

6443/AB
Bundesministerium vom 02.07.2021 zu 6517/J (XXVII. GP) sozialministerium.at
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.323.963

Wien, 30.6.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 6517/J der Abgeordneten Ecker und weiterer Abgeordneter betreffend der Zahl von Kassenärzten für Frauenheilkunde in Österreich** wie folgt:

Fragen 1 und 2:

- *Wie viele Stellen von Kassenärzten für Frauenheilkunde sind derzeit in Österreich besetzt? (Bitte um Aufsplitterung je Bundesland und Bezirk)*
- *Wie viele Stellen von Kassenärzten für Frauenheilkunde sind derzeit in Österreich frei? (Bitte um Aufsplitterung je Bundesland und Bezirk)*

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Bedarf und Menge von Kassenstellen werden in jedem Bundesland anhand einer wissenschaftlich fundierten Bedarfsplanung, dem sogenannten Regionalen Strukturplan Gesundheit, festgestellt. Der Regionale Strukturplan Gesundheit wird von Bund, Ländern, Sozialversicherung und der Ärztekammer in jedem Bundesland beschlossen.

Auf Basis des Regionalen Strukturplans Gesundheit wird die konkrete Ausgestaltung einzelner Kassenstellen zwischen der ÖGK und der Ärztekammer verhandelt.

Im Regelfall werden unbesetzte Planstellen innerhalb eines Quartals nachbesetzt. In der Frauenheilkunde gab es zum 1. Jänner 2021 elf Kassenstellen (von insgesamt 423,7 Kassenstellen), deren Nachbesetzung länger als ein Quartal dauert. Insgesamt 97 % der Stellen waren entweder besetzt, mangels Bedarf nicht ausgeschrieben oder in einem regulären Nachbesetzungsprozess befindlich.

In der Beilage 1 sind die konkreten Zahlen zu den einzelnen Bundesländern dargestellt.

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)

Auf die Beilage 2 wird verwiesen.

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Bundesland	Anzahl Vertragspartner	Anzahl Ärzte
Wien	90	100
Niederösterreich	63	66
Burgenland	12	12
Oberösterreich	67	68
Steiermark	50	50
Kärnten	25	26
Salzburg	28	30
Tirol	29	29
Vorarlberg	27	27
Gesamt	391	408

Eine Auswertung auf Bezirksebene ist nicht möglich. Bezuglich der Frage 2 (freie Stellen) wird auf die Stellungnahme der ÖGK verwiesen.

Fragen 3 und 4:

- *Wie viele Stellen von Wahlärzten für Frauenheilkunde sind derzeit in Österreich besetzt? (Bitte um Aufsplitterung je Bundesland und Bezirk)*
- *Wie viele Stellen von Wahlärzten für Frauenheilkunde sind derzeit in Österreich frei? (Bitte um Aufsplitterung je Bundesland und Bezirk)*

Die Planung und Abdeckung des medizinischen Versorgungsbedarfs mittels Planstellen ist lediglich im Bereich der Vertragsärzte vorgesehen.

Im Bereich der Wahlärzte erfolgt keine Planung und existieren keine „Stellen“. Berufsberechtigte Ärzte können unter Einhaltung der Vorgaben des Ärztegesetzes jederzeit und überall eine Wahlarztordination eröffnen, ohne dass dafür ein bestimmter Bedarf bestehen muss bzw. geprüft wird oder Planungsvorgaben eingehalten werden.

Frage 5:

- *Wie viele Kassenärzte haben sich im Zeitraum 2015-2020 dazu entschlossen, ihre Praxis als Wahlarzt zu betreiben? (Bitte um Aufsplitterung je Bundesland und Bezirk)*

Für die Kündigung des Kassenvertrages durch den Vertragsarzt sehen Gesetz und Gesamtvertrag lediglich Kündigungsfristen und –termine vor. Die Bekanntgabe von Kündigungsgründen ist nicht vorgesehen, weshalb zur Beantwortung dieser Frage keine Daten vorliegen.

Fragen 6 bis 9:

- *Aus welchen konkreten Gründen sind Kassen-Frauenärzte in der österreichischen Tariftabelle an vorletzter Stelle?*
- *Sind Maßnahmen geplant, um die Stellung von Kassen-Frauenärzten in der Tariftabelle zu verbessern, um mehr Mediziner als Kassenarzt halten zu können?*
- *Wenn „Ja“, welche sind das konkret?*
- *Wenn „Nein“, warum wird dahingehend keine Notwendigkeit gesehen?*

Die Aussage bzw. Fragestellung „Aus welchen konkreten Gründen sind Kassen-Frauenärzte in der österreichischen Tariftabelle an vorletzter Stelle?“ ist nicht nachvollziehbar. Insbesondere ist eine „Tariftabelle“ nicht bekannt.

Seitens der Krankenversicherungsträger ist jedoch Folgendes festzuhalten:

Bei der ÖGK werden in den jährlichen Honorarverhandlungen mit der Ärztekammer die Fachgruppenunterschiede regelmäßig diskutiert und allfällige nicht nachvollziehbare Unterschiede im Rahmen der Honorarabschlüsse ausgeglichen. Die Verteilung der Honorarsumme bzw. der vereinbarten Tarifanhebung erfolgt im Einvernehmen zwischen regionalen Ärztekammern und ÖGK. Ärztekammer und ÖGK sind bemüht, eine sachlich gerechtfertigte Verteilung der Honorarsumme innerhalb der Fachgruppen zu gewährleisten.

Die SVS honoriert ihre Vertragsärzte nach den in der Honorarordnung des mit der Ärztekammer vereinbarten Gesamtvertrages. Danach gebührt allen Fachärzten für Grundleistungen, Diagnose- und Therapiegespräche sowie allgemeine Sonderleistungen dasselbe Honorar, unabhängig davon, welchem Fachgebiet sie konkret angehören. Bei den Sonderleistungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind die Honorare der SVS in der Regel höher als jene der ÖGK. Zudem gibt es eigene Operationsgruppenschemata für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und auch für von Fachärzten für Gynäkologie durchgeführte sonographische Untersuchungen, die von der SVS honoriert werden.

Darüber hinaus wird angemerkt, dass sich die Abgeltung von Leistungen eines Vertragsarztes/einer Vertragsärztin nach den in der Honorarordnung enthaltenen Tarifen richtet. Die Honorarordnung wird als Teil des Gesamtvertrages gemäß § 341 ASVG, i.d.F. des SV-OG, BGBl. I Nr. 100/2018, (sowie den entsprechenden Bestimmungen der sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetze) seit 1. Jänner 2020 zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Österreichischen Ärztekammer jeweils bundeseinheitlich durch privatrechtlichen Vertrag abgeschlossen.

Bei den österreichischen Krankenversicherungsträgern handelt es sich um Körperschaften öffentlichen Rechts, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Sie unterliegen hiebei zwar der Aufsicht durch den Bund, die vom Bundesministerium für Soziales Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auszuüben ist; diese Aufsicht hat aber lediglich die Überwachung der Einhaltung der

Rechtsvorschriften sowie in wichtigen Fällen auch der Gebote der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zum Gegenstand.

Dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kommt im Rahmen seines gesetzlichen Aufgabenbereiches jedenfalls keine Möglichkeit zu, auf das im Gesamtvertrag vereinbarte – dem Privatrecht zuzuordnenden – Honorarsystem bzw. die Höhe der Honorare eines Vertragsarztes/einer Vertragsärztin bestimmenden Einfluss zu nehmen.

Fragen 10 bis 12:

- *Sind generell Maßnahmen geplant, um die Tätigkeit als Kassenarzt in Österreich attraktiver zu gestalten?*
- *Wenn „Ja“, welche sind das?*
- *Wenn „Nein“, warum wird dahingehend keine Notwendigkeit gesehen?*

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz strebt die Attraktivierung des Vertragsarztberufes an. Das BMSGPK setzt sich gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern allgemein für die Attraktivierung von Sonderfächern mit Unterversorgung bei den Kassenverträgen stark ein. Die letztendliche Umsetzung ist jedoch im Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherungen angesiedelt. Die „neue“ Generation an Ärzt*innen wünscht sich unter anderem vermehrtes Arbeiten im Team und flexiblere Arbeitszeitmodelle. Diesem Anliegen wird zukünftig durch vermehrt neue Versorgungsmodelle und -formen, wie Primärversorgungseinheiten und Gruppenpraxen in allen Fachrichtungen, Rechnung getragen. Seitens der Krankenversicherungsträger wurden in den vergangenen Jahren schon viele Maßnahmen gesetzt und sind auch für die Zukunft weitere Maßnahmen vorgesehen.

Seitens der ÖGK wird dazu im Detail Folgendes ausgeführt:

- Flexible Ordinationsmodelle wurden 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 sowie 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 Hausärz:innen gleichermaßen. Das entspricht auch den Ansprüchen vieler Ärzt:innen, insbesondere der nachrückenden Generation.
- 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 Bundesländern 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.
- Aktivitäten in Richtung „Image“ und „Lebensbedingungen“ des Haus- und Landarztes werden gesetzt. Projekte werden derzeit ausgearbeitet.

Im Übrigen wird bereits seit Jahren auf eine attraktive und gerechte Entlohnung gesetzt. Aktuell liegt beispielsweise das Jahreseinkommen vor Steuer für Vertragsärzt:innen für Allgemeinmedizin im Durchschnitt bei 150.000 Euro (alle Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträge sind bereits abgezogen).

Es wird kontinuierlich an der Attraktivierung der vertragsärztlichen Tätigkeit gearbeitet. Die Orientierung erfolgt dabei vor allem auch an den Wünschen und Lebensvorstellungen der jungen Ärzt:innen.

Darüber hinaus bedarf es struktureller Änderungen, um die Arztlastigkeit im Gesundheitssystem zu reduzieren und die Versorgung effektiver und effizienter zu machen. Stichworte in diesem Zusammenhang sind:

- Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention, Förderung der Gesundheitskompetenz
- telefonische Gesundheitsberatung „1450“
- Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe
- Delegation von Leistungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- Steuerung der Patientinnen im Gesundheitssystem zum „Best point of service“
- Beseitigung von Doppelgleisigkeiten.

Die SVS merkt ergänzend an, dass in den letzten Jahren verstärkt Maßnahmen gesetzt wurden, um insbesondere den Bereich der Allgemeinmedizin und der Kinder- und Jugendheilkunde attraktiver zu gestalten. Zudem wird auf die Arbeiten der Bundes-Zielsteuerung sowie auf diverse Maßnahmen auf Landes-Zielsteuerungsebene verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

