

9089/AB
vom 11.03.2022 zu 9286/J (XXVII. GP)
Bundesministerium sozialministerium.at
 Soziales, Gesundheit, Pflege
 und Konsumentenschutz

Johannes Rauch
 Bundesminister

Herrn
 Mag. Wolfgang Sobotka
 Präsident des Nationalrates
 Parlament
 1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.035.927

Wien, 11.3.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an meinen Amtsvorgänger gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage Nr. 9286/J der Abgeordneten Fiedler, Kolleginnen und Kollegen betreffend **800 Tage Regierungsprogramm – 100 Tage Bundesregierung Nehammer: Reform des Gesundheitssystems** wie folgt:

Frage 1: Aufwertung der Bundes-Zielsteuerungskommission (Evaluierung und Stärkung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit - z. B. Abstimmung im Bereich der Heilmittel)

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- c. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Ad a.:

Die von Bund, Ländern und Sozialversicherung eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit gewährleistet die laufende Abstimmung zu verschiedenen wesentlichen Themen zwischen den Stakeholdern. Die sektorenübergreifende Planung der Gesundheitsversorgung ist dabei integraler Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit. Die

zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Die Inhalte des ÖSG werden laufend weiterentwickelt. Die Wartungen des ÖSG und allfällige entsprechende Anpassungen der ÖSG Verordnung erfolgen jährlich.

Insbesondere während der Covid-19- Pandemie hat sich die Zielsteuerung Gesundheit bewährt. So konnten in den Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit u.a. folgende wichtige Strategien erarbeitet und abgestimmt werden:

- Ein ständig sich weiterentwickelndes Arbeitspapier („Living-Paper“) zur Planung von Kapazitäten im Bereich des Gesundheitswesens zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen im Falle von außergewöhnlichen Ereignissen, insbesondere für Epidemien und Pandemien fokussiert auf die COVID-19 Pandemie.
- Ein Strategiepapier insbesondere mit einem Versorgungspfad zur Versorgung von Personen mit Long-Covid.

Hinsichtlich der Abstimmung im Bereich der Heilmittel wurden österreichweite Finanzierungsmodelle für die Arzneimittel Zolgensma® und Luxturna® beschlossen und umgesetzt.

Ad b.:

Wie sich gerade während der Pandemie gezeigt hat, werden an das Gesundheitswesen laufend hohe Erwartungen und Anforderungen gestellt. Das ausgezeichnete, extrem belastbare und qualitativ hochwertige österreichische Gesundheitsversorgungssystem und die vielen im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen haben bisher die Pandemie sehr gut gemeistert. Man hat jedoch auch erkennen müssen, dass sowohl die Menschen im Gesundheitswesen als auch das Gesundheitssystem als Ganzes immer wieder stark gefordert wurden und werden und an die Grenzen der Belastbarkeit stoßen. Die Fortführung der mittlerweile sehr gut funktionierenden Zielsteuerung-Gesundheit ist daher insbesondere in Anbetracht der großen Herausforderungen an die Gesundheits-versorgung von wesentlicher Bedeutung. Vor allem im Bereich des ärztlichen und nichtärztlichen Personals gilt es rasch gemeinsam Maßnahmen zu setzen, um mehr Menschen für diese Berufe zu motivieren, auszubilden und in die Versorgung einzubinden. Darüber hinaus gilt es die Folgen der Covid-19-Pandemie eingehend zu analysieren, aus den bisherigen Erfahrungen zu lernen und daraus auch die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen.

Beispiele für konkrete Maßnahmen:

- Laufende Abstimmung zu Themen wie z.B. Rechtsgrundlagen PVE, Stärkung der Sachleistungsversorgung, ÖSG
- Beratungen über Einrichtung eines von der BGA finanzierten Arzneimittelbewertungsboards
- Bestandsaufnahme über bisherige Arbeiten der BGA (Q4/2022) als Grundlage für nächste 15a-Vereinbarung ab 2024

Ad c.:

Das ist Thema der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ist federführend die Gruppe VII/B zuständig.

Frage 2: Telemedizinische Behandlung bestmöglich umsetzen

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- c. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Im Falle einer gewünschten ausdrücklichen berufsgesetzlichen Verankerung wäre diese, insbesondere bei ausschließlicher Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien, auf die Maßstäbe der fachlichen Vertretbarkeit und der Wahrung der erforderlichen fachlichen Sorgfalt einschließlich entsprechender Patientenaufklärung und Dokumentation zu stützen.

Ad a. und b.:

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:

- Eine der ersten Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie war die Ermöglichung des kontaktlosen Rezepts, das ganz wesentlich dazu beigetragen hat, nicht zwingend notwendige persönliche Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten, aber auch zu Apotheken zu vermeiden und damit das Ansteckungsrisiko zu reduzieren. Dieses neue Service, mit dem den Nutzerinnen und Nutzern die Vorteile der Digitalisierung direkt veranschaulicht werden konnten, wurde daher sowohl von den genannten Gesundheitsdienstanbietern als auch von der Bevölkerung sehr gut angenommen. Die kontaktfreie Medikamentenverschreibung wurde über die eMedikation ermöglicht.
 - Ärztinnen:Ärzte können Medikamente verschreiben, ohne dass Patientinnen:Patienten dafür eine Arztordination aufsuchen müssen.
 - Voraussetzung ist, dass es sich um eine Kassenordination handelt, die mit der ELGA-Funktion „eMedikation“ arbeitet, welche als Infrastruktur für das eRezept verwendet wird.
- Gesundheitsberatung 1450 (telefonisches Erstkontakt- und Beratungsservice); Die mit November 2019 bundesweit in den Vollbetrieb übergeleitete Gesundheitsberatung 1450 wurde im Februar 2020 auch als Erstkontaktestelle für COVID-19 festgelegt. Die Ausweitung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 um „Corona-Beratungen“ ermöglichte die Abklärung von Symptomen bei COVID-Verdachtsfällen und Beratung hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise.
- Pilotprojekt der Online-Sprechstunde (telemedizinische Konsultation per Video) der ÖGK
- Das bereits im Jahr 2018 initiierte Pilotprojekt Elektronischer Impfpass (elmpfpass) wurde im Zuge bzw. anhand der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse und Anforderungen der Pandemie adaptiert. Insbesondere die regionalen und zielgruppenspezifischen Einschränkungen wurden aufgehoben und die im Herbst 2020 gestarteten Influenza-Impfungen gleichsam als Probelauf für die Erfassung von COVID-19 Impfungen im elmpfpass genutzt. Der bundesweite Rollout der Basisfunktionalitäten wurde vorgenommen. Ziel dabei ist nicht nur die Ablöse des mit vielen Schwächen behafteten Papierimpfpasses, sondern auch die Schaffung einer validen digitalen Datenbasis, um künftige Pandemien besser bewältigen zu können.
- 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
- Telemedizinisches Angebot im Rehabilitationsbereich der PVA (Überprüfung der Ausführung der Rehabilitations-Übungen)
- Beratungen vor Operationen: Auslagerung der Beratungsbögen zum Patienten:zur Patientin nach Hause
- Mit der ELGA-Verordnungsnovelle 2021 welche mit 01.02.2022 in Kraft trat wurden der Implementierungsleitfaden für den Telemonitoring-Episodenbericht sowie der Implementierungsleitfaden für den Ambulanzbefund verordnet. Damit wurden die Voraussetzungen für die ELGA-konforme Erstellung und Verwendung dieser Dokumente geschaffen.

Die Entwicklung in diesem Bereich, den aktuellen Möglichkeiten entsprechend, wird kontinuierlich verfolgt. Die Telemedizin bietet zahlreiche Chancen, birgt aber auch gewisse Risiken. Der Einsatz telemedizinischer Versorgung/Behandlung muss daher für den jeweiligen Bereich aus fachlich-medizinischer Sicht bewertet und juristisch geprüft werden. Der ÖSG enthält derzeit noch kaum Hinweise auf telemedizinische Anwendungen/Angebote. Digitalisierung und telemedizinische Angebote werden aber, verstärkt auch durch die Erfahrungen aus der Covid-19 Pandemie, ein immer wichtigerer Teil der Gesundheitsversorgung werden. Einbringen auf Abbildung im ÖSG von telemedizinischen und teletherapeutischen Leistungen sind in den relevanten Arbeitsgremien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu prüfen und zu beraten und bei positiver Bewertung über Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission allenfalls im ÖSG zu ergänzen.

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger teilt in seiner Stellungnahme ergänzend mit, dass die Krankenversicherungsträger mit ihren IT-Partner:innen und in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzte das für die Vertragspartner:innen kostenlose Videokommunikationstool „visit-e“ entwickelt haben (<https://www.visit-e.at/cdscontent/?contentid=10007.867557&portal=visiteportal>). Dieses System wird den niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten kostenlos zur Verfügung gestellt. Das System wird im Jahr 2022 weiterentwickelt, dessen Einsatz forciert und bundesweit ausgebaut werden.

Weiters merkt die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) an, dass in Salzburg, Oberösterreich, Vorarlberg, Wien, Niederösterreich und Burgenland bereits gesamtvertragliche Vereinbarungen für Ärztinnen und Ärzte mit den regionalen Ärztekammern über die Honorierung telemedizinischer Leistungen abgeschlossen wurden.

In den übrigen Bundesländern werden dazu aktuell Verhandlungen geführt, deren Abschluss im Jahr 2022 angestrebt wird.

Auch in den Berufsgruppen Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Hebammen wurde bereits zu Beginn der Pandemie rasch die Durchführung telemedizinischer Behandlungen ermöglicht. Die Rahmenvereinbarung Ergotherapie ist seit 1. April 2021 gültig. Mit 1. Jänner 2022 sind die Rahmenvereinbarungen Physiotherapie und Logopädie in Kraft getreten. Durch diese österreichweiten Rahmenvereinbarungen wurden einheitliche Regelungen geschaffen, die die telemedizinische Betreuung der Versicherten auch über die Zeit der Pandemie hinaus unter klar definierten Bedingungen sicherstellen.

Im Jahr 2022 wird im Rahmen der Gespräche zu einem neuen Gesamtvertrag für die Berufsgruppe der Hebammen auch die weitere Vorgehensweise im Bereich der Telemedizin für Hebammen diskutiert werden. Die Gespräche werden seitens des Dachverbandes unter Einbeziehung der Sozialversicherungsträger geführt.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) arbeitet gerade daran, mit den einzelnen Vertragspartner:innengruppen Regelungen für telemedizinische Behandlungen im Rahmen des Projektes „visit-e“ zu vereinbaren.

Bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) wurde Telemedizin, pandemiebedingt, in allen Bereichen ausgebaut, sofern die entsprechenden Untersuchungen und Behandlungen einer telemedizinischen Verrichtung zugänglich sind.

Im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) waren bis 2021 im spitalsambulanten Bereich Befundbesprechungen, Abklärungen von Therapieplänen, ärztliche Beratungsgespräche etc. ohne direkten physischen Patientenkontakt grundsätzlich nicht vorgesehen und auch nicht zu dokumentieren. Dies galt 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:n bestehende:n Patient:in handelt, der:die unter anderen Umständen zur Befundbesprechung, Statuserhebung etc. die Ambulanz aufgesucht hätte. Zur Nachvollziehbarkeit ist in der Patientendokumentation 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 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)

Code	Langtext
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)

Diese Leistungen können ab 2022 ebenfalls in allen österreichischen Krankenanstalten mit entsprechenden ambulanten Einheiten erbracht, dokumentiert und abgerechnet werden. 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 Wartungsprocedere geprüft und im Falle eines positiven Ergebnisses von den zuständigen Gremien zur Aufnahme in den Leistungskatalog empfohlen werden.

Weiters sind folgende Maßnahmen für das Jahr 2022 im Bereich Telemedizin/eHealth von meinem Ressort geplant:

- Die Möglichkeit der Speicherung von Bilddaten in ELGA stellt einen wichtigen Schritt zur Optimierung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse des öffentlichen Gesundheitssystems in Österreich dar. Die Rechtsgrundlage dafür ist im Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTelG 2012) bereits vorhanden. So normiert § 2 Z 9 GTelG 2012, dass medizinische Dokumente einschließlich allfälliger Bilddaten in standardisierter Form, die zur weiteren Behandlung, Betreuung oder Sicherung der Versorgungskontinuität von ELGA-Teilnehmer/inne/n wesentlich sein könnten, „ELGA-Gesundheitsdaten“ sind und folglich in ELGA verarbeitet werden dürfen. Die technische Umsetzung der Möglichkeit zur Speicherung von Bilddaten in ELGA ist aktuell in Planung.
- Die Umsetzung der Patientenverfügung als eHealth-Anwendung auf Basis der Vorgaben des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) sowie des GTelG 2012.
- Weiters ist die Verlängerung der Rechtsgrundlage für das kontaktlose Rezept im GTelG 2012 mit Stichtag 14.02.2022 in Vorbereitung.

Ad c.:

Aufgabe des Bundes ist es im Bereich der Telemedizin Rahmenbedingungen zu schaffen.

Der Bereich eHealth fällt in meinem Ressort primär in den Aufgabenbereich der Sektion VI in Zusammenarbeit mit anderen Fachsektionen. Entwicklungen im Bereich eHealth erfolgen in Zusammenarbeit mit den Ländern, der Sozialversicherung und der ELGA GmbH im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit. Für Themen der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit ist im BMSGPK federführend die Gruppe VII/B zuständig.

Frage 3: Ausnahmslose Nutzung von anonymisierten Daten zu wissenschaftlichen Zwecken

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- c. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Ad a. und b.:

Im Rahmen des Berichtswesens zur Dokumentation im intra- und extramuralen ambulanten und im stationären Versorgungsbereich werden dem BMSGPK die entsprechenden Daten ausschließlich in pseudonymisierter Form gemeldet. Für entsprechende Themen werden diese Daten aggregiert und anonymisiert zur Verfügung gestellt.

Im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie wurde für wissenschaftliche Zwecke an der GÖG eine Datenplattform eingerichtet, über welche Forschungseinrichtungen anonymisierte Daten zur Verfügung gestellt werden.

Weiters wurde Ende Jänner 2022 die COVID-19-Registerverordnung (BGBI II Nr. 26/2022) erlassen, die die GÖG zur Einrichtung eines COVID-19 Registers ermächtigt. Die Daten dieses Registers dienen u.a. wissenschaftlichen Zwecken, wie zum Beispiel zur Analyse der Behandlungsprozesse und -ergebnisse bei stationär betreuten COVID-19-Patientinnen und -Patienten.

Ad c.: Die Gruppe VII/B.

Frage 4: Ausbau der Primärversorgung, die den Bedürfnissen der Versicherten entgegenkommt (Ausbau von PVE und Facharztzentren, flexible Kooperationsmodelle)

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Sofern es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer oder der Versicherungsträger diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?
- c. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- d. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Ad a., b. und c.:

Seitens des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wurde in Kooperation mit der Europäischen Union vor vier Jahren eine Gründungsinitiative ins Leben gerufen, die im Jahr 2022 abgeschlossen wird. Das Ziel dieser Initiative war es, potenzielle Betreiber:innen von Primärversorgungseinheiten (PVE) maßgeblich bei der Gründung zu unterstützen und so die Gründung von Primär-versorgungseinheiten anzuregen. Um den Gründungsprozess für PVE-Gründer:innen zu erleichtern, wurden durch die Zusammenarbeit mit Expert:innen aus der Praxis und in enger Abstimmung mit der Sozialversicherung und den Bundesländern zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen, wie beispielsweise Vor-Ort Beratungen, angeboten. Auch ein umfangreiches Handbuch zur Gründung einer PVE wurde erarbeitet. In diesem Gründungshandbuch und auch auf der eigenen Website www.pve.gv.at werden wirtschaftliche, rechtliche und organisatorische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gründung einer PVE leicht verständlich erklärt. Gleichzeitig werden auf der Website auch wichtige Dokumente und Unterlagen kostenfrei zum Download zur Verfügung gestellt. Ein weiterer Schwerpunkt der Gründungsinitiative lag u.a. auch in der Informations- und Kommunikationsarbeit, um Gesundheits- und Sozialberufe über die Vorteile von Primärversorgungseinheiten zu informieren. Hierfür wurden entsprechende Informationskampagnen initiiert.

Der Ausbau der Primärversorgung ist auch ein wesentliches Projekt im Österreichischen Aufbauplan der Europäischen Union. Im Rahmen der „Recovery and Resilience Facility (RRF)“ stehen Österreich in den kommenden Jahren 100 Millionen Euro zur Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung zur Verfügung. Das Projekt läuft bis 2026 und umfasst neben Maßnahmen zur Attraktivierung der Primärversorgung auch die finanzielle

Förderung von Projekten in der Primärversorgung. Ende Dezember 2021 wurden die ersten zwei Förderrichtlinien erlassen.

Seit 1. Februar 2022 ist es möglich, Förderungen für die Neugründung von Primärversorgungseinheiten zu beantragen, ab März 2022 ist es für bestehende PVE möglich, Förderungen in den Bereichen Klima, soziale Inklusion, Digitalisierung und Infrastruktur sowie Fort- und Weiterbildung zu beantragen.

Die beiden bestehenden Förderrichtlinien sollen im Lauf des Jahres kontinuierlich weiterentwickelt werden und es wird auch eine digitale Plattform Primärversorgung etabliert werden.

Darüber hinaus wird an einer Weiterentwicklung der organisatorischen und rechtlichen Grundlagen für die Primärversorgung gearbeitet.

Wie der Dachverband zutreffend ausführt, wird im Zuständigkeitsbereich der ÖGK die Primärversorgung zum größten Teil durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin geleistet. Da sich dieses Hausarztsystem in der Vergangenheit bestens bewährt hat, wird es auch in Zukunft die Basis der Versorgungspyramide bilden. Die ÖGK setzt sich aber laufend mit Möglichkeiten zur Attraktivierung der Vertragsärztetätigkeit, insbesondere für Allgemeinmediziner:innen, auseinander.

Eine Maßnahme bildet in diesem Zusammenhang die laufende Implementierung von Primärversorgungseinheiten (PVE) gemäß Primärversorgungsgesetz (PrimVG). Im Jahr 2021 konnten insgesamt sechs neue PVE in Betrieb genommen werden. Im Jänner 2022 haben bereits vier neue PVE eröffnet. Österreichweit sind derzeit 33 PVE in Betrieb.

Insbesondere in Niederösterreich konnte die Aufnahme von Kinderärztinnen und -ärzten in bestehende PVE erreicht werden (PVE in Böheimkirchen und St. Pölten-Harland). Mit November 2021 wurde am Standort St. Pölten-Harland mit einer kinderärztlichen Versorgung im Ausmaß von 23 Stunden Mindestöffnungszeit pro Woche gestartet. Bis April 2022 wird ein Ausbau auf 50 Stunden Mindestöffnungszeit pro Woche angestrebt.

Darüber hinaus wurde zur Sicherstellung der kinderfachärztlichen Versorgung im Bezirk Mödling sowie unter Berücksichtigung des Einzugsgebietes (insbesondere Bezirk Baden) zwischen den Krankenversicherungsträgern in Niederösterreich und der NÖ Landesgesundheitsagentur eine Ausweitung der ambulanten kinderfachärztlichen Versorgung am Standort des Landesklinikums Mödling vereinbart. Das erforderliche Personal sowie die notwendige Infrastruktur wird vom Landesklinikum Mödling zur

Verfügung gestellt. Die kinderfachärztliche Versorgung wird zusätzlich zur bestehenden ambulanten kinderfachärztlichen Versorgung des Spitals angeboten. In Wien wurde mit der Ärztekammer und der Stadt Wien vereinbart, bis 2025 alle in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) vorgesehenen 36 PVE auszuschreiben. In Vorarlberg konnte mit der Ärztekammer eine Grundsatzvereinbarung betreffend die Honorierung von PVE erzielt werden.

Auch im Bereich der flexiblen Kooperationsmodelle wurden Seitens der ÖGK insbesondere folgende Projekte erfolgreich umgesetzt:

- Diabeteszentrum Wien: Die ÖGK und der Wiener Gesundheitsverbund entwickeln im 10. Wiener Gemeindebezirk ein Zentrum zur Versorgung von Diabetiker:innen. In diesem interdisziplinären Diabeteszentrum sind Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal verschiedener Berufsgruppen an einem Ort tätig. Dadurch kann eine adäquate Versorgung von Diabetespatient:innen mit modernen und leitliniengerechten Therapieansätzen gewährleistet werden.

- Kinderambulatorium Wien-Margareten: Das Kinderambulatorium Margareten gewährleistet auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendheilkunde eine umfassende Versorgung bei langen Öffnungszeiten. Neben Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde und Allgemeinmediziner:innen sind auch weitere Berufsgruppen aus den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Kinderkrankenpflege, Diätologie, Psychologie und Sozialarbeit vertreten.

- Frauengesundheit Murtal: Im Landeskrankenhaus Murtal wurde am Standort Judenburg eine Praxis für Frauenheilkunde zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung eingerichtet. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Kooperation zwischen Land Steiermark und ÖGK.

Für das Jahr 2022 wird eine deutliche Erhöhung der Anzahl neuer PVE angestrebt. Im Hinblick auf die neuen Fördermöglichkeiten (EU Aufbau- und Resilienzplan, RRF) ist eine Erhöhung realistisch.

Die SVS verweist auf die Monitoringberichte Zielsteuerung-Gesundheit, in denen die Fortschritte bei der Erreichung der Zielsteuerungsvorgaben und damit auch der Grad des Ausbaus der Primärversorgung abgebildet sind. Angemerkt wird, dass bereits ein Primärversorgungs-Gesamtvertrag besteht und in drei Bundesländern seitens der ÖGK und der jeweiligen Landesärztekammern (LÄK) bereits eine gesamtvertragliche Honorarvereinbarung geschlossen wurden. In diesen drei Bundesländern gibt es auch bereits Gespräche zwischen der SVS und den jeweiligen LÄK. In den anderen

Bundesländern, kann/darf die SVS noch keine gesamtvertragliche Honorarvereinbarung schließen, weil der Abschluss einer solchen voraussetzt, dass die ÖGK bereits eine solche geschlossen hat. Verträge mit einzelnen Primärversorgungseinheiten kann/darf die SVS ebenfalls erst abschließen, wenn die ÖGK mit diesen Verträgen geschlossen hat.

Die BVAEB verweist auf die Stellungnahme der ÖGK und merkt an, dass es im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) eine träger- und sektorenübergreifende Gesamtplanung gibt.

Ad d.:

Das ist Thema der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Im BMSGPK ist federführend die Gruppe VII/B zuständig. Weiters sind die Sektionen II und VI involviert. Hinsichtlich des RRF-Projekts zur Stärkung der Primärversorgung waren bzw. sind das BMSGPK und das Bundesministerium für Finanzen involviert.

Frage 5: Wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Kassenärztinnen und Kassenärzte

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Sofern es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer oder der Versicherungsträger diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?
- c. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- d. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Ad a., b. und c.:

Aus Sicht des BMSGPK ist zunächst festzuhalten, dass die Festlegung der Anzahl und der Verteilung der Vertragsarztstellen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) wie auch die Vergabe der Kassenplanstellen an die einzelnen Ärztinnen und Ärzte den Sozialversicherungsträgern gemeinsam mit den Ärztekammern – im Rahmen des Abschlusses von Gesamtverträgen – obliegt, die für eine hinreichende Versorgung mit

Kassenplanstellen und eine entsprechende Besetzung der vorhandenen Stellen Sorge zu tragen haben.

Anzumerken ist auch, dass es hinsichtlich des niedergelassenen Bereichs 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.

Im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit wurde von Bund, Ländern und Sozialversicherung als prinzipielle Festlegung vereinbart, dass für Patient:innen der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig zu sichern und auszubauen sind. Ziel der integrativen Planung ist demzufolge die Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren Versorgung. Als ein Element zur Sicherstellung dessen wurde seitens des BMSGPK gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung die Attraktivierung der Allgemeinmedizin als eine zentrale Zielsetzung definiert. Dazu wurde ein Maßnahmenkatalog mit konkreten Maßnahmen beschlossen. Dieser Katalog beinhaltet konkrete Maßnahmen zu vier Bereichen (universitäre Ausbildung, postpromotionelle Ausbildung, Berufsausübung, Image und Berufsbild des Allgemeinmediziners). Die Maßnahmen werden von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperationspartnern, wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und Gemeinden, konkretisiert und umgesetzt. Für das Jahr 2022 wird der Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin evaluiert und weiterentwickelt. Ferner werden die aktuellen Empfehlungen des Rechnungshofes bezüglich der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich im Hinblick auf ihre Wirkung und Umsetzbarkeit analysiert und beraten.

Wie bereits mehrfach im Rahmen der Beantwortung parlamentarischer Anfragen ausgeführt (etwa der Anfrage Nr. 8778/J), hat insbesondere die ÖGK eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, um den Arztberuf (insbesondere auch am Land) zeitgemäß und attraktiv zu halten, um im Endeffekt möglichst alle offenen Kassenstellen neu zu besetzen. Zu nennen sind ganz allgemein neben einer guten und 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 ÖGK führt ergänzend aus, dass die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Bereich der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte laufend im Rahmen der gemeinsamen Zielsteuerung des Gesundheitswesens durch einen entsprechenden Ausbau der RSG erfolgt. Vorangetrieben wird die Weiterentwicklung außerdem durch Umsetzung dieser Pläne in den Gesamtverträgen mit den regionalen Ärztekammern und den Bemühungen der Sozialversicherungsträger um eine zeitnahe Nach- beziehungsweise Neubesetzung der entsprechenden Kassenvertragsstellen.

Auf Basis eines regelmäßigen Monitorings zeigt sich, dass im Bereich der ÖGK derzeit über 97 % der Vertragsarztstellen in Österreich besetzt sind. Dort, wo die Besetzung trotz intensiver Bemühungen nicht möglich ist, werden innovative Lösungen angestrebt (siehe Beantwortung der Frage 4, z.B. „Frauengesundheit Murtal“).

Im Jahr 2022 wird die ÖGK eine Ist-Stand-Analyse zur Planungsmethodik in den einzelnen Bundesländern durchführen. In weiterer Folge wird die Entwicklung eines österreichweiten Planungskonzeptes für zukünftige Stellenpläne angestrebt.

Die SVS merkt an, dass laufend Einzelverträge mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Gruppenpraxen geschlossen werden, um die Sachleistung zu gewährleisten. Darüber hinaus ist mit der Österreichischen Ärztekamme (ÖÄK) ein Honorarabschluss bis inklusive 2024 gelungen, mit dem weite Bereiche der kassenärztlichen – und hier insbesondere der Bereich der allgemeinmedizinischen – Versorgung finanziell deutlich aufgewertet werden.

Die BVAEB verweist auf die Stellungnahme der ÖGK und merkt an, dass es im Rahmen von ÖSG und RSG eine träger- und sektorenübergreifende Gesamtplanung gibt.

Ein wichtiger Schritt zur Aufwertung der Allgemeinmedizin war die Einführung von Lehrpraxen. Unabdingbar für deren Erfolg war die Sicherstellung der Finanzierung. Diese wird zwischen Bund, Länder und Sozialversicherung unter Einbeziehung der Ärztekammer und entsprechender Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls bis Ende 2023 fortgesetzt.

Ad d.: Das ist Thema der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Im BMSGPK ist federführend die Gruppe VII/B und die Sektion II zuständig.

Frage 6: Spezielle Stipendienplätze an öffentlichen Universitäten gekoppelt an befristete Verpflichtung, in Österreich ärztlich tätig zu sein, u. a. Landarztstipendium

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Sofern es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer, der Versicherungsträger oder der Universitäten diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?
- c. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- d. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Da es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des BMSGPK handelt, sind keine Maßnahmen in diesem Zusammenhang bekannt. Daher haben auch keine entsprechenden Gespräche mit den genannten Institutionen stattgefunden. Aufgrund der Anknüpfung an die Studienplätze wird hierbei auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung verwiesen. Hinsichtlich damit in Zusammenhang stehender finanzielle rechtliche Fragen wird auf die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Finanzen verwiesen.

Frage 7: Facharztoffensive für Fächer mit Unterversorgung und Etablierung versorgungswirksamer Strukturen

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Sofern es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer, der Versicherungsträger oder der Universitäten diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?
- c. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- d. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Ad a., b. und c.:

Hiezu wird erneut darauf hingewiesen, dass Angelegenheiten des Vertragspartnerrechts, wozu auch das Trachten nach hinreichender Versorgung der Bevölkerung mit den erforderlichen medizinischen Leistungen zählt, von den Krankenversicherungsträgern im Rahmen der ihnen eingeräumten Selbstverwaltung gemeinsam mit den Vertragspartner:innen zu behandeln sind. Dem BMSGPK kommt hinsichtlich dieser Agenden

keine bestimmende Einflussnahme auf die Versicherungsträger zu, solange sich deren Handeln im Rahmen der rechtlichen Vorgaben bewegt.

Die ÖGK führt dazu aus, dass Probleme bei der Nachbesetzung vor allem im Bereich der Kinderheilkunde zu verzeichnen sind. In diesem Zusammenhang hat die ÖGK beispielsweise in Salzburg und Oberösterreich das Projekt „Lehrpraxis Kinderheilkunde“ ins Leben gerufen, um das Interesse an der Niederlassung zu wecken.

Grundsätzlich wurde zur Förderung der Ausbildungsmöglichkeiten und Behebung eines Mangels in bestimmten Sonderfächern durch die Mangelfachregelung des § 37 der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015), BGBl. II Nr. 147/2015, bereits der Ausbildungsschlüssel erhöht, sodass für die ersten vier Ausbildungsstellen zwei Ausbildungsverantwortliche (statt der sonstigen Grundregel, wonach für vier Ausbildungsstellen bereits fünf Ausbildungsfachärzte erforderlich wären) als ausreichend angesehen werden.

Überdies ist durch eine 2. Novelle zur ÄAO 2015, BGBl. II Nr. 49/2022, in Kraft getreten am 08.02.2022, für das mit besonderem Mangel dargelegte Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin eine ergänzende Ausweitung des Ausbildungsschlüssels erfolgt. Die Ausweitung des Ausbildungsschlüssels für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin soll über die bisherige Mangelfachregelung für die ersten vier Ausbildungsstellen hinaus (die wie bisher bleibt), ergänzend vorgesehen werden, dass in Folge für jeweils zwei weitere Ausbildungsstellen immer nur eine weitere/ein weiterer in Vollzeitbeschäftigung (oder mehrere teilzeitbeschäftigte Fachärzte:innen im Ausmaß einer Vollzeitbeschäftigung) stehende zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Fachärzte:innen des betreffenden Sonderfaches zu beschäftigen wäre.

Darüber hinaus haben die zur Frage 5 angeführten Maßnahmen der Krankenversicherungsträger auch in Bezug auf die Nachbesetzung von Fachärztinnen und -ärzten maßgeblichen Einfluss.

Hingewiesen wird weiters darauf, dass sich hinsichtlich der ambulanten Fachversorgung im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene als operatives Ziel die „Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung“ findet. Für das Jahr 2022 ist die Erarbeitung von Rahmenbedingungen für Modell- und Pilotprojekte in der ambulanten Fachversorgung auf regionaler Ebene vereinbart.

Ad d.: Das ist Thema der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Im BMSGPK ist federführend die Gruppe VII/B zuständig.

Frage 8: Ausbau der ambulanten Rehabilitation, die die stationäre Rehabilitation entlastet

- a. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- b. Sofern es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer oder der Versicherungsträger diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?
- c. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- d. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Der Rehabilitationsbereich ist wie der Akutbereich ein Element der integrierten Gesundheitsversorgung und folglich auch Bestandteil des Österreichischen Strukturplans Gesundheit. Grundsätze und Ziele der Rehabilitationsplanung sind u.a. die Gewährleistung ausreichender Rehabilitationskapazitäten für sämtliche Indikationsgruppen entsprechend dem Versorgungsbedarf. Ferner eine Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation sowie die teilweise Substitution der stationären durch die ambulante Rehabilitation. Dies spiegelt sich auch in den im ÖSG festgelegten und durch die ÖSG Verordnung verbindlich gemachten Kapazitätsvorgaben mit Planungshorizont 2025 wieder, die einen deutlichen Ausbau der ambulanten Rehabilitationsangebote für Erwachsene vorsehen. Im Bereich Kinder und Jugendliche beschränken sich die Angebote auf stationäre Einrichtungen. Hintergrund ist, dass eine ambulante Rehabilitation mit frequenten Besuchen der Einrichtungen (ca. viermal jede Woche) aufgrund von beispielsweise Betreuungspflichten der Eltern und unter Weiterführung des Unterrichtes organisatorisch nur schwer bis kaum möglich ist.

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger berichtet hiezu, dass Ende 2020 in seinem Auftrag der Rehabilitationsplan 2020 von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) erstellt wurde. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Abschätzung des bundesweiten, regional gegliederten Versorgungsbedarfes für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in den jeweiligen Rehabilitations-Indikationsgruppen für den Planungshorizont 2025.

Im stationären Erwachsenenbereich ergibt sich bis zum Jahr 2025 ein geschätzter Bedarf von 11.311 Betten, der sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR), Neurologische Erkrankungen/Neurologie (NEU), Psychiatrie/Psychiatrische Rehabilitation (PSY) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) verteilt. Im ambulanten Erwachsenenbereich ergibt sich bis zum Jahr 2025 ein Bedarf von bundesweit insgesamt 26.626 jährlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren in der ambulanten Phase-II-Rehabilitation, die sich schwerpunktmäßig auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen BSR, PSY, Onkologie/Onkologische Rehabilitation (ONK) und HKE verteilen.

Ein Ausbau des stationären Bereichs ist vorerst nicht geplant. Der ambulante Bereich soll hingegen bis zum Jahr 2025 deutlich ausgebaut werden.

Über die Koordination des Dachverbandes (Zielsteuerung) sind die Bundesländer für den Rehabilitationsplan 2020 eingebunden und im Rahmen der Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren unmittelbar involviert.

Beispielsweise die ÖGK hat bereits erste vorbereitende Schritte gesetzt, um ihren Versicherten (inkl. Pensionisten sowie Angehörige) zeitnah ambulante Rehabilitation in den Phasen II und III anbieten zu können. In diesem Zusammenhang ist die ÖGK im August 2021 sämtlichen PVA-Rahmenvereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation beigetreten, die entsprechend ausgeschrieben wurden. Diese Vertragseinrichtungen stocken nun aktuell ihre Kapazitäten in den jeweiligen Indikationen auf; die sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahren laufen. Vorbehaltlich positiver Erledigung werden in weiterer Folge die konkreten Rahmenverträge je Indikation finalisiert. Ab diesem Zeitpunkt kann die ÖGK ihre Versicherten verstärkt zur ambulanten Rehabilitation zuweisen. Der Beitritt zu den PVA-Rahmenvereinbarungen und die Bereitschaft der PVA die vorhandenen Kapazitäten zu administrieren erfolgte nach Absprache und im Gleichklang mit den anderen Sozialversicherungsträgern.

Im Jahr 2022 sollen für alle Einrichtungen, die Teil der Ambulanten Rehabilitation Phase I sind, die vertraglichen Grundlagen finalisiert sein, um verstärkt Zuweisungen von Versicherten der ÖGK zur ambulanten Rehabilitation durchführen zu können.

Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) merkt an, dass die Planungen von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Wesentlichen auf Planungsgrundlagen basieren, wie insbesondere dem Rehabilitationsplan 2020 und dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017), welche zuletzt im Jahr 2021 unter maßgeblicher Beteiligung der PVA neu gefasst wurden. Im Rahmen der Ausarbeitung der Planungsgrundlagen wurde

großer Wert darauf gelegt, den Schwerpunkt von Kapazitätsausweitungen in den nächsten Jahren in den ambulanten Bereich zu legen. Somit sind dort – verglichen mit dem stationären Bereich – teilweise große Zuwachsrate ersichtlich.

Seitens der PVA wird schon längere Zeit der Weg verfolgt, den ambulanten Rehabilitationsbereich insgesamt zu stärken. So ist es etwa mit der Durchführung eines Vergabeverfahrens an mehreren Eignungsstandorten Österreichs gelungen, einen großen Teil der zum Planungshorizont 2020 noch offenen ambulanten Kapazitäten abzudecken. Zudem befindet sich die PVA auch hinsichtlich neuer offener Kapazitäten derzeit in Vorbereitung eines weiteren Vergabeverfahrens.

Parallel dazu ist die PVA auch in ihren eigenen Zentren für ambulante Rehabilitation in Wien und Graz dabei, das Angebot an ambulanten Rehabilitationsleistungen für Versicherte zu erweitern. Damit wird ein weiterer wesentlicher Schritt gesetzt, die ambulante Rehabilitation durch eine laufende Schaffung und Erweiterung eines vielseitigen Angebots auf eine solide Basis zu stellen.

Frage 9: *Weiterentwicklung einer abgestimmten Versorgung im niedergelassenen, ambulanten, tagesklinischen und stationären Bereich*

- a. *Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?*
- b. *Sofern es sich um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer oder der Versicherungsträger diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?*
- c. *Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?*
- d. *Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?*

Ad a., b. und c.:

Die Zielsetzung einer abgestimmten Versorgung im niedergelassenen, ambulanten, tagesklinischen und stationären Bereich ist Kernstück der integrativen Versorgungsplanung. Diese Abstimmungsplanungen werden in Fünfjahresschritten vorgenommen und auf deren Basis wird die regionale Gesundheitsversorgung weiterentwickelt. Wechselwirkungen und -beziehungen zwischen den Versorgungsbereichen sind im bundesweit einheitlich und verbindlichen Planungsinstrument (ÖSG) so weit wie möglich berücksichtigt. Die Inhalte des ÖSG werden

laufend weiterentwickelt.

Im Ergebnis wird die Regelversorgung kontinuierlich weiterentwickelt.

Ad d.: Das ist Thema der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Im BMSGPK ist federführend die Gruppe VII/B und die Sektion II zuständig.

Frage 10: Transparenz und Qualität ausbauen

- a. *Unabhängige Qualitätssicherung für den niedergelassenen und stationären Bereich sicherstellen*
 - i. *Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?*
 - ii. *Sofern es sich nicht um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer oder der Versicherungsträger diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?*
 - iii. *Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?*
 - iv. *Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?*
- b. *Für Patientenentscheidungen relevante Informationen sollen niederschwellig zugänglich sein.*
 - i. *Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?*
 - ii. *Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?*
 - iii. *Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?*
- c. *Rahmenbedingungen für Innovation und Planungssicherheit (z. B. Pilotprojekte, Forschung) optimieren*
 - i. *Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?*
 - ii. *Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?*
 - iii. *Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?*
- d. *Bekämpfung von Parallelexporten*

- i. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
- ii. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
- iii. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?
- e. Überlegungen zur Sicherung der Arzneimittelversorgung, z. B. gemeinsamer Einkauf
 - i. Welche konkreten Maßnahmen wurden in diesem Bereich gesetzt?
 - ii. Sofern es sich nicht um Maßnahmen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Ministeriums handelt: Welche Maßnahmen wurden bisher mit Vertretern der Bundesländer oder der Versicherungsträger diskutiert oder vom Ministerium vorgeschlagen?
 - iii. Welche konkreten Maßnahmen sollen in diesem Bereich im Jahr 2022 gesetzt werden?
 - iv. Welche Organisationseinheiten (Abteilungen) im eigenen Ressort und anderer Bundesministerien waren bzw. sind bei der Erarbeitung involviert?

Ad a. (i. – iv.) und b. (i.-ii.):

§ 247 Abs. 6 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 25/2017, sieht vor, dass der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz das System der Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung unter Einbeziehung der Länder, der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer zu evaluieren und dem Nationalrat bis 30. Juni 2022 einen Bericht zu erstatten hat.

Davon ist die Bundes-Zielsteuerungskommission in Kenntnis zu setzen. Eine Neuerlassung oder Verlängerung des zeitlichen Anwendungsbereichs der bei Inkrafttreten des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 172/2021 in Geltung stehenden Verordnung der Österreichischen Ärztekammer gemäß § 118c darf nur mit Zustimmung aller Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner erfolgen. Kommt keine Zustimmung zustande und wird bis zum 31. Dezember 2022 von der Österreichischen Ärztekammer keine neue Verordnung erlassen oder die bestehende Verordnung nicht verlängert, so geht die Zuständigkeit zur Erlassung der Verordnung gemäß § 118c auf die Bundesministerin/den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über. Gleches gilt

für die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung.

Vorschläge der Länder und Sozialversicherung hinsichtlich einer ärztekammerunabhängigen Qualitätssicherung werden im Rahmen der Prüfung von Alternativen zu § 247 Abs. 6 ÄrzteG 1998 entsprechend zu berücksichtigen sein.

Hingewiesen wird weiters auf die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED). Die ÖQMED betreibt die Qualitätssicherung der österreichischen Arztordinationen durch die Ausarbeitung fachspezifischer Qualitätskriterien, sowie die Qualitätskontrolle durch die Überprüfung der Einhaltung der Kriterien, der Ausstellung allfälliger Mängelbehebungsaufträge und der Ausstellung eines Zertifikats für jene Ordinationen, die den Kriterien entsprechen. Im Wissenschaftlichen Beirat der ÖQMED, welcher die Organe der ÖQMED sowie der Österreichischen Ärztekammer in der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung zu beraten hat, ist auch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vertreten.

Niederschwellige Patienteninformationen können einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Ein:e Informierte:r Patient:in kann am Entscheidungsprozess zu ihrer:seiner Betreuung und Behandlung besser teilhaben und selbst dazu beitragen, die Patientensicherheit zu erhöhen.

Die ÖGK führt in der Stellungnahme des Dachverbands an, dass sie den niederschwelligen Zugang zu derartigen Informationen fördert. Dies geschieht aktuell zum Beispiel durch ständige Optimierung und Anpassung der online dargestellten Inhalte auf der Website. Zukünftig sollen Applikationen auf Smartphones einen einfacheren Zugang ermöglichen.

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit wird an der stetigen Erweiterung und Aktualisierung des Gesundheitsportals gearbeitet. Das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs bietet unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Informationen rund um die Themen Gesundheit und Krankheit.

Des Weiteren wurde im April 2016 als wichtiger Meilenstein zur Erhöhung der Transparenz, die Informationsplattform www.kliniksuche.at veröffentlicht, die aus A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) resultiert. Der interessierten Bevölkerung wird dabei Zugang zu Daten über Fallzahlen, Verweildauer, Art der Operationen oder Qualitätsthemen inkl. qualitativer Bewertung im stationären Bereich ermöglicht. Weiters sind detaillierte

Informationen zu allen Krankenhäusern und deren Abteilungen und Ambulanzen beinhaltet. Ziele von Kliniksuche.at sind: Impulse setzen, in Eigenverantwortung agieren können, Unterstützung bei Entscheidungsfindung erhalten, Anreize für Leistungserbringer setzen. Die Inhalte werden stetig (somit auch im Jahr 2022) aktualisiert und erweitert. Weiters sind mehrere Maßnahmen zur Nutzungssteigerung und Eingabevereinfachungen (Automatisierung) geplant.

Ergänzend dazu beauftragte das BMSGPK 2021 die Erstellung themenspezifischer Patienteninformationen zu Qualitätsstandards. Qualitätsstandards nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz werden primär für die Zielgruppe der Gesundheitsdienstleister:innen entwickelt und sind für andere Personen oft nicht leicht verständlich. Begleitende Patient:inneninformationen zielen daher darauf ab, die Bevölkerung, Patient:innen und deren Zu- und Angehörige zielgruppenspezifisch über den jeweiligen Qualitätsstandard zu informieren. Lai:innen sollen mit kompakten, qualitätsgesicherten Informationen versorgt werden, die leicht verständlich, knapp und präzise formuliert sind. Patient:inneninformationen zu Qualitätsstandards werden auf der Website des BMSGPK zum Download angeboten und stehen damit für alle Bürger:innen niederschwellig zur Verfügung. Die kostenlosen Informationsblätter sind auch als Serviceangebot für Gesundheitsdiensteanbieter:innen konzipiert. Die Informationen erscheinen in zwei Versionen, in einer Standard-Version und in einer Leicht-Lesen Version für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder eingeschränkten Deutschkenntnissen. Im Jahr 2021 wurden Informationen zum Qualitätsstandard Patient Blood Management veröffentlicht. 2022 soll eine Patient:inneninformation zum Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz fertig gestellt werden. Beispiel Patient:inneninformation Patient [Blood Management: https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-Patient-Blood-Management.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-Patient-Blood-Management.html)

Am 20. November 2020 verabschiedete der Nationalrat eine Entschließung zur Erstellung von Informationsbroschüren in leichter Sprache zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen für Frauen mit Behinderungen. „Die Bundesregierung, insbesondere der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Bundesministerin für Frauen und Integration mögen gemeinsam die Erstellung und Verbreitung von Informationsmaterialien in Leichter Sprache zum Thema gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen in Auftrag geben.“ Als Hintergrund wurde genannt, dass Menschen mit Behinderungen mit gesellschaftlicher Ausgrenzung, eingeschränktem Zugang zur öffentlichen Teilhabe und mit Vorurteilen konfrontiert sind. Barrieren sind im

Gesundheitssystem vielfach vorhanden, beispielsweise durch bauliche Barrieren oder fehlendes Bewusstsein für Menschen mit besonderen Bedürfnissen seitens der Gesundheitsdienstleister:innen. Das BMSGPK hat die GÖG 2021 mit der Adaptierung eines Informationsfolders der Stadt Wien für eine bundesweite Verwendung beauftragt, die Erstellung erfolgte in Abstimmung mit dem Bundeskanzleramt. Der Folder wurde Ende 2021 auf der Website des Sozialministeriums und des Bundeskanzleramts veröffentlicht.
https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Patient-innensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Patient_inneninformationen.html

Für Qualitätssicherung liegt die federführende Zuständigkeit innerhalb des BMSGPK bei der Sektion VII.

Ad b. (iii.):

Das ist Thema der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Im BMSGPK sind die Sektionen VI und VII zuständig sowie das Bundeskanzleramt.

Ad c. (i.-iii.):

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist allgemein festzuhalten, dass zu den zulässigen Zwecken der Verwendung von Mitteln der Sozialversicherung gemäß § 81 Abs. 1 ASVG auch die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen gehört, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mittel zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen. Die Entscheidung über die Beteiligung an einer Forschungstätigkeit obliegt jedenfalls dem jeweiligen Sozialversicherungsträger im Rahmen seiner Selbstverwaltung.

Ad d. (i. – iii.) und e. (i.-iii.):

Um der seit einigen Jahren vermehrt auftretenden Problematik von Arzneimittellieferengpässen auf nationaler Ebene zu begegnen, wurde im Jahr 2019 die sogenannte Task Force (TF) Lieferengpässe mit dem Ziel ins Leben gerufen, alle Akteure der Lieferkette von Arzneimitteln an einen Tisch zu bekommen, um Maßnahmen zu setzen, die die Versorgungssituation national verbessern. Teilnehmer der TF sind neben Vertretern des BMSGPK und des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG), Vertreter der Pharmazeutischen Industrie, des Großhandels, der Apotheker, der Österr. Ärztekammer, der WKÖ und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger. Die TF trifft sich in der

Regel alle 2 Monate um aktuell anstehende Themen zu diskutieren und Maßnahmen zu erarbeiten.

Eine wesentliche Maßnahme, die aufgrund der Diskussionen in der TF getroffen wurde, ist beispielsweise die seit 1. April 2020 geltende „Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung“, BGBI. II Nr. 30/2020, nach welcher Zulassungsinhaber bzw. befugte Vertreterinnen und Vertreter des Zulassungsinhabers nunmehr verpflichtet sind, jede Einschränkung der Vertriebsfähigkeit für verschreibungspflichtige Humanarzneispezialitäten dem BASG zu melden. Darüber hinaus kann auf Basis dieser Verordnung auch ein Parallelexportverbot für eingeschränkt verfügbare Arzneimittel durch das BASG verhängt werden.

Das BMSGPK setzt sich darüber hinaus auch auf europäischer Ebene aktiv für eine Bekämpfung von Arzneimittelknappheit ein und unterstützt ausdrücklich das umfangreiche Maßnahmenpaket, welches im Rahmen der europäischen Arzneimittelstrategie zurzeit von den Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission diskutiert wird und wodurch eine Sicherstellung der Arzneimittelversorgung Europas akut und vor allem nachhaltig für die Zukunft gewährleistet werden soll.

Der zwischen den Zielsteuerungspartnern (Bund, Länder, Sozialversicherung) abgeschlossene Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene sieht als eine Maßnahme die „Analyse und Schaffen der erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Grundlagen mit dem Ziel einer gemeinsamen sektoren-, bundesländer- und EU-mitgliedsstaatenübergreifenden Beschaffung und Bewirtschaftung von Medikamenten und Umsetzung“ vor. Dieses Thema wird auch im Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2022 und 2023 weitergeführt.

2021 fand aufgrund der COVID-19 Pandemie keine weitere sektorenübergreifende Konferenz zum Thema Optimierung der Medikamentenversorgung (als Follow-up zur ersten Einkäuferkonferenz im Juni 2018) statt. Im Rahmen der COVID-19 Pandemie wurde jedoch eine sektoren-, bundesländer- und EU-mitgliedsstaatenübergreifende Beschaffung von Medizinprodukten, Impfstoffen und Arzneimitteln durchgeführt.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit finden auch Arbeiten zu einer freiwilligen Wirkstoffverschreibung sowie der Optimierung der Medikamentenversorgung in Wohn- und Pflegeheimen statt.

Der Umgang der Behörden mit hochpreisigen Arzneimitteln wird bereits seit Jahren intensiv diskutiert und es finden laufend Arbeiten mit den Partnern im österreichischen Gesundheitswesen statt, um eine bestmögliche Versorgung der Menschen in Österreich sicherzustellen. Dabei sind Instrumentarien wie Health Technology Assessment von grundlegender Bedeutung, da sie die Entscheidungsträger:innen dabei unterstützen, die Medikamente aus therapeutischer und ökonomischer Perspektive und auch unter Berücksichtigung weiterer Dimensionen (z.B. gesellschaftliche Relevanz, ethische Implikationen) zu bewerten.

Zum Thema der hochpreisigen Medikamente konnte im Jahr 2020 in der Bundes-Zielsteuerungskommission erstmalig die bundesweit einheitliche Kostentragung für ein hochpreisiges Medikament aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur beschlossen werden, das zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie (SMA) wesentlich ist. Ende 2021 wurde die einheitliche Finanzierung eines weiteren hochpreisigen Medikaments beschlossen, das zur Behandlung der frühkindlichen Erblindung eingesetzt wird.

Das Problem der Lieferengpässe war schon vor COVID-19 bekannt. Die aktuellen COVID-19 Erfahrungen zeigen besonders drastisch, wie wichtig es ist, potenzielle oder tatsächliche Versorgungsunterbrechungen rechtzeitig zu ermitteln, zu melden, sichtbar zu machen und frühzeitig Gegenmaßnahmen zu setzen, um die Resilienz zu erhöhen.

Die Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln ist ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil des öffentlichen Gesundheitssystems und garantiert, dass hochqualitative, wirksame und sichere Produkte bei Bedarf stets rasch und verlässlich Patient:innen zur Verfügung stehen. Um diese Versorgung sicherzustellen, muss ein faires und transparentes Umfeld sowohl regulatorisch als auch für die Industrie weiter gestärkt werden. Dies soll gewährleisten, dass insbesondere die Erforschung, Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln in Europa gehalten, gefördert und gesichert bzw. als Strategie zunehmend aus Drittländern wieder zurückgeholt werden kann.

Vor diesem Hintergrund wurde von Seiten des BMSGPK ein Projekt zur Stärkung des Pharmastandorts Österreich initiiert. Aufgrund der großen Bedeutung auch für die Europäische Union wird dieses Projekt als gemeinsames Vorhaben im Rahmen des TSI (Technical Support Instrument) der Europäischen Kommission bearbeitet. Ein zentrales Ziel ist es, die Produktion von Arzneimitteln und Wirkstoffen in Österreich und Europa zu stärken.

Es sollen aber auch neue Lösungen vorbereitet werden, um nachhaltig (auch in Vorbereitung zukünftiger Krisen) die Arzneimittelversorgung für Patient:innen sicherzustellen.

Ad e. (iv.): Im BMSGPK sind die Gruppen VI/A und VII/B zuständig.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

