

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.726.733

Wien, 10.12.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 8228/J des Abgeordneten Kaniak und weiterer Abgeordneter betreffend Unbesetzte Kassenstellen im niedergelassenen Bereich** wie folgt:

Frage 1:

- *Welche Stellungnahme geben Sie als Gesundheitsminister zu den Empfehlungen des Rechnungshofberichts ab?*

Die Stärkung der allgemeinmedizinischen Versorgung ist für das Gesundheitssystem von großer Bedeutung und die Attraktivierung der Allgemeinmedizin ist dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ein zentrales Anliegen. Sie ist daher als wichtige Zielsetzung der derzeitigen Gesundheitsreform definiert.

Im April 2018 wurde eine Liste mit zahlreichen Maßnahmen erstellt, die in vier Bereiche (universitäre Ausbildung, postpromotionelle Ausbildung, Berufsausübung und übergreifend Image/Prestige sowie Berufsbild) gegliedert sind. Diese werden von den Zielsteuerungspartnern gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperations-

partnern wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und Gemeinden umgesetzt. Um die Allgemeinmedizin auch in ländlichen Regionen v.a. für Jungmediziner:innen attraktiver zu gestalten, müssen auch Faktoren wie z.B. flexiblere Arbeitsmodelle und multiprofessionelle Teamarbeit mitberücksichtigt werden. Hier sind insbesondere Primärversorgungseinheiten (PVE) nach dem Primärversorgungsgesetz in Form von Primärversorgungsnetzwerken angedacht.

Die Stellungnahme des BMSGPK zu der jeweiligen Empfehlung des Rechnungshofes ist dem anfragegegenständlichen Bericht des Rechnungshofes zu entnehmen.

Frage 2:

- *Werden Sie dem Gesetzgeber eine Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Organisation der Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich vorschlagen?*

Wie bereits zur Frage 1 festgehalten, ist die Stellungnahme des BMSGPK zur TZ 2 dem anfragegegenständlichen Bericht des Rechnungshofes zu entnehmen, wonach legislative Änderungen der vertragspartnerrechtlichen Regelungen (insbesondere die Ergänzung der verpflichtenden Inhalte des Gesamtvertrags) jedenfalls eines umfassenden Abstimmungsprozesses mit den betroffenen Stakeholdern (insbesondere Sozialversicherungsträger und Österreichische Ärztekammer) bedürfen, dessen Voraussetzung ein entsprechender politischer Konsens ist. Das Regierungsprogramm 2020-2024 sieht unter anderem eine „Erweiterung der Vertragsarztmodelle“ vor, um die Versorgung – vor allem im ländlichen Raum – sicherzustellen.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit der Einrichtung von PVE ist derzeit eine entsprechende Aktualisierung und Novellierung des derzeit geltenden Primärversorgungsgesetzes in Vorbereitung, um die Gründung von PVE zu vereinfachen und entsprechend zu beschleunigen.

Allfällige Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen werden jedenfalls unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Rechnungshofes und der dazu eingebrachten Positionierungen der Stakeholder erfolgen.

Frage 3:

- *Werden Sie in die Berichterstattung zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des österreichischen Strukturplans Gesundheit, der Regionalen Strukturpläne Gesundheit und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufnehmen?*

Die in dieser Frage angesprochene Empfehlung des Rechnungshofes zur TZ 9 des Rechnungshofberichtes steht in inhaltlichem Zusammenhang mit den Ausführungen zur TZ 6 dieses Berichtes. Das BMSGPK wird zusammen mit den Trägern der Krankenversicherung und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger an der Weiterentwicklung der Kennzahlen im Bereich der Ärztekostenstatistik arbeiten. Dabei wird der vorliegende Bericht des Rechnungshofes (insbesondere die TZ 5, 6 und 9) als Grundlage dienen.

Eine regelmäßige Berichterstattung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich in einer strukturierten Form ist jedenfalls zu befürworten. Im Zuge der Integrationsarbeiten nach Inkrafttreten des SV-OG sind bereits einige Ansätze eines entsprechenden Monitorings implementiert worden. Berichterstattung und Monitoring zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich anhand von relevanten Kennzahlen werden auch laufend von der ÖGK weiterentwickelt.

Frage 4:

- *Werden Sie gemeinsam mit der ÖGK die ambulante Planung auf Ebene des Österreichischen Strukturplans Gesundheit weiterentwickeln und dabei eine stärkere regionale Differenzierung, eine Verringerung der Bandbreiten von +/- 30%, eine getrennte Betrachtung von Angebot und Nachfrage sowie Sollwerte vorsehen?*

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist integraler Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit. Er ist gemeinsam von Bund, allen Ländern und der Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließen.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wird kontinuierlich an der Weiterentwicklung der integrativen Versorgungsplanung gearbeitet. Speziell im ambulanten Bereich sind die Systempartner bestrebt die Grundlagen, Methoden und Messgrößen für eine bedarfsgerechte und regional differenzierte Angebotsplanung stetig zu verbessern.

Eine regionale Differenzierung bzw. die Berücksichtigung regionaler Charakteristika sind im Zielsteuerungsvertrag im Rahmen der laufenden Arbeiten zur Versorgungsforschung bereits vorgesehen und befinden sich in Erarbeitung. Es wird an Regionstypisierungen der österreichischen Versorgungslandschaft angelehnt an der OECD-Methode „urban-rural“

und integrativen Regionsprofilen (Versorgungsangebot und Inanspruchnahme/Nachfrage in sektoraler Differenzierung und deren Determinanten) für die 32 Versorgungsregionen gearbeitet.

Eine Verringerung der Bandbreite von +/- 30 % wurde in den Arbeitsgremien der Zielsteuerung mehrfach diskutiert, war aber bisher nicht konsensfähig.

Die quantitative Rahmenplanung des ambulanten Bereichs des ÖSG beruht auf einer Erhebung der (Ist-)Kapazitäten im ambulanten allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Bereich. Bei der Festlegung der Planungsrichtwerte für die (Soll-)Kapazitäten fließen neben der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung auch die von Expertinnen und Experten erwarteten Tendenzen in der medizinischen Entwicklung ein. Die Planungsvorgaben (Richtwerte) des ÖSG umfassen den gesamten ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbständige Ambulatorien, eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte).

Die „Grobabschätzung“ des Bedarfs auf Basis der Richtwerte des ÖSG kann eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für den ambulanten Versorgungsbereich nicht ersetzen. Daher sind eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene im Rahmen regionaler Detailplanungen (Regionale Strukturpläne Gesundheit) durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben. Die Zuordnung der Leistungserbringung hat regional unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen regionalen Rahmenbedingungen zu erfolgen.

Eine morbiditätsbasierte Gesundheitsplanung alternativ zur derzeitigen bestandsabhängigen Gesundheitsversorgungsplanung ist methodisch äußerst schwierig und auch international kaum jemals umgesetzt worden. Die Planung auf Basis der Ist-Situation muss aber weiterentwickelt werden. Unverzichtbar in diesem Zusammenhang ist eine standardisierte Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich, wie bereits im Zielsteuerungsvertrag vereinbart.

Es wird jedenfalls versucht werden, den Empfehlungen des Rechnungshofes so weit wie möglich nachzukommen.

Frage 5:

- *Wie beurteilen Sie die im Bericht angesprochene Kritik hinsichtlich der Datenlage für die Erhebungen?*

Wie auch schon in Beantwortung von Frage 4 festgestellt, bedarf es zur Weiterentwicklung der Angebotsplanung einer Vervollständigung der Datengrundlagen im ambulanten

Bereich. Neben der Entwicklung und Einführung einer standardisierten Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich ist im Zielsteuerungsvertrag auch die Erarbeitung von Grundlagen für die Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitoring vorgesehen.

Die vom Rechnungshof empfohlene sektorenübergreifende, bundesweite Erfassung der tatsächlichen Öffnungszeiten von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie von Spitalsambulanzen ist aus ho. Sicht zu befürworten. Die ÖGK arbeitet bereits an einer elektronischen Lösung aus der u.a. auch die Ordinationszeiten der Vertragspartner:innen ersichtlich sein werden.

Frage 6:

- *Warum gibt es keine systematische Erhebung der Bedürfnisse der Patienten?*

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit werden regelmäßig Befragungen hinsichtlich Erfahrungen und Zufriedenheit mit und Erwartungen an das Gesundheitssystem durchgeführt: Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS), Bevölkerungsbefragung 2016, Patientinnen- und Patientenbefragung 2015.

Frage 7:

- *Wieso wird voraussichtlich das Ziel, 75 Primärversorgungseinheiten zu errichten, bis Ende 2021 nicht erreicht?*

Österreichweit haben derzeit 29 Primärversorgungszentren bzw. -netzwerke (PVZ/PVN) in 7 Ländern einen Kassenvertrag (Stand Oktober 2021). Die bestehenden PVE sind sehr gut ausgelastet und werden von der Bevölkerung positiv aufgenommen. Dass die vereinbarte Zahl an PVE nicht wie geplant bis Ende 2021 realisiert oder mit den entsprechenden Betreibern fix vereinbart werden kann, hat unterschiedliche Gründe. Die Umsetzung von weiteren PVE hat sich in den letzten beiden Jahren v.a. auch aufgrund der Covid-19-Pandemie verzögert. In manchen Bundesländern sind noch nicht alle Rahmenbedingungen geschaffen. Jedoch ist auch dort eine Umsetzung von PVE geplant.

Zudem hat das BMSGPK im Rahmen des europäischen Aufbauplans ein Projekt zur Stärkung und Attraktivierung der Primärversorgung eingereicht: Bis 2026 sollen dadurch mindestens 60 Neugründungen von PVE in ganz Österreich gefördert werden.

Fragen 8 und 9:

- *Welche Versorgungsziele im niedergelassenen Bereich haben Sie sich bzw. Ihr Ministerium gesetzt?*
- *Wieso berücksichtigt der Österreichische Strukturplan nicht die Versorgungsziele?*

Eine hochqualitative, abgestufte, flächendeckende und wohnortnahe Gesundheitsversorgung, insbesondere die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Kassenärztinnen und Kassenärzte ist im gegenwärtigen Regierungsprogramm verankert und spiegelt sich auch im ÖSG wieder. Grundsatz und Ziel der Planung ist die „Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren, aber auch medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung“. Die bedarfsgerechte Versorgung ist durch die Gesamtheit aller im ambulanten Bereich tätigen Leistungsanbieter:innen in der jeweiligen Versorgungsregion sicherzustellen.

Weiters wird auf die Ausführungen zu Frage 3 verwiesen.

Fragen 10 und 11:

- *Wollen Sie weitere Planstellen von Kassenärzten schaffen?*
- *Wenn ja, welche Maßnahmen ergreifen Sie dazu?*

Die ärztlichen Stellenpläne sind ein integraler Bestandteil der zwischen den Sozialversicherungsträgern und Ärztekammern zu vereinbarenden Gesamtverträge. Eine Involvierung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in die Erstellung der Gesamtverträge ist – wie schon mehrfach auch im Rahmen der Beantwortung diverser parlamentarischer Anfragen ausgeführt – im Hinblick auf die den Gesamtvertragsparteien nach den gesetzlichen Vorschriften zukommende Selbstverwaltung nicht gegeben.

Die ÖGK hat in diesem Zusammenhang bereits berichtet, dass sie derzeit einen Stellenplan für das Bundesland Wien verhandle. Darüber hinaus habe die ÖGK nach ihren Angaben die Notwendigkeit eines zeitnahen Planstellenmonitorings im Zuge der Prüfung des Rechnungshofes selbst erkannt und diesbezüglich kurzfristig eine Lösung erarbeitet, mit der ein bundesweites Monitoring der Planstellen (inklusive Auswertungsmöglichkeit für

besetzte und unbesetzte Planstellen) möglich sei. Eine einheitliche Verwaltung von Planstellen sei in Entwicklung und solle mittelfristig umgesetzt werden.

Fragen 12 und 13:

- *Wollen Sie dem Ärztemangel durch eine höhere Auslastung der Praxen entgegenwirken?*
- *Wenn ja, welche Maßnahmen ergreifen Sie dazu?*

Österreich verfügt im europaweiten Vergleich über eine besonders hohe ärztliche Versorgungsdichte. 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 Vertragsärztinnen und -ärzte arbeiten, weil vielerorts ein negatives Berufsbild gezeichnet wird.

Im ambulanten Bereich arbeitet mein Ressort gemeinsam mit der Sozialversicherung und den Ländern an geeigneten Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung. Entsprechend dem Zielsteuerungsvertrag werden in einem ersten Schritt die aktuelle Ist-Situation und mögliche örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem und deren Ursachen analysiert. In weiterer Folge sollen entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen entwickelt und im jeweiligen Zuständigkeitsbereich umgesetzt werden.

Aus der Sicht des BMSGPK kann lediglich angemerkt werden, dass es hinsichtlich des niedergelassenen Bereiches in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger liegt, im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber, insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechtes eingeräumten Selbstverwaltung, Maßnahmen zu setzen, um dem vielfach beschworenen Ärztemangel entgegenzuwirken – insbesondere die Schaffung von Anreizen, um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Nach unserem Dafürhalten vermöge eine höhere Auslastung der Vertragsärztinnen und -ärzte für sich alleine wohl nicht das Nachbesetzungs- und Verteilungsproblem in Österreich zu bewältigen. Die Krankenversicherungsträger – federführend durch die ÖGK – haben in den vergangenen Jahren in vielfältiger Weise Anstrengungen unternommen, um den Arztberuf (insbesondere auch am Land) zeitgemäß und attraktiv zu gestalten, um im Endeffekt möglichst alle offenen Kassenstellen neu zu besetzen.

Um eine ausreichende Anzahl an Ärztinnen und Ärzten für das Tätigwerden in der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu gewinnen, ist ein Bündel an Maßnahmen notwendig. In Bezug auf die Allgemeinmedizin wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereits ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet. Der Katalog enthält insgesamt 45 Maßnahmen, die in vier Abschnitte im Karrierepfad (universitäre Ausbildung, postpromotionelle Ausbildung, Berufsausübung und übergreifend Image/Prestige sowie Berufsbild) kategorisiert sind. Bund, Länder und Sozialversicherung setzen im Rahmen ihrer Kompetenzbereiche entsprechende Schritte. Die Maßnahmen werden gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperationspartner:innen, wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und den Gemeinden, konkretisiert und umgesetzt. Der ggst. Maßnahmenkatalog und dessen Umsetzung wird derzeit einer Analyse unterzogen und über den Stand und den Fortgang der Umsetzungsarbeiten wird regelmäßig berichtet.

Beispielhaft sind hier 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 Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten oder erweiterte Stellvertretung, Teilzeitmöglichkeiten und das Überwinden von bürokratischen Hürden durch e-Anwendungen oder den Wegfall von Bewilligungen.
- Um die Allgemeinmedizin konkret auch in ländlichen Regionen für Ärztinnen und Ärzte nachhaltig attraktiver zu gestalten, wird die Etablierung von Primärversorgungseinheiten (PVE) nach dem Primärversorgungsgesetz nachhaltig forciert. Stetig kommen bundesweit neue Versorgungseinrichtungen dazu. Die Möglichkeit zur Arbeit im multiprofessionellen Team entlastet und stärkt Hausärztinnen und -ärzte gleichermaßen. Das entspricht auch den Ansprüchen vieler Ärztinnen und Ärzte, insbesondere der nachrückenden Generation, da man in Teams zusammenarbeitet, seine Arbeitszeit flexibler gestalten kann und somit eine bessere Work-Life-Balance erreicht wird, und aktiviert schlummernde Ressourcen im ärztlichen Bereich, die im Rahmen einer Anstellung oder Teilzeittätigkeit arbeiten möchten (siehe: [SV-Primärversorgung \(sv-primarversorgung.at\)](https://www.sv-primarversorgung.at)).

In diesem Zusammenhang hat mein Ressort in enger Abstimmung mit der Sozialversicherung und den Ländern eine Gründungsinitiative ins Leben gerufen. Dadurch werden relevante Informationen und wichtige Dokumente für interessierte

Ärztinnen und Ärzte auf der eigenen Informationswebsite (www.pve.gv.at) und in einem umfassenden Handbuch zur Verfügung gestellt, welches zentrale organisatorische, wirtschaftliche und rechtliche Fragestellungen leicht verständlich erklärt. Auch individuelle Beratungsleistungen für Gründerinnen und Gründer von PVE während der Entwicklungs- und Aufbauphase sind Teil der Gründungsinitiative. Überdies ist es gelungen, die Förderung der Primärversorgung als zentrales Projekt im Aufbau- und Resilienzfonds der Europäischen Union (RRF) zu verankern. Dadurch werden in den nächsten Jahren unterschiedliche Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin sowie Förderungen zur Stärkung der Primärversorgung ermöglicht.

- 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.
- Eine wichtige Maßnahme ist die finanzielle Förderung der Lehrpraxis in der Allgemeinmedizin, um wertvolles Wissen und Erfahrung im extramuralen Bereich bereits während der Ausbildung zu erlangen und somit Interesse und eine möglichst frühe Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte für ein Tätigwerden im Bereich der Allgemeinmedizin als Kassenvertragsarzt zu erreichen. Der Bund, die Länder und die Sozialversicherung haben sich deshalb auf eine Fortführung der Lehrpraxisförderung geeinigt, um junge Mediziner:innen an den Beruf heranzuführen.
- Es werden Aktivitäten in Richtung „Image“ und „Lebensbedingungen“ der Haus- und Landärztin bzw. des Haus- und Landarztes gesetzt. Projekte werden derzeit ausgearbeitet.

Weiters finden derzeit Beratungen und Arbeiten zur Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin in der Kommission für die ärztliche Ausbildung statt. Eine weitere mögliche Maßnahme zur Attraktivierung dieses Berufsbildes.

Darüber hinaus wird bereits seit Jahren auf eine attraktivere und gerechtere Entlohnung gesetzt. Aktuell liegt beispielsweise das Jahreseinkommen vor Steuer für Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin im Durchschnitt bei € 150.000,- (alle Praxiskosten und

Sozialversicherungsbeiträge sind bereits abgezogen). Fachärztinnen und -ärzte 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 machen. Ein solches Umdenken stellt einen längerfristigen und fließenden Prozess dar, der ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität von statten gehen 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 Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zum „Best point of service“ und
- Beseitigung von Doppelgleisigkeiten.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, 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.

Fragen 14 bis 16:

- *Welche Stellungnahme geben Sie bezüglich der Forderung der Ärztekammer von März 2019 ab, 1300 weitere Planstellen zu schaffen?*
- *Wie viele Planstellen sollen Ihres Dafürhaltens nach zur Versorgung im niedergelassenen Bereich neu geschaffen werden?*
- *Welche Maßnahmen werden Sie dazu ergreifen?*

Wie bereits zuvor festgehalten sind die ärztlichen Stellenpläne ein integraler Bestandteil der zwischen den Sozialversicherungsträgern und Ärztekammern zu vereinbarenden Gesamtverträge. Eine Involvierung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege

und Konsumentenschutz in die Erstellung der Gesamtverträge ist im Hinblick auf die den Gesamtvertragsparteien nach den gesetzlichen Vorschriften zukommende Selbstverwaltung nicht gegeben. Die Parteien des Gesamtvertrages haben nach den Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes dabei die ambulanten Versorgungsstrukturen, die örtlichen Verhältnisse, die Verkehrsverhältnisse, die Veränderungen der Morbidität sowie die Bevölkerungsdichte und -struktur mit dem Ziel der Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung zu berücksichtigen.

Die Schaffung von Vertragsarztstellen setzt somit eine Einigung der genannten Vertragsparteien voraus und ist der Einflussnahme durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz entzogen, weil es diesbezüglich weder gegenüber den Krankenversicherungsträgern noch gegenüber den ärztlichen Interessenvertretungen weisungsbefugt ist.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die zwischen Ärztekammer und Krankenversicherungsträgern zu vereinbarenden Stellenpläne im Rahmen der von ihnen abzuschließenden Gesamtverträge auf den tatsächlichen Bedarf bei der Versorgung mit ärztlichen Leistungen hinreichend Bedacht nehmen und sohin eine sachadäquate Lösung zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

