

**Dr. Wolfgang Mückstein**  
Bundesminister

Herrn  
Mag. Wolfgang Sobotka  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.816.739

Wien, 17.1.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 8695/J des Abgeordneten Max Lercher, Genossinnen und Genossen betreffend „Tele-medizinische Versorgung Stolzalpe“** wie folgt:

**Fragen 1 und 2:**

- *Arbeiten Sie grundsätzlich am Ausbau der telemedizinischen Versorgung in allen Regionen Österreichs?*
  - a) *Wenn ja, wie soll diese zukünftig ausschauen?*
  - b) *Wenn nein, warum nicht?*
- *Ist eine telemedizinische Versorgung momentan rechtlich möglich?*
  - a) *Wenn ja, wie und wo ist diese geregelt?*
  - b) *Wenn nein, warum nicht und arbeiten Sie bereits an der Veränderung dieses Umstandes?*

Die Entwicklung in diesem Bereich, den aktuellen Möglichkeiten entsprechend, wird kontinuierlich verfolgt. Die Telemedizin bietet zahlreiche Chancen (z.B. erleichterter Zugang für entlegene Gebiete, für wenig mobile Menschen), birgt aber auch gewisse Risiken. Ein

Ausbau der telemedizinischen Versorgung muss daher für den jeweiligen Bereich aus fachlich-medizinischer Sicht bewertet und juristisch geprüft werden.

Telemedizin ist ein vielschichtiger Begriff, der sehr heterogene automationsunterstützte medizinische Leistungen, aber auch Vorgänge im Gesundheitswesen von überwiegend administrativer Natur zusammenfasst. Gemeinsam ist diesen Leistungen, dass sie örtlich und/oder zeitlich asynchron erbracht werden. Telemedizinische Leistungen sind der österreichischen Rechtsordnung zwar nicht fremd, jedoch wurde für einige Einsatzbereiche insbesondere von betroffenen Berufsgruppen ergänzender Regelungsbedarf artikuliert. Verwiesen werden darf in diesem Zusammenhang etwa auf die Telerehabilitation und die Teleradiologie, für die es bereits spezifische Regelungen gibt. Davon unabhängig dürften in einigen Anwendungsbereichen zumindest Rahmenvorgaben in prozessualer Hinsicht und zur Gewährleistung der technischen und semantischen Interoperabilität erforderlich sein. Erste Schritte diesbezüglich wurden mit der Telemonitoring-Rahmenrichtlinie und im Kontext der elektronischen Gesundheitsakte mit der Standardisierung eines Telemonitoring-Episodenberichts bereits gesetzt. Vorwiegend auf regionaler Ebene bzw. von der Sozialversicherung wurden telemedizinische Vorhaben bereits erfolgreich umgesetzt. Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit werden aktuell Projekte in den Bereichen Diabetes, Herzinsuffizienz und Vorsorgeuntersuchungen vorbereitet.

Bewusst sein muss, dass nicht alle medizinischen Leistungen und nicht alle Betroffenen einer telemedizinischen Versorgung zugänglich sind. Dies sind insbesondere Fälle, in denen problemadäquate Erfahrungen vor Ort zur Versorgung notwendig sind oder die mit der Versorgung verbundenen Risiken nicht ausreichend beherrschbar sind. Auch Betroffene können aufgrund ihrer physischen oder psychischen Gegebenheiten (z.B. Demenz) von einer telemedizinischen Betreuung ausgeschlossen sein.

Die allgemeinen Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 sind auch auf telemedizinische Leistungen anwendbar. Auf bestimmte telemedizinische Anwendungen sind auch die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes anzuwenden. Ein weitergehender oder spezifischer Regelungsbedarf muss jedoch aufgrund des unterschiedlichen Anwendungsspektrums aus konkreten Anwendungen selbst abgeleitet bzw. umgesetzt werden. Ein Ergebnis der erwähnten Projekte der Zielsteuerung Gesundheit kann daher auch sein, anwendungsspezifische Regelungen zu identifizieren und umzusetzen.

Aus ärzterechtlicher Sicht kann festgehalten werden, dass die Erlaubnis zur telemedizinischen/internetbasierten/videotelefonischen Tätigkeit im Rahmen der Berufsausübung im ÄrzteG 1998 gesetzlich nicht ausdrücklich verankert ist, sodass stets im

Einzelfall zu prüfen ist, ob für eine solche angestrebte Tätigkeit eine ausreichende fachliche Entscheidungsgrundlage und Beherrschung allfälliger Gefahrensituationen im Sinne der Wahrung der Einhaltung der Berufspflichten, insbesondere der Berufspflicht zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG 1998 und allgemeinen Sorgfaltspflicht gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998, besteht.

Allgemein ist festzuhalten, dass Digitalisierung und telemedizinische Angebote ein wichtiger Teil der künftigen Gesundheitsversorgung sind. Seitens der Sozialversicherungsträger und des Dachverbandes besteht großes Interesse an der langfristigen Etablierung der telemedizinischen Krankenbehandlung. Die Konzipierung und Umsetzung von telemedizinischen Versorgungsangeboten war der Sozialversicherung bereits vor Beginn der Corona-Pandemie ein großes Anliegen sowie ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung im österreichischen Gesundheitswesen.

Insbesondere auf folgende Projekte ist hinzuweisen, die unter anderem derzeit angeboten bzw. weiter ausgebaut werden:

- Gesundheitsberatung 1450 (telefonisches Erstkontakt- und Beratungsservice)
- Pilotprojekt der Online-Sprechstunde (telemedizinische Konsultation per Video) der ÖGK
- e-Impfpass
- Chronische Herzinsuffizienz (CHI): das Competence Center für Integrierte Versorgung (CC IV) erarbeitet derzeit ein Konzept, das auch telemedizinische Komponenten beinhalten wird
- Disease Management Programme wie Therapie Aktiv (Typ-2-Diabetiker) enthalten telemedizinische Komponenten
- Videokonsultation: an einem Konzept wird gearbeitet
- Telemedizinisches Angebot im Rehabilitationsbereich der PVA (Überprüfung der Ausführung der Rehabilitations-Übungen)
- Beratungen vor Operationen: Auslagerung der Beratungsbögen zum Patienten/zur Patientin nach Hause

Zudem werden die im Zuge des Corona-Lockdowns rasch umgesetzten zusätzlichen Maßnahmen evaluiert und erfolgreiche Projekte weiterentwickelt. Eine entsprechende Analyse erfolgt auch im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Auch hier werden nach einer Evaluation entsprechende Maßnahmen abgeleitet und im Wege der Zielsteuerung in Abstimmung mit Bund und Ländern im ständigen Koordinierungs-Ausschuss und der Bundeszielsteuerungskommission gesetzt. Nachfolgend werden beispielhaft einzelne telemedizinische Angebote/Projekte dargestellt:

**Behandlung und Beratung über Telefon und/oder Videokonsultationen:** Insbesondere bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) war die telefonische bzw. telemedizinische Krankenbehandlung in den letzten Jahren bereits teilweise in den Gesamtverträgen auf Ebene der Bundesländer mit den jeweiligen Landesärztekammern vereinbart (z.B. in OÖ). Die Behandlung und Beratung der Patient:innen mittels telemedizinischer Maßnahmen (z.B. über Telefon oder Videokonsultation) wird auch nach Aufheben der Ausgangsbeschränkungen fortgeführt. Derzeit werden die Rahmenbedingungen für die telemedizinische Krankenbehandlung und eine technische Lösung für die langfristige Etablierung von Telemedizin in Vertragsordinationen ausgearbeitet. Der Fokus liegt auf den Videokonsultationen und es ist zu erwarten, dass diese bald flächendeckend in Österreich eingesetzt werden können.

**e-Rezept und e-Medikation:** An der Realisierung des e-Rezeptes wird im Bereich der technischen Voraussetzungen seitens der gesamten Sozialversicherung mit Hochdruck gearbeitet. In diesem Zusammenhang ist auch auf die ELGA Anwendung e-Medikation hinzuweisen.

**Anträge auf Bewilligungen:** Die papierlose Übermittlung von Anträgen auf Bewilligung von Arzneimitteln an die chef- und kontrollärztlichen Dienste ist bereits etabliert. Die papierlose Übermittlung anderer Bewilligungsansuchen direkt von der Ärztin/vom Arzt zu den Sozialversicherungsträgern steht zwar bereits zur Verfügung, deren Nutzung durch die Vertragspartner:innen bleibt allerdings noch hinter den Erwartungen zurück.

**Versorgung chronisch Kranker/integrierte Versorgungsprogramme (Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz):** Insbesondere im Rahmen der Versorgung von chronisch Kranken und dem Aufbau von integrierten Versorgungsprogrammen werden die Potenziale der Telemedizin zunehmend genutzt und entsprechende Projekte im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit entwickelt und umgesetzt. Von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) wurde der „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ ins Leben gerufen. Diabetiker:innen werden über ein Telemonitoring-System unterstützt, in welchem wöchentlich die Messwerte und Vitalparameter von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten monitort werden und die Diabetiker:innen ein entsprechendes Feedback auf ihr Smartphone erhalten. Mittlerweile sind über 1.000 Patient:innen telemonitorisch betreut worden.

Weiters leitet die BVAEB im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark bzw. des Gesundheitsfonds Tirol zwei Pilotprojekte in den Regionen Tirol „Herz Mobil Tirol – Bluthochdruck“ und Steiermark „Telemonitoring Mürztal“. Hier werden wichtige Rahmenbedingungen geschaffen, um eine flächendeckende Ausrollung von

telemonitorischen Versorgungsprogrammen für chronisch erkrankte Menschen zu ermöglichen. In Tirol ist die telemonitorische Versorgung auf Hypertoniker:innen ausgelegt, in der Steiermark für die Indikation Diabetes und/oder Hypertonie.

Zudem unterstützen alle Sozialversicherungsträger das Telemedizin-Angebot für die Indikation Herzinsuffizienz (Herz Mobil) in Tirol und der Steiermark. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte monitoren wichtige Vitalparameter vorrangig nach einem stationären Aufenthalt, um so rasch und frühzeitig reagieren zu können. Für die Umsetzung und Unterstützung der betreuenden Ärztin/des betreuenden Arztes kommt die spezialisierte Pflege zum Einsatz.

Bei allen drei genannten Projekten werden die Messwerte Blutzucker und Blutdruck vom Messgerät an das Smartphone der teilnehmenden Person übertragen und vom Smartphone an das Telemonitoringsystem gesendet, auf das die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einen Einblick haben und den Teilnehmer:innen ein digitales Feedback zukommen lassen. Begleitend zum Telemonitoring werden Lebensstilschulungen durch die jeweiligen Gesundheitsberufe in den Behandlungspfad eingeflochten.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen betreibt ein Telemonitoring-Pilotprojekt zur telemedizinischen Nachbetreuung von Hypertonie-Patient:innen in ihrem Gesundheitszentrum. Patient:innen, bei denen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung erhöhte Blutdruckwerte festgestellt werden, werden über die Möglichkeit der telemedizinischen Betreuung und deren Ablauf informiert. Bei ihrem Einverständnis zur Teilnahme werden sie mit dem Programm und der Technik vertraut gemacht. Durch die telemedizinische Betreuung ist eine erhöhte Compliance und Adhärenz bezüglich der antihypertensiven (medikamentös oder Lifestyle-modifikation) Therapie zu erwarten.

**Bereich der medizinischen Rehabilitation:** Telerehabilitation ermöglicht medizinische Rehabilitation in den eigenen vier Wänden des Rehabilitanden/der Rehabilitandin durch die Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie über das Internet (per Videokommunikation mit einer Ärztin/einem Arzt oder einer Therapeutin/einem Therapeuten). Es soll damit ein effizientes, kostengünstiges und neues Rehabilitationsangebot zusätzlich zu stationärer und ambulanter Rehabilitation geschaffen werden, um Versorgungslücken im Bereich der Phase III Rehabilitation für Patient:innen mit Wohnort in Regionen zu schließen, in denen aus demographischen Gründen (geringe Bevölkerungsdichte) keine entsprechende Möglichkeit dafür besteht. Auch bei Patient:innen, bei denen aus persönlichen, gesundheitlichen, beruflichen oder sozioökonomischen Gründen die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation Phase III nicht möglich ist, kann eine Telerehabilitation zum Einsatz kommen.

Im **spitalsambulanten Bereich** sind Befundbesprechungen, Abklärungen von Therapieplänen, ärztliche Beratungsgespräche etc. ohne direkten physischen Patient:innenkontakt grundsätzlich nicht vorgesehen und im Rahmen der LKF auch nicht zu dokumentieren. Dies gilt z.B. für telefonische Anrufe oder E-Mails.

Bedingt durch die COVID-19-Situation wurde die Möglichkeit geschaffen, derartige ambulante Kontakte bis auf Widerruf im Rahmen der LKF zu dokumentieren und abzurechnen. Dazu können diese Kontakte mit der bestehenden Leistungsposition ZZ533 verschlüsselt werden, wenn es sich um eine bereits in Behandlung befindliche Person handelt, die – wenn derzeit keine Covid-19 Pandemie wäre – zur Befundbesprechung, Statuserhebung etc. die Ambulanz aufgesucht hätte. Zur Nachvollziehbarkeit ist in der Patient:innendokumentation die telemedizinische Konsultation wie ein Ambulanzbesuch zu dokumentieren. Im entsprechenden Datensatz X02 ist der ambulante Kontakt als physisch nicht anwesend zu kennzeichnen.

Darüber hinaus wurde auch die Möglichkeit einer telefonischen Betreuung von in Behandlung befindlichen tagesklinischen Patient:innen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik, die auf Grund der COVID-19-Situation zu Hause bleiben, geschaffen. Dazu ist ein ambulanter Besuch ohne physische Anwesenheit anzulegen und es sind die jeweils erbrachten Leistungen aus den folgenden Leistungspositionen zu dokumentieren:

AM550 – Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)

AM560 – Psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung)

AM580 – Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) (LE=je Sitzung)

AM590 – Klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)

ZZ533 – Fachspezifische Folgeuntersuchung (Anamnese/Basisdiagnostik/Kontrollen)  
(LE=je Sitzung)

ZZ550 – Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Statuserhebung (LE=je Sitzung)

Diese Regelungen gelten während der Dauer der Pandemie in allen österreichischen Krankenanstalten mit entsprechenden Ambulanzen.

Im Rahmen der Wartung des LKF-Modells für das Jahr 2022 wurde übereingekommen, telemedizinische Konsultationen als regulären Bestandteil des LKF-Modells auch über die Zeit der Covid-19 Pandemie hinaus abzubilden.

Dazu wurden folgende telemedizinischen Leistungen abrechnungsrelevant in den Leistungskatalog BMSGPK 2022 aufgenommen:

Code	Langtext
AM551	Telemedizinische Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)
AM561	Telemedizinische psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung)
AM581	Telemedizinische psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) (LE=je Sitzung)
AM591	Telemedizinisches klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)
AN522	Telemedizinische Kontrolle eines mobilen Schlafapnoe-Therapiegeräts (LE=je Sitzung)
DE532	Telemedizinische Kontrolle eines Herzschrittmachers (Ein- und Zweikammersystem) (LE=je Sitzung)
DE536	Telemedizinische Kontrolle eines implantierten, automatischen Kardioverters oder Defibrillators, eines Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)
ZZ534	Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) (LE=je Sitzung)
ZZ551	Telemedizinische nicht-ärztliche diagnostisch-therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)

Im Rahmen der jährlichen Wartung des Leistungskatalogs werden die Leistungen evaluiert und können bei Bedarf angepasst werden. Bei entsprechendem Bedarf können die leistungserbringenden Krankenanstalten die Aufnahme weiterer Leistungen vorschlagen, die dann im Rahmen des Wartungsprozedere geprüft und im Falle eines positiven Ergebnisses von den zuständigen Gremien zur Aufnahme in den Leistungskatalog empfohlen werden.

### Fragen 3 bis 5:

- *Wie wollen Sie die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen in Zukunft sicherstellen?*
- *Drängt das BMSGPK bei den Krankenkassen auf eine bessere ärztliche Versorgung der einzelnen Regionen, vor allem im fachärztlichen Bereich?*
  - a) *Wenn ja, wie?*
  - b) *Wenn nein, warum nicht?*

- *Wie kommt das BMSGPK seinem allgemeinen medizinischen Versorgungsauftrag der Bevölkerung gegenüber, vor allem in Zeiten des Arbeitskräftemangels in der Pflege und im ärztlichen Dienst nach?*

Gerade ländliche Bereiche sind zum Teil von nicht ausreichender ärztlicher Versorgung insbesondere im niedergelassenen Bereich betroffen. Die Allgemeinmedizin sowie die Kinder- und Jugendheilkunde als erste und zentrale Anlaufstelle für die Patient:innen sind für eine hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung essenziell. Daher ist es besonders wichtig, diese Bereiche zu stärken und aufzuwerten.

Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich obliegt der Sozialversicherung; im Bereich der Krankenanstalten liegt diese Zuständigkeit bei den Ländern. Die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung haben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit die gemeinsame Weiterentwicklung der Struktur, der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung vereinbart. Die Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen Versorgung mit entsprechend gesicherter Qualität ist dabei wesentlich. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Sicherstellung einer ausreichenden Verfügbarkeit des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals. Demzufolge wurde dies im Rahmen der Zielsteuerung vereinbart.

Es wurden und werden umfassende Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin, aber auch Facharztoffensiven wie im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde, laufend erarbeitet und implementiert. Im Rahmen des EU-Aufbauplans sind zum Beispiel Mittel für die Stärkung der Primärversorgung gesichert worden. Insgesamt sollen bis 2026 100 Millionen Euro in die Attraktivierung der Primärversorgung fließen.

Es ist besonders wichtig, auch auf die Erwartungen der Ärzt:innen einzugehen. Dies gilt vor allem für die Arbeitsbedingungen. Dabei kann die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit einen wesentlichen Beitrag leisten. Hier eignen sich Primärversorgungseinheiten und Vernetzungsangebote besonders gut. Weitere Anpassungen, zum Beispiel eine bessere Einbindung von Fachärzt:innen der Kinder- und Jugendheilkunde, können hier zukünftig ebenso eine wertvolle Weiterentwicklung darstellen.

Gerade in jüngster Zeit wurde mehrfach in den Beantwortungen von parlamentarischen Anfragen darauf hingewiesen, dass Angelegenheiten des Vertragspartnerrechtes, wozu auch das Trachten nach hinreichender Versorgung der Bevölkerung mit den erforderlichen medizinischen Leistungen zählt, von den Versicherungsträgern im Rahmen der ihnen



eingeräumten Selbstverwaltung gemeinsam mit den Vertragspartner:innen zu behandeln sind. Auch die bereits von den Versicherungsträgern ergriffenen Maßnahmen zur Beseitigung von allfälligen Versorgungslücken wurden mehrfach umfassend dargestellt. Darüber hinaus wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass es weder dem Bundesministerium noch dem Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zukommt, hinsichtlich dieser Agenden einen bestimmenden Einfluss auf die Versicherungsträger auszuüben, solange sich deren Handeln im Rahmen der rechtlichen Vorgaben bewegt. Gleichzeitig wurde der Zuversicht Ausdruck verliehen, dass die Krankenversicherungsträger – auch ohne Zuruf von außen – in der Lage sind, die erforderlichen Schritte zu setzen.

Anzumerken ist auch, dass die gesetzliche Krankenversicherung für Angelegenheiten der Pflege nur eine eingeschränkte Zuständigkeit besitzt. So ist sie für die Versorgung der Bevölkerung im extramuralen Bereich mit der medizinischen Hauskrankenpflege im Sinne des § 151 ASVG als krankenhausersetzende Leistung verantwortlich, wobei hier die Kosten für qualifizierte Pflegeleistungen durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheit- und Krankenpflege zu übernehmen sind. Für die Grundpflege und für hauswirtschaftliche Tätigkeit im extramuralen Bereich und für jede Form der Pflege in einer Krankenanstalt besteht (über die allgemeine jährliche Pauschalzahlung zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung hinaus) keine (gesonderte) Kompetenz für eine Kostenübernahme.

**Fragen 6 bis 8:**

- *Haben Sie oder eine andere Stelle Ihres Ministeriums sich mit der steirischen LR Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Juliane Bogner- Strauß über die kinder- und jugendmedizinische Betreuung in der Steiermark ausgetauscht?*
  - a) *Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis?*
  - b) *Wenn nein, gedenken Sie dies noch zu tun?*
- *Hat ein Austausch Ihres Ministeriums über die telemedizinische Versorgung auf der Stolzalpe mit LR Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Juliane Bogner- Strauß stattgefunden?*
  - a) *Wenn ja, wann, über welches Medium und mit welchem Inhalt?*
  - b) *Wenn nein, hat ein Austausch mit einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin der oben genannten LR stattgefunden?*
- *Gibt es von Ihnen, bzw. Ihrem Ministerium Lösungsansätze, um die medizinische Versorgung auf der Stolzalpe auch am Abend oder/und am Wochenende sicherzustellen?*
  - a) *Wenn ja, welche?*
  - b) *Wenn nein, warum nicht?*

Wie auch in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 8515/J festgehalten, waren den Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger die Vorgänge um das LKH Stolzalpe nach deren Darstellung bis dato nicht bekannt und es konnten die genannten Stellen daher zu diesem Themenkreis keine Aussage tätigen.

Aktuell findet ein Austausch mit Expert:innen in meinem Ressort bezüglich der Sicherstellung der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde im Murtal statt. Es wird über rechtlich zulässige, die Versorgungsqualität bestmöglich gewährleistende Möglichkeiten beraten.

**Frage 9:** *Ist es richtig, dass bisher auf der Stolzalpe Kinder und Jugendliche außerhalb der „krankenanstaltlichen Festlegungen“ kinderheilkundlich mitversorgt wurden?*

Die Vollziehung von Angelegenheiten der „Heil- und Pflegeanstalten“ liegt nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG in der Zuständigkeit der Länder, so dass dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hierzu keine Informationen vorliegen.

**Frage 10:** *Kann dieses bisherige Vorgehen tatsächlich zu organisations- und haftungsrechtlichen Schwierigkeiten für den Krankenanstaltenträger bzw. für Ärztinnen führen?*

Seitens der Krankenanstalten ist gemäß § 8 Abs. 2 KAKuG der Stand der medizinischen Wissenschaften einzuhalten. Die Überwachung der sanitären Vorschriften, inklusive der Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft, obliegt gem. § 60 Abs. 1 KAKuG den örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden unter Beiziehung der ihnen beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzt:innen.

Angemerkt wird, dass allfällige organisations- und haftungsrechtliche Konsequenzen des bisherigen Vorgehens nicht ausgeschlossen werden können. Haftungsrechtliche Fragestellungen fallen in die Zuständigkeit der Bundesministerin für Justiz.

**Frage 11:** *Den Darstellungen zu Folge sind die bisherigen Leistungen der Kinderambulanz auf der Stolzalpe rechtlich nicht gedeckt gewesen. War Ihnen dieser Umstand bekannt?*

- a) Wenn ja, seit wann und warum wurde bis jetzt nichts daran verändert?*
- b) Wenn nein, warum nicht?*

Mein Ressort wurde in der Angelegenheit insbesondere aus ärzteausbildungsrechtlicher Sicht durch das Amt der Steiermärkischen Landesregierung befasst (siehe Beilage GZ 2021-0.559.622 vom 21.09.2021), wobei darauf hingewiesen wird, dass für die Krankenanstalten, als rechtlich vollziehende Behörde, die Steiermärkische Landesregierung zuständig ist. Es ist daher Aufgabe der Steiermärkischen Landesregierung, einen rechtskonformen Zustand herzustellen.

Aus berufsrechtlicher Sicht ist bereits in der Beantwortung zu den Fragen 1 und 2 eingegangen worden.

Aus ärzteausbildungsrechtlicher Sicht ist eine „telemedizinische/internetbasierte/video-telefonische“ Aufsicht über in Ausbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte gesetzlich nicht gedeckt. Ärzteausbildungsrechtliche Aufsichtsverdünnungen im Sinne eines Stufenkonzepts von der „Draufsicht“ bis zur Übertragung von Tätigkeiten zur eigenen Durchführung und bloßen Erreichbarkeit der ausbildenden Fachärztinnen und Fachärzte in der Ausbildungsstätte sind allgemein anerkannt.

Allerdings liegt die Mindestanforderung, die selbst bei einer noch so „verdünnten“ Aufsicht nicht unterschritten werden darf, nach bisher weithin herrschender Auffassung in der physischen Anwesenheit einer ausbildenden Ärztin/eines ausbildenden Arztes in der Ausbildungsstätte.

Ausnahmen von der Aufsichtspflicht für bestimmte Konstellationen wurden bisher immer gesetzlich geregelt. Einschlägig ist § 3 Abs. 3 zweiter und dritter Satz ÄrzteG 1998. In diesem Sinne hat der Gesetzgeber mit der Novelle BGBl. I Nr. 20/2019 den Entfall der Anleitung und Aufsicht betreffend Turnusärztinnen und Turnusärzte, die an Einsätzen im Rahmen krankenanstaltengebundener organisierter Notarztdienste teilnehmen, erlaubt.

**Frage 12:** *Ist aus Ihrer Sicht tatsächlich eine Akutversorgung von 0-24 Uhr mittels Rufbereitschaft durch das diensthabende fachspezifische Personal am Standort Leoben in enger Abstimmung mit der Stolzalpe (Prinzip der Telemedizin) mangels expliziter gesetzlicher Regelungen nicht möglich?*

- a) *Wenn ja, warum und wo ist dies geregelt?*
- b) *Wenn nein, warum bezieht sich LR Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Juliane Bogner- Strauß dann auf diese Aussage Ihres Ministeriums?*

Verwiesen wird auf die Beantwortung der Fragen 6 bis 8.

**Frage 13:** *Aufgrund der erwartbaren Frequenz ist angeblich keine vollwertige pädiatrische Kassenstelle für die Region darstellbar. Wie berechnet sich diese Frequenz genau?*

Dazu hat der Dachverband der Sozialversicherungsträger Folgendes berichtet:

„In dem zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Ärztekammer für Steiermark abgeschlossenen Stellenplan ist für den Bezirk Murau keine Planstelle für einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde vorgesehen. Dies entspricht den Vorgaben des ambulanten Bereichs des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) der Steiermark, der unter Zugrundelegung der Planungsparameter (z.B. derzeitiges Inanspruchnahmeverhalten, Altersstruktur, künftige demographische und Bevölkerungsentwicklung) ebenfalls keine Planstelle vorsieht.

Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, dass die ÖGK über die Planungsvorgaben des RSG hinaus mit einer im Bezirk Murau ansässigen Vertragsärztin für Allgemeinmedizin, die auch Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde ist, eine Verrechnungsvereinbarung für kinderärztliche Leistungen abgeschlossen hat. Dadurch wird eine kinderärztliche Sachleistungsversorgung sichergestellt.“

**Frage 14:** *Was machen Sie und Ihr Ministerium konkret, um Versorgungsmodelle zu etablieren, die bundesweit, besonders in strukturschwachen Regionen eine Versorgung sicherstellen, vor allem vor dem Hintergrund, dass lt. ständiger Rechtsprechung des VwGH*

*die medizinische Betreuung in Spitalsambulanzen nur subsidiären Charakter gegenüber der extramuralen medizinischen Versorgung hat?*

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden auf Bundesebene (Bund, Länder, Sozialversicherung) Modelle für die fachärztliche Versorgung konzipiert bzw. dafür entsprechende Rahmenbedingungen definiert. Die konkrete Entscheidung über eine Etablierung von Versorgungsmodellen erfolgt auf Länderebene.

**Frage 15:** *Sind Sie der Meinung, dass eine kinder- und jugendheilkundliche Betreuung flächendeckend an allen Krankenhäusern möglich sein muss?*

- a) *Wenn ja, wie kann dies auch in strukturschwachen Regionen umgesetzt werden?*
- b) *Wenn nein, warum nicht?*

Generell ist festzuhalten, dass die ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen möglichst niederschwellig, also im niedergelassenen Bereich, erfolgen sollte. Nur dort, wo das nicht möglich ist oder eine darüberhinausgehende Versorgung erforderlich ist, sollte eine Versorgung durch Krankenanstalten sichergestellt werden.

Im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde gibt der Österreichische Strukturplan Gesundheit einen Erreichbarkeitswert von 45 Minuten (im Individualverkehr) für die Akutversorgung und -betreuung im intramuralen Bereich vor. Die Detailplanungen erfolgen auf Länderebene im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit.

**Frage 16:** *Wird ein weiterer Austausch über die pädiatrische Versorgung auf der Stolzalpe mit Ihnen bzw. einer Stelle Ihres Ministeriums und der steiermärkischen Landesregierung oder einer ihrer VertreterInnen noch im November bzw. im Dezember 2021 stattfinden?*

Ein entsprechender Austausch findet bereits regelmäßig statt.

Beilage

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein



