

5250/AB
Bundesministerium vom 07.04.2021 zu 5273/J (XXVII. GP)
Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
sozialministerium.at

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.098.688

Wien, 24.3.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 5273/J der Abgeordneten Hannes Amesbauer, Mag. Gerhard Kaniak und weiterer Abgeordneten betreffend potentielle Verlängerung der sogenannten „Opting Out“-Regelung für Spitalsärzte** wie folgt:

Fragen 1 bis 9:

- *Inwiefern wird aktuell seitens des Gesundheitsministeriums an einer Nachfolgeregelung für die mit 1. Juli 2021 auslaufende „Opting-Out“-Regelung gearbeitet?*
- *Welche verschiedenen Lösungsansätze wurden dabei angedacht?*
- *Welche angedachten Lösungsansätze wurden in den vergangenen Jahren aus welchen Gründen wieder verworfen?*
- *Welche Lösung gilt derzeit aus welchen Gründen am wahrscheinlichsten?*
- *Bei welchen Gelegenheiten wurde die Problematik rund um die mit 1. Juli 2021 auslaufende „Opting-Out“-Regelung an Sie herangetragen?*
- *Von wem konkret wurde die Problematik an Sie herangetragen (bspw. Vertreter der Länder, von privaten Spitalsbetreibern, aus dem Notarztwesen etc.)?*

- Welche konkreten Lösungsansätze (bspw. die Verlängerung oder gar Ausweitung der bestehenden „Opting-Out“-Regelung, Änderung des KA-AZG etc.) wurden bei diesen Gelegenheiten von wem konkret eingefordert?
- Wie stellten sich diese Gespräche jeweils konkret dar?
- Wann werden Sie eine Lösung für Problematik rund um die mit 1. Juli 2021 auslaufende „Opting-Out“-Regelung präsentieren?

Zu diesen Fragen verweise ich auf die Anfragebeantwortung des Herrn Bundesministers für Arbeit zur Anfrage Nr. 5264/J.

Fragen 10 und 11:

- Inwiefern wird seitens des Gesundheitsministeriums bzw. seitens der Sozialversicherungsträger an Lösungen zur Bekämpfung des Kassenärztemangels insbesondere in ländlichen Regionen gearbeitet?
- Welche Lösungsansätze werden dabei konkret verfolgt bzw. angedacht (bspw. bessere Kassentarife, Bürokratieabbau etc.)?

Eingangs ist allgemein anzumerken, dass Österreich – gemessen an der Bevölkerungszahl – die zweithöchste Zahl an Ärztinnen und Ärzten in Europa aufweist. So sieht beispielsweise das Vertragsärztenetz der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) mit Stichtag 1. Jänner 2020 insgesamt 3.839,5 Allgemeinmediziner/innen und 3.132 Fachärzt/innen in ganz Österreich vor. Dieses Netz kann von der ÖGK bei Allgemeinmediziner/innen zu 97,61 % und bei Fachärzt/innen zu 97,04 % mit Vertragspartner/innen besetzt werden. Die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte pro 100.000 Einwohner/innen nahm jedenfalls seit 1970 von 71,6 auf 82,0 zu.

Bei offenen Stellen kann auch nicht immer von einem Mangelzustand gesprochen werden, weil Kassenstellen gegebenenfalls bereits zu einer bevorstehenden Besetzung anstehen oder zur Verlegung an andere Standorte bzw. für Gruppenpraxen reserviert sind. Zudem darf die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht mit der Kapazität von Behandlungseinrichtungen verwechselt werden, weil Krankenanstalten und andere Institutionen über die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hinaus zusätzliche Behandlungskapazitäten anbieten. Dazu kommt, dass sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte zu Gruppenpraxen zusammenschließen, welche in der Statistik als ein Vertrag gewertet werden, obwohl dort mehrere Vertragsärztinnen und -ärzte arbeiten.

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 (Stichwort „Babyboomer“) aktuell mehr nachzubesetzende Stellen. Ab 2025 wird die Zahl der Pensionierungen jedoch wieder erheblich sinken. Zum anderen schließen aktuell auch weniger Allgemeinmediziner*innen ihre Ausbildung ab bzw. wollen viele nicht als Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin arbeiten, weil vielerorts ein negatives Berufsbild gezeichnet wird. Auch die Wünsche und Bedürfnisse der jungen Ärztinnen und Ärzte haben sich insofern geändert, als heute eine ausgeglichene Work-Life-Balance, mehr Zeit für Familie und eine aktive Freizeitgestaltung wichtig sind.

Zur Frage an sich ist festzuhalten, dass es 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 Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein. Gerade eine flächendeckende Versorgung mit Vertragsärztinnen und -ärzten auch in der Zukunft ist ein wesentliches Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung und um dies sicherstellen zu können, sind bereits eine Reihe von Maßnahmen gesetzt worden. Insbesondere die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hat in vielfältiger Weise Anstrengungen unternommen, um den Arztberuf (insbesondere am Land) zeitgemäß und attraktiv zu halten, um im Endeffekt möglichst alle Kassenstellen neu zu besetzen und dem Trend zu Wahlärztinnen und –ärzten effektiv entgegenzuwirken.

Um einem Mangel an Kassenärztinnen und –ärzten entgegenzuwirken, bedarf es also eines umfassenden Bündels an Maßnahmen, wobei auch die Besonderheiten der unterschiedlichen regionalen Strukturen in Österreich zu berücksichtigen sind.

Zu nennen sind neben einer angemessenen Honorierung die Schaffung von Primärversorgungszentren und Lehrpraxen, flexible Zusammenarbeitsformen im Sinne eines ärztlichen Teamworks, die die Möglichkeit für Teilzeitarbeit schaffen, aber auch das aktive Ansprechen von Ärztinnen und Ärzten, die noch nicht im Kassensystem arbeiten, um sie über die Vorteile und Möglichkeiten des Kassenvertrages zu informieren.

Die Attraktivierung der Allgemeinmedizin (AM) ist daher auch ein zentrales Handlungsfeld der Zielsteuerung-Gesundheit. Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) hat einen priorisierten Maßnahmenkatalog beschlossen. Dieser Katalog beinhaltet konkrete Maßnahmen zu folgenden vier Bereichen:

1. die universitäre Ausbildung
2. die postpromotionelle Ausbildung
3. die Berufsausübung
4. das Image und Berufsbild der Allgemeinmedizinerin und des Allgemeinmediziners.

Ebenso werden Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Sachleistungsversorgung erarbeitet und umgesetzt, um eine flächendeckende Angebotsstruktur von Vertragsärztinnen und –ärzten zu ermöglichen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind, abhängig davon, wann die Maßnahme nach Umsetzung Wirkung zeigt, in kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen untergliedert. Bund, Länder und Sozialversicherung setzen hier in ihrem jeweiligen Kompetenzbereich entsprechende Schritte. Die konkreten Maßnahmen werden gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperationspartnern wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und Gemeinden im Detail ausgearbeitet und umgesetzt.

Um die Allgemeinmedizin vor allem für die junge Generation an Ärztinnen und Ärzten attraktiver zu gestalten, müssen konkrete Faktoren, wie z.B. der Wunsch nach flexiblen Arbeitsmodellen und multiprofessioneller Zusammenarbeit, ernst genommen werden. Daher werden seit einigen Jahren Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich etabliert. Die neuen PVE werden als Ergänzung zum bestehenden allgemeinmedizinischen Versorgungsmodell verstanden, um die Primärversorgung in Österreich langfristig zu stärken. PVE können in Form von Zentren (an einem Standort) oder als Netzwerk (an mehreren Standorten) errichtet werden. Für den ländlichen Bereich sind insbesondere Primärversorgungsnetzwerke angedacht, also die Vernetzung von Hausärzt/innen und weiteren Gesundheits- sowie Sozialberufen an unterschiedlichen Orten. PVE sind als Arbeitsmodell insbesondere für die junge Generation attraktiv, da sie den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit bietet, Selbständigkeit mit Teilzeitarbeit und der Tätigkeit in einem multiprofessionellen Team, bestehend auch aus Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe, zu verknüpfen. Zusätzlich besteht auch im Rahmen der PVE die Möglichkeit, eine Lehrpraxis anzubieten. Gerade angesichts des Bedürfnisses junger Ärztinnen und Ärzte nach der erwähnten erhöhten Work-Life-Balance kommt den Primärversorgungseinrichtungen hier eine zentrale Bedeutung zu, attraktive Arbeitsformen zu bieten und junge Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit als Hausarzt bzw. Hausärztin im ländlichen Bereich zu gewinnen. Vorteile der PVE für die Patient/innen sind die erweiterten Öffnungszeiten (auch zu Tagesrandzeiten) sowie das Angebot eines breiten Leistungsspektrums. Die konkrete Umsetzung von PVE erfolgt gemeinsam zwischen der Sozialversicherung und dem Land auf Bundeslandebene.

Zur forcierteren Implementierung von PVE in Österreich hat mein Ressort eine Gründungsinitiative ins Leben gerufen, um zentrale Informationen und Unterlagen für interessierte Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen dieser Gründungsinitiative wurde eine Informationswebsite (www.pve.gv.at) und ein umfassendes Handbuch entwickelt, welches die wichtigsten organisatorischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Fragestellungen leicht verständlich erklärt.

Zusätzlich gibt es für PVE-Gründer/innen auch attraktive Kreditangebote, die durch Europäischen Investitionsbank (EIB) und zwei österreichische Banken zur Verfügung gestellt werden. Die besonderen Kreditkonditionen zeichnen sich vor allem durch eine lange Laufzeit, einen tilgungsfreien Zeitraum und niedrige Zinsen aus. Die jeweiligen Kontaktpersonen der österreichischen Banken sind auf der Website <https://www.pve.gv.at/der-weg-zur-gruendung/wirtschaftliche-aspekte/potenzielle-finanzierungs-und-fordermittel-fur-primaerversorgungseinheiten/spezifische-kreditangebote-fuer-primaerversorgungseinheiten/> gelistet.

Zur qualitativen Verbesserung der (Turnus-)Ausbildung zum Arzt bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin wurde gemäß § 342b ASVG durch den damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der österreichischen Ärztekammer der Lehrpraxis- Gesamtvertrag, avsv Nr. 57/2017, abgeschlossen. § 14 des genannten Gesamtvertrages regelt, dass der Hauptverband (nunmehr Dachverband der Sozialversicherungsträger), die Krankenversicherungsträger und die Ärztekammern bezüglich Qualität und Zielgenauigkeit der Ausbildung von Lehrpraktikanten verantwortlich zusammenarbeiten.

Durch die in der ÄAO 2015 am Ende der Ausbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin verankerte Absolvierung einer Lehrpraxis von (derzeit) sechs Monaten bei freiberuflich tätigen Ärztinnen bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin oder in für das Fachgebiet Allgemeinmedizin anerkannten Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien soll die Ausbildungsqualität sowie die allgemeinmedizinische Versorgung verbessert werden.

Die Sozialversicherung sieht in der Lehrpraxis positive Auswirkungen in mehrerer Hinsicht und einen wichtigen Punkt in der Absicherung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung in ganz Österreich. Im Zeitraum von 2018 bis 2020 wurde deshalb auch die Ausbildung praktischer Ärztinnen und Ärzte in Lehrpraxen durch Bund, Länder und Sozialversicherung mit rund 25 Millionen Euro gefördert, wobei der Bund 25%, die Sozialversicherung 32,5 % und die Länder 32,5% der geschätzten Gesamtkosten für die Lehrpraxenfinanzierung übernimmt. 10 % trägt der Lehrpraxisinhaber. Damit war es möglich, die Gehaltskosten für

rund 450 Lehrpraktikant/innen für jeweils ein halbes Jahr während ihrer Tätigkeit bei den ausbildenden praktischen Ärztinnen und Ärzten, in einer Gruppenpraxis oder in einem Lehrambulatorium zu finanzieren. Erste Evaluierungen zeigen, dass die Lehrpraxis sehr positiv beurteilt wird. Zurzeit laufen Verhandlungen unter anderem über die Modalitäten der Finanzierung ab 2022 und über allfällige Anpassungen der Rahmenbedingungen.

Auch der Abschluss des zuvor genannten Gesamtvertrages bildet einen weiteren wichtigen Beitrag der Sozialversicherung zur Förderung der Lehrpraxis, weil dieser sicherstellt, dass die Tätigkeit der Lehrpraktikant/innen auch von den jeweiligen Vertragsärztinnen und – ärzten mit der Sozialversicherung abgerechnet werden kann.

Aber auch die Einführung verschiedener Formen der ärztlichen Übergabepräxen, in denen aktuelle Planstelleninhaber/innen und potentiell Nachfolger/innen zwecks Erfahrungsgewinn und Einschulung für eine gewisse Zeit parallel arbeiten können, sowie die – schon zuvor erwähnte – Möglichkeit, eine volle Planstelle zwischen zwei Ärzt/innen zu teilen, um dem vermehrten Bedürfnis nach Teilzeittätigkeit entgegen zu kommen, soll zu einer leichteren Besetzung von Hausarztstellen im ländlichen Bereich sowie zu deren Attraktivierung beitragen. Darüber hinaus bietet die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt/innen bei Ärzt/innen eine weitere Flexibilisierungsmöglichkeit.

Zur Stärkung der wohnortnahmen Versorgung durch Kassenärztinnen und -ärzten im ländlichen Raum wurde seitens meines Ressorts die Möglichkeit geschaffen, Mittel aus dem Programm für ländliche Entwicklung in Österreich von 2014 bis 2020 (LE 14–20) für den Gesundheitsbereich abzurufen. Den ländlichen Raum bilden dabei Gemeinden mit weniger als 30.000 Einwohnern bzw. ländlich geprägte Teile von Gemeinden mit mehr als 30.000 Einwohnern. Im Rahmen dieses Programms können Investitionen in den „bedarfsorientierten Auf- und Ausbau von Infrastrukturen im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen“ unterstützt werden.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die gesetzten und geplanten Maßnahmen ausreichen werden, um dem Nachbesetzungs- und Verteilungsproblem in Österreich effektiv entgegenzuwirken.

Frage 12: *Wann ist mit einer Umsetzung der Lösungsansätze zu rechnen?*

Die in der Antwort zu den Fragen 10 und 11 angeführten Initiativen befinden sich bereits in Umsetzung, wobei bedarfsorientierte Anpassungen im Laufe der Zeit vorzunehmen und erfolgreiche Lösungen weiter zu entwickeln sein werden.

Allgemein ist zu sagen, 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 meinem Ressort 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 (wie sich bereits aus der Beantwortung der Fragen 10 und 11 ergibt). Über den genauen Zeithorizont bezüglich der daraus resultierenden positiven Entwicklungen kann seriöser Weise keine verbindliche Aussage getroffen werden. Da es sich hiebei jedoch vorrangig um langfristige Maßnahmen handelt, ist die zeitliche Komponente selbstverständlich entsprechend zu berücksichtigen.

Fragen 13 und 14:

- *Inwiefern werden Sie sich bei Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung Heinz Faßmann für eine Aufstockung der Medizinstudienplätze einsetzen?*
- *Falls Sie sich für keine Aufstockung einsetzen werden, warum nicht?*

Eine allfällige Aufstockung der Medizinstudienplätze fällt nicht in meinem Vollzugsbereich, sondern in die Zuständigkeit des Bundesministers für Bildung, Wissenschaft und Forschung.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

