten laut Zielsteuerung-Gesundheit und Primärversorgungsgesetz vereinbart, um damit rund 10 % der österreichischen Bevölkerung durch Primärversorgungseinheiten versorgen zu können. Wie die laufende Entwicklung zeigt, können einige Bundesländer die vereinbarte Zahl an Primärversorgungseinheiten bis Ende 2021 realisieren oder zumindest mit den entsprechenden Betreibern fix vereinbaren. In manchen Bundesländern gestaltet sich die Etablierung von Primärversorgungseinheiten noch schwierig, jedoch sind auch hier bereits Pläne zur Entwicklung von PVE in Umsetzung. Derzeit sind in allen Bundesländern PVE in unterschiedlichen Stadien in Planung, Entwicklung bzw. Umsetzung.

Über den aktuellen Stand der Umsetzung und die aktuellen Bemühungen zur Etablierung neuer Primärversorgungseinheiten gibt es laufend einen Informations- und Erfahrungsaustausch auf Bundes- und Länderebene. Abhängig von den bisherigen Erfahrungen wird im Laufe des Jahres 2021 zu vereinbaren sein, wie der weitere Ausbau der Primärversorgung ab 2022 (in der 3. Zielsteuerungsperiode) gestaltet werden soll.

Die Stärkung und Aufwertung der Primärversorgung ist dem BMSGPK ein besonders wichtiges Anliegen. Daher wird der weitere Aufbau durch eine breit angelegte „Gründungsinitiative zur Stärkung der Primärversorgung“ begleitet, in deren Rahmen

vielfältige Unterstützungen geleistet werden, wie z.B. eine aktuelle Website www.pve.gv.at mit wesentlichen Informationen und Dokumenten, z.B. Vertragsmuster, Fact Sheets und Businesspläne, ein umfassendes Handbuch zur Gründung für PVE-Betreiberinnen und Betreiber sowie Beratungsleistungen für PVE in Form von Einzelberatungen oder Workshops.

Die Krankenversicherungsträger sind bestrebt, die Etablierung von Primärversorgungseinheiten (PVE) in ganz Österreich voranzutreiben und als Zentren bzw. Netzwerke zu implementieren.

Die Schwierigkeit besteht aktuell darin, die entsprechende Anzahl an AllgemeinmedizinerInnen dafür zu finden. Deshalb wurde und wird durch Setzung gezielter Maßnahmen versucht, in den nächsten Jahren Gründungen zusätzlicher PVEs zu erreichen.

Hinsichtlich der Anzahl der bestehenden und der bis 2025 geplanten PVEs wird auf die Beilage „BEILAGE_Frage 8_9_10_ÖGK“ der ÖGK verwiesen.

Angemerkt wird, dass eine Primärversorgungseinheit, welche ein Vertragsverhältnis mit der ÖGK eingeht, ein solches auch mit der BVAEB und der SVS eingeht. Die Vertragspartner sind identisch. Es wird daher bezüglich BVAEB und SVS auf die Aufstellung der ÖGK verwiesen.

Fragen 9 und 10:

- *In welchen Bezirken sind derzeit Kassenvertragsstellen für praktische ÄrztInnen oder FachärztInnen nicht besetzt und seit wann? Bitte um Auflistung je Bezirk und ärztlichem Fachbereich.*
- *Welche Kassenvertragsstellen für praktische ÄrztInnen oder FachärztInnen waren in dem Zeitraum von 2017 bis heute länger als drei Monate unbesetzt? Bitte um Auflistung pro Jahr, Bezirk und ärztlichem Fachbereich.*

Eine entsprechende Aufstellung der ÖGK befindet sich in der Beilage „BEILAGE_Frage 8_9_10_ÖGK“.

Angemerkt wird, dass der Stellenplan von BVAEB und SVS auch die Planstellen der ÖGK beinhaltet. Bei der ÖGK unbesetzte Planstellen sind somit auch bei der BVAEB und der SVS unbesetzt. Es wird daher auf die Aufstellung der ÖGK verwiesen.

9 Beilagen:

BEILAGE_Frage 1_ÖGK

BEILAGE_Frage 1_BVAEB_2017

BEILAGE_Frage 1_BVAEB_2019

BEILAGE_Frage 1_SVS

BEILAGE_Frage 2_Anzahl WahlärztInnen

BEILAGE_Frage 3_Anzahl Spitalsbetten

BEILAGE_Frage 6_Maßnahmenumsetzung

BEILAGE_Frage 6_Frauengesundheit und COVID-19 Pandemie

BEILAGE_Fragen 8_9_10_ÖGK

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschöber

