

R
H



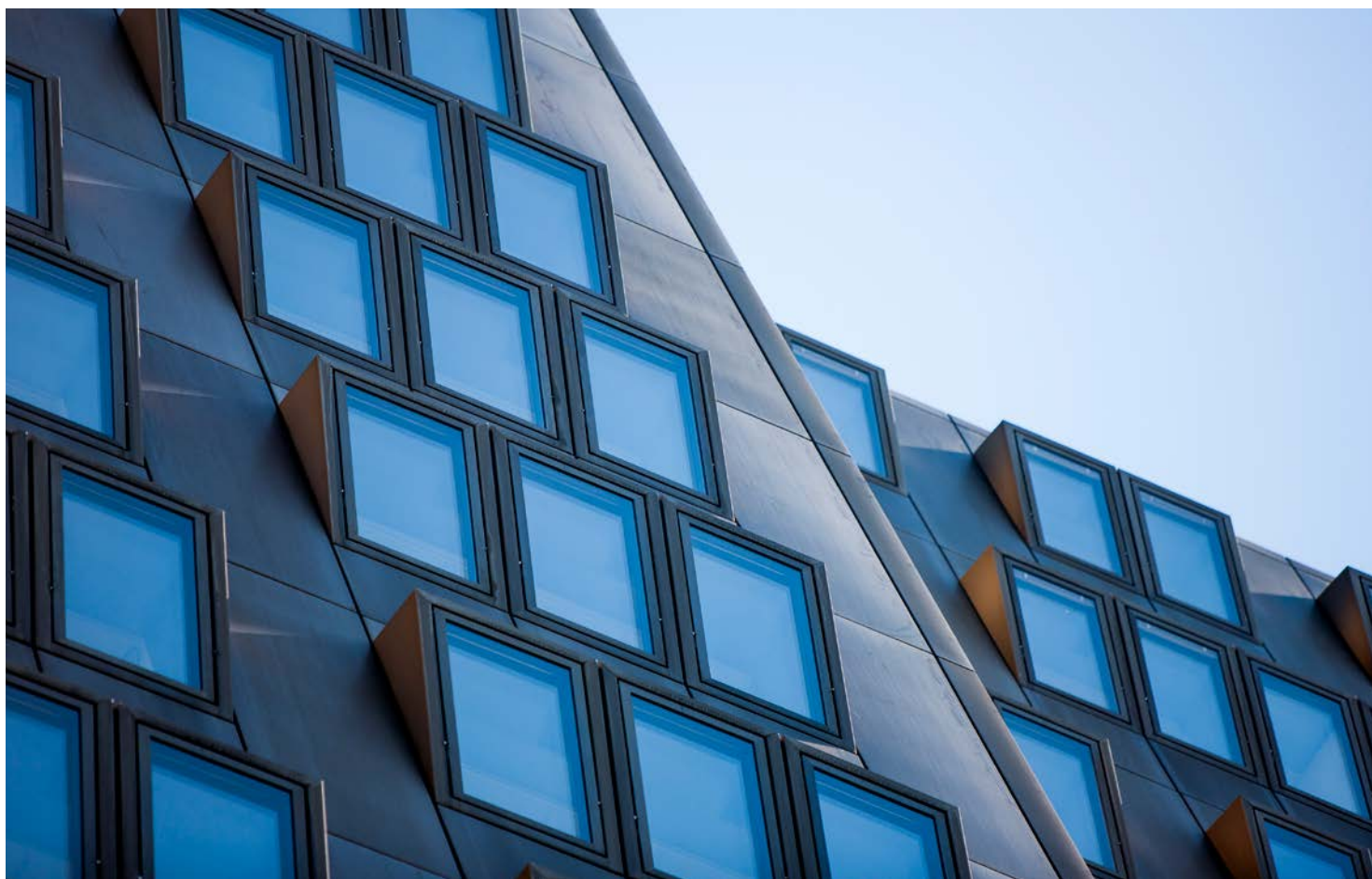
**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.

Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

Reihe BUND 2021/30

Report des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im September 2021

AUSKÜNFTE

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)

Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
Glossar	9
Prüfungsziel	13
Kurzfassung	13
Zentrale Empfehlungen	20
Zahlen und Fakten zur Prüfung	21
Prüfungsablauf und –gegenstand	23
Rahmenbedingungen zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung	25
Rechtliche Rahmenbedingungen	25
Weitere Rahmenbedingungen	28
Entwicklung der Ärztedichte in Österreich	31
Allgemeines	31
Kennzahlen	33
Allgemeinmedizinischer Bereich	35
Allgemein fachärztlicher Bereich	41
Ärztlicher Bereich gesamt	45
Planung und Plan–Ist–Vergleich	48
Überblick	48
Österreichischer Strukturplan Gesundheit	52
Einhaltung der Richtwerte des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017	56
Regionale Strukturpläne Gesundheit	60
Stellenplanung	63
Unbesetzte Planstellen	68
Ursachen und Maßnahmen bei unbesetzten Planstellen	79
Altersverteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	82
Weitere Aspekte der ärztlichen Versorgung	86
Behandlungspflicht und Wartezeitenmanagement	86
Öffnungszeiten	89
Wahlärztinnen und Wahlärzte	97

Primärversorgung _____	104
Zielsetzung und Rahmenbedingungen _____	104
Entwicklung der Rechtsgrundlagen _____	108
Finanzierung _____	111
Weitere Kooperationsformen _____	115
Entbürokratisierung _____	118
Vergütung der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner _____	123
Rahmenbedingungen für Honorarvereinbarungen _____	123
Gesetzliche Vorgaben für die Höhe der Honorarvereinbarung _____	125
Höhe der Honorare _____	130
Analyse der Honorarentwicklung _____	140
Zeitgemäße Gestaltung des Honorarkatalogs _____	148
Zusammenfassende Beantwortung _____	152
Schlussempfehlungen _____	160

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kennzahlen zur Erfassung des ärztlichen Angebots _____	33
Tabelle 2:	Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner in Oberösterreich, 2009 und 2019 _____	36
Tabelle 3:	Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner in der Steiermark, 2009 und 2019 _____	37
Tabelle 4:	Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner in Wien, 2009 und 2019 _____	38
Tabelle 5:	Öffnungszeiten und Praxisformen bei Vertragsärztinnen und –ärzten für Allgemeinmedizin der Wiener Gebietskrankenkasse, 2013 und 2019 _____	39
Tabelle 6:	Praxisformen und Öffnungszeiten ausgewählter Fachgebiete in Wien, 2013 und 2019 _____	43
Tabelle 7:	Kennzahlen zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung 2009 und 2019 in Österreich _____	45
Tabelle 8:	Planungsrichtwerte Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 für den ambulanten Bereich (Planungshorizont 2020) _____	53
Tabelle 9:	Abweichung des Ist-Stands im Jahr 2018 von den Planungsrichtwerten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 je Land _____	57
Tabelle 10:	Abweichung des Ist-Stands in den Versorgungsregionen im Jahr 2018 vom jeweiligen Bundesdurchschnitt 2018 _____	58
Tabelle 11:	Anzahl der Planstellen bzw. unbesetzten Planstellen in Österreich (31. Dezember 2019) _____	69
Tabelle 12:	Kinder- und Jugendheilkunde in der Thermenregion Niederösterreich – Kennzahlenübersicht 2019 _____	74
Tabelle 13:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Steiermark – Kennzahlenübersicht 2019 _____	76

Tabelle 14: Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über 60 Jahre in Einzelpraxen (Stand 31. Dezember 2017)	83
Tabelle 15: Gesamtvertragliche Vorgaben zu Öffnungszeiten für Einzelpraxen	93
Tabelle 16: Auslastung der Tagesrandzeiten im Bereich der Allgemeinmedizin (Stand März 2018)	95
Tabelle 17: e-card-Steckungen im Bereich der Allgemeinmedizin (Stand März 2018)	95
Tabelle 18: Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte, 2009 bis 2019 (jeweils zum 1. Jänner)	97
Tabelle 19: Primärversorgungseinheiten: Entwicklung 2015 bis 2019	106
Tabelle 20: Unterschiede in den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen	112
Tabelle 21: Honorarentwicklung im Kontext volkswirtschaftlicher Kennzahlen	134
Tabelle 22: Kennzahlen zum Arzthonorar je Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt in der Allgemeinmedizin	137
Tabelle 23: Arzthonorare, Fälle und Beitragseinnahmen: Veränderungen je Gebietskrankenkasse 2013 bis 2018	140
Tabelle 24: Arzthonorare der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Allgemeinmedizin und Fachgebiete: Veränderung 2013 bis 2018	142
Tabelle 25: Anzahl der abgerechneten Leistungen für ausgewählte Leistungsbereiche, 2018	151
Tabelle 26: Übersicht zur Beantwortung des Beschlusses des Nationalrats	153

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Ärzteanzahl in Österreich 2000 bis 2014 laut Österreichischer Ärztekammer	31
Abbildung 2:	Entwicklung der Anzahl der abrechnenden allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte	41
Abbildung 3:	Veränderung der Anzahl der abrechnenden allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte nach Fachgebiet (2018 zu 1996)	42
Abbildung 4:	Anteil der entgegen der Planung unbesetzten Planstellen für Allgemeinmedizin an den gesamten Allgemeinmedizin-Planstellen, nach Land (Stand 31. Dezember 2019)	71
Abbildung 5:	Ausgewählte Kennzahlen für die allgemeinmedizinische Versorgung nach Bezirken 2019	72
Abbildung 6:	Verteilung der Ordinationsstunden (Montag bis Freitag) im Tagesablauf im Bereich der Allgemeinmedizin je Land (Stand März 2018)	91
Abbildung 7:	Ordinationsstunden im Wochenverlauf im Bereich Allgemeinmedizin in ausgewählten Ländern (Stand März 2018)	92
Abbildung 8:	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) der Wahlärztinnen und Wahlärzte: Entwicklung 2012 bis 2018	99
Abbildung 9:	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) der Wahlärztinnen und Wahlärzte ausgewählter Fachgebiete: Anteil 2018 an allen ÄAEV der ambulanten Versorgung	100
Abbildung 10:	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte: Entwicklung ihrer Anzahl in den verschiedenen Praxisformen	116
Abbildung 11:	Vorgaben für Honorarvereinbarungen	126
Abbildung 12:	Medianeinkünfte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Jahr 2015 nach Fachgebieten	131

Abbildung 13: Jährliche Steigerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	_____	135
Abbildung 14: Entwicklung der ärztlichen Versorgung im Bereich Allgemeinmedizin 2009 bis 2019	_____	154

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit(en)
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID–19	corona virus disease 2019
CT	Computertomografie
d.h.	das heißt
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
f(f).	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Gesetzgebungsperiode
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IHS	Institut für Höhere Studien
IT	Informationstechnologie
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
MRT	Magnetresonanztomografie
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Nr.	Nummer

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PKW	Personenkraftwagen
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
vgl.	vergleiche
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

allgemeine Fachärztinnen und Fachärzte, sonstige Fachärztinnen und Fachärzte

Allgemeine Fachärztinnen und Fachärzte sind laut Ärztekostenstatistik die Fachärztinnen und Fachärzte mit den Fachgebieten Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lungenkrankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie (Doppelfach), Neurochirurgie, Orthopädie, Psychiatrie, Unfallchirurgie und Urologie. In Abgrenzung dazu sind sonstige Fachärztinnen und Fachärzte jene mit den Fachgebieten Labormedizin, Pathologie, Physikalische Medizin und Radiologie.

Anspruchsberechtigte

Anspruchsberechtigte sind Personen, die Leistungen der Krankenversicherungsträger erhalten können. Sie setzen sich aus den Versicherten und ihren mitversicherten Angehörigen zusammen.

ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE)

Die ärztliche ambulante Versorgungseinheit ist eine Kennzahl für die Zählung von Ärztinnen und Ärzten, die im niedergelassenen Bereich nach den von ihnen behandelten Quartalspatientinnen bzw. -patienten im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe gewichtet werden.

Österreichische Ärztekammer, Landesärztekammer

Zur Vertretung der gemeinsamen Interessen der in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist auf Bundesebene die Österreichische Ärztekammer mit Sitz in Wien, in den Ländern jeweils eine Landesärztekammer eingerichtet. Die Landesärztekammern sind Mitglieder der Österreichischen Ärztekammer. Für die Verhandlung über und den Abschluss von Gesamtverträgen ist je nach Materie die jeweilige Landesärztekammer oder die Österreichische Ärztekammer zuständig (in der Folge: zuständige Ärztekammer).

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Mit 1. Jänner 2020 wurden die bis dahin bestehenden rechtlich selbstständigen neun Gebietskrankenkassen der Länder in einem einzigen Krankenversicherungsträger – der Österreichischen Gesundheitskasse – zusammengefasst. Die Österreichische Gesundheitskasse ist österreichweit zuständig für die Durchführung der Krankenversicherung ihrer Versicherten.

Planstellen

Planstellen geben die zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen Ärztekammer vereinbarte Anzahl von Verträgen mit Ärztinnen und Ärzten an.

Quartalspatientinnen und –patienten

Eine Quartalspatientin bzw. ein Quartalspatient ist eine Person, die in einem bestimmten Quartal eines Jahres bei einer Vertragspartnerin bzw. einem Vertragspartner und Träger der österreichischen Sozialversicherung in einem bestimmten Fachgebiet und in einem bestimmten Land zumindest eine Konsultation aufweist. Bei der Jahresbetrachtung werden die Quartalspatientinnen bzw. –patienten entsprechend der Quartale aufsummiert.¹

Sonderversicherungsträger

Sonderversicherungsträger waren einerseits die Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und andererseits die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Diese wurden mit 1. Jänner 2020 einerseits in der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und andererseits in der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zusammengefasst.

Versorgungsbereiche

Ambulante Versorgung umfasst die Behandlung in Spitalsambulanzen, Ambulatorien und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind solche, die selbstständig eine medizinische Einrichtung (Einzel- oder Gruppenpraxis bzw. Praxen in sonstigen Formen) betreiben. Im stationären Bereich erfolgt die Versorgung dagegen im Rahmen eines Aufenthalts in einem Krankenhaus.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben einen Einzelvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen. Sie verrechnen die erbrachten Leistungen grundsätzlich direkt mit dem Sozialversicherungsträger (nicht mit den Patientinnen und Patienten).

¹ Definition gemäß Dachverband der Sozialversicherungsträger; dieser Parameter war für einen Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens über den gesamten überprüften Zeitraum und über die Länder am stabilsten und stand ab dem Jahr 2011 zur Verfügung. Im Gegensatz zu e-card-Erstkonsultationen (aus dem e-card-System) und Quartalserstpatientinnen und –patienten (aus Regiomed) erfolgte keine Neuzählung bei einem Wechsel des Ordinationsstandortes oder Behandlungsfallcodes (z.B. Regelfall oder Vorsorgeuntersuchung).

Wahlärztinnen und Wahlärzte

Wahlärztinnen und Wahlärzte haben keinen Vertrag mit dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger. Die Kosten für eine Konsultation sind zunächst von der Patientin oder dem Patienten selbst zu tragen. Eine etwaige Kostenerstattung durch die zuständige Krankenversicherung erfolgt im Nachhinein (80 % jenes Tarifs, den eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt für dieselbe Leistung erhalten würde).

§ 2-Kassen

§ 2-Kassen sind jene Krankenversicherungsträger, die nach den für die jeweilige Gebietskrankenkasse geltenden Tarifen abrechnen. Neben den Gebietskrankenkassen waren dies im Zeitraum 2009 bis 2019 die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die im jeweiligen Land tätigen Betriebskrankenkassen.



WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von November 2019 bis Juni 2020 auf Beschluss des Nationalrats die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Die Überprüfung umfasste das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, die Österreichische Gesundheitskasse und den Dachverband der Sozialversicherungsträger. Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung, inwiefern die Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich sichergestellt waren, insbesondere hinsichtlich der Ärztedichte, der Vergütung im Bereich der Allgemeinmedizin und der rechtlichen Vorgaben. Der RH orientierte sich dabei insbesondere an dem gesetzlichen Auftrag zur ausreichenden ärztlichen Versorgung als Teil der Krankenbehandlung. Die Sondersicherungsträger (Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau) waren nicht von der Überprüfung umfasst. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2019. Einzelne Feststellungen betrafen auch den Zeitraum 2009 bis 2012.

Kurzfassung

Der Auftrag des Nationalrats zur Durchführung einer Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen. Der RH fasste diese in drei Schwerpunkte zusammen: „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Ärzteausbildung“ und „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“. Dieser Bericht behandelt den dritten Schwerpunkt. Zu den beiden anderen Schwerpunkten wird der RH jeweils eigene Berichte vorlegen. (TZ 1)

Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich war durch bundesgesetzlichen Auftrag Aufgabe der Krankenversicherungsträger in Selbstverwaltung. Diese waren allerdings auf den Abschluss von Verträgen mit der jeweils zuständigen Ärztekammer und auf die Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten angewiesen. Während die Krankenversicherungsträger gesetzlich

an einen Versorgungsauftrag gebunden waren, galt dies für die Ärztekammern nicht. Aufgrund der sehr eingeschränkten Möglichkeiten zur Kündigung oder Verlegung von besetzten Planstellen innerhalb der bestehenden Gesamtverträge war eine Reaktion auf einen veränderten Bedarf nur zu Vertragsende und damit insbesondere bei Pensionsantritt der Vertragspartnerinnen und –partner mit erheblicher Zeitverzögerung möglich. [\(TZ 2\)](#)

Die Krankenversicherungsträger hatten weiters – unabhängig von der Bedarfsentwicklung – die Deckung ihrer Ausgaben durch die Beiträge zu beachten. Laut den Gebietskrankenkassen beliefen sich die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Jahr 2019 auf 3,794 Mrd. EUR. Sie stiegen damit seit 2013 um 31 % an. [\(TZ 1, TZ 2, TZ 3\)](#)

Entwicklung der Ärztedichte

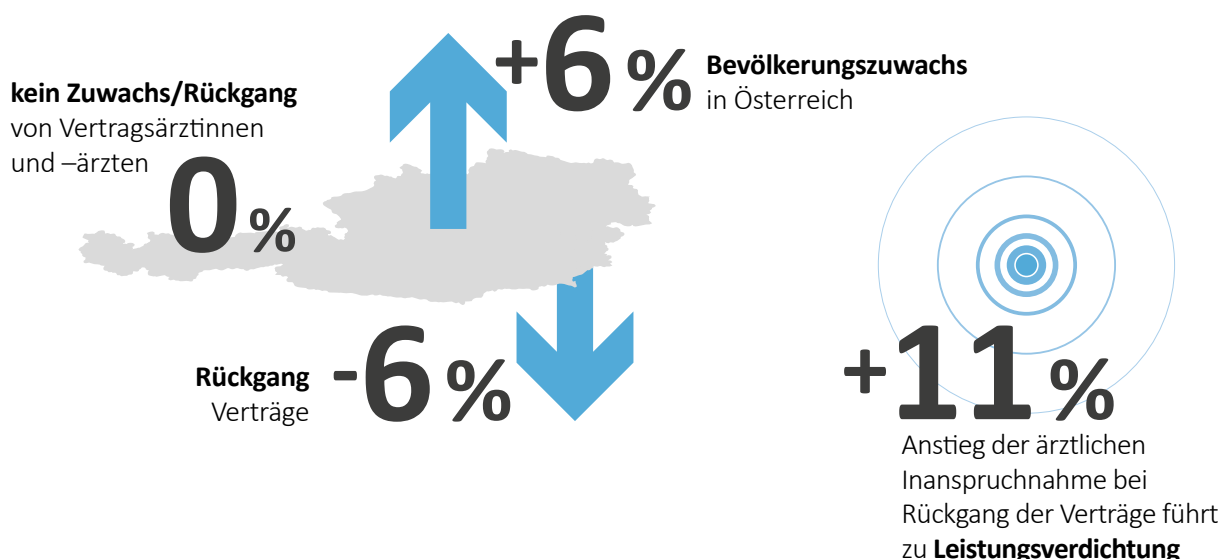
Im Frühjahr 2019 wies die Österreichische Ärztekammer darauf hin, dass sich die Anzahl der Vertragsärztinnen und –ärzte seit dem Jahr 2000 auf rd. 7.700 im Jahr 2014 verringert und sich dadurch die Versorgung verschlechtert habe. 2019 würden rd. 1.300 zusätzliche Planstellen österreichweit fehlen („Versorgungslücke“). Allerdings waren die vorhandenen Kennzahlen zur Analyse der Ärztedichte nicht aussagekräftig. Die routinemäßig von Ministerium, Sozialversicherung und Österreichischer Ärztekammer ermittelten Daten waren nicht geeignet, das Angebot an ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich valide abzubilden, da sie insbesondere die Öffnungszeiten nicht ausreichend berücksichtigten. [\(TZ 4, TZ 5\)](#)

Eine Analyse des RH zeigte ein regional differenziertes Bild: In Oberösterreich war trotz einer Erhöhung der vorgesehenen Planstellen um 2 % die Anzahl der besetzten Planstellen durch Nachbesetzungsprobleme um 4 % gesunken. In Wien war im Bereich der Allgemeinmedizin trotz einer um 10 % reduzierten Anzahl an Vertragsärztinnen und –ärzten der Gebietskrankenkasse das Angebot gemessen an Mindestöffnungszeiten um 4 % gestiegen. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse dagegen hatte aufgrund geringer Auslastung und überdurchschnittlicher Ärztedichte die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner bewusst reduziert. [\(TZ 6\)](#)

Österreichweit zeigte sich, dass im Zeitraum 2009 bis 2019 bei einer um 6 % gestiegenen Bevölkerung auch die Inanspruchnahme im Bereich der **Allgemeinmedizin** um 6 % stieg. Die Inanspruchnahme und Versorgung blieben damit nahezu unverändert. Dieser Anstieg der ärztlichen Inanspruchnahme war mit einer nahezu unveränderten Anzahl von Vertragsärztinnen und –ärzten, jedoch mit 6 % weniger Verträgen verbunden. Dies wies auf vermehrte Nutzung von Kooperationsformen wie Gruppenpraxen hin. Die Auslastung je besetzte Planstelle stieg um 11 % (Leistungsver-

dichtung). Nachstehende Abbildung zeigt die Entwicklung der ärztlichen Versorgung im Bereich Allgemeinmedizin im Zeitraum 2009 bis 2019:

Abbildung: Entwicklung der ärztlichen Versorgung im Bereich Allgemeinmedizin 2009 bis 2019



alle Veränderungen: 2009 – 2019

Quellen: Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria; Darstellung: RH

Eine Leistungsverdichtung zeigte sich auch im Bereich der **allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte**: Hier stieg die Inanspruchnahme überproportional zum Bevölkerungswachstum um 25 %. Während die Anzahl der Planstellen sowie der allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte um 6 % bzw. 9 % stieg, blieb die Anzahl der Verträge nahezu unverändert. Die Auslastung je besetzte Planstelle stieg um 21 %.

Die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**) beurteilte diese Entwicklung als Produktivitätssteigerung und führte sie auf längere Öffnungszeiten, bessere Unterstützung durch nicht-ärztliches Personal und technische Veränderungen wie die e-card zurück. Vorgaben zum quantitativen Versorgungsauftrag gab es allerdings nicht. (**TZ 8**)

Planung des niedergelassenen Bereichs

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) legte grundsätzlich für jede der 32 Versorgungsregionen in Österreich einen Richtwert je Fachgebiet für die Ärztedichte fest. Die Treffgenauigkeit der Richtwerte war jedoch gering, weil sie regional nicht ausreichend differenziert waren, eine große Bandbreite von +/-30 % aufwiesen und auf dem zuletzt verfügbaren Ist-Stand und nicht auf Versorgungszielen basierten. Obwohl die Untergrenze der Richtwerte regional betrachtet bei 29 % der Fachgebiete unterschritten wurde, fehlte eine Berichterstattung über die Ursachen und Begründung der Abweichungen. (**TZ 9, TZ 10, TZ 11**)

Die ÖSG-Bandbreite der Versorgungsdichte sollte durch die Festlegung konkreter Zielwerte auf Ebene der Versorgungsregionen in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) konkretisiert werden. Dies erfolgte jedoch nur eingeschränkt: Die Planung ließ offen, ob zusätzliche Planstellen nötig waren oder eine höhere Auslastung ausreichte. Der fünfjährige, rollierende Planungszeitraum ermöglichte keine Soll-Ist-Vergleiche. Die Planung auf Ebene der Versorgungsregionen war für die Allgemeinmedizin zu unspezifisch. Verbindliche Versorgungsaufträge waren nicht festgelegt. Es fehlte eine Berichterstattung über die Umsetzung der Richtwerte des ÖSG 2017 in den RSG, was die Transparenz der Umsetzung der Planung einschränkte. (TZ 12)

Die ärztlichen Planstellen und deren regionale Verortung ergaben sich als finaler Planungsschritt aus den von den Krankenversicherungsträgern mit der zuständigen Ärztekammer zu vereinbarenden Stellenplänen. Durch die teils rollierenden, mittelfristigen Planungshorizonte, die Möglichkeit von vorübergehend ruhenden Planstellen und die z.B. in Wien nur als Obergrenze definierten Planstellen war ein Soll-Ist-Vergleich bzw. ein Überblick über die tatsächlich vorgesehenen Planstellen wesentlich erschwert. Erfolgte keine Ausschreibung der Planstellen, verfügten die Versicherten nicht über die Möglichkeit, diese durchzusetzen. (TZ 13)

Stellenbesetzung

Zum 31. Dezember 2019 waren österreichweit 327,3 Planstellen von 7.142,4 Planstellen unbesetzt, davon 184,6 Planstellen im Bereich Allgemeinmedizin und 142,7 Planstellen verschiedener Fachgebiete. 138,3 Planstellen wurden davon freigehalten, weil sie z.B. für Primärversorgungseinheiten oder Gruppenpraxen reserviert waren. 189 Planstellen waren hingegen nicht besetzt, weil z.B. Ausschreibungen zu keinen Bewerbungen geführt hatten. (TZ 15) In einigen Versorgungsbereichen war zwar der Anteil unbesetzter Planstellen erheblich, z.B. bei Fachärztinnen und -ärzten der Kinder- und Jugendheilkunde in Niederösterreich (20 %) oder der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Steiermark (11 %) sowie bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern im Bezirk Scheibbs (20 %). Eine nähere Analyse zeigte jedoch, dass der Anteil unbesetzter Planstellen kein geeigneter Indikator für die Identifikation von Versorgungsproblemen war, da gerade in den aufgezeigten Fällen unbesetzter Planstellen die Ärztedichte teils überdurchschnittlich hoch war. (TZ 16, TZ 17, TZ 18)

Die Versorgungslage war von vielen Faktoren beeinflusst, die auf regionaler Ebene zu beurteilen waren. In einigen Fällen konnten die Gebietskrankenkassen Planstellen für längere Zeit (teilweise mehrere Jahre) nicht besetzen. Die Ursachen dafür waren sehr unterschiedlich, z.B. Strukturschwäche der Region, eine starke Wahlarztpräsenz, eine hohe Arbeitsbelastung oder wenig geeignete Ordinationsräumlichkeiten. Die Krankenversicherungsträger setzten eine Reihe von Maßnahmen, um die Versor-

gung sicherzustellen, z.B. durch die Zusammenarbeit mit Spitalsambulanzen oder mittels Zweitordinationen für Kassenärzte. [\(TZ 19\)](#)

Weitere Aspekte der ärztlichen Tätigkeit

In einzelnen Versorgungsbereichen war ein erheblicher Anteil der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt (z.B. 80 % im Fach Urologie in Kärnten). Die Gebietskrankenkassen wiesen darauf hin, dass die Nachbesetzung aufgrund der Ausschreibungspflicht erschwert sei. [\(TZ 20\)](#)

Auch bei besetzten Planstellen konnten Versorgungsprobleme auftreten: So nahmen laut einer Umfrage in Oberösterreich rund die Hälfte der daran teilnehmenden Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner nur eingeschränkt neue Anspruchsberechtigte an. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse vereinbarte daher gesamtvertraglich ein Wartezeitenmanagement, bei dem die Landesärztekammer freie Kapazitäten vermittelte. Österreichweit war jedoch weder ein Monitoring der Wartezeiten noch ein Wartezeitenmanagement vorhanden. [\(TZ 21\)](#)

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger berichtete im Jänner 2020, dass ein bedarfsgerechtes Monitoring der Öffnungszeiten nicht vorhanden war; dieses sollte bundesweit, tagesaktuell und sektorenübergreifend sein. Ebenso wenig war eine umfassende Bedarfserhebung zu den Ordinationszeiten vorhanden. Zwischen 5,5 % (Tirol) und 10 % (Burgenland) der Gesamtöffnungszeiten lagen in Tagesrandzeiten (vor 8:00 Uhr oder nach 18:00 Uhr). Dies, obwohl die Auslastung der Randzeiten besonders hoch war. [\(TZ 22, TZ 23, TZ 24\)](#)

Die Anzahl der **Wahlärztinnen und Wahlärzte** stieg von 2009 bis 2019 in der Allgemeinmedizin um 42 %, im Facharztbereich um 38 % auf insgesamt rd. 10.000. Die Versorgungswirkung der Wahlärztinnen und –ärzte lag insgesamt bei nur 5,5 % der ambulanten Versorgung, in einzelnen Bereichen (insbesondere der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) jedoch deutlich höher (16 %). Der RH hielt die steigende Anzahl der Wahlärztinnen und –ärzte in Verbindung mit der steigenden Nutzung privater Krankenversicherungen für eine zentrale Herausforderung für die Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Strategie der Sozialversicherung zum Umgang damit lag zur Zeit der Gebärungsüberprüfung noch nicht vor. [\(TZ 25\)](#)

Primärversorgungseinheiten

Ein zentrales Ziel des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Krankenversicherungsträger war die Einrichtung von Primärversorgungseinheiten. Im Dezember 2019 waren jedoch von den bis Ende 2021 angestrebten 75 Primärversorgungseinheiten lediglich 16 umgesetzt. Insbesondere die Umsetzung des bereits 2014 zeitgerecht erstellten Konzepts in gesetzliche und gesamtvertragliche Vorgaben nahm viel Zeit in Anspruch. Erst im Jahr 2017 wurde das Primärversorgungsgesetz beschlossen; im Jahr 2020 gab es nur in drei Ländern Gesamtverträge zu den Primärversorgungseinheiten. Vier von neun Ländern (Vorarlberg, Kärnten, Tirol, Salzburg) hatten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine Primärversorgungseinheiten. Im Vergleich zum Zielwert von 5 % bis 2021 wurden Ende 2018 0,78 % der österreichischen Bevölkerung von Primärversorgungszentren versorgt. Ein umfassendes Konzept zum Change Management mit Übergangsformen und Anreizen zum Umstieg auf die neue Versorgungsstruktur gab es nicht. (TZ 26, TZ 27)

Nach der deutlichen Verfehlung der für 2016 gesetzten Ziele vereinbarten die Zielsteuerungspartner im Jahr 2017, 200 Mio. EUR insbesondere für die Primärversorgung bereitzustellen. Weder waren die vorgesehenen Richtlinien zur Verwendung dieses Betrags vorhanden noch das beabsichtigte Monitoring dahingehend, wie viel von wem wofür ausgegeben wurde. Die tatsächliche Einführung von Pilotprojekten oblag weitgehend den Gebietskrankenkassen, ihre Vergütung und Finanzierung erfolgten sehr unterschiedlich. (TZ 28)

Im Jahr 2018 waren 89 % aller Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner mit Kassenvertrag in Form einer Einzelpraxis tätig. Der Anteil der Gruppenpraxen und Mischformen an allen Praxisformen hatte sich jedoch seit 2014 von rd. 6 % auf rd. 11 % annähernd verdoppelt. Im Jahr 2018 ermöglichte der Gesetzgeber die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten durch Ärztinnen und Ärzte. (TZ 29)

Die Krankenversicherungsträger erzielten im überprüften Zeitraum Fortschritte bei der Digitalisierung der Kommunikation mit den Vertragsärztinnen und –ärzten und versuchten, auch die Bewilligungsprozesse möglichst einfach zu gestalten. (TZ 30)

Vergütung

Die Höhe der Vergütung der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner oblag weitgehend der Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger. Die Vorgaben des Gesetzgebers bezogen sich dabei im Wesentlichen auf eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und auf einen Honorarabschluss möglichst unter der Beitragseinnahmesteigerung. Eine vom Institut für Höhere Studien durchgeführte Analyse zeigte, dass im Jahr 2015 Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner mit Kassenver-

trag Medianeinkünfte von rd. 130.000 EUR im Jahr (bei einer Bandbreite von rd. 107.000 EUR in Wien bis rd. 168.000 EUR in Vorarlberg) erzielten. Dieser Wert war höher als die Medianeinkünfte anderer freier Berufe und akademischer unselbstständig Beschäftigter sowie auch höher als die Medianeinkünfte von Spitalsärztinnen und –ärzten und von Wahlärztinnen und –ärzten. Die Transparenz über die Ordinationskosten und über die Arbeitszeit fehlte den Krankenversicherungsträgern weitgehend. (TZ 32, TZ 33, TZ 35)

Bei den Honorarverhandlungen hatten die zuständigen Ärztekammern eine starke Verhandlungsposition. (TZ 31) Dies führte im Zeitraum 2012 bis 2018 dazu, dass die Erhöhung der Arzthonorare mit rd. 25,7 % über der Beitragseinnahmesteigerung von 24,6 % lag. Im Vergleich dazu stiegen im selben Zeitraum der Verbraucherpreisindex um 9,8 % und das Bruttoinlandsprodukt um 21,0 %. Wesentliche Weiterentwicklungen der Honorarprinzipien (z.B. hinsichtlich Service- und Ergebnisqualität) gab es dabei nicht. Die Regelungen zur Vergütung neuer Leistungen konnten die Vertragsfachärztinnen und –ärzte begünstigen, was zu einem etwas stärkeren Honoraranstieg bei den allgemeinen Fachärztinnen und –ärzten (29,4 %) als bei den Allgemeinmedizinerinnen und –medizinerinnen (25,4 %) beitrug. (TZ 34, TZ 36)

Die Entwicklung in den Ländern zeigte große Unterschiede bei einzelnen Parametern (z.B. Arzthonorar je Fall, Arzthonorar je Vertragsärztin bzw. –arzt). Die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung hing daher maßgeblich von den herangezogenen Parametern ab. (TZ 35)

Noch vor der Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2020 vereinbarten einzelne Gebietskrankenkassen, z.B. in Oberösterreich und Wien, im Jahr 2018 überdurchschnittlich hohe Honorarsteigerungen. Die gesetzliche „Ausgabenbremse“ entfaltete aufgrund ihrer begrenzten zeitlichen Geltung von August 2018 bis März 2019 und aufgrund ihrer ungenügenden Anwendungssicherheit nur geringe Wirkung. Weder das Ministerium noch das Bundesministerium für Finanzen setzte wirksame Maßnahmen gegen diese hohen Honorarabschlüsse. (TZ 37)

Das Vergütungssystem der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner war geprägt durch eine – je nach Gebietskrankenkasse unterschiedliche – Kombination aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen. Alle neun Gebietskrankenkassen beurteilten ihr Vergütungssystem grundsätzlich als zeitgemäß, verwiesen aber auch auf wesentliche Reformbemühungen und –vorhaben. Diese enthielten bei fast allen Gebietskrankenkassen eine Stärkung der Gesprächsmedizin und die Förderung eines integrativen Ansatzes (Koordinierung, Heilmittelberatung). Ergebnis- und Servicequalität waren dabei nicht systematisch berücksichtigt. Dazu fehlten sowohl eine konzeptionelle Grundlage als auch entsprechende Mess- und Kontrollmöglichkeiten. (TZ 38, TZ 39)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte dem Gesetzgeber eine Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Organisation der Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich vorschlagen. Diese Reform sollte auf eine stärkere Verbindlichkeit der Planung und auf eine Einbindung der Krankenversicherungsträger sowie der zuständigen Ärztekammer in die Umsetzung gesetzlicher Versorgungsaufträge abzielen sowie ein flexibleres Eingehen auf Bedarfsänderungen ermöglichen. [\(TZ 2\)](#)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte 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. [\(TZ 9\)](#)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Österreichische Gesundheitskasse sollten 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 Soll–Werte vorsehen, die von der beabsichtigten Versorgung (statt vom historischen Ist–Stand) abgeleitet sind. Die dafür erforderlichen Datengrundlagen (standardisierte Diagnosen, tatsächliche Öffnungszeiten und erbrachte Leistungen) wären sicherzustellen. [\(TZ 10\)](#)
- Die Österreichische Gesundheitskasse sollte gemeinsam mit der zuständigen Landesärztekammer die ärztlichen Stellenpläne so weiterentwickeln, dass ein Vergleich zwischen den geplanten und tatsächlich besetzten Planstellen möglich ist und klare Sollvorgaben enthalten sind. [\(TZ 14\)](#)
- Die Österreichische Gesundheitskasse sollte ein systematisches und flächendeckendes Wartezeitenmonitoring und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zum Wartezeitenmanagement einführen. [\(TZ 21\)](#)
- Die Österreichische Gesundheitskasse sollte real steigende Honorare insgesamt nicht allein auf Basis von Beitragseinnahmesteigerungen gewähren, sondern dafür jedenfalls qualitativ oder quantitativ höhere Leistungen voraussetzen. [\(TZ 34\)](#)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich								
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. 189/1955 i.d.g.F.							
	Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.							
	Primärversorgungsgesetz (PrimVG), BGBl. I 131/2017 i.d.g.F.							
	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.							
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013 (Reformvereinbarung 2013)							
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017 (Reformvereinbarung 2017)							
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I 200/2013 (Zielsteuerungsvereinbarung 2013)							
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I 97/2017 (Zielsteuerungsvereinbarung 2017)							
	Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016							
	Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Veränderung 2013 bis 2019
	Anzahl							in %
alle Fachgebiete								
Verträge ¹	6.661	6.646	6.591	6.537	6.501	6.482	6.417	-4
Ärztinnen und Ärzte (in Köpfen)	6.768	6.787	6.851	6.857	6.886	6.942	6.978	3
<i>davon Allgemeinmedizin</i>								
Verträge ¹	3.891	3.877	3.832	3.795	3.774	3.744	3.698	-5
Ärztinnen und Ärzte (in Köpfen)	3.944	3.933	3.974	3.967	3.977	3.998	4.017	2
Bevölkerung	8.451.860	8.507.786	8.584.926	8.700.471	8.772.865	8.822.267	8.858.775	5
Anspruchsberechtigte (GKK)	6.832.524	6.910.577	6.996.147	7.105.282	7.161.530	7.211.276	7.250.991	6
	in Mio. EUR							in %
Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (GKK)	2.892,13	2.969,47	3.075,05	3.197,99	3.334,22	3.553,62	3.794,29	31
Beitragseinnahmen (GKK)	9.921,49	10.238,73	10.585,98	11.027,19	11.399,22	11.906,59	12.391,02	25

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria

GKK = Gebietskrankenkassen

¹ Auszug aus Regiomed (Datenbank des Dachverbands der Sozialversicherungsträger): alle Fachgebiete außer Neurochirurgie, Zahnmedizin, Radiologie, Physikalische Medizin, Laboratorien und Pathologie für Vertragsärztinnen und -ärzte der Gebietskrankenkassen



Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von November 2019 bis Juni 2020 die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Die Gebarungsüberprüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz (**B-VG**)² aufgrund des Beschlusses des Nationalrats vom 27. März 2019 gemäß § 99 Abs. 1 Geschäftsordnungsgesetz 1975³ (517 der Beilagen XXVI. GP). Diesem Beschluss lag ein Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz und Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil sowie Kolleginnen und Kollegen vom 29. Jänner 2019 (561/A) zugrunde.

Der Auftrag des Nationalrats zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen, die der RH in drei Schwerpunkte gliederte – „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Ärzteausbildung“ sowie „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ – und auf drei Gebarungsüberprüfungen aufteilte. Der vorliegende Bericht umfasst den Schwerpunkt „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“. Die weiteren Schwerpunkte behandelt der RH in zwei gesonderten Berichten.

(2) Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Maßnahmen zur Sicherstellung geeigneter Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich, insbesondere hinsichtlich der Ärztedichte, der Vergütung und der rechtlichen Vorgaben. Der RH orientierte sich dabei insbesondere an dem gesetzlichen Auftrag zur ausreichenden ärztlichen Versorgung als Teil der Krankenbehandlung (§§ 342 bzw. 133 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz⁴). Laut den Gebietskrankenkassen beliefen sich die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Jahr 2019 auf 3,794 Mrd. EUR. Sie stiegen damit seit 2013 um 31 % an.

Eine zusammenfassende Beantwortung des Beschlusses des Nationalrats findet sich in TZ 40.

(3) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2019. Einzelne Feststellungen betrafen auch den Zeitraum 2009 bis 2012.

(4) Der RH überprüfte die neun Gebietskrankenkassen, die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**), den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Hauptverband**), den Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) sowie das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,

² BGBl. 1/1930 i.d.g.F.

³ BGBl. 410/1975 i.d.g.F.

⁴ BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Ministerium**⁵). Die Sonderversicherungsträger (Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft⁶, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau⁷) waren nicht von der Überprüfung umfasst.

Der Dachverband übernahm mit 1. Jänner 2020 die Rechtsnachfolge des Hauptverbands, die ÖGK jene der neun Gebietskrankenkassen. Für die Aufsicht über die ÖGK und über den Dachverband war ab 8. Jänner 2020 das Ministerium zuständig.⁸

(5) Zu dem im Februar 2021 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Ministerium, der Dachverband und die ÖGK im Mai 2021 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im August 2021.

Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme einleitend fest, dass es die detaillierten Analysen des RH zu den untersuchten Aspekten der ärztlichen Versorgung als wertvolle Hilfestellung zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems betrachte.

⁵ Der RH verwendet die Bezeichnung Ministerium auch für die vor dem 29. Jänner 2020 für Gesundheit zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten der Gesundheit betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. März 2007 bis 31. Jänner 2009: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; von 1. Februar 2009 bis 30. Juni 2016: Bundesministerium für Gesundheit; von 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

⁶ beide per 1. Jänner 2020 zusammengeführt zur Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

⁷ beide per 1. Jänner 2020 zusammengeführt zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

⁸ Vor dem 8. Jänner 2020 war die Aufsicht zwischen den für Soziales (Hauptverband bzw. Dachverband) und für Gesundheit (Gebietskrankenkassen bzw. ÖGK) zuständigen Ministerien geteilt. Die Bezeichnung des für Soziales zuständigen Ministeriums lautete von 1. März 2007 bis 31. Jänner 2009: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, von 1. Februar 2009 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Rahmenbedingungen zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung

Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 (1) Die Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Gesundheitswesen) fiel gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG sowohl in Gesetzgebung als auch in Vollziehung in die Zuständigkeit des Bundes. Dies galt gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG auch für das Sozialversicherungswesen, das großteils von den Sozialversicherungsträgern in Selbstverwaltung zu vollziehen war. Beim Krankenanstaltenwesen lagen gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG die Grundsatzgesetzgebung beim Bund und die Ausführungsgesetzgebung sowie die Vollziehung bei den Ländern.

(2) Zur Verbesserung der Koordination der Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitsbereich schlossen Bund und Länder Art. 15a B-VG Vereinbarungen ab. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus 2005 verfolgte u.a. das Ziel, eine Leistungsangebotsplanung für alle Teilbereiche der Gesundheitsversorgung, insbesondere auch den ambulanten Bereich, zu entwickeln. Dazu sah sie als Planungsinstrumente

- auf Bundesebene den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) als „Rahmenplan“ und
- ab 2008 auf Landesebene die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) vor.

Bei der Gestaltung dieser Planungsinstrumente wirkten jeweils das Ministerium, die Länder (insbesondere in ihrer Verantwortung, Krankenanstaltspflege für die Bevölkerung ihres Landes sicherzustellen) und die Sozialversicherungsträger mit; ein Stimmrecht der zuständigen Ärztekammern bestand nicht. Die Gesundheitsreform 2013 führte zusätzlich ein „partnerschaftliches Zielsteuerungssystem“ mit einer Bundes- und neun Landes-Zielsteuerungskommissionen aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung ein,⁹ das die Sektoren des Gesundheitswesens besser aufeinander abstimmen sollte. Seit 2013 waren dort die Beschlüsse über den ÖSG bzw. die RSG zu treffen.

(3) Die Organisation und Finanzierung der Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich waren Aufgabe der Krankenversicherungsträger, die nach den Vorgaben des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes das Ziel einer ausreichenden ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung aller ambulanten Versorgungsstrukturen zu verfolgen hatten. Sie hatten mit der zuständigen Ärztekammer Gesamtverträge

⁹ Art. 20 Abs. 1 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013; Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (Zielsteuerungsvereinbarung 2013), BGBl. I 200/2013

abzuschließen, die neben der Honorierung die Anzahl und räumliche Verteilung der Vertragsärztinnen und –ärzte regelten. Bei der Gestaltung der Gesamtverträge war auf die Vorgaben von ÖSG bzw. RSG Bedacht zu nehmen. Diese waren jedoch nicht unmittelbar verbindlich, sondern ihre Umsetzung war zwischen den Krankenversicherungsträgern und den zuständigen Ärztekammern zu vereinbaren. Die Ärztekammern waren gesetzlich nicht zur Erfüllung eines Versorgungsauftrags verpflichtet.

Basierend auf den Gesamtverträgen schlossen die Krankenversicherungsträger Einzelverträge mit den einzelnen Ärztinnen und Ärzten ab. Während die Ärztinnen und Ärzte Einzelverträge kündigen konnten, war dies den Krankenversicherungsträgern nur bei Pensionsantritt der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes und in Ausnahmefällen (z.B. in Fällen von Abrechnungsbetrug) möglich. Eine Bedarfsänderung war dazu nicht ausreichend. Die räumliche Verlegung einer besetzten Planstelle war nur mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und der Stelleninhaberin bzw. des Stelleninhabers möglich.

(4) Grundsätzlich galt für die Krankenbehandlung ein Vorrang niedergelassener Ärztinnen und Ärzte vor anderen Gesundheitsberufen (z.B. Pflegepersonal). Letztere konnten nur in besonderen Bereichen selbstständig Patientinnen und Patienten behandeln. Eine Versorgung außerhalb der Rahmenbedingungen der Gesamtverträge (z.B. durch Abrechnungsvereinbarungen mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten, Ambulatorien oder eigenen Einrichtungen) war nur für besondere Situationen vorgesehen.¹⁰ Im Unterschied zum Krankenanstaltenbereich, wo die Verantwortung der Länder zur Sicherstellung der Versorgung mit ihrer Möglichkeit zum Betrieb von Krankenanstalten einherging (§ 18 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz¹¹), trugen somit die Krankenversicherungsträger zwar die Verantwortung zur Sicherstellung der Versorgung im niedergelassenen Bereich, konnten dieser aber nur mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer nachkommen.¹²

(5) Die Krankenversicherungsträger handelten beim Abschluss der Gesamt- und Einzelverträge als Selbstverwaltungskörper, ohne dabei an Weisungen der Ministerin bzw. des Ministers gebunden zu sein. Ihre Entscheidungsgremien waren mit Vertreterinnen und Vertretern der Dienstnehmer- und Dienstgeberseite entsprechend den Ergebnissen der Arbeiter- bzw. Wirtschaftskammerwahlen besetzt. Bei der Beschlussfassung über die Gesamtverträge waren Vertreterinnen bzw. Vertreter des Ministeriums als Aufsichtsbehörde anwesend. Die Aufsichtsbehörde konnte

¹⁰ Zum Beispiel bedurften Ambulatorien einer an eine Bedarfsprüfung gebundenen Bewilligung durch die Landesregierung.

¹¹ BGBl. 1/1957 i.d.g.F.

¹² Zur Vertretung der gemeinsamen Interessen der in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist auf Bundesebene die Österreichische Ärztekammer mit Sitz in Wien, in den Ländern jeweils eine Landesärztekammer eingerichtet. Die Landesärztekammern sind Mitglieder der Österreichischen Ärztekammer. Für die Verhandlung über und den Abschluss von Gesamtverträgen ist je nach Materie die jeweilige Landesärztekammer oder die Österreichische Ärztekammer zuständig.

Beschlüsse bei Rechtswidrigkeit oder grober Unwirtschaftlichkeit aufheben. Das Ministerium gab dazu an, dass es im überprüften Zeitraum keine Beschlüsse zum Stellenplan gab, die im Rahmen der Rechtmäßigkeitsaufsicht zu beeinspruchen gewesen wären. Solche Beschlüsse seien auch kaum vorstellbar, da ein aufsichtsbehördlicher Eingriff in die Beschlussfassung der Krankenversicherungsträger den gesetzlich vorgesehenen Interessenausgleich der Gesamtvertragspartner beeinträchtigen würde.

- 2.2 Der RH wies darauf hin, dass die Verantwortung für eine ausreichende Versorgung mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im niedergelassenen Bereich den Krankenversicherungsträgern in Selbstverwaltung übertragen war. Das Ministerium hatte daher über die legislative Zuständigkeit für das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz hinaus in seiner Rolle als Aufsichtsbehörde nur beschränkte Möglichkeiten, auf die Anzahl und regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich Einfluss zu nehmen.

Der RH wies weiters kritisch auf drei Besonderheiten der rechtlichen Rahmenbedingungen hin:

- Die Krankenversicherungsträger trugen zwar die gesetzliche Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich, benötigten dafür jedoch das Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Während die Krankenversicherungsträger gesetzlich an einen Versorgungsauftrag gebunden waren, galt dies für die Ärztekammern nicht.
- Die Instrumente der Gesundheitsplanung (ÖSG und RSG) waren bei der konkreten Festlegung von Stellenplänen zwar zu berücksichtigen, aber nicht unmittelbar verbindlich. Ohne Einigung mit der zuständigen Ärztekammer konnte die Gesundheitsplanung daher von den Krankenversicherungsträgern im niedergelassenen Bereich nicht umgesetzt werden.
- Aufgrund der sehr eingeschränkten Möglichkeiten zur Kündigung oder Verlegung von besetzten Planstellen war eine Reaktion auf einen veränderten Bedarf nur zu Vertragsende und damit insbesondere bei Pensionsantritt der Vertragspartnerinnen und -partner mit erheblicher Zeitverzögerung möglich.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Gesetzgeber eine Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Organisation der Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich vorzuschlagen. Diese Reform sollte auf eine stärkere Verbindlichkeit der Planung und auf eine Einbindung der Krankenversicherungsträger sowie der zuständigen Ärztekammer in die Umsetzung gesetzlicher Versorgungsaufträge abzielen sowie ein flexibleres Eingehen auf Bedarfsänderungen ermöglichen.

- 2.3 Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass legislative Änderungen der vertragspartnerrechtlichen Regelungen (insbesondere die Ergänzung der verpflichtenden Inhalte des Gesamtvertrags) jedenfalls eines umfassenden Abstimmungsprozesses mit den betroffenen Stakeholdern bedürfen würden (insbesondere Sozialversicherungsträger und Österreichische Ärztekammer). Dessen Voraussetzung wiederum sei ein politischer Konsens. Das Regierungsprogramm 2020–2024 sehe u.a. eine „Erweiterung der Vertragsarztmodelle“ vor, um die Versorgung (vor allem im ländlichen Raum) sicherzustellen.

Weitere Rahmenbedingungen

- 3.1 (1) Weitere Rahmenbedingungen, welche die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich maßgeblich beeinflussen konnten, waren die Frage der Finanzierung, die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und das vorhandene ärztliche Personal.

(2) Im überprüften Zeitraum war die finanzielle Lage der Gebietskrankenkassen durch Vorgaben zur Ausgabendämpfung gekennzeichnet. Diese waren als Gegenleistung zur staatlichen Unterstützung von 2009 bis 2012 im sogenannten „Kassensanierungspaket“ geregelt und wurden 2012 bis 2016 bzw. 2017 bis 2021 im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit im Wesentlichen fortgeschrieben.¹³ Nach dem Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik hatten die Krankenversicherungsträger mit ihren Einnahmen auszukommen, eine regelmäßige staatliche Zuschusspflicht war – im Unterschied zu öffentlichen Krankenanstalten – nicht gesetzlich geregelt. Je nach Entwicklung der Beiträge standen daher mehr oder weniger Mittel zur Verfügung. Während bei den Gebietskrankenkassen die Anzahl der Anspruchsberechtigten zwischen 2013 und 2019 um 6 % anstieg, erhöhten sich die Beitragseinnahmen um 25 % auf 12,391 Mrd. EUR.

(3) Aufgrund mehrerer Faktoren war die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen in Österreich im internationalen Vergleich hoch:

- Die Gesundheitsversorgung in Österreich stützte sich auch bei Routinetätigkeiten stark auf Ärztinnen und Ärzte und setzte andere Berufsgruppen (z.B. Pflegepersonal) kaum ein.
- Die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich war stark ausgeprägt.
- Die Patientinnen und Patienten konnten in Österreich – im Unterschied zur Praxis im internationalen Vergleich – ihre Ärztinnen und Ärzte frei wählen und neben Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern auch verschiedene Fachärztinnen und Fachärzte ohne Überweisung in Anspruch nehmen.

¹³ RH-Bericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3)

- Die Gesundheitskompetenz¹⁴ der Anspruchsberechtigten – d.h. ihre Fähigkeit, die nötigen Informationen zu finden und anzuwenden, um gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen – war in Österreich im internationalen Vergleich gering ausgeprägt.

Die Gesundheitsreformen 2005 und 2012 sowie die Zielsteuerungsverträge 2017 strebten längerfristig an, die Patientinnen und Patienten besser zu informieren und zu Angeboten am „best point of service“ zu leiten.¹⁵

(4) Die Gebietskrankenkassen sahen sich einem Wettbewerb um geeignetes ärztliches Personal ausgesetzt. Die Reform der Ärzteausbildung 2014/2015 bewirkte deren umfassende rechtliche Neugestaltung, z.B. eine Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung von 36 Monaten auf 42 Monate und eine verpflichtende allgemeinmedizinische Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich.¹⁶ Geänderte Präferenzen des ärztlichen Personals, z.B. zur Work–Life–Balance, führten nach Auskunft des Ministeriums dazu, dass zur Erreichung einer bestimmten Versorgungswirkung aufgrund von Teilzeitbeschäftigung eine höhere Anzahl von Personen mit ärztlicher Ausbildung erforderlich war. Geänderte Präferenzen zum wirtschaftlichen Risiko und zur beruflichen Flexibilität bewirkten, dass die Attraktivität niedergelassener Tätigkeit nach anderen Kriterien beurteilt wurde.

(5) Auch die Erwartungen der Patientinnen und Patienten veränderten sich: Nach Ansicht der Sozialversicherungsträger nahmen sie ärztliche Leistungen teilweise als „Konsumgut“ wahr, das je nach Bereitschaft zu Zusatzzahlungen schnell verfügbar sein, auf individuelle Wünsche eingehen und auch Lebensstilaspekte umfassen sollte. Bei den sich daraus entwickelten Dienstleistungen stellten sich neue Fragen zum Umfang des gesetzlichen Auftrags der Krankenversicherung zur „notwendigen“ Krankenbehandlung. Es gab jedoch weiterhin auch Anspruchsberechtigte, die nur geringe Möglichkeiten hatten oder wenig Bereitschaft zeigten, eigene Mittel – über die Versicherungsbeiträge hinaus – für ihre ärztliche Versorgung aufzuwenden.

- 3.2 Der RH hielt fest, dass die Krankenversicherungsträger in Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, die ausreichende ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich sicherzustellen, die nachhaltige Finanzierung im Rahmen ihrer Beitragseinnahmen

¹⁴ Die österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz definiert Gesundheitskompetenz umfassend als das Wissen, die Fähigkeit und Motivation von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung Entscheidungen zu treffen, die zur Erhaltung und Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen (<https://oepgk.at/gesundheitskompetenz-was-ist-das>; abgerufen am 5. Juli 2021).

¹⁵ z.B. § 3 Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013, Art. 3 Zielsteuerungsvereinbarung 2017

¹⁶ Novelle des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I 82/2014; Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015, BGBl. II 147/2015 i.d.G.F.

und die Veränderungen in den Präferenzen bei den Ärztinnen und Ärzten sowie in der Bevölkerung berücksichtigen mussten.¹⁷

Der RH hob jedoch hervor, dass auch die Abgrenzung des gesetzlichen Auftrags zur notwendigen Krankenbehandlung von umfassenderen ärztlichen Gesundheitsdienstleistungen und die Bemühungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems (insbesondere die Einbringung anderer Berufsgruppen, die Anleitung der Patientinnen und Patienten zum „best point of service“ und die Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz) wichtige Rahmenbedingungen für die Planung der Ärztedichte darstellten.

Der RH empfahl der ÖGK, bei der Gestaltung des niedergelassenen Bereichs insbesondere die Abgrenzung der notwendigen Krankenbehandlung als Versicherungsleistung von privat zu finanzierenden sonstigen Gesundheitsdienstleistungen und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne der Vorgaben der Bundes-Zielsteuerungsverträge (z.B. Einbindung anderer Berufsgruppen, Anleitung der Patientinnen und Patienten zum „best point of service“, Stärkung der Gesundheitskompetenz) zu berücksichtigen.

- 3.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass die Abgrenzung der notwendigen und zweckmäßigen Krankenbehandlung von privat zu finanzierenden sonstigen Gesundheitsdienstleistungen ein permanenter – mitunter sehr komplexer – Prozess sei, der Bestandteil des täglichen Handelns in der ÖGK sei. Die ÖGK werde auch weiterhin bemüht sein, die sich in diesem Zusammenhang ergebenden Problemstellungen bestmöglich zu lösen. Als Ausfluss eines Projekts im Rahmen des Integrationsprozesses habe sie insbesondere bereits erste Weichenstellungen für die Einbindung anderer Berufsgruppen und die Stärkung der Gesundheitskompetenz vorgenommen.

¹⁷ Der RH stellt die finanziellen Aspekte in [TZ 32](#) dar und geht auch auf die veränderten Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in [TZ 29](#) ein.

Entwicklung der Ärztedichte in Österreich

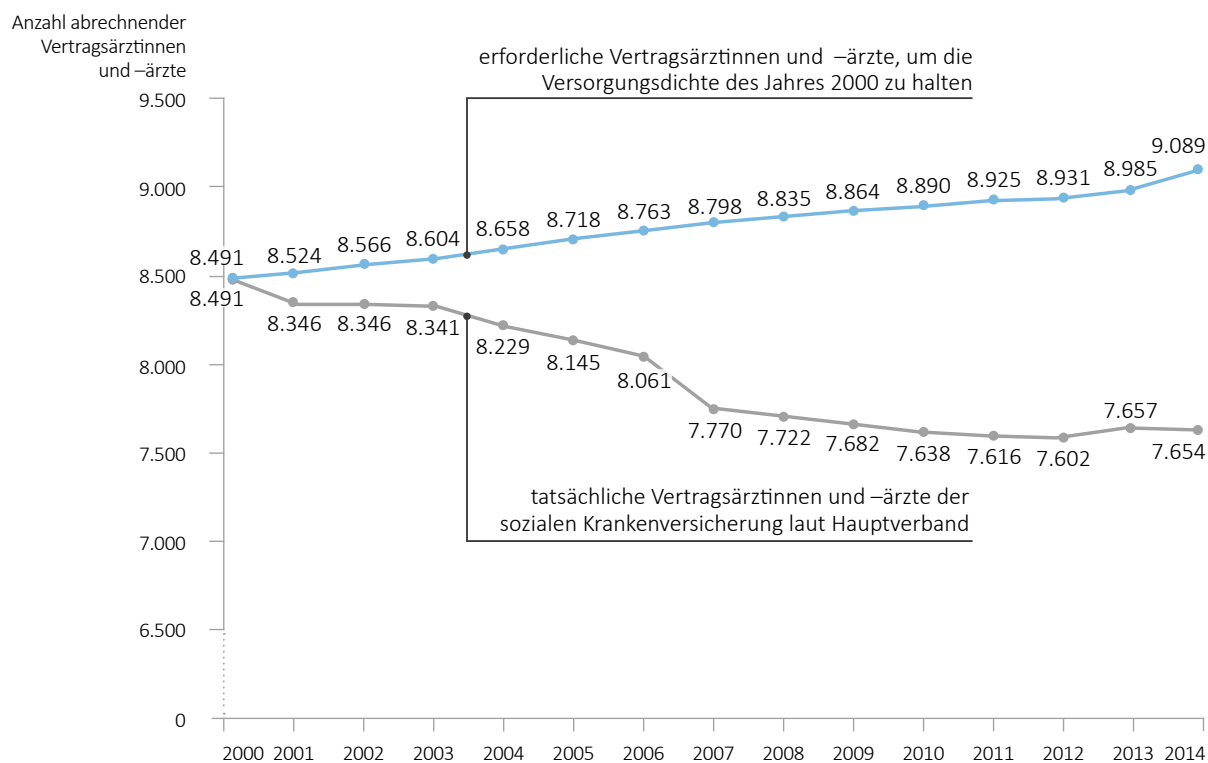
Allgemeines

4.1 (1) Die Beurteilung der Ärztedichte gemessen an Wohnortnähe und ausreichender Versorgung umfasste mehrere Beurteilungskriterien. Der RH stellt dazu folgende Aspekte dar:

- Entwicklung der Ärztedichte im Zeitverlauf (TZ 6, TZ 7, TZ 8),
- Planung der Ärztedichte (ÖSG, RSG, Stellenplanung) (TZ 10, TZ 12),
- Umsetzungsstand der Planung und Besetzung der Planstellen (TZ 13, TZ 14),
- Versorgungswirkung der besetzten Planstellen hinsichtlich der Annahme von Patientinnen und Patienten und der Erbringung der benötigten Versorgungsleistungen (TZ 21).

(2) Die Österreichische Ärztekammer forderte im März 2019 1.300 zusätzliche Planstellen für Vertragsärztinnen und –ärzte und übermittelte dem RH dazu folgende Darstellung:

Abbildung 1: Entwicklung der Ärzteanzahl in Österreich 2000 bis 2014 laut Österreichischer Ärztekammer



Quelle: Österreichische Ärztekammer; Darstellung: RH

Nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer sei – bei wachsender Bevölkerung – die Anzahl der Vertragsärztinnen und –ärzte von 2000 bis 2014 zurückgegangen. So sei eine Lücke im Vergleich zur Versorgungssituation des Jahres 2000 entstanden.¹⁸

Laut Auskunft des Ministeriums habe sich die Anzahl der zwischen Sozialversicherung und den zuständigen Ärztekammern akkordierten Vertragsarztplanstellen wenig dynamisch entwickelt und sei im langjährigen Durchschnitt nicht geringer geworden. Bei der Interpretation der Zahlen seien strukturelle Änderungen zu berücksichtigen (z.B. Veränderungen von Einzelpraxen zu Gruppenpraxen oder Primärversorgungseinheiten). Die Versorgungswirksamkeit von Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich Sondersicherungsträger betreuten, sowie die Bevölkerungsentwicklung seien bei der Beurteilung der Versorgungswirksamkeit ebenfalls mitzubedenken.

- 4.2 Der RH verwies darauf, dass laut Österreichischer Ärztekammer eine Versorgungslücke bestehe. Diese sei seit dem Jahr 2000 kontinuierlich auf 1.435 Ärztinnen und Ärzte angestiegen. Die Österreichische Ärztekammer forderte daher im Jahr 2019 1.300 zusätzliche Planstellen.

In der Folge analysiert der RH daher Kennzahlen zur ärztlichen Versorgung.

- 4.3 Der Dachverband hob in seiner Stellungnahme hervor, dass die Spezifika einzelner Fachgruppen und deren Entwicklung berücksichtigt werden müssten und eine Betrachtung über die Fachgruppen hinweg nur bedingt zweckmäßig sei.
- 4.4 Der RH entgegnete dem Dachverband, dass die Gebarungsüberprüfung des RH darauf abzielte, die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich umfassend und gesamthaft zu analysieren. Ergänzend fokussierte der RH dabei auch auf Fachgebiete. Dazu verwies er insbesondere auf seine Ausführungen zu den Planungsrichtwerten (TZ 11) und zu den unbesetzten Planstellen (TZ 15 ff.).

¹⁸ Rechnerisch betrug diese Differenz laut den Daten der Österreichischen Ärztekammer 1.435 Ärztinnen und Ärzte; die Österreichische Ärztekammer forderte jedoch 1.300 zusätzliche Planstellen.

Kennzahlen

- 5.1 (1) Zur Ermittlung der ärztlichen Ressourcen für das ärztliche Angebot (Sachleistungsversorgung)¹⁹ standen mehrere, jeweils unterschiedliche Versorgungsaspekte betreffende Kennzahlen zur Verfügung.

Tabelle 1: Kennzahlen zur Erfassung des ärztlichen Angebots

Kennzahl	Quelle	gemessene Größe	Einschränkungen
verrechnende Ärztinnen und Ärzte	Ärztelkostenstatistik (laut Weisung Ministerium)	abrechnende Vertragsärztinnen und –ärzte im Zeitraum	keine Differenzierung nach Praxisform (Einzel-/Gruppenpraxen)
Ärztinnen und Ärzte	Österreichische Ärztekammer	Ärztinnen und Ärzte mit aufrechter Tätigkeitsmeldung bei der zuständigen Ärztekammer	keine Differenzierung nach Beschäftigungsausmaß
Planstellen	Stellenpläne der Gesamtverträge	Soll–Stand der Planstellen	Ist–Stand kann abweichen
besetzte Planstellen	Krankenversicherungsträger	Ist–Stand der besetzten Planstellen	keine Gewichtung mit Verfügbarkeit (z.B. Öffnungszeiten)
ärztliche ambulante Versorgungseinheiten	Regiomed (Dachverband)	mit Inanspruchnahme gewichtete Ärztezah	keine Messung des Angebots, sondern der Inanspruchnahme
Öffnungszeiten	unterschiedliche Erfassungen, keine systematische Übersicht im Zeitverlauf		

Quelle: RH

(2) Nach § 444 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz hatte das Ministerium – in Durchbrechung des Prinzips der Selbstverwaltung – Weisungen für die Führung von Statistiken durch die Sozialversicherungsträger zu erlassen. Hinsichtlich der ärztlichen Versorgung war dies die sogenannte Ärztekostenstatistik. Diese Statistik war im Vergleich der vorhandenen Kennzahlen über den längsten Zeitraum verfügbar.

Gemäß diesen Weisungen wurden als „Vertragsärztinnen und Vertragsärzte“ bzw. „Anzahl verrechnender Ärztinnen und Ärzte“ die abrechnenden Vertragspartnerinnen und –partner gezählt. Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte (z.B. in Gruppenpraxen) kooperierten und gemeinsam einen Vertrag mit den Krankenversicherungsträgern hatten, zählte dies als ein Vertrag und damit als ein Vertragsarzt. Eine Differenzierung z.B. nach Öffnungszeiten unterblieb.

(3) Die Österreichische Ärztekammer führte ein personenbasiertes Verzeichnis aller Ärztinnen und Ärzte und teilte diese nach bestimmten Kategorien ein. Das Verzeichnis ermöglichte Auswertungen über die Vertragsärztinnen und –ärzte, enthielt aber

¹⁹ Bei der Sachleistungsversorgung werden Gesundheitsleistungen direkt und nicht in Geldform, z.B. als Kostenerstattungen, erbracht; die Patientinnen und Patienten müssen bei Inanspruchnahme nicht in finanzielle Vorlage treten.

auch Ärztinnen und Ärzte, die z.B. zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen erbrachten oder in Teilzeit im Rahmen von Job-Sharing-Praxen arbeiteten.

(4) Die Krankenversicherungsträger führten in ihren Stellenplänen sogenannte Planstellen. Die Anzahl der tatsächlich besetzten Planstellen lag teilweise langjährig deutlich unter der Anzahl der Planstellen (z.B. zum 31. Dezember 2019 rd. 4,6 %), es gab aber auch Überbesetzungen.

(5) Für den ÖSG und einen Teil der RSG wurden sogenannte ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (**ÄAVE**) ermittelt, die sowohl den niedergelassenen Bereich als auch Spitalsambulanzen berücksichtigten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wurden mit einer Kennzahl für die behandelten Fälle gewichtet und diesbezüglich in Bezug zu einem „Normarzt“ gesetzt (im Wesentlichen der Mittelwert aller österreichweit ganzjährig kurativ tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte in Einzelpraxen des jeweiligen Fachgebiets, die einen Vertrag mit allen Krankenversicherungsträgern hatten). Wer doppelt so viele Fälle wie der Normarzt behandelte, zählte somit als zwei ÄAVE. Damit war die Versorgungswirkung bzw. Inanspruchnahme im Ist-Stand abgebildet, nicht aber das Angebot. Im Spitalsbereich wurden Zuordnungen aus der Kostenrechnung der Spitäler verwendet.

(6) Kennzahlen zur Behandlungskapazität einer ärztlichen Stelle und deren Veränderung fehlten. Dies betraf z.B. Veränderungen der tatsächlichen Öffnungszeiten im überprüften Zeitraum (**TZ 6**, **TZ 22**) oder Veränderungen infolge neuer technischer Möglichkeiten wie Laborschnelltests.

- 5.2 Der RH beurteilte keine der von Ministerium, Krankenversicherungsträger, Dachverband und Österreichischer Ärztekammer zur Verfügung gestellten Kennzahlen als für sich alleine geeignet, um das Angebot der ärztlichen Leistung im niedergelassenen Bereich valide zu erfassen: Die Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte berücksichtigte nicht die Kooperation mehrerer Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen, die Anzahl der tätigen Ärztinnen und Ärzte erfasste deren Tätigkeitsausmaß nicht und die ÄAVE maß nicht das Angebot, sondern die Inanspruchnahme. Ein aussagekräftiger Vergleich der Öffnungszeiten im Zeitverlauf war nicht verfügbar.

Der RH wies darauf hin, dass aufgrund der zunehmend unterschiedlichen Struktur des Angebots (Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen und Einzelpraxen) die Erfassung des Angebots der ärztlichen Leistungen komplexer wurde. Er hielt eine Gesamtschau über die unterschiedlichen Merkmale (tätige Ärztinnen und Ärzte, Verträge, Öffnungszeiten, Inanspruchnahme) für eine Beurteilung der Versorgung für notwendig und hob hervor, dass das Ministerium mittels statistischer Weisungen hier verbindliche Vorgaben erlassen konnte.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, Maßnahmen (Definition von Kennzahlen, Monitoring der Daten, öffentliche Berichte darüber) für eine verbesserte Erfassung des Angebots der ärztlichen Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich zu treffen und dabei insbesondere die Organisationsformen, Öffnungszeiten, eingesetzten Ressourcen und die Auslastung zu berücksichtigen.

Im Folgenden stellt der RH ausgewählte Bereiche der ärztlichen Versorgung – den allgemeinmedizinischen und den allgemein fachärztlichen Bereich sowie den ärztlichen Bereich gesamt – näher dar.

- 5.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es zusammen mit den Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband an der Weiterentwicklung der Kennzahlen im Bereich der Ärztekostenstatistik arbeiten werde. Dabei werde der vorliegende Bericht des RH (insbesondere die TZ 5, TZ 6 und TZ 9) als Grundlage dienen. Das Ministerium befürworte eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich in einer strukturierten Form. Im Zuge der Integrationsarbeiten nach Inkrafttreten des Sozialversicherungs–Organisationsgesetzes²⁰ seien bereits einige Ansätze eines entsprechenden Monitorings implementiert worden, die ausgebaut und einheitlich ausgestaltet werden sollten.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, sich in die Überlegungen des Ministeriums, welche Maßnahmen für eine bessere Erfassung des Angebots der ärztlichen Sachleistungsversorgung geeignet seien, einzubringen.

Allgemeinmedizinischer Bereich

- 6.1 (1) Die in der Ärztekostenstatistik erfasste Anzahl der abrechnenden Vertragsärztinnen und –ärzte im Bereich der Allgemeinmedizin ging von 1996 (Beginn der Datenerfassung) bis 2018 von 3.946 auf 3.778 um 168 zurück.²¹ Wie viele Ärztinnen und Ärzte auf Basis eines (gemeinsamen) Vertrags abrechneten, war von der Organisationsform (Einzelpraxis, Gruppenpraxis) abhängig und in der Ärztekostenstatistik nicht erfasst.²² Im selben Zeitraum wuchs die Bevölkerung um 11 %, so dass sich das Verhältnis

²⁰ BGBl. I 100/2018

²¹ Der RH berücksichtigte dabei die § 2–Kassen (die Gebietskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern). Nicht berücksichtigte er die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau sowie die Krankenfürsorgeeinrichtungen. Dies deshalb, da die Vertragspartnerinnen und –partner der § 2–Kassen in der Regel auch mit den Sondersicherungsträgern Verträge hatten und so dem Großteil der Bevölkerung eine Sachleistungsversorgung anboten. Ärztinnen und Ärzte, die nur über Verträge mit Sondersicherungsträgern verfügten, standen im Rahmen der Sachleistungsversorgung nur einer Minderheit der Bevölkerung zur Verfügung. Die Anzahl der Vertragspartnerinnen und –partner der Sondersicherungsträger ging stärker zurück als jene der Gebietskrankenkassen (z.B. im Falle der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter um rd. 800 bzw. bereinigt um Gruppenpraxen um rd. 350).

²² Es handelte sich um eine zeitraumbezogene Darstellung, d.h., wenn eine Praxis im Laufe des jeweiligen Jahres von zwei verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten betreut wurde, wurden zwei Einheiten gezählt.

zwischen Bevölkerung und verrechnenden Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin von rd. 2.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf rd. 2.300 Einwohnerinnen und Einwohner pro Vertragsärztin oder Vertragsarzt verschlechterte. Für diese Entwicklung waren im Wesentlichen drei Länder ausschlaggebend: Die Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte ging in Oberösterreich um 33 (5 %), in der Steiermark um 61 (10 %) und in Wien um 103 (13 %) zurück. In den übrigen Ländern stieg die Anzahl der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte insgesamt an.

(2) Eine nähere Analyse der drei Länder zeigte ein differenziertes Bild:

(a) In Oberösterreich ging im Zeitraum 2009 bis 2019 die Anzahl der Verträge um 9 % bzw. der besetzten Planstellen um 4 % zurück, obwohl die Anzahl der Planstellen um 2 % anstieg. Dies war auf eine wachsende Anzahl von unbesetzten Planstellen (TZ 14) und die Substitution von Einzelpraxen durch Gruppenpraxen zurückzuführen.

Tabelle 2: Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern in Oberösterreich, 2009 und 2019

	31. Dezember 2009	31. Dezember 2019	Veränderung 2009 bis 2019	
			Anzahl	in %
Einwohnerinnen und Einwohner (zu Jahresbeginn)	1.408.619	1.482.095	73.476	5
Verträge	658	602	-56	-9
Planstellen	660	672	12	2
besetzte Planstellen	660	636	-24	-4
Einwohnerinnen und Einwohner je besetzte Planstelle	2.135	2.332	197	9
Vertragsärztinnen und –ärzte (Köpfe)	699	723	24	3
ärztliche ambulante Versorgungseinheiten	692	693	1	0
abrechnende Ärztinnen und Ärzte laut Ärztekostenstatistik	657	603	-54	-8
Quartalspatientinnen und –patienten	3.232.260	3.409.989	177.729	5
Quartalspatientinnen und –patienten je besetzte Planstelle	4.900	5.365	465	9

Quellen: Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria

(b) Die Steiermark war das einzige Land, in dem die Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten geringfügig zurückging. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (**STGKK**) gab an, dass sie die Anzahl der Vertragspartnerinnen und –partner im Bereich der Allgemeinmedizin bewusst abgesenkt habe. Dies sei aufgrund der hohen Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner am Beginn des überprüften Zeitraums gerechtfertigt.

Tabelle 3: Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern in der Steiermark, 2009 und 2019

	31. Dezember 2009	31. Dezember 2019	Veränderung 2009 bis 2019	
	Anzahl		in %	
Einwohnerinnen und Einwohner (zu Jahresbeginn)	1.204.795	1.243.052	38.257	3
Verträge	606	568	-38	-6
Planstellen	615	604	-11	-2
besetzte Planstellen	609	584	-25	-4
Einwohnerinnen und Einwohner je besetzte Planstelle	1.978	2.129	150	8
Vertragsärztinnen und –ärzte (Köpfe)	609	589	-20	-3
ärztliche ambulante Versorgungseinheiten	610	594	-15	-3
abrechnende Ärztinnen und Ärzte laut Ärztekostenstatistik	613	577	-36	-6
Quartalspatientinnen und –patienten	2.715.281	2.710.804	-4.477	0
Quartalspatientinnen und –patienten je besetzte Planstelle	4.459	4.642	183	4

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria

Die Tabelle zeigt, dass sich die Planstellen um 2 % und die besetzten Planstellen um 4 % verringerten.

(c) In Wien sanken die Anzahl der Verträge von 2009 bis 2019 um 103 (13 %) und die Anzahl der Vertragsärztinnen und –ärzte (Köpfe) um 80 (10 %). Die Anzahl der ÄAVE stieg hingegen um 4 %, da die abrechnenden Ärztinnen und Ärzte jeweils mehr Patientinnen und Patienten versorgten.

Tabelle 4: Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern in Wien, 2009 und 2019

	31. Dezember 2009	31. Dezember 2019	Veränderung 2009 bis 2019	
			Anzahl	in %
Einwohnerinnen und Einwohner (zu Jahresbeginn)	1.680.135	1.897.491	217.356	13
Verträge	802	699	-103	-13
besetzte Planstellen	802	722	-80	-10
Einwohnerinnen und Einwohner je besetzte Planstelle (zu Jahresbeginn)	2.095	2.628	533	25
Vertragsärztinnen und –ärzte (Köpfe)	802	722	-80	-10
ärztliche ambulante Versorgungseinheiten ¹	695	721	26	4
abrechnende Ärztinnen und Ärzte laut Ärztekostenstatistik	796	696	-100	-13
Quartalspatientinnen und –patienten	3.065.899	3.495.195	429.296	14
Quartalspatientinnen und –patienten je besetzte Planstelle	3.823	4.841	1.018	27

¹ Die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) sind für die Jahre 2011 und 2018 angegeben. 2011 erfolgte eine Änderung in der Berechnung; für 2019 lagen zur Zeit der Gebärungsüberprüfung noch keine Daten vor.

Quellen: Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria

(d) Die Wiener Gebietskrankenkasse (**WGKK**) hatte bei Neuvergabe von Verträgen ab 1997 die Mindestöffnungszeit von zwölf auf 20 Wochenstunden angehoben:

Tabelle 5: Öffnungszeiten und Praxisformen bei Vertragsärztinnen und –ärzten für Allgemeinmedizin der Wiener Gebietskrankenkasse, 2013 und 2019

Kennzahlen	Praxisform	31. Dezember 2013	31. Dezember 2019	Veränderung 2013 bis 2019
		Anzahl		
Praxen	Einzelpraxen	774	681	-93
	Gruppenpraxen	7	18	11
	Summe	781	699	-82
Öffnungszeiten in Stunden je Jahr	Einzelpraxen	573.636	578.015	4.379
	Gruppenpraxen	11.986	32.656	20.670
	Summe	585.622	610.671	25.049
Öffnungszeiten in Stunden je Woche ¹ und Standort je Jahr	Einzelpraxen	17,6	20,2	3
	Gruppenpraxen	40,8	43,2	2
	Durchschnitt	17,9	20,8	3

¹ mit 42 Wochen gerechnet

Quelle: Österreichische Gesundheitskasse

Die Tabelle zeigt, dass in Wien im Zeitraum 2013 bis 2019 trotz eines Rückgangs um 82 Praxen (10 %) die verfügbaren Öffnungszeiten um rd. 25.000 Stunden (4 %) anstiegen. Die Ursache lag überwiegend in einem Anstieg der durchschnittlichen Öffnungszeiten bei Einzelpraxen, aber auch in einer höheren Anzahl von Gruppenpraxen.

6.2 Der RH wies darauf hin, dass die in der Ärztekostenstatistik erfasste Anzahl der abrechnenden Vertragsärztinnen und –ärzte im Bereich der Allgemeinmedizin österreichweit um 168 zurückging. Hinter dieser Entwicklung standen jedoch sehr unterschiedliche regionale Entwicklungen. Der Rückgang war im Wesentlichen auf drei Länder (Oberösterreich, Steiermark und Wien) zurückzuführen. Auch dort waren unterschiedliche Vorgänge zu beobachten: Eine wachsende Anzahl an unbesetzten Planstellen in Oberösterreich, eine Reduktion von Planstellen in der Steiermark und ein aufgrund der Ausweitung der Öffnungszeiten wachsendes Angebot in Wien.

Der RH hielt daher zur Beurteilung der Versorgung eine inhaltliche Analyse unter Nutzung aller verfügbaren Kennzahlen und Informationen (z.B. Vertragsinhalte zu Mindestöffnungszeiten) für erforderlich. Er war der Ansicht, dass diese Analysen durch regelmäßige Berichte – z.B. im Rahmen der Erstellung der RSG oder im Rahmen der Jahresberichte der ÖGK – öffentlich verfügbar sein sollten.

Der RH empfahl dem Ministerium, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen.

Der RH empfahl der ÖGK, regelmäßig über die ärztliche Versorgung zu berichten, dafür die maßgeblichen Kennzahlen zu analysieren und darauf aufbauend die gesetzlich vorgegebene ausreichende Versorgung quantitativ und qualitativ zu beurteilen.

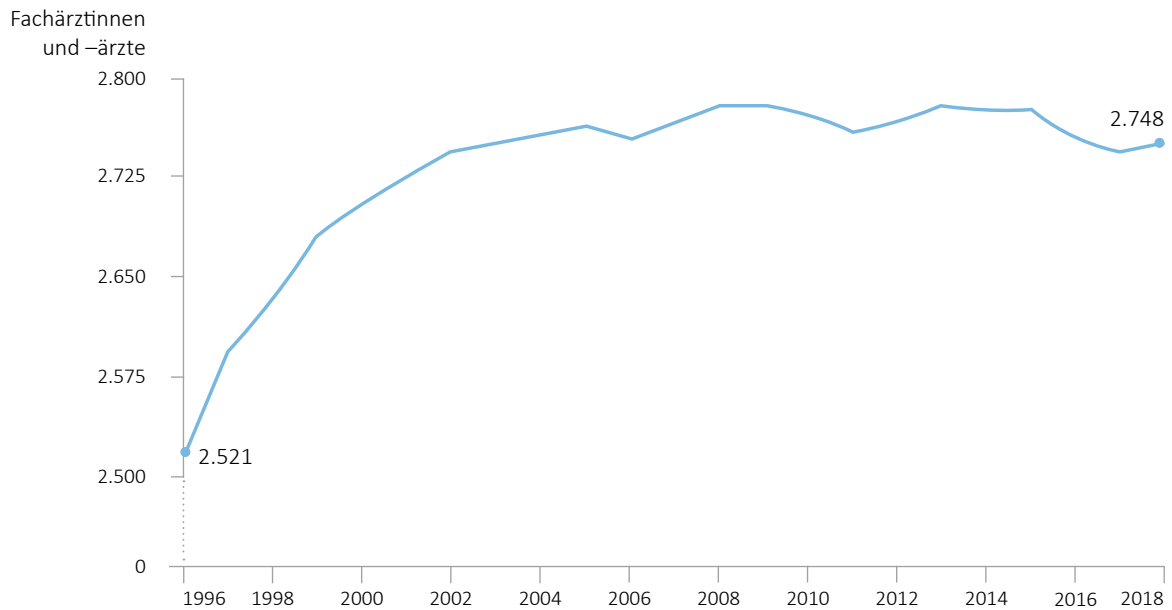
6.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es zusammen mit Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband an der Weiterentwicklung der Kennzahlen im Bereich der Ärztekostenstatistik arbeiten werde. Dabei werde der vorliegende Bericht des RH (insbesondere die **TZ 5**, **TZ 6** und **TZ 9**) als Grundlage dienen. Das Ministerium befürworte eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich in einer strukturierten Form. Im Zuge der Integrationsarbeiten nach Inkrafttreten des Sozialversicherungs–Organisationsgesetzes seien bereits einige Ansätze eines entsprechenden Monitorings implementiert worden, die ausgebaut und einheitlich ausgestaltet werden sollen.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass eine Analyse der ärztlichen Versorgung anhand von Kennzahlen bereits in der Vergangenheit stattgefunden habe. Die ÖGK sagte zu, die Kennzahlen und Analysen auf Basis der Anregungen des RH laufend weiterzuentwickeln.

Allgemein fachärztlicher Bereich

7.1 Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der abrechnenden allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte²³ laut Ärztekostenstatistik:

Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der abrechnenden allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte



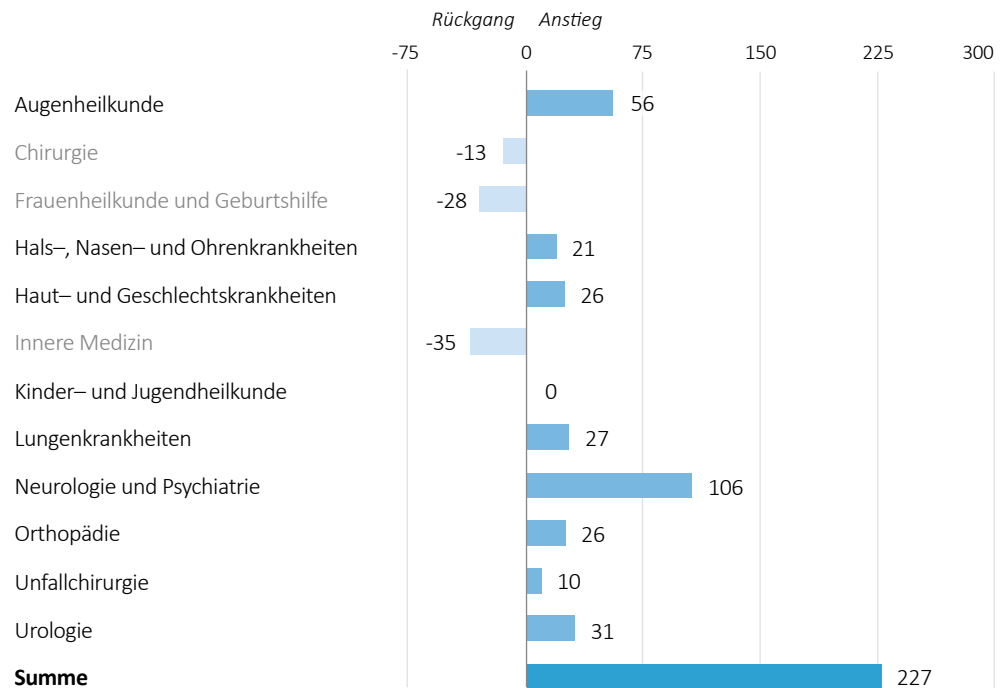
Quelle: Ärztekostenstatistik; Darstellung: RH

Die Anzahl der abrechnenden allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte stieg zwischen 1996 und 2002 an und blieb bis 2018 im Wesentlichen gleich.

²³ Dies umfasste alle Fachärztinnen und –ärzte mit Ausnahme der sogenannten technischen Fächer Labormedizin (inklusive Pathologie), Physikalische Medizin und Radiologie.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung je Fachgebiet:

Abbildung 3: Veränderung der Anzahl der abrechnenden allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte nach Fachgebiet (2018 zu 1996)



Quelle: Ärztekostenstatistik; Darstellung: RH

Die Anzahl der abrechnenden Fachärztinnen und –ärzte ging im Zeitraum 1996 bis 2018 insbesondere in den Fachgebieten Innere Medizin um 35 sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe um 28 zurück.

Eine Analyse nach Ländern zeigte, dass diese Veränderung im Wesentlichen in der Entwicklung in Wien begründet war, wo sich im Zeitraum von 1996 bis 2018 die Zahl der Vertragspartnerinnen und –partner im Bereich Innere Medizin um 44, im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe um 35 sowie im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde um sieben reduzierte.

Allerdings hatten im Zeitraum von 2013 bis 2019 die Vertragsärztinnen und –ärzte der Inneren Medizin und der Kinder– und Jugendheilkunde ihre Öffnungszeiten erweitert:

Tabelle 6: Praxisformen und Öffnungszeiten ausgewählter Fachgebiete in Wien, 2013 und 2019

Kennzahlen	Praxisform	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			Innere Medizin			Kinder– und Jugendheilkunde		
		2013 ¹	2019 ¹	Veränderung 2013 bis 2019	2013 ¹	2019 ¹	Veränderung 2013 bis 2019	2013 ¹	2019 ¹	Veränderung 2013 bis 2019
		Anzahl								
Praxen	Einzelpraxen	98	71	-27	82	50	-32	82	73	-9
	Gruppenpraxen	5	10	5	12	20	8	3	5	2
	Summe	103	81	-22	94	70	-24	85	78	-7
Öffnungszeiten in Stunden je Jahr	Einzelpraxen	71.358	56.658	-14.700	56.742	41.979	-14.763	62.202	63.714	1.512
	Gruppenpraxen	8.320	17.212	8.892	23.270	38.740	15.470	6.032	11.622	5.590
	Summe	79.678	73.870	-5.808	80.012	80.719	707	68.234	75.336	7.102

¹ zum 31. Dezember

Quelle: Österreichische Gesundheitskasse

Die jährlichen Öffnungszeiten in Stunden sanken zwischen 2013 und 2019 im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe um 7 % und stiegen im Fachgebiet Kinder– und Jugendheilkunde um 10 %. Im Fachgebiet Innere Medizin veränderten sich die Öffnungszeiten nicht wesentlich.

- 7.2 Der RH wies darauf hin, dass die Anzahl der allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte laut Ärztekostenstatistik seit dem Jahr 2002 österreichweit annähernd gleich geblieben war. Lediglich in Wien kam es zu einem Rückgang bei einzelnen Fachgebieten, dem allerdings – mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe – ein Anstieg der Öffnungszeiten gegenüberstand. Der RH verwies dazu auf seine Empfehlung an das Ministerium in **TZ 6**, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen.
- 7.3 Die ÖGK gab in ihrer Stellungnahme an, dass für einen aussagekräftigen Vergleich zwischen den „Praxen“ die Anzahl der Arztstellen in den Gruppenpraxen berücksichtigt werden müsse.
- 7.4 Der RH verwies gegenüber der ÖGK auf seine Schlussfolgerungen, wonach die Versorgungswirksamkeit der ärztlichen Versorgung durch eine inhaltliche Analyse unter Nutzung aller verfügbaren Kennzahlen und Informationen zu beurteilen wäre (**TZ 6**).

Die von der ÖGK hervorgehobene Anzahl der Arztstellen in einer Gruppenpraxis stellte dabei einen Aspekt dar, der jedenfalls mitzuberücksichtigen, aber auch durch das Beschäftigungsausmaß der tätigen Ärztinnen und Ärzte zu ergänzen wäre. Allerdings lagen den Sozialversicherungsträgern keine Informationen über die Arbeitszeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vor (TZ 33). Insgesamt ergab sich somit für den RH – wie in Sachverhalt und Würdigung zu TZ 4 bis TZ 8 dargestellt – das Bild, dass

- der von der Österreichischen Ärztekammer dargestellte Rückgang der Zahl der Vertragsärztinnen und –ärzte zur Gesamtbeurteilung der ärztlichen Versorgung zu stark vereinfacht war,
- die teilweise verfügbaren Informationen über Praxisformen und Öffnungszeiten eine für die Versicherten günstigere Entwicklung nahelegten, aber
- insgesamt die Datenlage und Berichterstattung über die ärztliche Versorgung nicht ausreichend aussagekräftig waren.

Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, regelmäßig über die ärztliche Versorgung zu berichten, dafür die maßgeblichen Kennzahlen zu analysieren und darauf aufbauend die gesetzlich vorgegebene ausreichende Versorgung quantitativ und qualitativ zu beurteilen (TZ 6). Dabei sollte auch die von der ÖGK genannte Kennzahl einfließen.

Ärztlicher Bereich gesamt

8.1 (1) Die folgende Übersicht zeigt die österreichweite Entwicklung der maßgeblichen Kennzahlen zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich:²⁴

Tabelle 7: Kennzahlen zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung 2009 und 2019 in Österreich

	Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner				allgemeine Fachärztinnen und –ärzte			
	2009	2019	Veränderung 2009 bis 2019		2009	2019	Veränderung 2009 bis 2019	
	Anzahl				Anzahl			
				in %				in %
Einwohnerinnen und Einwohner ¹	8.335.003	8.858.775	523.772	6	8.335.003	8.858.775	523.772	6
Verträge	3.944	3.706	-238	-6	2.901	2.899	-2	0
Planstellen ²	3.957	3.916	-41	-1	2.952	3.141	189	6
<i>davon besetzt</i>	3.946	3.773	-173	-4	2.939	3.042	103	3
Vertragsärztinnen und –ärzte	4.000	4.005	5	0	2.993	3.252	259	9
ärztliche ambulante Versorgungseinheiten	3.974	4.043	69	2	2.862	3.081	219	8
abrechnende Ärztinnen und Ärzte laut Ärztekostenstatistik	3.946	3.721	-225	-6	2.902	2.896	-6	0
Quartalspatientinnen und –patienten								
gesamt in Mio.	17,5	18,5	1,0	6	13,7	17,1	3,4	25
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner	210.118	209.329	-788	0	164.695	193.317	28.623	17
je Planstelle	4.426	4.735	309	7	4.651	5.451	800	17
je besetzte Planstelle	4.439	4.915	476	11	4.671	5.630	959	21

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria

¹ Daten der Statistik Austria für Jahresbeginn

² Für Wien zog der RH mangels eindeutiger Stellenplanung die Anzahl der besetzten Planstellen heran (TZ 14).

Bei einer um 6 % gestiegenen Bevölkerung erhöhte sich auch die Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten im Bereich Allgemeinmedizin um 6 %; die Inanspruchnahme und Versorgung blieben damit nahezu unverändert. Die gestiegene Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten ging einher mit einer nahezu unveränderten Anzahl an Vertragsärztinnen und –ärzten, jedoch mit 6 % weniger Verträgen bzw. 1 % weniger Planstellen, was auf eine vermehrte Nutzung von Kooperationsformen wie Gruppenpraxen hinwies. Die Auslastung je besetzte Planstelle stieg um 11 % von rd. 4.440 auf rd. 4.900 Quartalspatientinnen und –patienten.

²⁴ umfasst die Fachgebiete Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lungenkrankheiten, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Unfallchirurgie, Urologie; aber nicht die Fachgebiete Labormedizin, Pathologie, Physikalische Medizin und Radiologie

Eine Leistungsverdichtung zeigte sich auch im Bereich der allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte: Hier stieg die Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten überproportional zur Bevölkerung um 25 %. Während die Planstellen sowie die Vertragsärztinnen und –ärzte (Köpfe) um 6 % bzw. 9 % stiegen, blieb die Anzahl der Verträge nahezu unverändert. Die Auslastung je besetzte Planstelle stieg um 21 % auf rd. 5.600 Quartalspatientinnen und –patienten.

(2) Die ÖGK führte zur Auslastung der besetzten Planstellen aus, dass es sich dabei um eine Produktivitätssteigerung handle. Eine Planstelle sei 2019 z.B. im Bereich der Allgemeinmedizin um 11 % versorgungswirksamer als 2009. Dies sei aufgrund von Ausweitungen in den Öffnungszeiten und technischen Veränderungen (z.B. Unterstützung durch e-card, elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Laborschnelltests) plausibel. Hinzu kämen die Betreuung bestimmter betreuungsintensiver Patientengruppen durch spezialisierte Einrichtungen, die Aufwertung der Pflegeberufe mit verstärkter Delegation von Leistungen und ein verbessertes Ordinationsmanagement.

8.2 Aus Sicht des RH zeigte die Analyse der verfügbaren Kennzahlen zum Stand der ärztlichen Versorgung folgende Entwicklungen:

- Die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen blieb gemessen an der Relation der Quartalspatientinnen und –patienten zur Bevölkerung etwa gleich, die entsprechende Inanspruchnahme der allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte stieg jedoch deutlich (um 17 %) an.
- Die Ärztinnen und Ärzte nutzten vermehrt Kooperationsformen wie Gruppenpraxen.
- Eine Leistungsverdichtung war insofern festzustellen, als eine höhere Anzahl von Quartalspatientinnen und –patienten auf weniger Verträge entfiel, so dass die Auslastung der einzelnen Vertragspartnerinnen und –partner stieg.

Der RH wies betreffend die höhere Versorgungswirkung der Planstellen darauf hin, dass eine übermäßige Steigerung der Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten je Vertragspartnerin bzw. –partner an Qualitätsgrenzen stoßen konnte.

Der RH hielt es daher für zweckmäßig, in der Planung im niedergelassenen Bereich auch die angestrebte Inanspruchnahme der Vertragspartnerinnen und –partner und ihre Organisationsform zu thematisieren (z.B. Gruppenpraxis, Primärversorgungseinheit). Der RH verwies diesbezüglich auf TZ 9, in eine Berichterstattung auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG, der RSG und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufzunehmen, und auf seine Empfehlung an das Ministerium in TZ 6, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen.

- 8.3 Die ÖGK vertrat in ihrer Stellungnahme die Ansicht, dass die Leistungsverdichtung nicht zu einer Überlastung der Vertragsärzteschaft und zu qualitativen Einbußen in der Versorgung geführt habe. Die Leistungsverdichtung sei in Abstimmung mit den zuständigen Ärztekammern bewusst vorgenommen worden. Dafür habe die ÖGK auch zusätzliche finanzielle Mittel eingesetzt, um die Versorgungswirkung der besetzten Planstellen zu erhöhen (z.B. Ausweitung von Ordinationszeiten in Wien, Lockerung von Limitierungen und Degressionen in Oberösterreich). Bei der vom RH festgestellten durchschnittlichen Anzahl von täglich rd. 65 e-card-Konsultationen (TZ 33) in der Allgemeinmedizin – die nicht in jedem Fall auch einen Kontakt mit der Ärztin bzw. dem Arzt zur Folge hätten – könne nicht von einer zeitlichen Überlastung der Ärzteschaft gesprochen werden. Es sei davon auszugehen, dass auch jene Vertragsärztinnen bzw. -ärzte, die weitaus mehr Fälle als der Durchschnitt hätten, ihre Arbeit ordentlich und ohne unzumutbare Überlastung erledigen könnten. Bei Ärztinnen bzw. Ärzten, die unterhalb des Durchschnitts lagen oder diesen geringfügig überschritten, könne eine Leistungsverdichtung daher in keiner Weise ein Überlastungsproblem darstellen.
- 8.4 Der RH betonte gegenüber der ÖGK nochmals, dass sich seiner Ansicht nach die festgestellte Leistungsverdichtung nicht generell, sondern nur im Falle einer übermäßigen Leistungssteigerung bei einer Vertragspartnerin bzw. einem Vertragspartner auf die Leistungsqualität auswirken konnte. Der RH verwies dazu auf seine Empfehlung zu den qualitativ und quantitativ definierten Versorgungsaufträgen (TZ 38).

Planung und Plan–Ist–Vergleich

Überblick

9.1 (1) Die österreichische Gesundheitsplanung für die ambulante Versorgung war in mehrere Schritte aufgeteilt:

- Der ÖSG (TZ 10) legte alle fünf Jahre österreichweite Richtwerte mit einer Bandbreite von +/-30 % für die ambulante Versorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Spitalsambulanzen) fest. Die Richtwerte orientierten sich vor allem am österreichweiten Mittelwert des Ist–Standes.
- Auf Länderebene sollten RSG (TZ 12) innerhalb dieser Bandbreite genauere Zielwerte vorgeben. Abweichungen waren möglich, jedoch zu begründen. Seit dem ÖSG 2017 sollten die RSG auch eine Verteilung auf die Sektoren Spitalsambulanz und niedergelassener Bereich enthalten. Sowohl ÖSG als auch RSG planten mittels ÄAVE und damit mit der Anzahl der behandelten Fälle und nicht mit den dafür erforderlichen Planstellen.
- Die Festlegung der konkreten Anzahl der Planstellen und ihre örtliche Verteilung erfolgten erst auf Ebene der Stellenpläne (TZ 13) und damit als Teil des Gesamtvertrags zwischen den Gebietskrankenkassen und den zuständigen Ärztekammern. Die RSG waren diesen Verhandlungen zugrunde zu legen, aber dafür nicht verbindlich.
- Die Umsetzung der Stellenpläne oblag den einzelnen Krankenversicherungsträgern durch die Ausschreibung und Besetzung der vorgesehenen Stellen (TZ 15).

(2) Eine öffentliche, transparente Berichterstattung über die Umsetzung der Gesundheitsplanung für die ambulante Versorgung fehlte. Dies betraf insbesondere

- einen Vergleich der Ist–Stände mit den Richtwerten des ÖSG,
- eine Analyse, wieweit die RSG die Richtwerte des ÖSG umsetzten,²⁵
- eine Analyse, wieweit die Stellenpläne die RSG bzw. die Richtwerte des ÖSG umsetzten,
- eine Analyse der Abweichung der tatsächlichen Stellenbesetzung von den Stellenplänen.

(3) Neben der Anzahl der Leistungsanbieter im niedergelassenen Bereich war auch zu planen, welche Leistungen diese bereitstellen sollten (qualitative und quantitative Versorgungsaufträge). Bereits der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 zielte darauf ab, Versorgungsaufträge bis Mitte 2015 zu definieren und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene zu setzen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war dieses Ziel nur teilweise umgesetzt: Der ÖSG 2017 enthielt fachliche

²⁵ Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) prüfte die RSG–Entwürfe hinsichtlich ihrer Konformität mit dem ÖSG, das Ministerium merkte Abweichungen gegenüber den Ländern bzw. dem jeweiligen Krankenversicherungsträger an. Eine Beschlussfassung konnte dennoch erfolgen.

Aufgabenprofile, die auf Ebene der RSG oder der Stellenpläne verbindlich zu gestalten waren. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung enthielten weder die RSG noch die Stellenpläne entsprechende Versorgungsaufträge für den niedergelassenen Bereich.

9.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Festlegung der Anzahl der Planstellen nicht Teil der Gesundheitsplanung (ÖSG, RSG) war, sondern zwischen den Krankenversicherungsträgern und den zuständigen Ärztekammern ausverhandelt wurde. Der RH analysierte daher die Möglichkeit einer entsprechenden Weiterentwicklung der Gesundheitsplanung (TZ 10, TZ 12).

(2) Der RH kritisierte, dass eine Analyse der Umsetzung von RSG und Stellenplanung sowie von Abweichungen zwischen Stellenplanung und RSG öffentlich nicht verfügbar war und verwies auf seine Empfehlung an das Ministerium in TZ 6, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen. Er hielt neben der Darstellung der Entwicklung der Ist-Stände im Zeitverlauf auch den Vergleich mit der Planung für wesentlich.

Der RH empfahl dem Ministerium, in die Berichterstattung zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich (TZ 6) auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG, der RSG und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufzunehmen.

(3) Der RH hielt fest, dass neben der Anzahl der Leistungsanbieter auch deren Versorgungsauftrag wesentliches Element der Gesundheitsplanung war. Dies galt umso mehr, als die Analyse der Veränderungen zwischen 2009 und 2019 eine Leistungsverdichtung (eine höhere Inanspruchnahme je Vertragspartnerin oder –partner) zeigte. Er kritisierte daher, dass trotz im Jahr 2012 gesetzter Ziele zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine verbindlichen Versorgungsaufträge für den niedergelassenen Bereich vorlagen.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern Versorgungsaufträge im niedergelassenen Bereich zu definieren und dabei neben den qualitativen Aspekten auch den quantitativen Umfang zu beschreiben.

9.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es zusammen mit den Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband an der Weiterentwicklung der Kennzahlen im Bereich der Ärztekostenstatistik arbeiten werde. Dabei werde der vorliegende Bericht des RH als Grundlage dienen. Das Ministerium befürworte eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich in einer strukturierten Form. Im Zuge der Integrationsarbeiten nach Inkrafttreten des Sozialversicherungs–Organisationsgesetzes seien bereits einige

Ansätze eines entsprechenden Monitorings implementiert worden, die ausgebaut und einheitlich ausgestaltet werden sollten.

Die Grundlagen für Versorgungsaufträge seien im ÖSG 2017 für die Primärversorgung und für mittlerweile 16 Fachbereiche festgelegt. Weitere Fachbereiche würden laufend erarbeitet und ergänzt. Dies bilde die fachliche Basis für Versorgungsaufträge, die auf regionaler Ebene festzulegen seien. Konkret sei über Versorgungsaufträge je nach regionalem Bedarf zu definieren, von welchen Fachbereichen an welchen Standorten in welchen Organisationsformen („best point of service“) die Leistung zu erbringen sei.

Im Zielsteuerungsvertrag seien im operativen Ziel 1.2, Maßnahme 2, „die Prüfung und Schaffung von erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung der Versorgungsaufträge im Bereich der ambulanten Fachversorgung“ vereinbart. Das Ergebnis der Grundsatzdiskussion über die Umsetzung von Versorgungsaufträgen im ambulanten Bereich („10–Punkte–Vorschlag“²⁶) sei der Bundes–Zielsteuerungskommission am 5. April 2019 zur Information vorgelegt worden. Die Fachgruppe Versorgungsstruktur habe die Auffassung vertreten, dass Mengenfestlegungen in Versorgungsaufträgen nicht möglich bzw. sinnvoll seien; jeder Leistungserbringer müsse innerhalb seines Versorgungsauftrags grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten behandeln. Wenn Kapazitätsgrenzen erreicht würden, sei dies zwischen den Verantwortlichen (Land, Sozialversicherung und allenfalls Interessenvertretungen) zu besprechen; erforderlichenfalls seien Kapazitäten aufzustocken.

(2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie sich in einen Prozess für die Definition von qualitativen und quantitativen Versorgungsaufträgen für den niedergelassenen Bereich konstruktiv einbringen werde. Dabei sollten auch die Versorgungsaufträge der Spitalsambulanzen nach demselben Schema beschrieben werden. Der quantitative Umfang des Versorgungsauftrags solle sich auf die Zahl der zu betreuenden Patientinnen und Patienten und auf die Öffnungszeiten beziehen, aber nicht auf die Leistungsmenge. Die Vorgabe einer Leistungsmenge könnte nämlich sowohl zu einer Über– als auch einer Unterversorgung führen, weil niemand vorweg die Anzahl erforderlicher Leistungen abschätzen könne.

Wenn Vertragspartnerinnen und –partner die qualitativen und/oder quantitativen Versorgungsaufträge einer Planstelle nicht erfüllten, müsse es den Krankenversicherungsträgern rechtlich möglich sein, sich aus diesen Gründen von der Vertragspartnerin oder dem Vertragspartner trennen zu können. Andernfalls könne der Versorgungsauftrag in einer Region möglicherweise über Jahrzehnte nicht erfüllt werden.

²⁶ Der „10–Punkte–Vorschlag“ lag der Stellungnahme des Ministeriums bei und beschrieb die Voraussetzungen und Prozessschritte zur Umsetzung von verbindlichen Versorgungsaufträgen.

Darüber hinaus betonte die ÖGK zur Umsetzung gesetzlicher Versorgungsaufträge auch, dass es – um keine Schieflage bei diesbezüglichen Gesamtvertragsverhandlungen mit den zuständigen Ärztekammern zu erzeugen (ein Zwang zur Aufnahme von Leistungen in die Honorarordnung ermögliche der Ärztekammer ein „Preisdiktat“) – entweder verbindliche Rahmenbedingungen von angemessenen Honoraren brauche oder den Krankenversicherungsträgern alternative Anbieter zur Verfügung stehen müssten.

Eine Erweiterung der Versorgungsaufträge im Sachleistungssystem sei vertraglich nur dann umsetzbar, wenn klar sei, dass für jene Leistungen keine Privathonorare zulässig seien, die in die Leistungszuständigkeit der Krankenversicherungsträger fallen.

In Oberösterreich sei aus diesem Grund der sogenannte kassenfreie Raum gesamtvertraglich ausgeschlossen und mit der Ärztekammer ein Prozess zur Aufnahme neuer Leistungen in die Honorarordnung zur Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung vereinbart worden. Eine solche Regelung sei für ganz Österreich wünschenswert, sei aber im Verhandlungsweg mit den Landesärztekammern bisher nicht umsetzbar gewesen.

- 9.4 Der RH begrüßte die vom Ministerium beschriebenen Bemühungen zur Weiterentwicklung der Kennzahlen, des Berichtswesens und der Planung. Er wies allerdings darauf hin, dass ohne eine Reduzierung der Bandbreiten der Planung (**TZ 10**) und ohne eine auch quantitative Festlegung der Versorgungsaufträge die Effektivität der Planung eingeschränkt blieb. Der RH erachtete in diesem Zusammenhang die Rolle des Ministeriums, entsprechende legislative Vorschläge einzubringen, als wesentlich, falls sich die Systempartner nicht auf einen Konsens einigen können.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

10.1 (1) Der ÖSG stellte den österreichweit verbindlichen Rahmenplan für die Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanung dar, die in den RSG vorzunehmen waren. Er enthielt Vorgaben für den stationären und ambulanten Bereich, für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen und für Spitalsambulanzen mit bestimmten verpflichtenden Inhalten. Dazu zählten neben Grundsätzen und Zielen der Planung insbesondere Planungsgrundlagen und –richtwerte. Grundsätze und Ziele der ambulanten Versorgung waren u.a. die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung durch alle im ambulanten Bereich tätigen Leistungsanbieter in der jeweiligen Versorgungsregion und eine Entlastung des akutstationären Bereichs.

(2) Planungsgrundlage war der zuletzt verfügbare Ist-Datenstand (für den ÖSG 2017 das Jahr 2014; für den ÖSG 2012 das Jahr 2010) nach Versorgungsregion²⁷ und Fachgebiet in ÄAVE. Darauf aufbauend legte der ÖSG 2017 für die Planung auf RSG-Ebene insbesondere folgende Planungsrichtwerte für jedes einzelne Fachgebiet fest:

- **Erreichbarkeitsfrist** in Minuten (binnen welcher Zeitspanne zumindest 90 % der Wohnbevölkerung des betreffenden Landes die Möglichkeit haben sollten, den nächstgelegenen Leistungsanbieter im jeweiligen Fachgebiet zu erreichen).
- **Versorgungsdichte:** Ausgehend vom Ist-Stand je Versorgungsregion (ÄAVE je Fachgebiet pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) legte der ÖSG eine Bandbreite von +/-30 % fest. Damit waren die obere und die untere Grenze der Soll-Versorgungsdichte beschrieben.

Im Juli 2020 lagen noch keine Zielwerte für den Planungshorizont 2025 vor.

(3) Der ÖSG 2017 differenzierte die Planungsrichtwerte regional nicht weiter (z.B. nach Ballungszentren oder ländlichen Regionen). Aufgrund ihrer Größe entfielen auf eine Versorgungsregion in der Regel über 100 Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner. Die Planungsrichtwerte wurden nicht aus Versorgungszielen zukunftsorientiert abgeleitet, sondern waren auf Basis letztverfügbarer Ist-Stände vergangenheitsorientiert. Die Planung im niedergelassenen Bereich war durch das Fehlen von Leistungsdaten – sofern diese pauschaliert vergütet waren – und von Vorgaben für die Behandlungsdauer und die realen Öffnungszeiten eingeschränkt. Die vom RH seit 2008 empfohlene und in der Gesundheitszielsteuerung mehrfach

²⁷ Das Bundesgebiet war in 32 Versorgungsregionen aufgeteilt.

angestrebte standardisierte Diagnosecodierung²⁸ fehlte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch immer.

Die Planung in Deutschland unterschied im Vergleich dazu sechs Regionen (von Ballungszentren bis zu peripher gelegenen Orten), für die jeweils Soll-Werte definiert waren. Im Zuge einer geplanten Weiterentwicklung der Planung empfahl ein Gutachten für Deutschland eine explizite Berücksichtigung von demografischen, epidemiologischen und sozioökonomischen nachfragebestimmenden Faktoren und Versorgungszielen. Ein Versorgungsmonitoring (z.B. hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Termin) sollte die Planung ergänzen.

(4) Die Planungsrichtwerte des ÖSG 2017 bezogen sich auf das Jahr 2020 als Planungshorizont und stellten sich für die einzelnen Fachgebiete wie folgt dar:

Tabelle 8: Planungsrichtwerte Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 für den ambulanten Bereich (Planungshorizont 2020)

Fachgebiet	Erreichbarkeit per PKW	Mindestwert	Maximalwert	Ist-Stand 2014
	in Minuten	in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner		
Allgemeinmedizin	10	34,8	64,7	49,8
Augenheilkunde	30	4,3	8	6,2
Chirurgie	n.v.	4,1	7,7	5,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30	6,4	11,9	9,2
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	30	2,7	5	3,9
Haut- und Geschlechtskrankheiten	30	2,9	5,5	4,2
Innere Medizin	20	10,3	19,1	14,7
Kinder- und Jugendheilkunde	20	4,1	7,7	5,9
Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	0,6	1,2	0,4
Neurologie	30	1,9	3,5	2,7
Orthopädie, Unfallchirurgie und Traumatologie	30	6,7	12,5	9,6
Psychiatrie	30	2,4	4,4	3,4
Urologie	30	2,1	4	3,1

n.v. = nicht verfügbar

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017

²⁸ Das heißt, die der Behandlung zugrunde liegende Erkrankung nach standardisierten Bezeichnungen. Der RH empfahl dies erstmals im Bericht „Vergleich der Wiener Gebietskrankenkasse mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2, TZ 6), zuletzt z.B. im Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche im Bereich der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 7); die standardisierte Diagnosecodierung war auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 enthalten als operatives Ziel 7.2.1 bzw. im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 als operatives Ziel 8.

(5) Die in der Gesundheitszielsteuerung angestrebten Aufgabenprofile waren im ÖSG 2017 bereits teilweise enthalten, jedoch nicht verbindlich. Verbindlichkeit würden diese erst durch Aufnahme in die Gesamtverträge zwischen Krankenversicherungsträger und zuständiger Ärztekammer oder durch Festlegung in den RSG gewinnen.

- 10.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der ÖSG seine Planung nicht auf Versorgungszielen, sondern österreichweit auf einer Fortschreibung des Ist-Stands für alle Versorgungsregionen aufbaute. Der RH verwies darauf, dass die im ÖSG festgelegte Bandbreite von +/-30 % große Unterschiede in der ärztlichen Versorgungsdichte zuließ. Nach Ansicht des RH waren regionale Unterschiede auch anderweitig, z.B. durch regional differenzierte bzw. die regionale Besiedlungsdichte umfassende Vorgaben wie in Deutschland berücksichtigbar.

Der RH hielt kritisch fest, dass der ÖSG im niedergelassenen Bereich die Planung auf ÄAVE aufbaute und damit die Inanspruchnahme, nicht aber die Angebotsstruktur plante. Die vorgesehenen Aufgabenprofile waren nicht verbindlich. In Kombination mit den fehlenden standardisierten Diagnosen und Zeitvorgaben schränkte dies die Gesundheitsplanung im niedergelassenen Bereich deutlich ein. Ein ausreichendes Versorgungsangebot müsste nach Ansicht des RH aus Leistungen in Kombination mit Diagnosen, bewertet mit Zeiteinheiten und im Vergleich mit den realen Öffnungszeiten von Leistungserbringern ermittelt werden.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Versorgungsregion für die Planung der allgemeinmedizinischen Versorgung eine große geografische Einheit bildete. Eine mögliche Unterversorgung in einzelnen Bezirken oder Gemeinden konnte so unbemerkt bleiben.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, die ambulante Planung auf Ebene des ÖSG weiterzuentwickeln und dabei eine stärkere regionale Differenzierung, eine Verringerung der Bandbreiten von +/-30 %, eine getrennte Betrachtung von Angebot und Nachfrage sowie Soll-Werte vorzusehen, die von der beabsichtigten Versorgung (statt vom historischen Ist-Stand) abgeleitet sind. Die dafür erforderlichen Datengrundlagen (standardisierte Diagnosen, tatsächliche Öffnungszeiten und erbrachte Leistungen) wären sicherzustellen.

- 10.3 (1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass eine Verringerung der Bandbreite von +/-30 % in den Arbeitsgremien der Zielsteuerung mehrfach diskutiert worden, aber bisher nicht konsensfähig gewesen sei. Eine regionale Differenzierung bzw. die Berücksichtigung regionaler Charakteristika sei im Rahmen der laufenden Arbeiten zur Versorgungsforschung (Teil C im Zielsteuerungsvertrag) bereits in Ausarbeitung. Es werde an Regionstypisierungen der österreichischen Versorgungslandschaft (angelehnt an die OECD-Methode „urbanrural“) und integrativen Regionsprofilen (Versorgungsangebot und Inanspruchnahme in sektoraler Differenzierung und deren Determinanten) für die 32 Versorgungsregionen gearbeitet. Eine Alterna-

tive zur derzeit angewandten bestandsabhängigen Gesundheitsversorgungsplanung in Richtung morbiditätsbasierter Gesundheitsplanung sei methodisch äußerst schwierig und auch international kaum jemals umgesetzt worden. Am 3. Dezember 2019 habe ein diesbezüglicher Workshop zur Versorgungsforschung mit Vertreterinnen und Vertretern der Länder und der Sozialversicherung stattgefunden. Aufgrund der COVID-19-Pandemie sei eine Weiterentwicklung dieser Arbeiten im Jahr 2020 nur eingeschränkt möglich gewesen.

Die Einführung einer standardisierten Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich, wie im Zielsteuerungsvertrag vereinbart (operatives Ziel 8, Maßnahme 4), würden alle Zielsteuerungspartner als unverzichtbar ansehen. Im Jahr 2020 hätten die Arbeiten COVID-19-bedingt ausgesetzt werden müssen, sollten jedoch so bald wie möglich wieder aufgenommen werden.

(2) Die ÖGK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie sich bei der Weiterentwicklung des ÖSG konstruktiv einbringen werde. Entgegen der Meinung des RH, wonach die ÄAVE die Inanspruchnahme und nicht die Angebotsstruktur planen, würden die ÄAVE tatsächlich zum Ausdruck bringen, wie viele normierte Versorgungseinheiten vorzuhalten seien. Nur die Normierung sei diskussionswürdig, weil sie vom Durchschnitt der Leistungserbringung in ganz Österreich abhänge und sich dieser Durchschnitt laufend ändere.

Die vom RH als ideal angesehene Planung des Versorgungsangebots (Kenntnis der aufgrund des Krankheitsgeschehens erforderlichen ärztlichen Leistungen, bewertet mit der dafür objektiv erforderlichen Zeit pro Leistung, Kenntnis der tatsächlichen Öffnungszeiten der Vertragsärztinnen bzw. -ärzte und damit der pro Tag möglichen Anzahl der Leistungen) lasse sich in der Praxis nicht umsetzen. Es bedürfe daher immer einer Planung auf Basis einer Ist-Situation, welche die Erwartungen der Krankenversicherungsträger und der Patientinnen sowie Patienten bestmöglich erfülle. Zweifellos gehöre allerdings diese Planung, z.B. auf Basis von Best-Practice-Modellen, verbessert, weil ein Abstellen auf den Durchschnitt der Ist-Versorgung viel zu kurz greife. Der Durchschnitt könne nämlich sowohl ein zu hohes als auch ein zu niedriges Angebot abbilden.

- 10.4 Der RH wies gegenüber der ÖGK darauf hin, dass die Verwendung von ÄAVE und damit von „normierten Versorgungseinheiten“ eben keine Festlegungen von konkreten Angebotsstrukturen beinhaltet. Wenn beispielsweise ein RSG eine Erhöhung der ÄAVE um 10 % in einem bestimmten Fachgebiet vorsah, blieb unklar, ob dies durch Vereinbarung und Ausschreibung neuer Planstellen, durch eine erhöhte Inanspruchnahme der bestehenden Planstellen oder durch Maßnahmen im Bereich der Spitalsambulanzen erreicht werden sollte (TZ 12). Gerade diese Festlegungen sollten aber nach Auffassung des RH Gegenstand der Angebotsplanung sein. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Einhaltung der Richtwerte des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017

11.1 (1) Gemäß ÖSG 2017 könne die Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis der dargestellten Richtwerte eine regionale Angebotsplanung und Bedarfsschätzung im Rahmen der RSG unter Berücksichtigung der lokalen Spezifika (z.B. Pendlerbewegungen) nicht ersetzen. Die Planungsrichtwerte sollten aber nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden.

(2) Einen öffentlichen Bericht zur tatsächlichen Erreichung der Richtwerte des ÖSG gab es nicht. Daten dazu erhob zwar die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**) im Rahmen des sogenannten „RSG-Monitorings“.²⁹ Die Daten lagen dort allerdings nur auf Landesebene vor, obwohl sich die Richtwerte auf die Versorgungsregion bezogen. In einzelnen Fachgebieten gab es methodische Probleme für die Soll-Ist-Gegenüberstellung,³⁰ für die mangels Berichterstattung keine Lösung erarbeitet war. Der RH beschränkt die nachfolgende Darstellung daher auf jene Fachgebiete, bei denen diese methodischen Probleme nicht auftraten.

²⁹ Da die einzelnen RSG unterschiedlich strukturiert waren, von unterschiedlichen Basisjahren ausgingen, unterschiedliche Planungshorizonte hatten und teilweise rollierend überarbeitet wurden, stellte die GÖG im Auftrag des Ministeriums die jeweils aktuellen Inhalte der RSG auf Länderebene in einer vereinheitlichten Struktur dar („RSG-Monitoring“), um einen vergleichenden und jeweils aktuellen Überblick über die Planungen der RSG zu wahren.

³⁰ z.B. für die Berechnung der ÄAVE bei Veränderungen der Fachgebiete (Neurologie und Psychiatrie; Orthopädie, Unfallchirurgie und Traumatologie) oder bei Leistungsverschiebungen zwischen tagesklinischen Aufenthalten (die nicht in den ÄAVE berücksichtigt waren) und spitalsambulanten Leistungen (die in den ÄAVE berücksichtigt waren), z.B. bei den Fachgebieten Chirurgie, Kinderchirurgie und plastische Chirurgie

Die folgende Tabelle zeigt Überschreitungen der Obergrenzen bzw. Unterschreitungen der Untergrenzen für das Jahr 2018 gegenüber den Planungsrichtwerten des ÖSG 2017 nach Fachgebieten und Land:

Tabelle 9: Abweichung des Ist-Stands im Jahr 2018 von den Planungsrichtwerten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 je Land

	Allgemeinmedizin	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	Lungenkrankheiten	Urologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
	in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner									
Burgenland	–	–	-0,3	–	–	–	0,4	–	0,5	–
Kärnten	–	–	–	–	2,0	–	–	–	–	0,1
Niederösterreich	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oberösterreich	–	–	–	–	-0,6	–	–	–	–	-0,1
Salzburg	–	–	0,1	–	–	–	0,1	0,5	–	–
Steiermark	–	–	–	–	1,5	–	–	0,3	–	-0,4
Tirol	–	–	–	–	–	–	0,1	–	–	-0,1
Vorarlberg	–	–	–	–	–	–	–	-0,3	-0,2	–
Wien	–	–	1,5	–	9,2	2,5	0,5	0,9	–	–

Die Tabelle zeigt die Unterschreitung der Untergrenzen (rote Ziffern) bzw. die Überschreitung der Obergrenzen (schwarze Ziffern). Ein „–“ bedeutet, dass die Ärztedichte innerhalb der vorgesehenen Bandbreite liegt.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH

Die Tabelle zeigt, dass in der Allgemeinmedizin und in den Fachgebieten Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in keinem Land Unterschreitungen der Untergrenzen vorlagen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dagegen in drei Ländern. Bei sieben Matrixfeldern der angeführten Fachgebiete wurden die Untergrenzen unterschritten, bei 15 die Obergrenzen überschritten. Die größte Unterschreitung betraf die Innere Medizin in Oberösterreich.

(3) Entsprechende Auswertungen auf Ebene der Versorgungsregionen lagen nicht vor. Der Dachverband führte eine Datenbank (Regiomed), mit der die Ist-Stände analog zu den Planungsrichtwerten des ÖSG ausgewertet werden konnten. Die Auswertung zeigte jedoch nicht die Abweichung von den 2017 festgelegten Planungsrichtwerten, sondern die Abweichung vom jeweiligen Bundesdurch-

schnitt 2018. Die folgende Tabelle stellt die entsprechenden Werte auf Ebene der Versorgungsregionen dar.³¹

Tabelle 10: Abweichung des Ist-Stands in den Versorgungsregionen im Jahr 2018 vom jeweiligen Bundesdurchschnitt 2018

Versorgungsregion	Allgemeinmedizin	Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	Lungenkrankheiten	Urologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten										
Burgenland–Nord	–	–	-0,5	–	–	–	2,2	–	–	0,5
Burgenland–Mitte/Süd	–	–	-0,1	3,8	–	0,6	–	–	2,2	0,3
Graz	–	6,8	9,4	–	26,4	11,5	–	2,7	–	-1,4
Thermenregion	–	–	–	–	-3,5	-1,7	–	–	–	0,3
Innviertel	–	–	-4,7	–	-11,1	-2,5	-0,7	-0,9	–	-1,1
Kärnten–Ost	–	0,4	–	–	–	–	0,8	–	–	2,9
Kärnten–West	–	-1,1	-1,1	3,3	–	–	-0,4	-0,8	-0,5	–
Liezen	–	-0,7	-1,1	–	-0,7	-0,9	-0,1	-0,7	-1,4	-0,4
Mostviertel	–	-0,6	-3,9	–	–	-2,6	-1,4	–	-1,3	–
Mühlviertel	–	-2,6	-2,4	–	-15,5	-6,2	-2,0	-1,8	-2,0	-1,3
Niederösterreich Mitte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,6
Oberösterreich Raum Linz	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,4
Oberösterreich Raum Wels	–	–	–	–	-6,7	–	–	–	–	-0,2
Östliche Obersteiermark	–	1,8	–	–	–	–	–	1,0	–	–
Oststeiermark	–	–	-2,9	–	–	-1,6	-1,8	-0,5	–	-1,2
Osttirol	–	–	–	0,4	–	–	–	–	0,5	-0,2
Pinzgau–Pongau–Lungau	–	–	-0,6	–	–	–	1,2	-0,4	–	-0,9
Pyhrn–Eisenwurzen	–	–	-2,0	–	-3,3	-0,7	–	–	–	–
Rheintal–Bregenzerwald	–	–	-0,1	–	–	–	-2,1	-1,6	-0,6	–
Salzburg–Nord	–	–	2,2	–	–	–	–	1,8	–	0,9
Tirol–Nordost	–	–	-1,6	–	-0,4	-1,3	–	–	–	-0,8
Tirol–West	–	-2,2	-1,3	–	-2,6	–	-0,5	-0,1	-0,2	-0,7
Tirol–Zentralraum	–	–	2,8	6,3	2,2	5,5	3,8	–	2,5	–
Traunviertel–Salzkammergut	–	–	-2,2	–	-12,8	-1,4	–	–	–	-0,5
Vorarlberg–Süd	–	–	0,2	–	–	–	–	-1,0	–	–
Waldviertel	–	–	-2,5	–	-0,3	–	-0,9	–	–	-0,4
Weinviertel	–	–	-0,3	–	-4,3	–	–	–	–	-0,2
Westliche Obersteiermark	–	-0,7	-0,1	-0,5	-0,8	-2,3	-0,1	-0,1	-0,6	-0,4
West- und Südsteiermark	–	-0,3	–	–	-0,2	-0,3	–	–	-0,2	-0,8
Wien–Mitte–Südost	–	–	1,0	–	54,5	12,2	–	–	–	3,0
Wien–Nordost	–	–	1,1	–	14,5	–	–	–	1,1	-1,9
Wien–West	–	–	3,8	–	4,3	–	–	15,6	–	–

Ein „–“ bedeutet, dass die Ärztedichte innerhalb der vorgesehenen Bandbreite liegt.

blau = Unterschreitungen der Untergrenzen **bis** zu einer ärztlichen ambulanten Versorgungseinheit

grau = Unterschreitungen der Untergrenzen **ab** einer ärztlichen ambulanten Versorgungseinheit

keine farbliche Hervorhebung = Überschreitungen der Obergrenzen

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger

³¹ Abweichung der ÄAVE nach Versorgungsregion für das Jahr 2018, alters- und geschlechtsstandardisiert und pendlerbereinigt mit einer Bandbreite von +/-30 % und einer Auswertung über alle Krankenversicherungsträger für Vertragsärztinnen und –ärzte, Wahlärztinnen und –ärzte, Universitätskliniken, Institute und eigene Einrichtungen

Die Tabelle zeigt in 136 von 320 Matrixfeldern (43 %) eine Abweichung von der im ÖSG vorgesehenen Bandbreite; davon in 93 Matrixfeldern (29 %) eine Unterschreitung der Untergrenze und in 43 Matrixfeldern (13 %) eine Überschreitung der Obergrenze.

Besonders betroffen von den negativen Abweichungen waren die Versorgungsregionen Westliche Obersteiermark, Mühlviertel und Liezen. Im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten unterschritten 53 % der Versorgungsregionen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 50 % der Versorgungsregionen die Untergrenze laut ÖSG 2017.

(4) Die Krankenversicherungsträger gaben dem RH gegenüber an, dass die Detailanalyse der Inanspruchnahme und der Auslastung der bestehenden Strukturen häufig ein abweichendes Bild ergebe. Es seien Wechselwirkungen zwischen Fachgebieten (z.B. Allgemeinmedizin oder Innere Medizin), zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich und zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen. Zum Beispiel weise die Tabelle 10 einen Mangel im Bereich Innere Medizin im Mühlviertel aus. Die dortigen Fachärztinnen und –ärzte für Innere Medizin seien jedoch nicht überdurchschnittlich ausgelastet, es lägen auch keine Beschwerden vor. Die Anzahl internistischer stationärer Nulltagesaufenthalte sei in Oberösterreich überdurchschnittlich hoch.

- 11.2 Der RH kritisierte, dass es keinen öffentlichen Bericht über die Erfüllung der Richtwerte des ÖSG zur ärztlichen Versorgungsdichte gab. Er hielt eine Berichterstattung darüber, ob die ÖSG-Planungsrichtwerte tatsächlich erreicht wurden und etwaige Abweichungen inhaltlich begründet waren, auf Landes- und Versorgungsregionsebene für zweckmäßig. Der RH verwies auf seine Empfehlungen in **TZ 6**, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen, und **TZ 9**, in eine Berichterstattung auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG, der RSG und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufzunehmen.

Der RH wies darauf hin, dass die Allgemeinmedizin keine Abweichungen aufwies, obwohl in mehreren Regionen Stellen unbesetzt waren und besondere Maßnahmen zur Versorgung gesetzt wurden (**TZ 15**). Nach Ansicht des RH könnte dies darauf hindeuten, dass die Grundannahme der Planung, wonach eine Unterschreitung des Österreichschnitts um bis zu 30 % noch eine ausreichende Versorgung für alle Regionen darstellt, nicht ausreichend sachlich begründet war und das Risiko einer Unterversorgung nicht ausschließen konnte.

Der RH merkte weiters an, dass 43 % der regionalen Fachgebiete außerhalb der durch die Planungsrichtwerte des ÖSG 2017 vorgegebenen Bandbreite lagen, wobei 29 % die Untergrenze unterschritten. Dies konnte nach Ansicht des RH auf Probleme in den Planungsannahmen hinweisen, insbesondere auf die Verwendung des Öster-

reichschnitts auf alle Regionen ohne Differenzierung. Der RH verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in TZ 10, die ambulante Planung auf Ebene des ÖSG weiterzuentwickeln und dabei eine stärkere regionale Differenzierung, eine Verringerung der Bandbreiten von +/-30 %, eine getrennte Betrachtung von Angebot und Nachfrage sowie Soll-Werte vorzusehen, die von der beabsichtigten Versorgung (statt vom historischen Ist-Stand) abgeleitet sind.

Regionale Strukturpläne Gesundheit

12.1 (1) Die Konkretisierung der Planung für den ambulanten Bereich war nach den Vorgaben des ÖSG auf Ebene der RSG vorzunehmen. Zur Gewährleistung einheitlicher und vergleichbarer RSG waren einheitliche fünfjährige Planungshorizonte vorgesehen. Der ÖSG und die RSG für Tirol und Vorarlberg wiesen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Planungshorizonte bis 2020 auf, jene für Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und die Steiermark trotz noch fehlender Planungsrichtwerte im ÖSG 2017 Planungshorizonte für 2025, der RSG Wien Planungshorizonte für 2025 bzw. 2030. Das Burgenland hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keinen gültigen RSG, Oberösterreich schrieb für den ambulanten Bereich den bisherigen RSG fort, eine Aktualisierung war zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

(2) Zur Vereinheitlichung der RSG legte der ÖSG 2017 eine sogenannte RSG-Planungsmatrix fest. Diese sah für den ambulanten Bereich grundsätzlich eine Planung in ÄAVE vor. Andere Messgrößen waren zulässig, wenn ein Umrechnungsfaktor angegeben war. Die Planung der Soll-Planstellen war nicht vorgesehen. So determinierte die Planung auf Ebene der RSG nicht, ob ein steigender Bedarf durch eine Erhöhung der Planstellenzahl oder eine größere Auslastung bestehender Planstellen zu decken sei.

Die Auslastung der Planstellen war zwischen den Ländern und innerhalb der Länder unterschiedlich. Eine Allgemeinmedizinerin bzw. ein Allgemeinmediziner behandelte z.B. im Jahr 2017 im Durchschnitt je nach Land zwischen rd. 4.500 und über 5.500 Quartalspatientinnen bzw. -patienten. Die Bandbreite der einzelnen Ärztinnen und Ärzte lag aber zwischen unter 1.000 Fällen und über 15.000 Fällen.

(3) Die RSG sahen die Angabe eines Planungswerts mit fünfjährigem Planungshorizont vor. Da häufig bis zur Erreichung des Zielzeithorizonts bereits ein neuer RSG mit einem Planungshorizont für weitere fünf Jahre erstellt wurde, war ein Vergleich des zum Planungszeitraum verfügbaren Ist-Werts mit einem aktuell verbindlichen Soll-Wert nicht möglich.

Qualitative oder quantitative Versorgungsaufträge auf Basis der Aufgabenprofile des ÖSG 2017 waren in keinem RSG festgelegt.

Die RSG enthielten – auch für den Bereich der Allgemeinmedizin – die Planung für das gesamte Land und die jeweiligen Versorgungsregionen. Eine regional detailliertere Planung (z.B. nach Bezirken) war nur in Ausnahmefällen enthalten.

(4) Die RSG konnten (in Teilen) durch Verordnung für verbindlich erklärt werden.³² Bis Juni 2020 waren bei den RSG für Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien ausgewiesene Teile für verbindlich erklärt worden.

(5) Ein öffentlicher Bericht über die Berücksichtigung der Planungsrichtwerte des ÖSG im RSG bzw. mit Begründungen zu Abweichungen davon war nicht vorhanden. Die GÖG prüfte im Auftrag des Ministeriums vor der Beschlussfassung der RSG etwaige Abweichungen, die das Ministerium den betroffenen Ländern und Gebietskrankenkassen mitteilte. Das Ministerium machte jedoch in keinem Fall von seinem Vetorecht gegen die Beschlussfassung wegen Verletzung von Bundesvorgaben Gebrauch.

12.2 Der RH hielt fest, dass die RSG in der Gesundheitsplanung eine zentrale Rolle spielten, da sie die Rahmenplanung des ÖSG in konkrete Planwerte umsetzen sollten. Er beurteilte folgende Elemente vor diesem Hintergrund für die Umsetzung der bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung kritisch:

- Die Planungshorizonte waren nur eingeschränkt vereinheitlicht: Der ÖSG 2017 und die RSG Tirol und Vorarlberg waren im Jahr 2020 nur bis zum Planungshorizont 2020 verfügbar; andere Länder hatten RSG für den Planungszeitraum 2025 erstellt, obwohl die Richtwerte des ÖSG noch fehlten. Das Burgenland verfügte zur Zeit der Gebarungüberprüfung über keinen gültigen RSG. In Oberösterreich fehlten aktuelle Planungswerte für den ambulanten Bereich.
- Die Planung von ÄAVE als Kenngröße ließ offen, ob zusätzliche Planstellen oder eine höhere Auslastung geplant waren. Eine Aussage, ob ein Stellenplan die Vorgaben des RSG erfüllte, war somit nur schwer möglich.
- Der fünfjährige, rollierende Planungszeitraum ermöglichte keine Soll–Ist–Vergleiche.
- Die Planung auf Ebene der Versorgungsregionen war für die Allgemeinmedizin zu unspezifisch.
- Die in der Gesundheitszielsteuerung angestrebten Versorgungsaufträge waren noch nicht in den RSG enthalten.
- Das Instrument der Verbindlicherklärung war noch nicht für alle RSG umgesetzt.
- Es fehlte eine Berichterstattung über die Umsetzung der Planungsrichtwerte des ÖSG 2017 in den RSG.

³² Dabei war die Verbindlichkeit durch eine Verordnung der neu geschaffenen Gesundheitsplanungs GmbH herzustellen.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern eine Weiterentwicklung der ambulanten Planung auf Ebene der RSG anzustreben und dabei

- möglichst konkrete und verbindliche Vorgaben für die Anzahl der Planstellen zu machen,
- die qualitativen und quantitativen Versorgungsaufträge festzulegen,
- die Planung regional und zeitlich angemessen zu differenzieren und
- transparent zu machen, ob die Planungsrichtwerte des ÖSG umgesetzt werden bzw. warum davon abgewichen wird.

12.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die gemeinsame Planung des gesamten ambulanten Bereichs ein Grundsatz des ÖSG und eines der Kernkonzepte der RSG sei. 2019 sei im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit die Projektgruppe „Ambulante Versorgungsgrößen“ der Arbeitsgruppe Gesundheitsplanung zur „Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsgrößen und deren Darstellung“ etabliert worden. Zur besseren Vergleichbarkeit zwischen den und innerhalb der intra- und extramuralen Bereiche seien eine neue Regiomed–Methode (Basis durchschnittlich arbeitende Spitalsärztin bzw. durchschnittlich arbeitender Spitalsarzt), eine neue Messgröße „Fachbereichsbesuche“ und eine einheitliche Zuordnung der für die Klassifikation von Kostenstellen verwendeten Funktionscodes zu Fachgebieten zur Berechnung der spitalsambulanten ÄAVE erarbeitet worden.

Im Rahmen des Projekts sei auch die Festlegung einer Relation zwischen ÖSG–Messgröße und ärztlichen Kassenplanstellen bzw. Dienstposten („Planstellenäquivalent“) geprüft worden. Die Projektgruppe habe jedoch eine direkte belastbare Übersetzung von ambulanten Messgrößen in die intra- und extramurale Struktur nicht als sinnvoll erachtet. Die regionale Planung sei eine Managementaufgabe, eine „triviale Übersetzung“ von Versorgungswirksamkeit in Strukturen sei aufgrund der Komplexität des Themas Gesundheitsplanung nicht adäquat.

Bis 2023 werde ein Parallelbetrieb (Gegenüberstellung bisherige Berechnungsmethode Regiomed und Regiomed auf Basis der überarbeiteten Methoden) erfolgen.

Bezüglich der Empfehlungen, die qualitativen und quantitativen Versorgungsaufträge festzulegen (TZ 9) und die Planung regional und zeitlich zu differenzieren (TZ 10), verwies das Ministerium auf seine Stellungnahme zu TZ 9 und TZ 10.

Die Empfehlung, „transparent zu machen, ob die Planungsrichtwerte des ÖSG umgesetzt werden bzw. warum davon abgewichen wird“, werde das Ministerium in die Arbeitsgremien der Zielsteuerung einbringen.

Eine verbindliche Festlegung von Planstellen im Wege der RSG stehe in einem gewissen Spannungsverhältnis zur Selbstverwaltung der Gesamtvertragsparteien, die die Stellenpläne einvernehmlich festlegten.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und verwies auf ihre Stellungnahme zu TZ 9. Weiters sei wichtig festzuhalten, dass es sich in diesem Zusammenhang bei „Planstellen“ um ärztliche Versorgungseinheiten unabhängig von den Anbietern (Ärztinnen und Ärzte, dislozierte Ambulanzen, Ambulatorien etc.) handeln müsse.

- 12.4 Der RH teilte die Ansicht des Ministeriums, dass die Festlegung von Planstellen und die Gesundheitsplanung generell „nicht trivial“ seien. Dies sollte jedoch nach Auffassung des RH die Gesundheitsplanung nicht von der Aufgabe entbinden, für wichtige, aber komplexe Planungsbereiche konkrete und klare Vorgaben festzulegen.

Die Beschlussfassung über die Planung bot ausreichend Gelegenheit, das Management in die Entscheidungen miteinzubeziehen. Zum vom Ministerium argumentierten Spannungsverhältnis zwischen Gesundheitsplanung und Selbstverwaltung merkte der RH an, dass die Selbstverwaltungskörper der Krankenversicherungsträger in die Beschlussfassung über die RSG eingebunden waren und gegen den Willen der Krankenversicherungsträger nach § 29 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz keine entsprechenden Festlegungen möglich waren.

Stellenplanung

Gesetzliche Vorgaben

- 13.1 (1) Nach den Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes waren die Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Ärzteschaft durch Gesamtverträge zwischen den Krankenversicherungsträgern bzw. dem Dachverband einerseits und der zuständigen Ärztekammer andererseits zu regeln. Zwingender Bestandteil eines Gesamtvertrags war der ärztliche Stellenplan. Er hatte die Anzahl der Vertragsärztinnen und –ärzte nach örtlichen Sprengeln festzulegen.

(2) Grundsätzlich mussten die Krankenversicherungsträger im Stellenplan enthaltene Planstellen ausschreiben. Diese Verpflichtung konnten jedoch nur der jeweilige Krankenversicherungsträger bzw. die zuständige Ärztekammer umsetzen. Einigten sich die Gesamtvertragspartner binnen eines Jahres nach Freiwerden einer Planstelle nicht über deren Ausschreibung, entschied darüber auf Antrag die Landeschiedskommission.³³ Eine Durchsetzung der Ausschreibung von im Stellenplan

³³ Nach § 345 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz war diese aus Vertreterinnen und Vertretern der Krankenversicherungsträger und der zuständigen Landesärztekammer unter dem Vorsitz einer Richterin bzw. eines Richters im Ruhestand zu besetzen.

vorgesehenen Planstellen z.B. durch die Versicherten oder Gebietskörperschaften war nicht vorgesehen. In mehreren Ländern gab es im Stellenplan offene Planstellen, deren (vorläufige) Nichtausschreibung zwischen Krankenversicherungsträger und der zuständigen Ärztekammer akkordiert war.

(3) Der Gesetzgeber legte fest, dass die Stellenpläne angesichts der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse eine ausreichende ärztliche Versorgung sicherstellen sollten. Außerdem sollte in der Regel eine Auswahl zwischen zwei Vertragsärztinnen bzw. -ärzten möglich sein, die in angemessener Zeit erreichbar waren. Der Gesetzgeber hatte nach Auffassung der Höchstgerichte den Inhalt der Stellenplanung damit bewusst nur wenig vorherbestimmt, damit sich bei den Gesamtvertragsverhandlungen das freie Spiel der Kräfte entfalten konnte und ein Interessenausgleich zwischen den Gesamtvertragsparteien gewährleistet war. Der Gesetzgeber weitete die für die Stellenplanung maßgeblichen Parameter in § 342 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz nach und nach aus. Insbesondere regelte er im Jahr 2008, dass auf die RSG (und somit indirekt auch auf ihre Grundlagen im ÖSG) „Bedacht zu nehmen“ war. Die Gesamtvertragsparteien waren damit nur insoweit an die Vorgaben des RSG gebunden, als sie diese den Verhandlungen zugrunde zu legen hatten. Seit 2010 bestimmte das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz weiters, dass bei der Stellenplanung sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen, die Veränderung der Morbidität sowie die Bevölkerungsdichte und –struktur zu berücksichtigen waren.

- 13.2 Der RH merkte an, dass die gesetzlichen Vorgaben die Stellenpläne nur allgemein determinierten und ÖSG sowie RSG zwar zu beachten waren, aber keine konkrete Verbindlichkeit entfalteten. Der RH merkte weiters an, dass die Ausschreibung von Planstellen nur der jeweilige Krankenversicherungsträger umsetzen konnte. Durchsetzen konnte die Ausschreibung nur die zuständige Ärztekammer, nicht aber die Versicherten. Dies erschwerte die Umsetzung der Ziele der Gesundheitsplanung.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Gesetzgeber eine stärkere Verbindlichkeit des ÖSG und der RSG für die Stellenplanung und die verbindliche Umsetzung der Stellenplanung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz vorzuschlagen (z.B. eine Verpflichtung zur Umsetzung auch für die Landesärztekammern bzw. Sanktionen bei mangelnder Umsetzung im Gesamtvertrag).

- 13.3 Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass legislative Änderungen der vertragspartnerrechtlichen Regelungen (insbesondere die Ergänzung der verpflichtenden Inhalte des Gesamtvertrags) jedenfalls eines umfassenden Abstimmungsprozesses mit den betroffenen Stakeholdern bedürften (insbesondere Sozialversicherungsträger und Österreichische Ärztekammer). Voraussetzung für den Abstimmungsprozess sei wiederum ein politischer Konsens. Das Regierungsprogramm 2020–2024 sehe u.a. eine „Erweiterung der Vertragsarztmodelle“ vor, um die Versorgung (vor allem im ländlichen Raum) sicherzustellen.

Durchführung

- 14.1 (1) Die Stellenpläne entsprachen mangels rechtzeitiger Aktualisierung nicht immer dem tatsächlichen Planungsstand: Mehrere Stellenpläne (insbesondere für Niederösterreich, Oberösterreich und Wien) enthielten Planstellen, die nicht ausgeschrieben werden sollten (z.B. für das Ansparen von Planstellen für die örtliche Verlegung oder für die Schaffung von Gruppenpraxen bzw. Primärversorgungseinheiten). In einigen Fällen war eine Stellenbesetzung nicht mehr geplant, weil bereits andere Strukturen (z.B. Krankenanstalten oder andere Landeseinrichtungen) die Versorgung durchführten, die Planstelle jedoch nicht aus dem Stellenplan gestrichen wurde. Diese Planstellen wurden daher freigehalten und waren von jenen Planstellen zu unterscheiden, die z.B. mangels Bewerbungen entgegen der Planung unbesetzt blieben. Es gab auch Planstellen (z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), über deren Notwendigkeit Einvernehmen bestand, die aber noch nicht im Stellenplan abgebildet waren.

Da die Krankenversicherungsträger Verträge mit den Vertragsärztinnen und –ärzten nicht wegen Bedarfsverschiebungen kündigen konnten, war eine Reduktion der Planstellen oder die Verlegung einer Planstelle in der Regel nur möglich, wenn eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt (z.B. wegen Erreichung der Altersgrenze) ihren oder seinen Vertrag kündigte. Da die Krankenversicherungsträger Doppelstrukturen vermeiden wollten, erfolgten regionale Stellenausweitungen meist erst, wenn andere Verträge ausliefen. Dadurch gaben die Stellenpläne nicht immer die aktuell angestrebte Anzahl und Verteilung der Planstellen wieder.

(2) Die Stellenpläne sahen ebenso wie die RSG teilweise rollierend Zielwerte für regelmäßig neu vereinbarte mittelfristige Zeiträume vor, so dass ein Soll–Ist–Vergleich zu einem bestimmten Zeitpunkt nur bedingt möglich bzw. zweckmäßig war.

(3) Die Ausgestaltung der Stellenpläne unterschied sich je nach Inhalt der Gesamtverträge der einzelnen Gebietskrankenkassen erheblich. Der RH stellt dies am Beispiel der Stellenpläne der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (**OÖGKK**), der Tiroler Gebietskrankenkasse (**TGKK**) und der WGKK dar:

(a) Der Stellenplan für Oberösterreich enthielt:

- eine Darstellung der bestehenden Planstellen (Ist-Stand) nach Fachgebiet, Bezirk und Gemeinde; ebenfalls enthalten waren die unbesetzten Planstellen, jedoch ohne Kennzeichnung, ob sie aktuell ausgeschrieben wurden oder vorläufig nicht verfügbar waren (z.B. als Reserve für Gruppenpraxen);
- eine Liste mit insgesamt elf Kriterien für die Nachbesetzung von Planstellen bzw. deren Verlegung (z.B. Veränderung der Morbidität, durchschnittliche Wartezeiten);
- die Vereinbarung, bis Ende 2020 gegenüber dem Stand vom 1. Jänner 2016 zumindest 23,9 zusätzliche Planstellen zu schaffen. Dabei war zwar das Fachgebiet, aber weder Ort noch Zeitpunkt der Besetzung festgelegt. Die tatsächliche Ausschreibung war von der OÖGKK im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer nach Maßgabe der elf Kriterien und der finanziellen Leistungsfähigkeit der OÖGKK zu beschließen.

Der oberösterreichische Stellenplan determinierte somit die Gesamtzahl der Planstellen und deren örtliche und fachliche Verteilung weitgehend, ließ jedoch einigen Spielraum bei den zusätzlich einzurichtenden und vorläufig nicht verfügbaren Planstellen.

(b) Der Stellenplan für Tirol enthielt mit Stand 1. Juli 2019 die einzelnen Fachgruppen und Bezirke mit der Anzahl der jeweiligen Planstellen. Die Planstellen waren tabellarisch weiter nach Sanitätssprengeln und Orten aufgeteilt. Bei Freiwerden einer Planstelle erfolgte eine Ausschreibung für die Nachbesetzung. Die Anzahl der Planstellen, ihre Verteilung nach Fachgebieten und ihre örtliche Verteilung waren damit durch den Stellenplan vollständig determiniert.

(c) Im Gesamtvertrag der WGKK waren eine Höchstzahl an Planstellen (880 für Allgemeinmedizin und 970 für Fachgebiete)³⁴ und eine sogenannte „Strukturentwicklungsreserve“ vereinbart (maximal 134 Planstellen, die im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien vorläufig unbesetzt blieben, wenn eine Nachbesetzung versorgungspolitisch nicht notwendig war).

Die Verteilung der Planstellen nach Standort und Fachgebiet war dem Stellenplan in Wien nicht konkret zu entnehmen. Die Ärztekammer für Wien und die WGKK hatten die Verteilung unter Berücksichtigung der Anzahl der Versicherten und des RSG im

³⁴ Davon waren Planstellen in Einzelpraxen sowie Gesellschafterstellen in Gruppenpraxen und in Primärversorgungseinheiten umfasst. Ausgenommen waren die Bereiche Labormedizin, Pathologie und Zahnmedizin.

Einvernehmen bedarfsgerecht festzusetzen. Dazu erfolgte bei jeder Stellenbesetzung bzw. Stellennachbesetzung eine individuelle Bedarfsprüfung insbesondere anhand der Auslastung der betroffenen und der umliegenden Planstellen des jeweiligen Fachgebiets. Darüber entschied ein von der WGKK und der Ärztekammer für Wien auf Fachebene besetzter „Invertragnahmeausschuss“ ohne Befassung der Gremien der WGKK, des Hauptverbands oder der Aufsichtsorgane.

- 14.2 Der RH hielt kritisch fest, dass durch die teils rollierenden Planungshorizonte, durch die mangelnde Aktualisierung bzw. Anpassung an neue Gegebenheiten, durch die Möglichkeit von vorübergehend stillgelegten Planstellen und durch die in Wien nur in Summe definierten Planstellen ein Vergleich zwischen den geplanten und tatsächlich besetzten Planstellen für die Bürgerinnen und Bürger praktisch unmöglich war. Dementsprechend war auch die Anzahl der unbesetzten Planstellen nur mit Erläuterungen der einzelnen Gebietskrankenkassen nachvollziehbar.

Der RH hielt dies insbesondere insofern für problematisch, als die RSG nur auf Ebene der Versorgungsregion planten, aber keine Planstellen enthielten. Ohne transparente Stellenpläne war somit eine Aussage über die Erreichung der geplanten Versorgungsangebote nahezu unmöglich.

Der RH empfahl der ÖGK, die ärztlichen Stellenpläne gemeinsam mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer so weiterzuentwickeln, dass ein Vergleich zwischen den geplanten und tatsächlich besetzten Planstellen möglich ist und klare Sollvorgaben enthalten sind.

- 14.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

Unbesetzte Planstellen

Überblick

- 15.1 (1) Eine Übersicht über die offenen Planstellen nach Fachgebiet und Region war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur bedingt verfügbar. Laut Ministerium habe eine Stichtagsfeststellung anlässlich der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 2817/J im April des Jahres 2019 österreichweit 70 unbesetzte Planstellen für Allgemeinmedizin ergeben. Dies entspreche bei rd. 4.000 Planstellen einem Anteil von rd. 2 %. Bei den Fachärztinnen und –ärzten liege das Verhältnis in einer ähnlichen Größenordnung. In der öffentlichen Diskussion werde das Ausmaß der unbesetzten Planstellen überschätzt. Unbesetzte Planstellen in strukturschwachen Regionen würden hohe Aufmerksamkeit generieren. Häufig seien aber Planstellen nur vorübergehend unbesetzt, nur wenige Planstellen könnten für eine längere Zeit nicht besetzt werden. Weiters hätten die Gründe für unbesetzte Planstellen teilweise mit einem „Mangel“ nichts zu tun. Zum Beispiel könnte eine Planstelle zur Verlegung an einen anderen Standort bzw. für eine Gruppenpraxisplanstelle reserviert sein.

Der Hauptverband sammelte seit 2018 Meldungen der einzelnen Krankenversicherungsträger, bei denen Informationen über die bestehenden Ausschreibungen vorlagen und die unbesetzten Planstellen kategorisierten. Nähere Informationen (z.B. Zusatzvereinbarungen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen Ärztekammer, die Versorgungssituation und besondere Umstände) waren jedoch nur beim jeweiligen Krankenversicherungsträger verfügbar.

Die Gruppe unbesetzter Planstellen teilte sich in zwei Kategorien: jene, die „freigehalten“ wurden (z.B. weil die Stellenpläne veraltet waren oder weil die Stellen für Gruppenpraxen oder Primärversorgungseinrichtungen freigehalten wurden), und jene, für die eine Besetzung vorgesehen war, die aber dennoch nicht besetzt waren (z.B. weil sich keine Bewerber auf eine Ausschreibung gemeldet hatten, diese nach einer erfolgreichen Bewerbung die Stelle nicht angenommen hatten oder andere Umstände – wie etwa eine erfolglose Suche nach geeigneten Räumlichkeiten – der Besetzung entgegenstanden).

(2) Jede Gebietskrankenkasse hatte in Abstimmung mit der zuständigen Ärztekammer – zum Teil historisch gewachsen – eine für ihre Bedürfnisse zugeschnittene Darstellung der Stellenpläne entwickelt. Dadurch unterschieden sich die Systematik der Darstellung, die Abbildungszeitpunkte und die abgebildeten Hintergrundinformationen (z.B. ruhende Stellen, regionale Verlegungen).

Aufgrund der fehlenden Daten erhob der RH gemeinsam mit der ÖGK in mehreren Arbeitsschritten die besetzten und unbesetzten Planstellen zum Jahresende 2019 in

einem einheitlichen Format. Dazu führte er die verschiedenen Darstellungen und Informationen manuell zusammen, was mit zahlreichen Rückfragen verbunden war.

Tabelle 11: Anzahl der Planstellen bzw. unbesetzten Planstellen in Österreich (31. Dezember 2019)

	Allgemeinmedizin	Fachgebiet									Gesamtsumme
		Augenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Lungenkrankheiten	Neurologie/Psychiatrie	sonstige ²	Summe Fachgebiete	
Anzahl											
Planstellen											
Burgenland	143,0	11,0	6,0	14,0	15,0	8,0	5,0	8,0	32,0	99,0	242,0
Kärnten	261,0	28,0	15,0	25,0	27,0	17,5	9,0	18,5	66,0	206,0	467,0
Niederösterreich	777,0	58,0	38,0	65,0	59,0	43,0	26,0	37,5	173,0	499,5	1.276,5
Oberösterreich	671,7	59,2	34,0	72,0	41,0	38,5	23,5	42,5	135,3	446,0	1.117,7
Salzburg	255,7	26,0	17,7	27,0	28,0	20,0	11,0	28,8	63,5	222,0	477,7
Steiermark	604,0	44,0	27,0	53,0	55,0	36,0	19,0	35,0	106,0	375,0	979,0
Tirol	321,5	28,0	21,0	31,0	35,0	25,0	13,0	31,0	88,0	272,0	593,5
Vorarlberg	160,0	22,5	11,0	22,0	31,0	20,0	4,0	18,0	46,5	175,0	335,0
Wien ¹	764,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	890,0	1.654,0
Summe	3.957,9	276,7	169,7	309,0	291,0	208,0	110,5	219,3	710,3	3.184,5	7.142,4
<i>davon unbesetzte Planstellen</i>											
Burgenland	3,0	1,0	0,0	2,0	0,0	1,0	0,0	1,0	2,0	7,0	10,0
Kärnten	6,0	1,0	1,0	0,0	2,0	0,5	0,0	3,0	1,0	8,5	14,5
Niederösterreich	48,5	0,0	3,0	2,0	1,0	9,5	0,0	0,5	2,0	18,0	66,5
Oberösterreich	36,1	0,0	2,0	3,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	9,0	45,1
Salzburg	21,0	1,0	0,7	1,0	3,0	2,0	2,0	6,0	4,0	19,7	40,7
Steiermark	20,0	0,0	0,0	6,0	0,0	4,0	1,0	6,0	0,0	17,0	37,0
Tirol	5,0	2,0	1,0	1,0	1,0	3,0	0,0	1,0	5,0	14,0	19,0
Vorarlberg	3,0	2,5	0,0	2,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	6,5	9,5
Wien ¹	42,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	43,0	85,0
Summe	184,6	7,5	7,7	17,0	7,0	25,0	3,0	18,5	14,0	142,7	327,3
<i>davon freigehaltene Planstellen</i>											
Burgenland	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	3,0	3,0
Kärnten	4,0	0,0	1,0	0,0	2,0	0,5	0,0	2,0	0,0	5,5	9,5
Niederösterreich	16,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,5	0,0	0,5	1,0	6,0	22,0
Oberösterreich	10,1	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	12,1
Salzburg	17,0	1,0	0,7	0,0	3,0	1,0	1,0	5,0	2,0	13,7	30,7
Steiermark	8,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	2,0	0,0	4,0	12,0
Tirol	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	2,0	3,0	4,0
Vorarlberg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wien ¹	20,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	25,0	45,0
Summe	76,1	1,0	3,7	4,0	6,0	5,0	1,0	10,5	6,0	62,2	138,3

n.v. = nicht verfügbar

Quelle: Österreichische Gesundheitskasse

¹ Für Wien stellten die Planstellen laut Gesamtvertrag nur Maximalzahlen dar. Der RH zog daher – in Analogie zu den Planstellen der anderen Länder – die besetzten Planstellen, die ausgeschriebenen, aber unbesetzten Planstellen sowie die für Gruppenpraxen oder Primärversorgungseinrichtungen reservierten Planstellen heran.

² Umfasst sind die Fachbereiche Chirurgie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Labormedizin, Orthopädie, Radiologie, Unfallchirurgie und Urologie, da dort jeweils wenig unbesetzte Planstellen waren.

Die Tabelle zeigt, dass mit Stand 31. Dezember 2019 österreichweit von 7.142,4 Planstellen 138,3 (rd. 1,9 %) freigehalten waren (z.B. als Reserve für Primärversorgungseinheiten u.a. in Oberösterreich, Salzburg und Wien). 189 Planstellen (rd. 2,6 %) waren entgegen der Planung nicht besetzt (z.B. Planstellen, bei denen die Ausschreibung zu keinen Bewerbungen geführt hatte). Insgesamt lag somit der Anteil der unbesetzten Stellen bei rd. 4,6 %.

In der Allgemeinmedizin enthielten die Stellenpläne österreichweit zum 31. Dezember 2019 3.957,9 Planstellen, von denen 184,6 (rd. 4,7 %) nicht besetzt waren; davon waren 108,5 (rd. 2,7 %) entgegen der Planung unbesetzt und 76,1 (rd. 1,9 %) freigehalten.

- 15.2 Der RH merkte an, dass die Erhebung und Analyse der unbesetzten Planstellen mit erheblichem Aufwand verbunden waren.

[Er empfahl der ÖGK, österreichweit ein zeitnahes und standardisiertes Monitoring der besetzten und unbesetzten ärztlichen Planstellen einzuführen.](#)

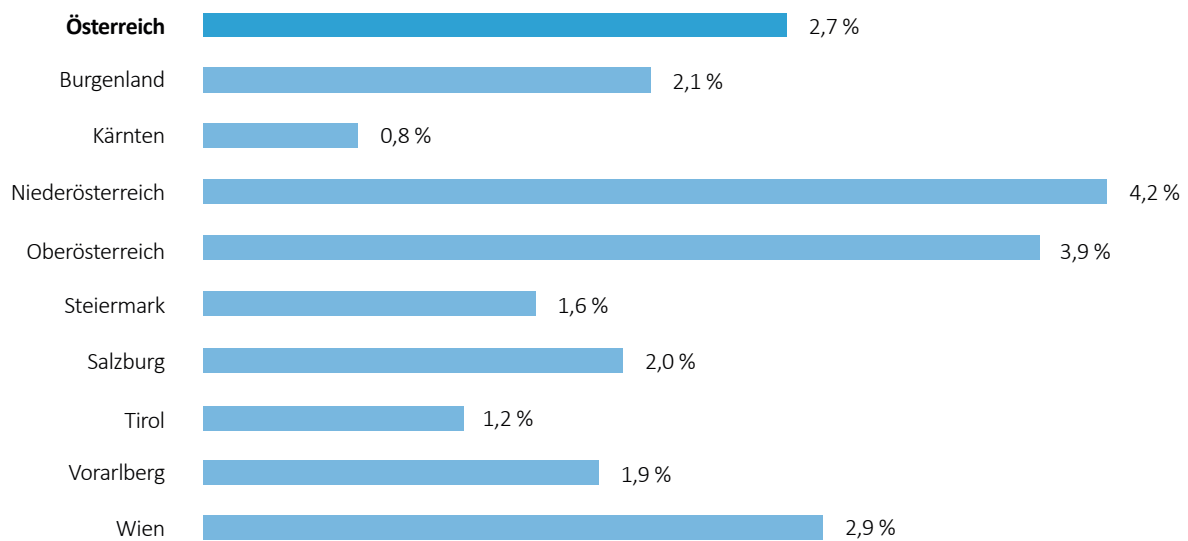
Der RH hielt fest, dass die Anzahl der unbesetzten Planstellen für sich allein stehend nicht aussagekräftig war. Für ein näheres Verständnis der Bedeutung unbesetzter Planstellen für die Versorgung der Bevölkerung analysiert der RH im Folgenden drei ausgewählte Versorgungsbereiche, in denen eine besonders hohe Anzahl unbesetzter Planstellen vorlag: Allgemeinmedizin im Bezirk Scheibbs, Kinder- und Jugendheilkunde in der Thermenregion Niederösterreich sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Steiermark.

- 15.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Sie führte aus, dass sie die Notwendigkeit eines zeitnahen Planstellenmonitorings im Zuge der Gebarungsüberprüfung des RH selbst erkannt und diesbezüglich kurzfristig eine Lösung erarbeitet habe, mit der ein Monitoring der Planstellen im derzeitigen System der Planstellenverwaltung möglich sei. Eine einheitliche Verwaltung von Planstellen sei in Entwicklung und solle mittelfristig umgesetzt werden.

Allgemeinmedizin im Bezirk Scheibbs

16.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der entgegen der Planung unbesetzten Planstellen für Allgemeinmedizin in Bezug auf die gesamten Planstellen für Allgemeinmedizin je Land:

Abbildung 4: Anteil der entgegen der Planung unbesetzten Planstellen für Allgemeinmedizin an den gesamten Allgemeinmedizin-Planstellen, nach Land (Stand 31. Dezember 2019)

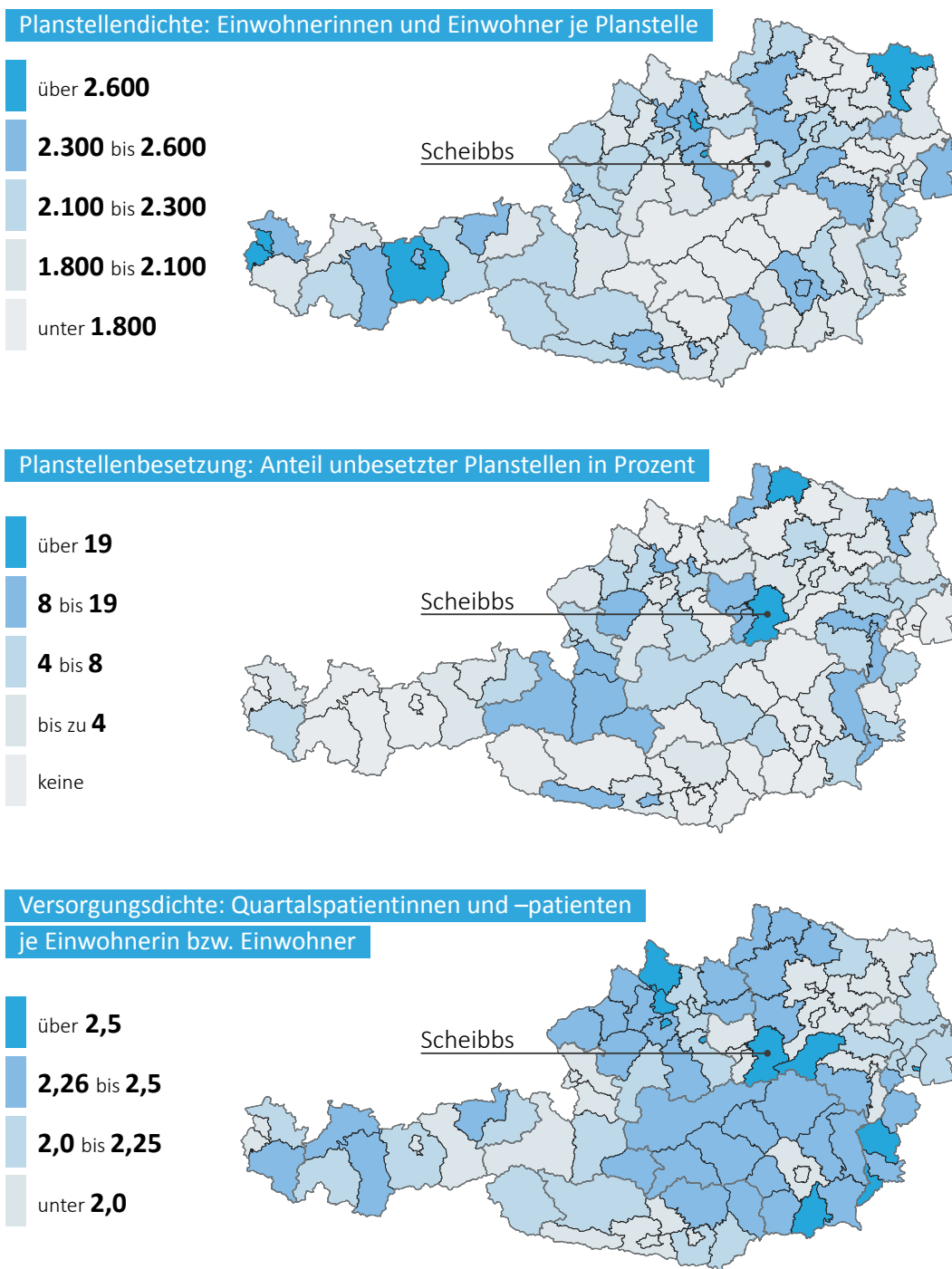


Quelle: Österreichische Gesundheitskasse; Darstellung: RH

Der Anteil dieser entgegen der Planung unbesetzten Planstellen war in Niederösterreich mit 4,2 % am höchsten.

(2) Die folgende Abbildung zeigt drei wesentliche Kennzahlen auf Bezirksebene: Die Planstellendichte (Einwohnerinnen und Einwohner je Planstelle), den Anteil der unbesetzten Planstellen an allen Planstellen und die Versorgungsdichte (Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten je Einwohnerin bzw. Einwohner):

Abbildung 5: Ausgewählte Kennzahlen für die allgemeinmedizinische Versorgung nach Bezirken 2019



Quelle: Österreichische Gesundheitskasse; Darstellung: RH

Die Analyse zeigte, dass der Anteil der unbesetzten Stellen an allen Planstellen alleine wenig über etwaige Versorgungsprobleme aussagte. Teilweise war gerade in Bezirken mit einem hohen Anteil unbesetzter Stellen die Planstellendichte hoch; die Bevölkerung konnte dort sogar häufiger Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner aufsuchen als in anderen Bezirken ohne unbesetzte Planstellen.

(3) Beispielsweise waren im Bezirk Scheibbs zum 31. Dezember 2019 fünf von 25 Planstellen (20 %) unbesetzt. Die Anzahl der versorgten Quartalspatientinnen und –patienten bezogen auf die Bevölkerung lag in Scheibbs allerdings um 28 % über dem Durchschnitt in Niederösterreich. Dies lag zum einen an einer höheren Auslastung, zum anderen an einer höheren Planstellendichte: Die Auslastung (Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten je Ärztin bzw. Arzt) der 20 besetzten Planstellen im Bezirk Scheibbs lag 14 % über dem niederösterreichweiten Durchschnitt. Die Planstellendichte in Scheibbs war um 30 % höher als der Niederösterreich–Durchschnitt. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (**NÖGKK**) verwies diesbezüglich auf die historische Entwicklung der Stellenpläne, die relativ kleinteilige Struktur der Gemeinden im Bezirk Scheibbs und die Lage im Alpenvorland.

Für zwei Planstellen im Bezirk Scheibbs war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits jeweils eine Nachfolgerin bzw. ein Nachfolger gefunden. Drei Planstellen waren allerdings trotz mehrfacher Ausschreibungen unbesetzt: Zwei dieser Planstellen waren erst im Jahr 2019 frei geworden, eine Planstelle war bereits seit 2016 unbesetzt. Diese offene Planstelle wurde im Jahr 2019 im Rahmen der „Landarztgarantie“ des Landes Niederösterreich und im Jahr 2020 für einige Monate von einem Spitalsarzt (als Vertreter in einer bestehenden niedergelassenen Praxis) mitbetreut. Mangels Bedarfs wurde jedoch dieses Angebot wieder eingestellt. Für eine weitere der offenen Planstellen war zwar mittelfristig eine Mitbetreuung durch eine neu zu schaffende Primärversorgungseinheit geplant, sie wurde jedoch weiterhin ausgeschrieben.

- 16.2 Der RH merkte an, dass der im Österreichvergleich hohe Anteil (20 %) unbesetzter Planstellen im Bezirk Scheibbs nur beschränkte Aussagen über etwaige Versorgungsprobleme zuließ. Zum einen handelte es sich um eine Stichtagsbetrachtung (zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren bereits zwei der fünf zum 31. Dezember 2019 unbesetzten Planstellen wieder besetzt), zum anderen war die Planstellendichte hoch. Der RH war daher der Ansicht, dass die Beurteilung der Versorgungssituation eine regionale Betrachtung mehrerer Kennzahlen in Verbindung mit einer qualitativen Analyse erforderte. Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Ministerium in **TZ 6**, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen.

Kinder- und Jugendheilkunde in der Thermenregion Niederösterreich

17.1 (1) In Niederösterreich waren Ende 2019 rd. 20 % der Planstellen für Kinder- und Jugendheilkunde unbesetzt. Nachstehende Tabelle zeigt ausgewählte Kennzahlen für die Thermenregion Niederösterreich:

Tabelle 12: Kinder- und Jugendheilkunde in der Thermenregion Niederösterreich – Kennzahlen-übersicht 2019

Bezirk	Kinder bis zum 14. Lebensjahr	Planstellen	davon unbesetzt	Ärztedichte ¹	Auslastung ²	Versorgungsdichte ³	Spitalsambulanz verfügbar
	Anzahl					Anzahl	
Baden	21.259	3	1	10.630	durchschnittlich	64	nein
Bruck an der Leitha	15.400	3	1	7.700	durchschnittlich	79	ja
Mödling	16.826	3	1	8.413	unterdurchschnittlich	57	ja
Neunkirchen	11.937	1	0	11.937	durchschnittlich	59	nein
Wiener Neustadt-Stadt und Wiener Neustadt-Land	18.521	3	0	6.174	überdurchschnittlich	92	ja
Summe	83.943	13	3	8.394	–	71	–

¹ Ärztedichte: Anzahl der Kinder bis zum 14. Lebensjahr je besetzte Planstelle; 14- bis 18-Jährige konsultieren in erheblichem Ausmaß auch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner.

² Auslastung: Anzahl der Erstkonsultationen im Quartal je Ärztin bzw. Arzt; ausgewertet nach Standort der Ärztin bzw. des Arztes; die Bewertung über- bzw. unterdurchschnittlich ergab sich bei einer positiven oder negativen Abweichung von mehr als 10 % vom Bezirksdurchschnitt.

³ Versorgungsdichte: Anzahl der Erstkonsultationen je 100 Kinder bis zum 14. Lebensjahr; ausgewertet nach Wohnsitz der Patientinnen und Patienten

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Österreichische Gesundheitskasse; Niederösterreichische Gebietskrankenkasse; Berechnung: RH

Ende 2019 waren in der Thermenregion Niederösterreich drei von 13 Planstellen für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. 23 % der Planstellen – je eine in den Bezirken Baden, Bruck an der Leitha und Mödling – unbesetzt.

(2) Die Ärztedichte war je nach Bezirk stark unterschiedlich und lag zwischen rd. 12.000 Kindern je Planstelle im Bezirk Neunkirchen und rd. 6.000 Kindern je Planstelle in den Bezirken Wiener Neustadt-Stadt und Wiener Neustadt-Land. Während in den Bezirken Wiener Neustadt-Stadt und Wiener Neustadt-Land rechnerisch bis zu 92 % aller Kinder einmal im Jahr bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde waren, waren es im Bezirk Neunkirchen nur bis zu 59 %. Im Bezirk Mödling war die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich am niedrigsten, obwohl dort die Ärztedichte höher war als im Bezirk Neunkirchen. Im Bezirk Mödling bestand allerdings die Möglichkeit einer Behandlung in der Spitalsambulanz.

Die ÖGK wies darauf hin, dass für viele Einwohnerinnen und Einwohner des Bezirks Neunkirchen auch die Bezirke Wiener Neustadt–Stadt und Wiener Neustadt–Land im Rahmen der Mindestreichbarkeitsgrenzen lagen. Für eine Beurteilung der Angemessenheit der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und –ärzten würden Diagnosen und Handlungsleitlinien fehlen. Es sei daher nicht feststellbar, inwieweit die höhere Inanspruchnahme in den Bezirken Wiener Neustadt–Stadt und Wiener Neustadt–Land auf dort häufigere Erkrankungen zurückgehe.

(3) Die Auslastung der bestehenden Vertragsärztinnen und –ärzte hing nur teilweise mit der Ärztedichte und der Anzahl der unbesetzten Planstellen zusammen. Sie lag z.B. im Bezirk Mödling unter dem Durchschnitt, obwohl eine Planstelle unbesetzt war. Die NÖGKK wies darauf hin, dass sie bei niedriger Fallzahl einer Vertragspartnerin oder eines Vertragspartners keine Handhabe zur Erhöhung der Auslastung habe. Gerade im Bezirk Mödling würden teilweise auch während der Ordinationszeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Spitalsambulanzen aufgesucht. Die NÖGKK ziele aber – auch aus Kostengründen – darauf ab, eine Versorgung soweit wie möglich im niedergelassenen Bereich durchzuführen.

(4) Die NÖGKK bzw. die ÖGK versuchte, bei unbesetzten Planstellen teilweise die Versorgung durch alternative Lösungen sicherzustellen:

- Im Bezirk Bruck an der Leitha (eine unbesetzte Planstelle seit 2016) schloss die NÖGKK im Jahr 2020 parallel zu den weiterlaufenden Ausschreibungen mit einem ehemaligen Vertragspartner, der die Altersgrenze überschritten hatte, einen Verrechnungsvertrag.
- Im Bezirk Mödling, wo eine Planstelle seit 2017 unbesetzt war, war geplant, die Versorgung unter verstärkter Nutzung der Spitalsambulanz sicherzustellen. Die Besetzung der freien Planstelle war dadurch erschwert, dass ein Vertragspartner nur den Vertrag mit der NÖGKK, nicht aber den Sonderversicherungsträgern gekündigt hatte und ansonsten als Wahlarzt praktizierte. Dies reduzierte die Attraktivität der Planstelle für andere Bewerberinnen und Bewerber.
- Im Bezirk Baden mit einer unbesetzten Planstelle seit April 2019 war zur Zeit der Gebarungüberprüfung keine besondere Vorkehrung zur Besetzung der Planstelle vorgesehen. Dort habe sich zwar ein Interessent für die ausgeschriebene Planstelle beworben, sei aber nach der Zusage der NÖGKK wegen einer freien Planstelle in einem anderen Land nicht mehr zur Verfügung gestanden.

Die NÖGKK wies weiters darauf hin, dass sie in Niederösterreich – ausgehend von einem im Ländervergleich niedrigen Niveau – in den Jahren 2019 und 2020 besondere Bemühungen zur Verbesserung der Honorarsituation unternommen habe. Diese hätten aber noch keine höhere Anzahl von Bewerberinnen und Bewerbern bewirkt.

- 17.2 Der RH merkte an, dass für die Beurteilung der Versorgungssituation neben der Anzahl der unbesetzten Planstellen jedenfalls auch die Ärztedichte und die Auslastung der Vertragspartnerinnen und –partner sowie alternative Versorgungsformen (Wahlärztinnen und –ärzte, Ärztinnen und Ärzte mit kleinen Kassen, Spitalsambulanzen) zu berücksichtigen waren. Weiters wäre die Einbeziehung von Informationen über Diagnosen und Behandlungsleistungen zweckmäßig. Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Ministerium in **TZ 6**, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen, und in **TZ 13**, eine stärkere Verbindlichkeit des ÖSG und der RSG für die Stellenplanung und deren Umsetzung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz vorzuschlagen.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Steiermark

- 18.1 (1) In der Steiermark waren im vierten Quartal 2019 sechs von 53 Planstellen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11 %) unbesetzt. Die folgende Tabelle zeigt insbesondere, in welchen Bezirken Ende 2019 Planstellen unbesetzt waren und wie dort die Ärztedichte, die Auslastung der Vertragsärztinnen und –ärzte und die Versorgungsdichte waren:

Tabelle 13: Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Steiermark – Kennzahlenübersicht 2019

Bezirk	Einwohnerinnen über 15 Jahre	Planstellen	davon unbesetzt	Ärztedichte ¹	Auslastung ²	Versorgungsdichte ³	Spitalsambulanz verfügbar
	Anzahl					Anzahl	
Bruck–Mürzzuschlag	44.588	6	0	7.431	unterdurchschnittlich	43	nein
Deutschlandsberg	26.716	2	0	13.358	überdurchschnittlich	38	ja
Graz–Stadt	127.980	17	1	7.999	durchschnittlich	35	ja
Graz–Umgebung	66.948	2	0	33.474	überdurchschnittlich	30	nein
Hartberg–Fürstenfeld	39.499	4	0	9.875	überdurchschnittlich	46	ja
Leibnitz	36.016	3	0	12.005	durchschnittlich	34	nein
Leoben	27.219	2	0	13.610	überdurchschnittlich	43	ja
Liezen	35.598	4	1	11.866	unterdurchschnittlich	27	ja
Murau	12.211	1	1	n.v.	n.v.	15	nein
Murtal	32.088	3	2	32.088	überdurchschnittlich	20	ja
Südoststeiermark	37.768	3	0	12.589	durchschnittlich	29	ja
Voitsberg	23.029	2	0	11.515	überdurchschnittlich	39	nein
Weiz	38.722	4	1	12.907	unterdurchschnittlich	29	nein
Summe	548.382	53	6	11.668	–	34	–

n.v. = nicht vorhanden

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Österreichische Gesundheitskasse; Steiermärkische Gebietskrankenkasse; Berechnung: RH

¹ Ärztedichte: Anzahl der Einwohnerinnen über 15 Jahre je besetzte Planstelle

² Auslastung: Anzahl der Erstkonsultationen im Quartal je Ärztin bzw. Arzt; ausgewertet nach Standort der Ärztin bzw. des Arztes; die Bewertung über- bzw. unterdurchschnittlich ergab sich bei einer positiven oder negativen Abweichung von mehr als 10 % vom Bezirksdurchschnitt.

³ Versorgungsdichte: Anzahl der Erstkonsultationen je 100 Einwohnerinnen über 15 Jahre nach Wohnsitz der Patientinnen

(2) In fünf steiermärkischen Bezirken gab es unbesetzte Planstellen:

(a) Die unbesetzte Planstelle im Bezirk Weiz wurde im Juli 2017 im Stellenplan neu geschaffen, allerdings bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht ausgeschrieben. Grund dafür war eine Vereinbarung mit der Landesärztekammer im Hinblick auf die unterdurchschnittliche Auslastung der vorhandenen drei Vertragsfachärztinnen und –ärzte. Jedoch nahm nur ein geringer Teil der weiblichen Bevölkerung eine Konsultation in Anspruch. Die Gründe dafür waren nicht näher bekannt.

(b) Die unbesetzten Planstellen in den Bezirken Graz–Stadt und Liezen fielen in eine übliche Übergangsphase zwischen Vorgänger und Nachfolger.³⁵

(c) Die Nachbesetzung der unbesetzten Planstellen in den Bezirken Murau und Murtal war schwierig und mit Versorgungsproblemen verbunden. Die STGKK hatte zwar bereits eine Anschubfinanzierung (70.000 EUR je Planstelle) und die Möglichkeit einer flexiblen Vertragsgestaltung angeboten. Dies führte aber nicht zu Bewerbungen. Die Planstelle im Bezirk Murau war seit 31. Dezember 2016 unbesetzt. Mehrere Ausschreibungen hatten ohne Bewerbungen geendet. Es handelte sich um die einzige Planstelle im Bezirk, die Anzahl der Arztbesuche bei diesen Fachärztinnen und –ärzten der dort ansässigen Frauen über 15 Jahren war niedrig. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung hatte die STGKK vereinbart, dass ein Vertragsfacharzt aus Kärnten zwei Tage in der Woche eine Zweitordination in Murau führen werde.

Im Bezirk Murtal waren zwei Drittel der Planstellen unbesetzt, da mehrere Ausschreibungen erfolglos blieben. Die ÖGK plante, durch die Zusammenarbeit mit Spitalsambulanzen eine Sachleistungsversorgung sicherzustellen.

(3) Die Tabelle zeigt weiters, dass bereits die Stellenplanung größere Unterschiede zwischen den Bezirken vorsah. So entfielen z.B. im Bezirk Bruck–Mürzzuschlag auf eine Planstelle nur rd. 7.400 Einwohnerinnen über 15 Jahre, im Bezirk Deutschlandsberg dagegen rd. 13.400. Dies war auch auf die verfügbaren Ressourcen in Spitalsambulanzen zurückzuführen. Eine Vereinbarung zur angestrebten Versorgungswirkung der Spitalsambulanzen auch für den niedergelassenen Bereich war allerdings nicht vorhanden.

Ein Zielwert für die Inanspruchnahme einer Planstelle oder für die Anzahl der Konsultationen je Frau bzw. Mädchen über 15 Jahre war in den Planungsunterlagen (ÖSG, RSG, Stellenpläne) nicht enthalten (TZ 9).

³⁵ Die Planstelle im Bezirk Graz–Stadt war erst seit Kurzem unbesetzt, für die Planstelle im Bezirk Liezen war – nachdem sie etwa ein Jahr unbesetzt gewesen war – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein Nachfolger gefunden.

- 18.2 Der RH vertrat die Ansicht, dass die für das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhobenen Daten auf eine schwierige Versorgungslage in den Bezirken Murtal und Murau hinwiesen, weil dort eine unterdurchschnittliche Ärztedichte, eine hohe Auslastung der bestehenden Vertragspartnerinnen und –partner (soweit vorhanden) und eine geringe Versorgungsdichte zusammentrafen.

Der RH empfahl der ÖGK, die unbesetzten ärztlichen Planstellen im Hinblick auf ihre Versorgungsrelevanz zu beurteilen und im Falle einer wesentlichen Unterversorgung geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zu treffen.

Der RH verwies weiters erneut auf die Empfehlung an das Ministerium in TZ 6, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen.

- 18.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und wies ergänzend darauf hin, dass sie auch derzeit schon versuche, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. So hätten z.B. in der Steiermark einige Versorgungsprobleme im gynäkologischen Bereich durch Abschluss einer Vereinbarung mit einer Krankenhausambulanz (20 Wochenstunden), durch Versorgung mittels Zweitordination (20 Wochenstunden) bzw. durch eine zwischenzeitlich erfolgte Nachbesetzung gelöst werden können.

Ein wesentlicher Grund, warum in der Stadt Graz eine Planstelle für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach wie vor nicht besetzt habe werden können, sei der Umstand, dass bei dieser Planstelle die ehemalige Vertragsärztin nur den Vertrag mit der ÖGK, nicht aber die Verträge mit den Sonderversicherungsträgern gekündigt habe. Es bedürfe daher einer gesetzlichen Regelung, womit die Auswahl bzw. der Erhalt singulärer Verträge mit Sonderversicherungsträgern verhindert werden könne, wie dies auch in Art. 50 Abs. 2 Z 1 der Reformvereinbarung 2017³⁶ vorgesehen sei.

Außerdem müsse den Krankenversicherungsträgern der Zugang zu alternativen Versorgungsmodellen (dislozierte Ambulanzen, Ambulatorien etc.) erleichtert werden.

- 18.4 Der RH verwies gegenüber der ÖGK darauf, dass er die von den Gebietskrankenkassen bzw. der ÖGK gesetzten Maßnahmen zur Attraktivierung unbesetzter ärztlicher Planstellen ausdrücklich anerkannte (TZ 19).

³⁶ BGBl. I 98/2017

Ursachen und Maßnahmen bei unbesetzten Planstellen

19.1 (1) Das Ministerium und die Gebietskrankenkassen gaben folgende Ursachen für die steigende Anzahl unbesetzter Planstellen an:

- geringe Anzahl an Berufseinsteigerinnen und –einsteigern wegen Studienplatzbeschränkungen,
- Abwanderung von in Österreich ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten ins Ausland,
- erhöhte Konkurrenz des stationären Bereichs (insbesondere durch Verbesserungen der Arbeitszeiten) und
- Engpässe an Ausbildungsstellen in manchen Bereichen (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Für die Ärztinnen und Ärzte seien die Planstellen hinsichtlich Verdienstmöglichkeiten, Zeit für Patientinnen und Patienten, Bürokratie und Arbeitsbelastung teils nicht ausreichend attraktiv. Besonders schwierig sei die Besetzung von Planstellen für Allgemeinmedizin, vor allem in struktur- oder einwohnerschwachen Regionen. Dies sei insbesondere auf mangelnde Anerkennung der Allgemeinmedizin, geringere Honorare im Vergleich zu Fachärztinnen und –ärzten, fehlende Hausapothekenberechtigung, ungeliebte Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen, hohe Patientenfrequenzen mit entsprechender Beanspruchung und auf die patientenseitige Erwartung ständiger Verfügbarkeit vor Ort zurückzuführen.

Die Gebietskrankenkassen führten weiters aus, dass die Möglichkeit der Vertragspartnerinnen und –partner, den Vertrag mit der Gebietskrankenkasse zu kündigen und als Vertragspartnerinnen und –partner der Sonderversicherungsträger bzw. als Wahlärztin oder –arzt weiterzuarbeiten, die Attraktivität der Planstellen für neue Bewerberinnen und Bewerber reduziere. Weiters würden die veränderten Arbeitszeiten im Krankenanstaltenbereich zusätzliche Wahlarztstätigkeiten ermöglichen. Dies erhöhe den Wettbewerb für Planstellen und mache diese wirtschaftlich weniger attraktiv.

(2) Die Gebietskrankenkassen bzw. die ÖGK setzten verschiedene Maßnahmen, um eine Stellenbesetzung zu ermöglichen.

- Die STGKK und die WGKK gewährten Anschubfinanzierungen. In den übrigen Ländern leisteten teilweise Länder oder Gemeinden finanzielle oder organisatorische Unterstützung (z.B. durch Förderungen von Ordinationsräumlichkeiten), nicht jedoch die Gebietskrankenkassen.
- Teilweise ermöglichten die Gebietskrankenkassen alternative Standorte und eine gemeinsame Bewerbung mehrerer Teilzeitkräfte für eine Planstelle.
- Die Gebietskrankenkassen versuchten, auch durch Tarifierhöhungen in Fachgebieten mit besonderen Nachbesetzungsproblemen (z.B. Kinder- und Jugendheilkunde in

Niederösterreich) bzw. durch Verbesserungen bei den sonstigen Rahmenbedingungen (z.B. Sicherstellung der Versorgung zu Rand- oder Nachtzeiten über alternative Versorgungsmodelle zur Entlastung der Vertragspartnerinnen und -partner) ihre Planstellen attraktiver zu gestalten.

Weiters versuchten die Gebietskrankenkassen, eine alternative Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen:

- Sie ermöglichten eine (zeitlich befristete) Stellvertretung oder die Mitbetreuung einer Planstelle durch eine Zweitordination einer bestehenden Vertragspartnerin bzw. eines bestehenden Vertragspartners.
- In einigen Fällen ermöglichten sie nach Erreichen der Altersgrenze eine Fortführung der Ordination durch Verlängerung des Kassenvertrags oder durch Abschluss einer Verrechnungsvereinbarung.
- Mehrere Gebietskrankenkassen strebten eine Zusammenarbeit mit Krankenanstaltenbetreibern an, bei der die Krankenanstalt Versorgungsleistungen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten organisierte und die Sozialversicherung die Kosten trug. In einigen Fällen beurteilten die Gebietskrankenkassen die rechtliche Umsetzung von derartigen Sonderlösungen als schwierig. Sie verwiesen insbesondere auf die erforderliche Bedarfsprüfung für die Errichtung von Ambulatorien.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es seitens der ÖGK keine umfassende Strategie zur Lösung der Nachbesetzungsprobleme. Zur Attraktivierung des Vertragsarztberufs hatte sie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein Projekt begonnen.

(3) Deutschland hatte für den Fall einer festgestellten Unterversorgung spezifische Rechtsfolgen vorgesehen, z.B. Erleichterungen in der Bedarfsprüfung für die Übernahme von Versorgungsfunktionen durch Krankenanstalten. Entsprechende Regelungen bestanden in Österreich nicht.

- 19.2 Der RH anerkannte, dass die Gebietskrankenkassen bzw. die ÖGK Maßnahmen zur Attraktivierung unbesetzter ärztlicher Planstellen setzten und bei länger unbesetzten Planstellen um die Versorgung der Bevölkerung durch alternative Betreuungsformen bemüht waren. Er wies allerdings darauf hin, dass die getroffenen Maßnahmen, insbesondere eine Anschubfinanzierung, uneinheitlich waren.

Der RH empfahl der ÖGK, eine Strategie zur Besetzung von Planstellen zu entwickeln, dazu gezielte Maßnahmen (z.B. Flexibilisierung von Rahmenbedingungen) vorzusehen und diese nach einheitlichen Rahmenbedingungen regional bedarfsgerecht anzuwenden.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, darauf hinzuwirken, dass bei länger unbesetzten ärztlichen Planstellen alternative Betreuungsformen (z.B. in Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten) zeitgerecht und flexibel zur Versorgung der Bevölkerung bestehen.

Der RH wies darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte nach Kündigung des Vertrags mit der ÖGK weiterhin die Verträge mit den Sonderversicherungsträgern behalten konnten. Er merkte an, dass ohne Anspruchsberechtigte der Sonderversicherungsträger die Attraktivität der Planstellen geringer war.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Gesetzgeber Maßnahmen vorzuschlagen, um die Attraktivität der ärztlichen Planstellen der ÖGK zu erhöhen. Dabei wäre die Zweckmäßigkeit, ausschließlich Verträge mit Sonderversicherungsträgern im Falle der Kündigung von Verträgen mit der ÖGK fortzuführen, zu prüfen.

- 19.3 (1) Laut Stellungnahme des Ministeriums solle gemäß der Reformvereinbarung 2017 im Sozialversicherungsrecht vorgesehen werden, dass die Kündigung eines § 2–Kassenvertrags die Kündigung sämtlicher Einzelverträge bewirke.

Dies sei gesetzlich insofern bereits umgesetzt, als im Falle der Kündigung des Vertrags einer Primäerversorgungseinheit mit der ÖGK dies auch die Vertragsauflösung mit den übrigen Krankenversicherungsträgern bewirke (§ 342c Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz). Aus fachlicher Sicht befürworte das Ministerium eine generelle (und somit nicht bloß auf den Bereich der Primäerversorgungseinheiten beschränkte) Regelung, bislang habe allerdings kein politischer Konsens darüber erzielt werden können.

Die Empfehlung zur Nutzung alternativer Betreuungsformen bei Problemen zur Besetzung offener Planstellen unterstütze das Ministerium; die Umsetzung obliege jedoch primär den Sozialversicherungsträgern.

Die Planungsvorgaben (Richtwerte) des ÖSG würden den gesamten ambulanten Bereich umfassen. Die Zuordnung der Leistungserbringung zu den unterschiedlichen Leistungsanbietern erfolge regional unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen lokalen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen. Kooperationen bzw. innovative Versorgungsformen seien im Rahmen der ÖSG–Vorgaben jedenfalls möglich.

(2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme zur Entwicklung einer Strategie für die Besetzung von Planstellen aus, dass sie in den vergangenen Jahren durch die Einführung verschiedener Zusammenarbeitsformen die Rahmenbedingungen bereits deutlich flexibilisiert habe. Ein im Rahmen des Integrationsprozesses abgewickelter Projekt habe sich – neben anderen Themen – auch mit Strategien zur Besetzung von Planstellen befasst.

Die Empfehlung zu alternativen Betreuungsformen nehme die ÖGK zur Kenntnis. Sie habe schon in der Vergangenheit Initiativen gesetzt, bei länger unbesetzten Planstellen die Versorgung der Bevölkerung durch alternative Betreuungsformen zu gewährleisten. Die konkrete Umsetzung hänge jedoch davon ab, ob die potenziellen Vertragspartnerinnen und -partner zur Zusammenarbeit bereit seien und ob die alternative Betreuungsform über entsprechende ärztliche Kapazitäten verfüge.

Altersverteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

- 20.1 (1) Das 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009³⁷ legte grundsätzlich für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie von persönlich haftenden Gesellschafterinnen und Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis das vollendete 70. Lebensjahr als Altersgrenze für den Pensionsantritt fest. Ausnahmen galten bei drohender ärztlicher Unterversorgung.

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur stellte die GÖG erstmals im Jahr 2013 Standardinformationen zur berufstätigen Ärzteschaft bereit, die u.a. Informationen zur Altersstruktur enthielten und jährlich aktualisiert wurden (Ärzte-Monitoring). So ließ sich in etwa abschätzen, wie viele Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren in Pension gehen würden.

³⁷ BGBl. I 147/2009

(2) Die nachstehende Tabelle zeigt den Anteil der über 60-jährigen Vertragsärztinnen und –ärzte an allen Vertragsärztinnen und –ärzten zum Stichtag 31. Dezember 2017:

Tabelle 14: Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über 60 Jahre in Einzelpraxen (Stand 31. Dezember 2017)

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
	in %								
Allgemeinmedizin	38	42	27	32	24	39	29	27	40
Augenheilkunde	30	26	25	29	24	30	27	33	21
Chirurgie	33	29	32	27	44	83	29	0	52
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	52	37	45	35	47	38	27	59
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	25	33	37	22	29	41	18	9	40
Haut- und Geschlechtskrankheiten	17	31	19	25	13	20	10	22	23
Innere Medizin	20	73	42	38	14	37	24	28	48
Kinder- und Jugendheilkunde	14	60	39	27	31	28	22	12	42
Lungenkrankheiten	40	33	36	36	30	26	23	33	43
Neurologie	50	75	43	32	14	33	23	0	47
Orthopädie	50	50	37	35	55	35	14	6	48
Psychiatrie	50	33	20	0	36	62	21	30	26
Unfallchirurgie	0	67	50	60	0	0	50	0	0
Urologie	17	80	39	23	18	67	27	0	42
Summe	34	44	29	31	26	39	27	24	40

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger

In Kärnten und Wien waren 40 % bzw. 42 % aller Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin über 60 Jahre alt. In einzelnen Fachgebieten und Ländern lagen die Anteile erheblich höher: So waren in Kärnten 80 % der Fachärztinnen und –ärzte für Urologie und in der Steiermark 83 % in der Chirurgie über 60 Jahre. Gerade in diesen Fällen waren jedoch die Krankenversicherungsträger der Ansicht, dass aufgrund von Bewerbungslisten und bisher geringen Nachbesetzungsproblemen die Wahrscheinlichkeit unbesetzter Planstellen eher gering sei.

(3) Die einzelnen Gebietskrankenkassen bzw. die ÖGK hatten erkannt, dass die Altersstruktur der Ärzteschaft künftig zu Herausforderungen in der Nachbesetzung führen könnte. Die möglichen Gegenmaßnahmen der Krankenversicherungsträger waren allerdings eingeschränkt, da einerseits der Zeitpunkt der Pensionierung nicht klar war und andererseits für Nachbesetzungen eine Ausschreibungspflicht bestand.

Um die Nachbesetzung von Planstellen zu erleichtern, ermöglichten die Krankenversicherungsträger neue Zusammenarbeitsformen in den Gesamtverträgen: So konnte für einen gewissen Zeitraum vor der Pensionierung eine Kassenplanstelle im Rahmen einer Übergabepaxis mit einer Nachfolgerin bzw. einem Nachfolger geteilt werden. Im Rahmen einer erweiterten Stellvertretung konnten sich zwei Personen eine Kassenplanstelle teilen, wenn es sonst über einen gewissen Zeitraum nicht möglich war, die vereinbarten Ordinationszeiten einzuhalten.

Um Verzögerungen bei der Nachbesetzung zu vermeiden, verlängerte der Gesetzgeber im Jahr 2010 die Kündigungsfrist für die Ärztinnen und Ärzte von einem auf drei Monate.

Eine im März 2019 in Kraft getretene Novelle³⁸ zum Ärztegesetz 1998³⁹ ermöglichte es Ärztinnen und Ärzten, andere freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte anzustellen. Dabei durften in Ordinationsstätten höchstens ein, in Gruppenpraxen höchstens zwei Vollzeitäquivalente angestellt werden. Für Primärversorgungseinheiten war eine erweiterte Anstellungsmöglichkeit vorgesehen. Ärztinnen und Ärzten war durch die Anstellung die Berufsausübung möglich, ohne die finanziellen Risiken einer wirtschaftlich selbstständigen Tätigkeit eingehen zu müssen. Auch die Berufsausübung in Teilzeit und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurden durch die Möglichkeit der Anstellung erleichtert. Mit der Einbindung zusätzlicher Ärztinnen und Ärzte für die Leistungserbringung konnte auch eine deutliche Ausweitung des Leistungsvolumens einer Einzel- bzw. Gruppenpraxis verbunden sein. Gemäß den Vorgaben des zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Gesamtvertrags war eine Anstellung jedoch nur bei Zustimmung der zuständigen Landesärztekammer und des zuständigen Versicherungsträgers zulässig.⁴⁰ Dies erschwerte die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten.

³⁸ BGBl. I 20/2019

³⁹ BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.

⁴⁰ Die Genehmigung war unbefristet unter Anrechnung auf den Stellenplan zu erteilen, wenn im Versorgungsgebiet ein ungedeckter Bedarf an einer vollen oder anteiligen Planstelle festgestellt wurde, der mangels Bewerberinnen oder Bewerbern nicht anderweitig abgedeckt werden konnte. Im Falle eines temporären Zusatzbedarfs (etwa zum Abbau von Wartezeiten) war die Genehmigung nur befristet zu erteilen. Wenn kein Zusatzbedarf bestand, war die Zustimmung daran gebunden, dass eine bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle bzw. des Honorars mit der zuständigen Ärztekammer vereinbart wurde.

- 20.2 Der RH wies darauf hin, dass in manchen Ländern in einzelnen Fachgebieten in den nächsten Jahren mit einer Pensionierungswelle zu rechnen und die Nachfolgeplanung daher wesentlich war. Er beurteilte Übergabepaxen, die erweiterte Stellvertretung, die Verlängerung der Kündigungsfrist auf drei Monate und die Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten als geeignet, eine rechtzeitige Nachbesetzung unterstützen zu können und so einer allfälligen Unterversorgung entgegenzuwirken.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, die Altersstruktur der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte regelmäßig auszuwerten und zeitgerecht Maßnahmen für eine möglichst lückenlose Nachfolge zu treffen.

- 20.3 (1) Das Ministerium begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH und führte aus, dass die Empfehlung bereits in Umsetzung sei. Entsprechend den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag sei im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit ein zeitnahes und transparentes Analysewesen (IT–Tool) entwickelt worden. Dieses berücksichtige insbesondere die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte. Weiters beschäftige sich die eigens für die Ärzteausbildung eingerichtete Kommission („Art. 44 Kommission“) mit dieser Thematik.

Die regelmäßige Auswertung der Altersstruktur der Vertragsärztinnen und –ärzte sei eine sinnvolle Maßnahme zu einer vorausschauenden Versorgungsplanung und sollte von den Sozialversicherungsträgern, insbesondere der ÖGK, durchgeführt werden.

(2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie natürlich daran interessiert sei, bei der Nachbesetzung von Planstellen möglichst keine Lücken auftreten zu lassen. So seien in der Vergangenheit bereits zahlreiche Maßnahmen zur Unterstützung von Nachbesetzungen gesetzt worden. Die Altersstruktur der Vertragspartnerinnen und –partner sei der ÖGK bekannt. Maßnahmen für die Nachfolge einer konkreten Planstelle könnten jedoch erst dann getroffen werden, wenn die Vertragspartnerin bzw. der Vertragspartner den Vertrag kündigt oder die Altersgrenze erreiche.

Im Rahmen eines im Zuge des Integrationsprozesses durchgeführten Projekts seien bereits Maßnahmenvorschläge erarbeitet worden, die zu einer leichteren Nachbesetzung von Planstellen beitragen könnten.

Weitere Aspekte der ärztlichen Versorgung

Behandlungspflicht und Wartezeitenmanagement

21.1 (1) Die Gesamtverträge sahen vor, dass die Vertragsärztinnen und –ärzte grundsätzlich alle Anspruchsberechtigten auf Wunsch zu behandeln hatten. Nur in begründeten Fällen waren sie berechtigt, die Behandlung abzulehnen. Ein derartiges Ablehnungsrecht konnte auch bei Auslastung der Kapazität der Praxis bestehen.⁴¹ Die Ablehnung von zum jeweiligen Patientenstock gehörenden Anspruchsberechtigten war aus Kapazitätsgründen nur dann möglich, wenn sich die Kapazität der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes seit der letzten Behandlung verringert hatte.⁴² Bei der Auswahl der abgelehnten Anspruchsberechtigten war das Diskriminierungsverbot zu beachten.⁴³

(2) Eine bundesweite Erhebung, wie viele Vertragsärztinnen und –ärzte neue, bisher nicht zum Patientenstock gehörende Anspruchsberechtigte behandelten, lag nicht vor. Die OÖGKK führte im Jahr 2019 dazu eine Umfrage durch:

- 57 % der befragten Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner erstatteten eine Rückmeldung. 46 % gaben an, neue Anspruchsberechtigte im Einzugsbereich aufzunehmen, 49 % behandelten nur einen eingeschränkten Personenkreis, 5 % lehnten die Behandlung von neuen Anspruchsberechtigten ab.
- 52 % der befragten Fachärztinnen und –ärzte erstatteten eine Rückmeldung. Dabei gaben rd. 82 % an, neue Anspruchsberechtigte zu behandeln. Rund 15 % nahmen einen eingeschränkten Personenkreis – wie Familienangehörige – an, rd. 2 % nahmen keine neuen Anspruchsberechtigten an.

Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse (**VGKK**) beauftragte 2019 eine Erhebung im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde. 21 % dieser Fachärztinnen und –ärzte lehnten die Behandlung von neuen Anspruchsberechtigten ab.

(3) In der österreichischen Rechtsordnung besteht kein Recht auf einen Termin innerhalb einer bestimmten Frist. Ein bundesweites, systematisches Monitoring zu den Wartezeiten auf einen Termin führten die Gebietskrankenkassen nicht durch. Auch konkrete gesamtvertragliche Regelungen fehlten weitgehend. Die OÖGKK

⁴¹ Wenn die Behandlung der schon betreuten Anspruchsberechtigten die im Einzelvertrag genannten Ordinationszeiten voll in Anspruch nahm, konnte eine Ablehnung zulässig sein; vgl. *Rebhahn*, Wann dürfen Vertragsärzte die Behandlung von Versicherten ablehnen? *Recht der Medizin* 2013/140, S. 236.

⁴² Etwa durch Verringerung der individuellen Leistungsfähigkeit. Eine Ablehnung von in Behandlung befindlichen Anspruchsberechtigten aus Kapazitätsgründen war in der Regel nur zulässig, wenn diese zeitnah eine andere Behandlungsmöglichkeit aufsuchen konnten.

⁴³ Die Herkunft aus einem anderen Versorgungsgebiet berechtigte nicht zur Ablehnung. Es konnten aber Personen vorrangig abgelehnt werden, die nicht im Versorgungsgebiet wohnten oder arbeiteten. Eine Bevorzugung der Anspruchsberechtigten von Sondersicherungsträgern war nicht zulässig.

vereinbarte mit der Ärztekammer für Oberösterreich im Rahmen der Honorarverhandlungen 2018 Wartezeitenzielwerte für allgemeine Fachärztinnen und –ärzte. Die Ärztekammer für Oberösterreich richtete eine Terminservicestelle ein, an die sich allgemeine Fachärztinnen und –ärzte, die aus Kapazitätsgründen die Wartezeitenzielwerte nicht einhalten konnten, wenden konnten. Die Terminservicestelle klärte freie Ressourcen und fungierte als Ansprechstelle für Anspruchsberechtigte, die innerhalb der Wartezeitenzielwerte keinen Facharzttermin in der Region erhielten. Sie vergab jedoch selbst keine Termine. Für diese Regelung erhöhte die OÖGKK die Honorarsumme (TZ 37).

(4) Die VGKK führte 2016 ein Dringlichkeits–Terminsystem ein, bei dem Fachärztinnen und –ärzte Dringlichkeitstermine außerhalb der regulären Öffnungszeiten zur Verfügung stellten. Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner sowie Fachärztinnen und –ärzte für Innere Medizin oder Kinder– und Jugendheilkunde konnten diese direkt für ihre Patientinnen und Patienten buchen. Die Ärztin bzw. der Arzt, die bzw. der den Termin anbot bzw. buchte, konnte dafür einen Zuschlag verrechnen. Die VGKK erhob im Jahr 2019 bei den Fachärztinnen und –ärzten für Kinder– und Jugendheilkunde Wartezeiten auf einen Termin. In 48 % der Fälle erhielten die Anspruchsberechtigten sofort einen Termin. Bei 19 % betrug die Wartezeit eine Woche, bei 14 % bis zu zwei Wochen, bei 5 % bis zu fünf Wochen und bei 14 % über acht Wochen, wobei es sich hier um Routineterminen handelte.

(5) In Deutschland verpflichtete der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen ab Jänner 2016, Terminservicestellen einzurichten. Anspruchsberechtigte konnten sich mit einer Überweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt an die Terminservicestelle wenden. Diese hatte binnen einer Woche einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt innerhalb von maximal vier Wochen zu vermitteln.

In Österreich setzte das operative Ziel 9 des Bundes–Zielsteuerungsvertrags 2017–2021 der Sozialversicherung, dem Bund und den Ländern das Ziel, „zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abzubauen“. Eine Maßnahme dafür sollte die „Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten– und Wartezeitenmonitorings“ sein. Zur Umsetzung dieses Ziels beauftragte die Fachgruppe „Versorgungsstruktur“ ein Projekt, das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen war.

(6) Grundsätzlich war mit dem Abschluss eines Einzelvertrags kein bestimmter inhaltlicher Versorgungsauftrag verbunden. Das heißt, welche Leistungen konkret zu erbringen waren, war weder gesetzlich noch gesamtvertraglich festgelegt (TZ 9). Bestimmte Behandlungen waren daher trotz besetzter Planstellen und freier Behandlungskapazitäten von Ärztinnen und Ärzten schwierig sicherzustellen. Beispielsweise gaben fünf von neun Gebietskrankenkassen (Burgenländische

Gebietskrankenkasse (**BGKK**), OÖGKK, STGKK, TGKK, WGKK) an, dass bei der Substitutionstherapie Versorgungsdefizite bestanden bzw. entstehen würden.

- 21.2 (1) Der RH kritisierte, dass die Gebietskrankenkassen kein systematisches und umfassendes Monitoring der Wartezeiten auf Arzttermine führten und nicht systematisch erhoben, ob zeitnahe Behandlungsmöglichkeiten für neue, nicht zum Patientenstock gehörende Anspruchsberechtigte vorlagen. Er hielt die Ergebnisse der Befragung in Oberösterreich (rund die Hälfte der teilgenommenen Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner nahmen nur eingeschränkt neue Anspruchsberechtigte an) für kritisch und beurteilte die entsprechenden Maßnahmen der OÖGKK und der VGKK sowie die Vorhaben der Zielsteuerung–Gesundheit positiv. Er wies kritisch darauf hin, dass die übrigen Gebietskrankenkassen keine Maßnahmen zur Sicherstellung einer Behandlung auch von neuen Anspruchsberechtigten setzten.

Der RH empfahl der ÖGK, ein systematisches und flächendeckendes Wartezeitenmonitoring und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zum Wartezeitenmanagement einzuführen.

- (2) Der RH wies darauf hin, dass trotz besetzter Planstellen und freier ärztlicher Behandlungskapazitäten Versorgungsengpässe bestehen konnten. Weiters wies er darauf hin, dass fünf von neun Gebietskrankenkassen zur Zeit der Gebarungsprüfung z.B. im Bereich der Substitutionsbehandlung Versorgungsdefizite sahen.

Der RH empfahl der ÖGK, bei den Bemühungen zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung nicht nur die Ärztedichte, sondern auch Behandlungserfordernisse – z.B. Substitutionsbehandlungen – zu berücksichtigen. Unter Verweis auf seine Empfehlung, zur Erstellung von Versorgungsaufträgen (**TZ 9**) in eine Berichterstattung auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG, der RSG und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufzunehmen, empfahl der RH dem Ministerium, dem Gesetzgeber vorzuschlagen, inhaltliche Versorgungsaufträge als verbindliche Bestandteile von Gesamtverträgen aufzunehmen.

- 21.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass legislative Änderungen der vertragspartnerrechtlichen Regelungen (insbesondere die Ergänzung der verpflichtenden Inhalte des Gesamtvertrags) jedenfalls eines umfassenden Abstimmungsprozesses mit den betroffenen Stakeholdern bedürften (insbesondere Sozialversicherungsträger und Österreichische Ärztekammer). Voraussetzung des Abstimmungsprozesses wiederum sei ein politischer Konsens. Das Regierungsprogramm 2020–2024 sehe eine „Erweiterung der Vertragsarztmodelle“ vor, um die Versorgung (vor allem im ländlichen Raum) sicherzustellen.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zum Wartezeitenmonitoring bzw. –management zur Kenntnis. Die Umsetzung hänge von der Bereitschaft der Ärztekammern ab, entsprechende Vereinbarungen abzuschließen.

Die Empfehlung zur Berücksichtigung von Behandlungserfordernissen nahm die ÖGK ebenfalls zur Kenntnis und hielt fest, dass deren Umsetzung davon abhängen würde, wie stark die Verhandlungsposition der Krankenversicherungsträger gegenüber der Ärztekammer ausgestaltet werde.

Öffnungszeiten

Datenlage

22.1 (1) Der Dachverband legte im Jänner 2020 im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit einen Bericht zum Thema Öffnungszeiten vor. Er hielt fest, dass ein Monitoring zu Öffnungszeiten bundesweit, sektorenübergreifend (Vertragsärztinnen und –ärzte sowie Spitalsambulanzen), vollständig (alle Leistungserbringenden) und tagesaktuell sein sollte. Er kam zum Schluss, dass kein Öffnungszeitenenerfassungstool alle geforderten Kriterien erfüllte.

(2) Die Österreichische Ärztekammer und die Landesärztekammern stellten über ihre Websites Informationen über Vertrags– und Wahlärztordnungen (z.B. Fachgebiet, Adresse, Vertragspartnerinnen und –partner) zur Verfügung, wobei auch Öffnungszeiten eingetragen werden konnten. Die Informationen waren jedoch weder vollständig noch tagesaktuell. Urlaubssperren waren nur teilweise erfasst und historische Abfragen nicht möglich. Im Auftrag des Dachverbands erstellte ein Verein mit dem sogenannten Versorgungsatlas eine öffentlich zugängliche Informationsplattform zum ärztlichen Angebot im niedergelassenen Bereich. Er sammelte die öffentlich verfügbaren Online–Informationen und bereitete sie auf, so dass u.a. die Öffnungszeiten nach Wochentagen und im Tagesverlauf, nach Region, Fachgebiet und Versicherungsvertrag dargestellt werden konnten. Der Versorgungsatlas ermöglichte nur eine aggregierte Auswertung, die Suche nach bestimmten Ärztinnen und Ärzten war nicht möglich. Weiters waren die Daten nicht tagesaktuell.

(3) Eine systematische Erhebung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten konnte keine der Gebietskrankenkassen und auch nicht das Ministerium vorlegen.

22.2 Der RH anerkannte, dass der Dachverband Anforderungen an ein Monitoring der Öffnungszeiten definierte und begrüßte die Erstellung des Versorgungsatlas. Er kritisierte, dass ein Monitoring der Öffnungszeiten, das alle Anforderungen des Dachverbands erfüllte, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlte. Er wies insbesondere auf die Anforderung der sektorenübergreifenden Erfassung unter Berücksichtigung der Spitalsambulanzen hin.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, eine sektorenübergreifende, bundesweite Erfassung der tatsächlichen Öffnungszeiten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie von Spitalsambulanzen sicherzustellen.

22.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Empfehlung des RH begrüße und sie in Umsetzung sei. Die Arbeiten zur Erstellung des geplanten sektorenübergreifenden Öffnungs- und Wartezeitenmonitorings hätten sich aufgrund der COVID-19-Pandemie verzögert und würden möglichst rasch wieder aufgenommen.

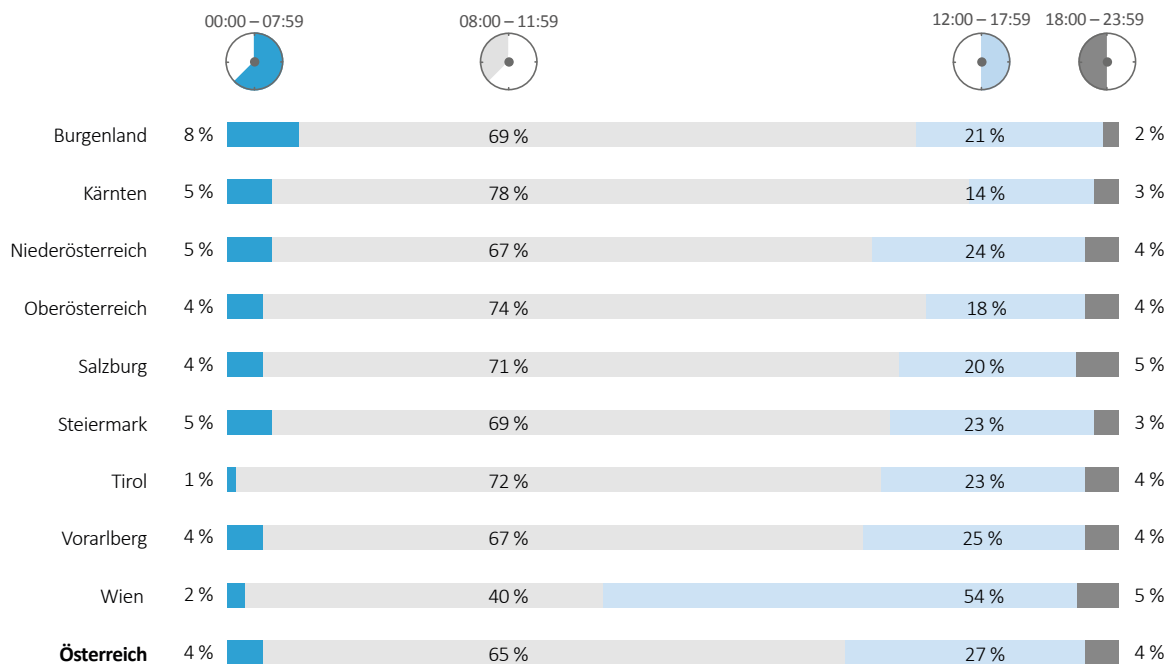
(2) Auch die ÖGK begrüßte in ihrer Stellungnahme die Empfehlung und führte aus, dass sie bereits an einer elektronischen Lösung arbeite, aus der u.a. auch die Ordinationszeiten der Vertragspartnerinnen und -partner ersichtlich sein würden.

Die ÖGK sehe auch den Bedarf für eine sektorenübergreifende Erfassung von Öffnungszeiten. Dazu bedürfe es der entsprechenden Instrumente, um diese Daten erfassen zu können. Eine gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer, tagesaktuell Öffnungszeiten und Absenzen zu melden, sowie ein Sanktionsmechanismus bestünden nicht, seien aber notwendig.

Auswertungen

23.1 (1) Die täglichen Öffnungszeiten (Montag bis Freitag) je Land waren im Bereich Allgemeinmedizin folgendermaßen verteilt:

Abbildung 6: Verteilung der Ordinationsstunden (Montag bis Freitag) im Tagesablauf im Bereich der Allgemeinmedizin je Land (Stand März 2018)

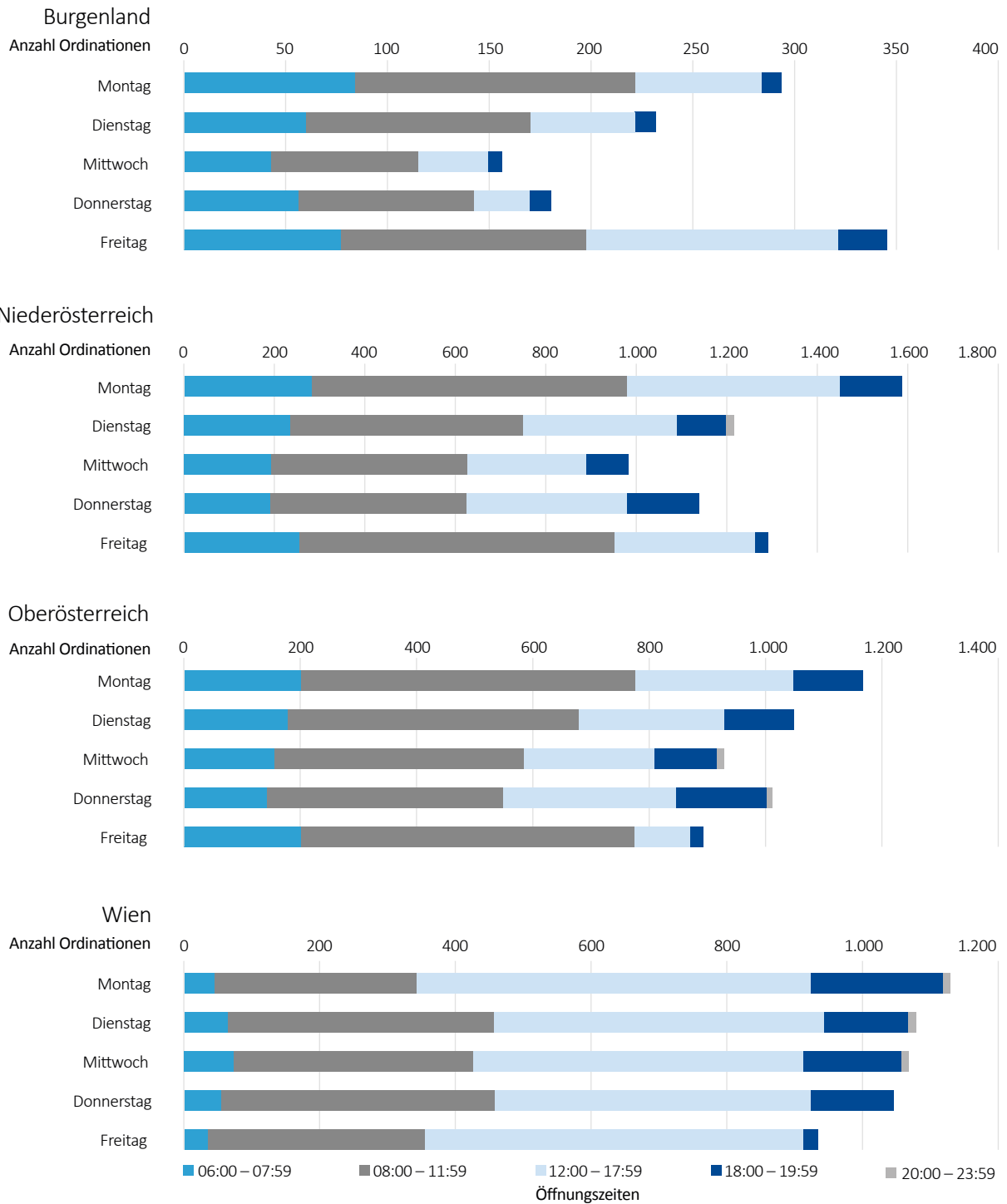


Quellen: Websites der Landesärztekammern; Darstellung: RH

65 % der Öffnungszeiten entfielen österreichweit auf den Vormittag (8:00 Uhr bis 11:59 Uhr), 27 % auf den Nachmittag (12:00 Uhr bis 17:59 Uhr) und je 4 % auf den Tagesbeginn (bis 7:59 Uhr) und auf den Abend (nach 18:00 Uhr). Besonders stark ausgeprägt war der Fokus auf den Vormittag in Kärnten. Dort hatten lediglich 14 % der Ordinationen am Nachmittag bzw. 3 % nach 18:00 Uhr offen. In Wien entfiel dagegen der überwiegende Anteil der Öffnungszeiten (54 %) auf den Nachmittag.

(2) Die Gestaltung der Öffnungszeiten im Bereich Allgemeinmedizin im Wochenverlauf zeigt die nachstehende Abbildung:

Abbildung 7: Ordinationsstunden im Wochenverlauf im Bereich Allgemeinmedizin in ausgewählten Ländern (Stand März 2018)



Quellen: Websites der Landesärztekammern; Darstellung: RH

Während z.B. im Burgenland und in Niederösterreich am Mittwoch weniger Ordinationen offen waren als zu Wochenbeginn und zum Ende der Woche, nahm die Anzahl der geöffneten Ordinationen z.B. in Oberösterreich und Wien gegen Ende der Woche hin ab.

(3) Die folgende Tabelle stellt die Regelungen zu den Mindestöffnungszeiten in den jeweiligen Gesamtverträgen bzw. Richtlinien⁴⁴ dar:

Tabelle 15: Gesamtvertragliche Vorgaben zu Öffnungszeiten für Einzelpraxen

Gebietskrankenkasse	Mindestöffnungszeiten	Öffnungszeiten an Nachmittagen und zu Randzeiten
Burgenländische Gebietskrankenkasse	20 Wochenstunden an mindestens vier Werktagen	zweimal nach 15:00 Uhr; Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner jedenfalls freitags
Kärntner Gebietskrankenkasse	22 Wochenstunden (bei Vertragsabschluss ab Jänner 2007)	mindestens zwei Wochenstunden nachmittags zwischen 15:00 Uhr und 19:00 Uhr oder samstags
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	12 Wochenstunden an vier Tagen, seit April 2000 Ausschreibungen mit 20 Wochenstunden	nicht geregelt
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	20 Wochenstunden (bei Vertragsabschluss ab Juli 2006)	zweimal nach 14:00 Uhr je drei Stunden oder nach 16:00 Uhr je zwei Stunden
Salzburger Gebietskrankenkasse	20 Wochenstunden (bei Vertragsabschluss ab Jänner 2009)	zweimal nachmittags bzw. abends und zweimal morgens ¹
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	20 Wochenstunden	zweimal nach 15:00 Uhr
Tiroler Gebietskrankenkasse	22 Wochenstunden (bei Vertragsabschluss ab Jänner 2017) aufgeteilt auf fünf Wochentage	zweimal nachmittags ab 13:00 Uhr je mindestens zwei Stunden
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	20 Wochenstunden (bei Vertragsabschluss ab Oktober 2013)	zweimal nachmittags ab 13:00 Uhr je mindestens zwei Stunden
Wiener Gebietskrankenkasse	20 Wochenstunden	bei Vertragsabschluss ab Jänner 2004 zwei der folgenden Optionen: einmal mindestens zwei Stunden ab 17:00 Uhr, ab 13:00 Uhr oder ab 7:00 Uhr

Änderungen ab dem Jahr 2000 berücksichtigt

Quellen: Gesamtverträge; Österreichische Gesundheitskasse

¹ Ende Abendordination: 18:00 Uhr bis 20:00 Uhr; Beginn Frühordination: 6:30 Uhr bis 7:30 Uhr; Nachmittagsordination: ab 14:00 Uhr

⁴⁴ In Niederösterreich und Salzburg waren die Mindestöffnungszeiten nicht im Gesamtvertrag, sondern in den Niederlassungs- bzw. Reihungsrichtlinien festgelegt.

Die Vorgaben zu den Öffnungszeiten waren in den Gesamtverträgen relativ offen. Insbesondere die Regelungen zu den Öffnungszeiten an Nachmittagen und zu den Tagesrandzeiten boten den Vertragsärztinnen und –ärzten einen großen Spielraum für die Gestaltung ihrer Öffnungszeiten. Die Gebietskrankenkassen verwiesen zu den Unterschieden in der zeitlichen Verteilung insbesondere auf Anforderungen des Arbeitsmarkts (z.B. Pendlerverkehr) und hielten fest, dass die tatsächlichen Öffnungszeiten häufig deutlich über den Mindestöffnungszeiten liegen würden.

Soweit spezifische Vereinbarungen bestanden, schlugen sich diese auch in den tatsächlichen Öffnungszeiten nieder; z.B. die Verpflichtung im Gesamtvertrag der BGKK, dass Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner jedenfalls freitags nach 15:00 Uhr offen halten mussten.

In Deutschland galten seit 2019 Mindestöffnungszeiten von 25 Wochenstunden für eine volle Stelle. Im Unterschied zu den Regelungen in Österreich waren dabei jedoch Zeiten für Hausbesuche inkludiert.

- 23.2 Der RH erachtete es als zweckmäßig, bei der Festlegung der Öffnungszeiten auf die regionalen Bedürfnisse einzugehen. Er hielt fest, dass ein Großteil der Ordinationszeiten der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner am Vormittag lag. Für berufstätige Patientinnen und Patienten war jedoch ein Angebot zu Tagesrandzeiten wichtig. Der RH merkte an, dass die tatsächlichen Schwerpunkte der Öffnungszeiten nur bedingt durch die gesamtvertraglichen Regelungen vorgegeben waren.

Der RH empfahl der ÖGK, zu evaluieren, ob der Umfang und die Verteilung der Öffnungszeiten den Patientenbedürfnissen entsprechen, und gegebenenfalls bei den Gesamtvertragsverhandlungen auf eine Verlängerung bzw. Ausweitung der Öffnungszeiten vor allem zu den Tagesrandzeiten hinzuwirken.

- 23.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass sich die Krankenversicherungsträger schon länger bemühen würden, die Versorgungswirksamkeit und Patientenorientierung der Vertragsärztinnen und –ärzte zu verbessern. Auch hier sei die ÖGK von Verhandlungsergebnissen abhängig.

e-card-Statistik im Bereich Allgemeinmedizin

- 24.1 Der Anteil der e-card-Steckungen⁴⁵ in den Tagesrandzeiten an den gesamten e-card-Steckungen war in allen Ländern mit Ausnahme von Wien höher als der Anteil der Öffnungszeiten in den Tagesrandzeiten an den gesamten Öffnungszeiten:

Tabelle 16: Auslastung der Tagesrandzeiten im Bereich der Allgemeinmedizin (Stand März 2018)

	Anteil e-card-Steckungen zu Tagesrandzeiten ¹	Anteil Tagesrandzeiten ¹ an Öffnungszeiten
	in %	
Burgenland	15,0	10,0
Kärnten	13,6	7,7
Niederösterreich	14,7	9,3
Oberösterreich	14,8	8,5
Salzburg	13,1	9,6
Steiermark	13,4	7,8
Tirol	9,7	5,5
Vorarlberg	14,5	8,2
Wien	5,9	6,4
Österreich	12,4	7,9

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Versorgungsatlas

¹ Tagesrandzeiten waren Uhrzeiten von 18:00 Uhr bis 07:59 Uhr.

Die e-card-Steckungen je Ordinationsstunde je Land zeigt nachfolgende Tabelle:

Tabelle 17: e-card-Steckungen im Bereich der Allgemeinmedizin (Stand März 2018)

	e-card-Steckungen	e-card-Steckungen je Ordinationsstunde	rechnerischer Zeitraum zwischen zwei e-card-Steckungen
	Anzahl		in Minuten
Burgenland	184.084	15,1	4,0
Kärnten	239.815	9,9	6,1
Niederösterreich	968.743	15,3	3,9
Oberösterreich	731.355	13,4	4,5
Salzburg	242.979	11,5	5,2
Steiermark	672.943	12,8	4,7
Tirol	355.847	11,8	5,1
Vorarlberg	159.160	11,6	5,2
Wien	787.109	12,9	4,7
Österreich	4.342.035	13,0	4,6

Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Versorgungsatlas

⁴⁵ Die Steckung der e-card dient der Überprüfung der Anspruchsberechtigung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich einer Behandlung auf Rechnung der Sozialversicherung durch Vertragsärztinnen und -ärzte. Sie erfolgt grundsätzlich bei jeder Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung.

Demnach lagen bei Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern zwischen zwei e-card-Steckungen durchschnittlich 3,9 Minuten (Niederösterreich) bis 6,1 Minuten (Kärnten). Die tatsächliche Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten wurde u.a. von tatsächlichen Öffnungszeiten oder von e-card-Steckungen mit kurzem oder ohne direkten Patienten-Arzt-Kontakt beeinflusst (z.B. bei Weiterführung von Heilmittelverordnungen). Dazu lagen keine auswertbaren Informationen vor.

- 24.2 Der RH wies darauf hin, dass außer in Wien zu Tagesrandzeiten der Anteil der e-card-Steckungen den Anteil der Öffnungszeiten überstieg. Dies konnte auf eine höhere Nachfrage bzw. einen höheren Bedarf der Anspruchsberechtigten für Behandlungen zu den Tagesrandzeiten hinweisen.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an die ÖGK aus **TZ 23**, zu evaluieren, ob der Umfang und die Verteilung der Öffnungszeiten den Patientenbedürfnissen entsprechen, und gegebenenfalls bei den Gesamtvertragsverhandlungen auf eine Verlängerung bzw. Ausweitung der Öffnungszeiten vor allem zu den Tagesrandzeiten hinzuwirken.

- 24.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass sich die Krankenversicherungsträger schon länger bemühen würden, die Versorgungswirksamkeit und Patientenorientierung der Vertragsärztinnen und –ärzte zu verbessern. Auch hier sei die ÖGK von Verhandlungsergebnissen abhängig.

Wahlärztinnen und Wahlärzte

25.1 (1) Im Jahr 2019 war die Anzahl der in der Ärzteliste eingetragenen Wahlärztinnen und –ärzte um rd. 2.800 höher als im Jahr 2009. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl dieser Ärztinnen und Ärzte im Ländervergleich:

Tabelle 18: Entwicklung der Wahlärztinnen und Wahlärzte, 2009 bis 2019 (jeweils zum 1. Jänner)

	2009	2019	Veränderung 2009 bis 2019		2009	2019	Veränderung 2009 bis 2019	
	Allgemeinmedizin				Facharztbereich			
	Anzahl		in %		Anzahl		in %	
Burgenland	66	92	26	39	159	215	56	35
Kärnten	154	240	86	56	310	312	2	1
Niederösterreich	508	616	108	21	1.262	1.460	198	16
Oberösterreich	294	519	225	77	588	922	334	57
Salzburg	163	198	35	21	349	499	150	43
Steiermark	210	373	163	78	447	595	148	33
Tirol	119	170	51	43	337	500	163	48
Vorarlberg	76	79	3	4	182	237	55	30
Wien	505	685	180	36	1.482	2.325	843	57
Österreich	2.095	2.972	877	42	5.116	7.065	1.949	38

Quelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

In der Allgemeinmedizin stieg die Anzahl der Wahlärztinnen und –ärzte zwischen 2009 und 2019 österreichweit um 42 %, im Facharztbereich um 38 %. Insgesamt gab es 2019 rd. 10.000 Wahlärztinnen und –ärzte, davon rd. 3.000 in Wien.

(2) Soweit keine Planstellen der Krankenversicherungsträger frei waren, war im niedergelassenen Bereich nur eine Tätigkeit als Wahlärztin oder –arzt möglich. Ärztinnen und Ärzte wählten diese Option jedoch auch, wenn Planstellen verfügbar waren. Mögliche Motive dafür waren:

- Flexibilität der Tarifgestaltung; häufig lagen die Tarife bei Wahlärztinnen und –ärzten über den Kassentarifen für die entsprechenden Leistungen,
- Flexibilität bei den Ordinationszeiten; häufig lagen die Öffnungszeiten von Wahlärztinnen und –ärzten deutlich unter den Mindestöffnungszeiten laut Gesamtvertrag,
- Flexibilität bei der Auswahl der Patientinnen und Patienten; Vertragsärztinnen und –ärzte hatten grundsätzlich alle Anspruchsberechtigten auf deren Wunsch zu behandeln; eine derartige Verpflichtung bestand für Wahlärztinnen und –ärzte nicht,

- Betätigung im alternativmedizinischen Bereich oder Einsatz anderer Behandlungsmethoden (z.B. Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin),
- geringere organisatorische Vorgaben; z.B. fielen bei Vertragsärztinnen und –ärzten Investitionen für Software zur elektronischen Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern an.

(3) Die Motive der Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und –ärzten sah das Ministerium z.B.

- in der Möglichkeit, kurzfristige Termine zu erhalten,
- in geringeren Wartezeiten in der Ordination,
- im subjektiven Eindruck einer freundlicheren und gründlicheren Behandlung bzw. im besonderen Spezialwissen,
- in der Erwartung einer Spitalsbehandlung, wenn die Wahlärztinnen und –ärzte in Krankenanstalten – oft für Sonderklassepatientinnen und –patienten – Operationen durchführten.

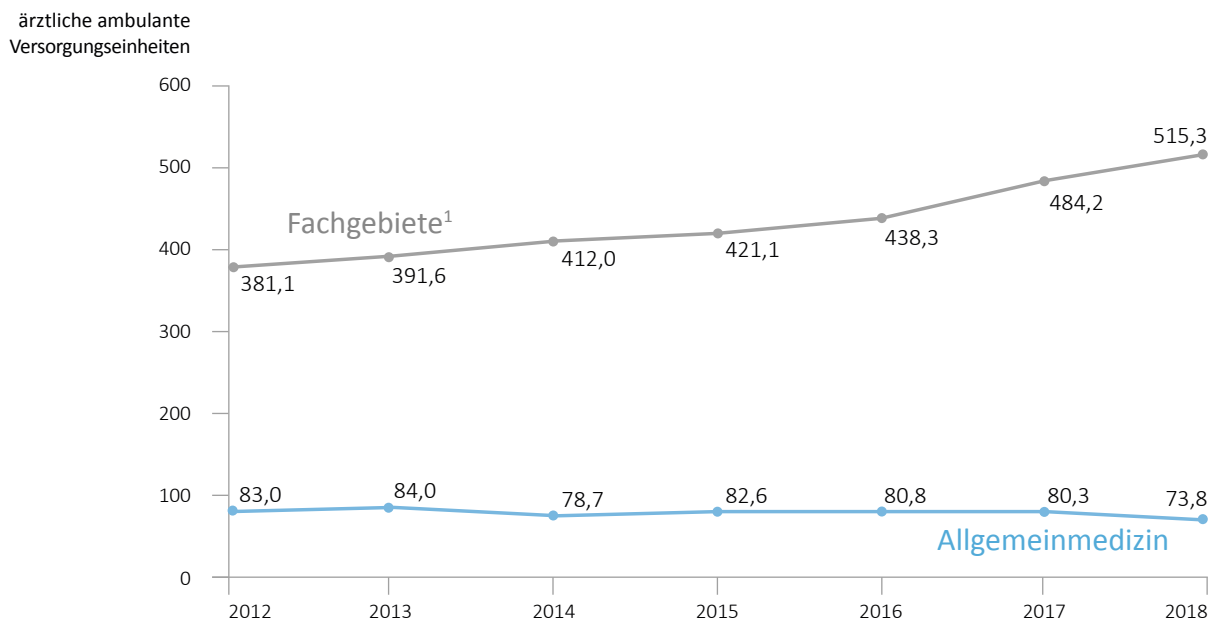
Dies bestätigte auch eine Befragung von 2.000 Patientinnen und Patienten im Auftrag des Hauptverbands. Ein weiteres dort genanntes Motiv waren Leistungen, die im Spektrum der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen waren.

(4) Die Krankenversicherungsträger wiesen darauf hin, dass Wahlärztinnen und –ärzte weder zu bestimmten Öffnungszeiten noch zur umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten verpflichtet sind. Zur Umsetzung einer Versorgungspflicht gegenüber Anspruchsberechtigten seien Wahlärztinnen und –ärzte daher nur bedingt geeignet.

Daten zur Versorgungswirkung der Wahlärztinnen und –ärzte (z.B. Fallzahlen, erbrachte Leistungen) lagen nicht vor. Entsprechende Abschätzungen konnten auf Basis der bei den Krankenversicherungsträgern eingereichten Rechnungen getroffen werden.

Die folgende Abbildung zeigt – ermittelt anhand einer solchen Hochrechnung in Regiomed – die Entwicklung der Wahlärztinnen und –ärzte in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (**ÄAVE**):⁴⁶

Abbildung 8: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) der Wahlärztinnen und Wahlärzte: Entwicklung 2012 bis 2018



¹ Summe der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten der Fachgebiete Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lungenkrankheiten, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Urologie

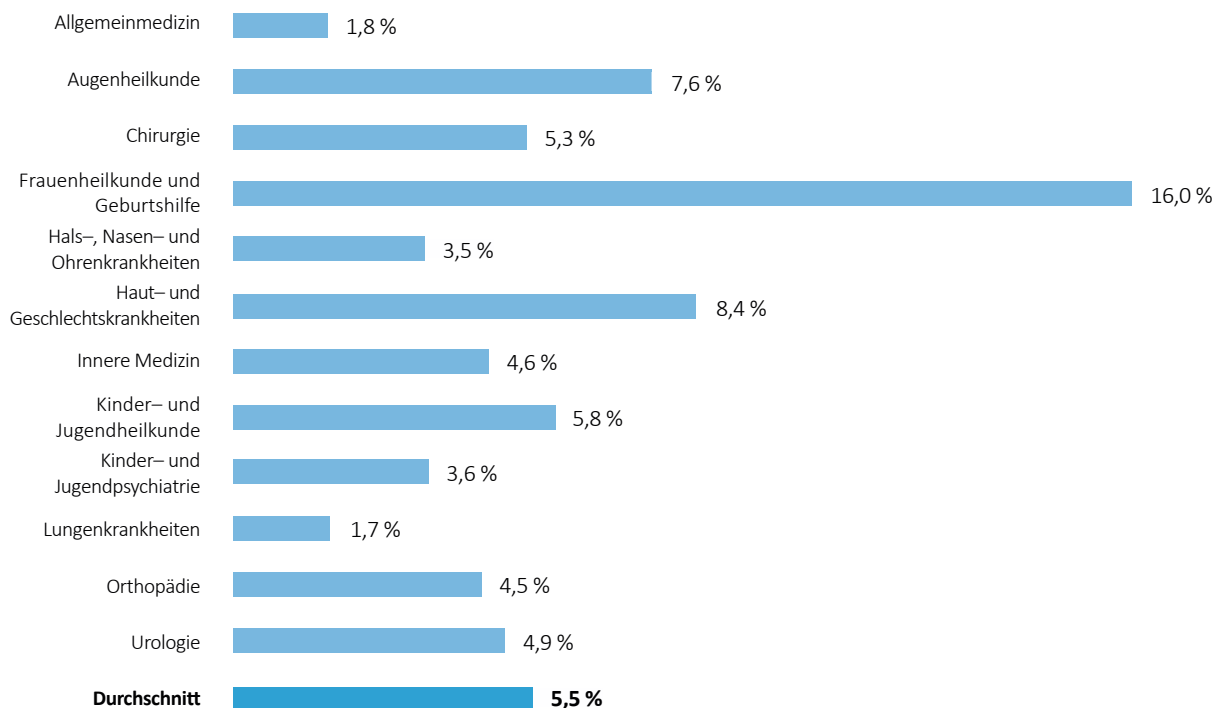
Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Darstellung: RH

Die Anzahl der Wahlärztinnen und –ärzte stieg im Zeitraum 2012 bis 2018 um 125,0 ÄAVE an, dabei stieg jene der Fachärztinnen und –ärzte um 134,2 ÄAVE, jene der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner sank um 9,2 ÄAVE.

⁴⁶ Nach einer Befragung von 2.000 Personen im Auftrag des Hauptverbands erfolgte eine Einreichung der Rechnung in 75 % der Fälle. Enthalten sind Kostenerstattungen der § 2-Kassen. Vertragspartnerinnen und –partner mit reinem Vorsorgeuntersuchungsvertrag werden den ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) der Wahlärzte zugerechnet.

Die folgende Abbildung zeigt – ebenfalls ermittelt anhand einer Hochrechnung in Regiomed – den Anteil der ÄAVE der Wahlärztinnen und –ärzte an den gesamten ÄAVE:

Abbildung 9: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) der Wahlärztinnen und Wahlärzte ausgewählter Fachgebiete: Anteil 2018 an allen ÄAEV der ambulanten Versorgung



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Darstellung: RH

Der Anteil der Wahlärztinnen und –ärzte an der ambulanten Versorgung (gemessen in ÄAVE) lag in Österreich im Jahr 2018 bei 5,5 %.⁴⁷ Er lag in den meisten Fachgebieten deutlich unter 10 %, im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei 16 %.

Der Anteil der Ausgaben der Gebietskrankenkassen für Wahlärztinnen und –ärzte im Verhältnis zu den Ausgaben für Vertragsärztinnen und –ärzte stieg von 4,6 % im Jahr 2008 auf 6,4 % im Jahr 2018; dies entsprach 133,8 Mio. EUR.

(5) Gegenüber dem RH wiesen die Krankenversicherungsträger auf die zunehmende Nutzung von Privatversicherungen mit Ersatz der Wahlarzthonorare hin. Durch Angebote, bei denen für die Privatversicherten keine Kosten – abgesehen vom Versicherungsbeitrag – anfielen und keine Verpflichtung bestünde, die Rechnungen der Sozialversicherung vorzulegen, entstehe ein Sachleistungsprinzip für Privatversicherte.

⁴⁷ Die Gesamtsumme enthält auch die Spitalsambulanzen in ÄAVE.

Da den Wahlarztbereich verstärkt Personen mit höherer Kaufkraft beanspruchten, führe eine Versorgung durch Wahlärztinnen und –ärzte unter Public–Health–Gesichtspunkten nicht zu einer Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen nach ausschließlich medizinischen Bedarfskriterien. Die Erfahrungen der Krankenversicherungsträger in Fachgebieten mit ausgeprägten Privatleistungen (z.B. Zahnmedizin) oder mit hohem Wahlarztanteil (z.B. Frauenheilkunde und Geburtshilfe) zeigten, dass eine Aufnahme von überwiegend bereits privat erbrachten Leistungen in den Leistungsbereich der Krankenversicherungsträger nur sehr schwer bzw. zu hohen Kosten möglich sei.

(6) Die Krankenversicherungsträger diskutierten verschiedene Möglichkeiten, mit der steigenden Anzahl der Wahlärztinnen und –ärzte umzugehen:

- Einige Krankenversicherungsträger setzten auf eine umfassende Integration der Wahlärztinnen und –ärzte in die Krankenversorgung (z.B. Gewährung von Rezepturrecht und Möglichkeit zur Arbeitsunfähigkeitsmeldung) oder schlossen Verrechnungsvereinbarungen ab.
- Andere Krankenversicherungsträger strebten eine möglichst klare Differenzierung des Sachleistungssystems von Wahlärztinnen und –ärzten an (kein Rezepturrecht, keine Möglichkeit zur Arbeitsunfähigkeitsmeldung).
- Diskutiert wurde weiters die Möglichkeit gesetzlicher Änderungen, die von einer Einschränkung des Kostenersatzes für Wahlärztinnen und –ärzte bis zu gesetzlichen Verpflichtungen für Wahlärztinnen und –ärzte reichten, sich an Vertragsärztinnen und –ärzte anzugleichen, (z.B. Verbindlichmachung des Ökonomiegebots, gesetzliche Regelung einer Tarif–Bandbreite).

Der RH hatte in seinem Bericht aus 2016 „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“⁴⁸ die teils unterschiedlichen Vorgehensweisen einzelner Gebietskrankenkassen beschrieben und die Erarbeitung einer gemeinsamen Strategie empfohlen. Eine Strategie der Sozialversicherung war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vereinbart.

Das Ministerium sah grundsätzlich ein klares Bekenntnis der Sozialversicherung zur Stärkung der Sachleistungsversorgung, das insbesondere einen gewährleisteten Leistungskatalog, die Verfügbarkeit des Angebots und Wahlmöglichkeiten zwischen Anbietern umfasste. Zur Entwicklung von Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung hatte das Ministerium im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Ergebnisse lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor.

⁴⁸ Reihe Bund 2016/3, TZ 18

- 25.2 Der RH hielt die steigende Anzahl der Wahlärztinnen und –ärzte in Verbindung mit entsprechenden Angeboten privater Versicherungen und die dadurch erfolgte steigende Wahlarztinanspruchnahme für eine zentrale Herausforderung im bestehenden System der Krankenversicherung. Mangels einer Verpflichtung zur Einhaltung von bestimmten Öffnungszeiten und zur Behandlung auf Rechnung der Sozialversicherung konnten die Wahlärztinnen und –ärzte bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nicht eingeplant werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigten, dass ein bestehender Markt für privat finanzierte medizinische Dienstleistungen (z.B. in der Zahnmedizin oder der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) die Integration dieser Leistungen in die Sachleistungsversorgung der Krankenversicherungsträger erschwerte. Allerdings erachtete der RH den Wahlarztbereich als wesentlich, weil er zur Absicherung der ärztlichen Versorgung beitrug: Wenn Sozialversicherungen bestimmte Leistungen oder Fachbereiche nicht als Kassenleistung übernahmen (z.B. aus Geldmangel), war eine Versorgung dennoch gewährleistet.

Der RH hielt – wie auch das Ministerium und die Sozialversicherung – eine umfassende Erfüllung der gesetzlich vorgesehenen Sachleistungsversorgung durch die Krankenversicherungsträger für wichtig. Er erachtete dafür insbesondere folgende Elemente für notwendig:

- die transparente Definition der notwendigen Krankenbehandlung,
- die tatsächliche Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Leistung; u.a. zeitnahe Besetzung von Planstellen, Sicherstellung der Aufnahme neuer Anspruchsberechtigter durch Vertragspartnerinnen und –partner,
- die zeitgerechte Abbildung neuer Entwicklungen im Leistungskatalog der Sozialversicherung.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, die ärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten nach dem Sachleistungsprinzip sicherzustellen und dabei auf die tatsächliche Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Leistungen und die zeitgerechte Aufnahme neuer Entwicklungen in den Leistungskatalog der Sozialversicherung zu achten.

- 25.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Zuständigkeit des Ministeriums für diese Empfehlung nicht eindeutig nachvollziehbar sei, weil sich die Empfehlung auf die gesamtvertraglichen Regelungen richte.

Soweit dazu allenfalls geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen im Vertragspartnerrecht als Unterstützung der Bemühungen der ÖGK zweckmäßig seien, bedürfe dies jedenfalls eines umfassenden Abstimmungsprozesses mit den betroffenen Stakeholdern (insbesondere Sozialversicherungsträger und Österreichische Ärztekammer). Voraussetzung des Abstimmungsprozesses sei wiederum ein politischer Konsens. Das Regierungsprogramm 2020–2024 sehe u.a. eine „Erweiterung der Vertragsarztmodelle“ vor, um die Versorgung (vor allem im ländlichen Raum) sicherzustellen.

(2) Laut Stellungnahme der ÖGK habe sie sich mit der Sicherstellung der Sachleistungsversorgung bereits intensiv auseinandergesetzt und zu den in der Empfehlung angeführten Punkten mehrere Maßnahmenvorschläge erarbeitet. Ein gesamtvertragliches Modell zur laufenden Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung gebe es in Oberösterreich („Prozess Moderne Medizin“). Eine österreichweite Ausrollung dieses Modells sei wegen der Ablehnung der Ärztekammern bisher nicht möglich gewesen. Eine gesetzliche Hilfestellung wäre hier hilfreich.

Zu den Motiven für die Tätigkeit als Wahlärztin bzw. –arzt wies die ÖGK darauf hin, dass auch die Spitäler eine Nebentätigkeit von Spitalsärztinnen bzw. –ärzten als Wahlärztin bzw. –arzt begrüßten. Einerseits reduziere sich dadurch der Druck bei Forderungen nach höheren Gehältern. Andererseits könnten über die Wahlarztordinationen Patientinnen bzw. Patienten für einen Spitalsaufenthalt in der Sonderklasse gewonnen werden, bei dem die Krankenanstalt Einnahmen lukrieren könne.

Primärversorgung

Zielsetzung und Rahmenbedingungen

- 26.1 (1) Der 2013 zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossene Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 sah als Ziel eine flächendeckende Umsetzung von Primärversorgung als „allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung“ vor, die einen koordinierten Versorgungsprozess und ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleisten sollte.⁴⁹

Bis Mitte 2014 war dafür ein Konzept zu erstellen und in der Bundes–Zielsteuerungskommission zu beschließen. Bis Ende 2014 sollten auf Bundesebene die erforderlichen Voraussetzungen (inklusive rechtlicher Rahmenbedingungen) vorliegen. In der Folge waren Primärversorgungsmodelle auf Landesebene umzusetzen. Bis Ende 2016 sollte mindestens 1 % der Bevölkerung pro Land in Primärversorgungseinheiten versorgt werden. Das entsprach 80.000 Personen österreichweit und je nach Versorgungswirkung zwischen zehn und 20 Primärversorgungseinheiten. Im Jahr 2017 weitete der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 diese Zielsetzung aus: Es sollten zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis Ende 2021 realisiert und nach den Vorgaben des Gesundheits–Zielsteuerungsgesetzes in den RSG der Länder bis spätestens Ende 2018 konkret geplant werden.⁵⁰ 75 Primärversorgungseinheiten bedeuteten eine Versorgung von 5 % der Bevölkerung in dieser Versorgungsform.⁵¹

(2) Die Bundes–Zielsteuerungskommission beschloss das Konzept für die neue Primärversorgung Ende Juni 2014.⁵² Es enthielt allgemeine Zielsetzungen, jedoch keine konkreten Konzepte über die Gewinnung von Vertragspartnerinnen und –partnern für die Primärversorgung bzw. für eine Integration in das bestehende System.

⁴⁹ § 3 Abs. 7 Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 81/2013; dieses wurde mit Ablauf des 31. Dezember 2016 durch BGBl. I 26/2017 aufgehoben und durch ein novelliertes Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz ersetzt.

⁵⁰ gemäß dem im Rahmen des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 beschlossenen neuen, ab Jänner 2017 geltenden Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz

⁵¹ Auch die Reformvereinbarung 2017 sah diese Zielsetzung vor.

⁵² Wesentliche Ziele waren dabei die Entlastung des Spitalsbereichs, eine Verbesserung der Erreichbarkeit zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden, eine Verbesserung der Versorgungskoordination, die Kontinuität und Koordination der Betreuung insbesondere auch für chronisch Erkrankte, für Kinder und Jugendliche sowie für die ältere Bevölkerung und eine Stärkung der Integration von gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung. Weiters sollten die verschiedenen Gesundheitsberufsgruppen besser zusammenarbeiten.

Für eine Integration bestanden nach den geltenden Rechtsgrundlagen wesentliche Herausforderungen:

- Da die bestehenden Verträge (in der Regel Einzelpraxen) im Wesentlichen nur unter besonderen Umständen (z.B. bei schwerem Fehlverhalten) kündbar waren, war ein Austausch bestehender Vertragspartnerinnen und –partner durch neue Akteure weitgehend nicht möglich. Das Warten auf das Freiwerden von genügend Kassenplanstellen für eine Primärversorgungseinheit konnte lange Zeit in Anspruch nehmen und so zu temporären Versorgungslücken führen.
- Die bestehenden Vertragspartnerinnen und –partner waren zumeist bereits langjährig in Einzelpraxen tätig. Im Falle der Bildung einer Primärversorgungseinheit stellten sich Fragen zur Übernahme bereits getätigter Investitionen (z.B. Ordinationsräumlichkeiten) sowie zur Umstellung der Arbeitsabläufe (von alleiniger Verantwortung und Gewinnabschöpfung zu gemeinsamem Wirtschaften).
- Eine finanzielle Besserstellung der Primärversorgungseinheiten gegenüber den Einzelpraxen erforderte als gesamtvertragliche Regelung die Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und damit der Interessenvertretung der Einzelpraxen.
- Die Schaffung neuer Planstellen für Primärversorgungseinheiten war aufgrund des Entstehens von Doppelstrukturen wenig effizient.

(3) Von der Konzepterstellung 2014 bis zum Jahr 2017 wurden keine spezifischen gesetzlichen oder gesamtvertraglichen Grundlagen für Primärversorgungseinheiten geschaffen. Dabei war zunächst unklar, ob eine eigene gesetzliche Regelung erforderlich war oder nicht. Im August 2017 trat das Primärversorgungsgesetz⁵³ in Kraft, ein bundesweiter Primärversorgungs–Gesamtvertrag wurde erst 2019 abgeschlossen. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz delegierte bestimmte Regelungsaufgaben (insbesondere die Vergütung) auf später abzuschließende Gesamtverträge auf regionaler Ebene.

⁵³ BGBl. I 131/2017 i.d.g.F.

(4) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Primärversorgungseinheiten in den einzelnen Ländern zwischen 2015 und 2019:

Tabelle 19: Primärversorgungseinheiten: Entwicklung 2015 bis 2019

Land	2015	2016	2017	2018	2019	Zielwert 2021
	Anzahl					
Burgenland	0	0	0	0	1	3
Kärnten	0	0	0	0	0	5
Niederösterreich	0	0	0	1	3	14
Oberösterreich	0	0	2	4	4	13
Salzburg	0	0	0	0	0	5
Steiermark	0	0	1	3	5	11
Tirol	0	0	0	0	0	6
Vorarlberg	0	0	0	0	0	3
Wien	1	1	2	2	3	16
Summe	1	1	5	10	16	75¹

¹ Durch die Aufteilung der Gesamtsumme von 75 nach dem Bevölkerungsschlüssel auf die Länder ergab sich eine Rundungsdifferenz.

Quellen: Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021; Gebietskrankenkassen

In den Jahren 2015 und 2016 bestand lediglich eine Primärversorgungseinheit. Die Zielsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2013–2016 wurde somit deutlich verfehlt. Nach Inkrafttreten des Primärversorgungsgesetzes und der Zweckwidmung von rd. 200 Mio. EUR „insbesondere“ für die Primärversorgung (**TZ 28**) nahm die Anzahl der Primärversorgungseinheiten zwar zu, allerdings waren im Dezember 2019 von den bis Ende 2021 angestrebten 75 Primärversorgungseinheiten lediglich 16 umgesetzt. Ein Projekt befand sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Planung und sollte im Oktober 2020 seinen Betrieb aufnehmen. In Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg waren im überprüften Zeitraum keine Primärversorgungseinheiten in Betrieb. Laut Monitoringbericht Zielsteuerung–Gesundheit versorgten im Jahr 2018 die Primärversorgungseinheiten 1,9 % der Bevölkerung in Oberösterreich, 0,24 % in Niederösterreich, 1,32 % in der Steiermark und 1,08 % in Wien. Das waren 0,78 % der österreichischen Bevölkerung.

26.2 Der RH beurteilte kritisch, dass rund fünf Jahre nach der Festlegung des gemeinsamen Ziels einer flächendeckenden Versorgung mit Primärversorgungseinheiten die Durchdringung deutlich unterhalb der 2013 und 2017 festgelegten quantitativen Ziele lag. Nach Ansicht des RH war das Ziel, bis Ende 2021 österreichweit 75 Primärversorgungseinheiten zu errichten, voraussichtlich nicht erreichbar. Das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 vereinbarte Ziel, pro Land mindestens 1 % der Bevölkerung in Primärversorgungseinheiten zu versorgen, sowie das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 festgelegte Ziel, diesen Versorgungsgrad zu steigern, erreichten nur Oberösterreich, die Steiermark und Wien.

Der RH wies darauf hin, dass insbesondere die Unkündbarkeit der Vertragspartnerinnen und –partner, die wirtschaftlichen Risiken im Falle eines Zusammenschlusses und die Zustimmungspflicht der Landesärztekammer (für monetäre Anreize in den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen) die Einführung der Primärversorgung vor große Herausforderungen stellte. Er beurteilte daher kritisch, dass keine konkreten Konzepte für die Umgestaltung des Versorgungssystems (z.B. Gewinnung von Vertragspartnerinnen und –partnern für Modelle der Primärversorgung bzw. Integration in das bestehende System) erstellt und keine entsprechenden Maßnahmen gesetzt wurden.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, die Ziele zur Versorgungswirkung der Primärversorgung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen sowie ein Konzept zum Change Management mit konkreten Maßnahmen zur Erreichung der angestrebten Ziele für die Primärversorgung zu entwickeln.

- 26.3 (1) Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass bis Ende 2020 24 Primärversorgungseinheiten gegründet worden seien. Weitere befänden sich in Umsetzung oder Planung.

Das Ministerium begrüße die empfohlenen Maßnahmen und hielt fest, dass diese bereits teilweise in Umsetzung seien. Es stehe im kontinuierlichen Austausch mit den Zielsteuerungspartnern, um die beschriebenen Herausforderungen gemeinsam zu lösen und die Primärversorgung in Österreich nachhaltig zu stärken. Die Zielsteuerungspartner hätten sich darauf verständigt, aufgrund der bisherigen Erfahrungen in den kommenden Monaten Themen für einen möglichen Anpassungsbedarf beim Konzept und den gesetzlichen Grundlagen für Primärversorgungseinheiten zu sammeln und diese Themen für weitere Entscheidungen auf politischer Ebene aufzubereiten. Des Weiteren sei geplant, im Rahmen einer EU–Initiative ein Konzept zum Change Management mit konkreten Maßnahmen zu erarbeiten.

(2) Die ÖGK sagte in ihrer Stellungnahme zu, bei der Überprüfung der Ziele zur Versorgungswirkung der Primärversorgung mitzuwirken und sich bei der Erarbeitung konkreter Maßnahmen zur Erreichung der angestrebten Ziele mit entsprechenden Vorschlägen einzubringen.

Entwicklung der Rechtsgrundlagen

- 27.1 (1) Im Jahr 2013 wurde das Ziel einer flächendeckenden Umsetzung der Primärversorgung vorgegeben (TZ 26). Im Rahmen des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017⁵⁴ beschloss der Nationalrat im Juni 2017 Anpassungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und ein ab August 2017 geltendes Primärversorgungsgesetz. Dieses enthielt wesentliche Festlegungen zu mehreren Bereichen, z.B. Organisations- und Rechtsformen, Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Auswahl der Vertragspartnerinnen und -partner. Die Regelungen waren durch gesamtvertragliche Vereinbarungen zu konkretisieren.

Im April 2019 schlossen der Hauptverband und die Österreichische Ärztekammer einen bundesweiten Primärversorgungs-Gesamtvertrag ab. Dieser regelte u.a. den Versorgungsauftrag, das Leistungsspektrum und das Vertragsverfahren. Zur Honorierung war für jedes Land eine eigene Honorarvereinbarung abzuschließen.⁵⁵ Im Dezember 2019 wurden die Honorarvereinbarungen für Niederösterreich und Wien abgeschlossen, im Jänner 2020 für Salzburg. In den übrigen Ländern fehlten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung entsprechende Vereinbarungen.

- (2) Primärversorgungseinheiten konnten als Primärversorgungszentrum an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet werden. Zwei der Ende 2019 vorhandenen 16 Primärversorgungseinheiten waren als Netzwerke eingerichtet.⁵⁶

Die Gründung von Primärversorgungszentren in Form von selbstständigen Ambulatorien bedurfte einer Bedarfsprüfung und Bewilligung nach dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. Im überprüften Zeitraum war nur ein Primärversorgungszentrum als selbstständiges Ambulatorium eingerichtet.

Primärversorgungseinheiten waren im Stellenplan abzubilden – was die Zustimmung der zuständigen Ärztekammer erforderte – und mussten über einen Vertrag mit der ÖGK verfügen.

Obwohl Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und bedarfsabhängig weitere Gesundheitsberufe, z.B. aus der Psychologie und Psychotherapie, in Primärversorgungseinheiten einbezogen werden sollten, konn-

⁵⁴ BGBl. I 131/2017

⁵⁵ Seit 1. Jänner 2020 lag die Zuständigkeit zum Abschluss der auf Landesebene geltenden Honorarvereinbarungen beim Dachverband.

⁵⁶ Bei Primärversorgungszentren handelten die Gesellschafterinnen und Gesellschafter nicht mehr im eigenen Namen, sondern im Namen der Gesellschaft. Netzwerke konnten auch in Rechtsformen geführt werden, in denen die rechtliche und wirtschaftliche Selbstständigkeit der Teilnehmenden erhalten blieb.

ten in als Gruppenpraxen geführten Primärversorgungseinheiten nur Ärztinnen und Ärzte Gesellschafterinnen oder Gesellschafter sein.

(3) Zur Vergütung waren unterschiedliche Zielsetzungen vorgegeben:

- Versorgungsverbesserungen: Anreize zur Versorgung von Personen mit hohem Versorgungsaufwand, Förderung von Gesundheitsförderung und Prävention, Steigerung der Gesundheitskompetenz, längere Mindestöffnungszeiten⁵⁷,
- Effizienzsteigerung: Unterstützung der Spitalsentlastung, Schaffung eines Anreizes zur Delegation von Leistungen an weitere Gesundheits- und Sozialberufe, Gewährleistung einer Lotsenfunktion und Koordinationstätigkeit,
- Steigerung der Attraktivität einer Niederlassung und Schaffung von Anreizen zur Teilnahme an Primärversorgungsmodellen (z.B. Gewährung einer Anschubfinanzierung).

27.2 Der RH hielt kritisch fest, dass von der grundsätzlichen Zielsetzung der flächendeckenden Umsetzung der Primärversorgung im Jahr 2013 bis zum Abschluss erster regionaler Honorarvereinbarungen rund sieben Jahre vergingen und zur Zeit der Gebarungüberprüfung in sechs von neun Ländern noch keine Honorarvereinbarungen vorlagen.

Der RH wies darauf hin, dass bisher fast ausschließlich Primärversorgungszentren entstanden; er erachtete gerade im ländlichen Raum aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte auch Primärversorgungsnetzwerke als zweckmäßig. Der RH hielt daher eine Strategie zur Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken für erforderlich.

Der RH merkte an, dass die Vorgaben für Primärversorgungseinheiten mehrere Faktoren enthielten, welche die Konsensnotwendigkeit bei bestehenden Vertragspartnerinnen und -partnern beibehielten, die Umsetzung von Primärversorgungseinheiten aber verlangsamten:

- Aufgrund der verpflichtenden Bedarfsprüfungen für selbstständige Ambulatorien war die Gründung von Primärversorgungseinheiten vorrangig Zusammenschlüssen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.
- Durch die verpflichtende Abbildung im Stellenplan und die Delegation der Honorierung auf Landesebene waren Einigungen mit der Landesärztekammer erforderlich.
- Die Führung von Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen musste in ärztlicher Hand liegen.

Der RH erachtete daher – im Falle einer angestrebten zeitnäheren Schaffung von Primärversorgungseinheiten – rechtliche Änderungen als gegebenenfalls zweckmäßig.

⁵⁷ Die Mindestöffnungszeiten mussten jedenfalls die Werktage von Montag bis Freitag inklusive Tagesrandzeiten umfassen. Für drei Vertragsarztstellen waren jedenfalls Mindestöffnungszeiten von insgesamt 40 bis 50 Stunden pro Woche zu vereinbaren.

Schließlich wies der RH darauf hin, dass die Vergütungsziele Vorgaben zur Verbesserung der Versorgung (z.B. Verlängerung der Öffnungszeiten) und Attraktivierung der Berufsausübung – die gegebenenfalls kostenerhöhend wirkten – sowie Vorgaben zur Effizienzsteigerung (z.B. Verringerung von Folgekosten) – die tendenziell kosten-senkend wirken sollten – enthielten.

Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, für den weiteren Ausbau der Primärversorgung eine Strategie zur Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken, zur Gewinnung von neuen Vertragspartnerinnen und –partnern und zur Umsetzung der Vergütungsziele zu entwickeln und auf eine zeitnahe Umsetzung in den Rechtsgrundlagen hinzuwirken.

- 27.3 (1) Das Ministerium begrüßte die Empfehlung des RH. Die Etablierung von Primärversorgungsnetzwerken in ländlichen Regionen sei notwendig und ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Primärversorgung. Hier sei der Austausch mit relevanten Stakeholdern und Partnern besonders zentral; dies treibe auch das Ministerium aktiv voran. Im Rahmen der EU–Initiative zum Change Management (TZ 26) würden auch konkrete Maßnahmen für die Attraktivierung der Primärversorgung in ländlichen Regionen angedacht. Zusätzlich habe das Ministerium durch innovative Kommunikationsarbeit, z.B. durch die Präsenz auf Berufs– und Karrieremessen sowie die Organisation von Veranstaltungen, Maßnahmen gesetzt, Interessentinnen und Interessenten für die Arbeit in Primärversorgungseinheiten zu gewinnen. Die während der COVID–19–Pandemie verstärkt mit digitalen Instrumenten und Medien durchgeführten Informations– und Kommunikationsarbeiten werde es fortsetzen.

Die gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich seien das Ergebnis eines intensiven Verhandlungsprozesses unter Einbindung u.a. der Sozialversicherung, der Länder sowie der Österreichischen Ärztekammer. Das Regierungsprogramm 2020–2024 treffe zur möglichen Überarbeitung des Primärversorgungsgesetzes und der entsprechenden Begleitregelungen keine Aussagen. Die Einleitung eines Prozesses zur Erarbeitung möglicher Änderungen (etwa zur Bedarfsprüfung von Primärversorgungseinheiten oder zur Rolle der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Landesärztekammern) bedürfe folglich einer politischen Willensäußerung.

- (2) Die ÖGK sagte in ihrer Stellungnahme zu, sich mit der Empfehlung inhaltlich auseinanderzusetzen und entsprechende Strategievorschläge einzubringen.

Finanzierung

- 28.1 (1) Im Jänner 2017 sah die Reformvereinbarung 2017⁵⁸ vor, dass die Länder und die Sozialversicherung bis 2020 insgesamt 200 Mio. EUR zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen hatten. Diese Mittel stellten generell auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere jedoch den Aufbau der Primärversorgung ab. Eine genaue Zuteilung von Mitteln auf Primärversorgung oder Länder erfolgte nicht. Die Mittel sollten zur Anschubfinanzierung (z.B. Investitionskosten) oder zur Finanzierung eines Mehraufwands gegenüber dem Status quo (z.B. für ein erweitertes Leistungsangebot) dienen.

Für eine einheitliche Vorgangsweise konnte die Bundes-Zielsteuerungskommission Richtlinien über die wesentlichen Eckpunkte für die Verwendung der Mittel festlegen. Weiters war eine regelmäßige Berichterstattung über die Umsetzung der Vorhaben vorgesehen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren weder die Richtlinien noch die Berichterstattung umgesetzt.

(2) Grundsätzlich erfolgte die Finanzierung der Primärversorgungseinrichtungen im Rahmen der Leistungsvergütung durch die Krankenversicherungsträger. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz sah mehrere Finanzierungsbestandteile vor:

- eine Grundpauschale zur Abgeltung der Infrastruktur, der personellen, technischen und apparativen Ausstattung,
- Fallpauschalen zur Abgeltung des Behandlungsaufwands pro Patientin oder Patient, wobei nach Indikations- oder Anspruchsgruppen differenziert werden konnte,
- Einzelleistungsvergütungen für Leistungen mit besonderem Betreuungs- und Behandlungsaufwand sowie
- Bonuszahlungen für die Erreichung speziell vereinbarter Versorgungsziele.

(3) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren im Burgenland, in Niederösterreich, in Oberösterreich, in der Steiermark und in Wien Pilotprojekte in Betrieb. Die Finanzierungsregelungen dafür unterschieden sich insbesondere in der Höhe einer Anschubfinanzierung, in der Honorierung des nicht-ärztlichen Personals sowie in der Ausgestaltung der finanziellen Beteiligung der Länder. Im Burgenland etwa beteiligte sich das Land finanziell nicht am Ausbau der Primärversorgung. Die BGKK gewährte eine gesonderte Vergütung für die Einhaltung einer Terminvergabe innerhalb einer Woche in 90 % der Fälle.

⁵⁸ Diese war neben der Zielsteuerungsvereinbarung 2017 Teil des Gesundheitsreformgesetzes.

(4) Ende 2019 bzw. Anfang 2020 wurden für die NÖGKK, die Salzburger Gebietskrankenkasse (**SKGG**) und die WGKK Honorarvereinbarungen abgeschlossen. Die folgende Tabelle stellt in wichtigen Punkten die Unterschiede in den gesamtvertraglichen Regelungen dar:

Tabelle 20: Unterschiede in den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen

Position	Niederösterreich	Salzburg	Wien
Grundpauschale	80.000 EUR jährlich je Arzt-Vollzeitäquivalent	27.064 EUR jährlich je Arzt-Vollzeitäquivalent	pauschal 215.000 EUR jährlich
Fallpauschale	31,07 EUR bis 65,39 EUR je Fall nach Altersgruppen	32,70 EUR; Zuschlag von 17,55 EUR möglich (für limitierte Fallzahl bei Zustimmungserklärung und wenn die altersstandardisierten Eigen- und Folgekosten der Primärversorgungseinheit niedriger waren als jene der Vergleichsgruppe)	7 EUR Sonderfallpauschale (zusätzlich zur Grundpauschale von 18,74 EUR)
Einzelleistungen	bestimmte Einzelleistungen gemäß Tarif	Einzelleistungen gemäß Tarif außer Grundvergütung und bestimmte Positionen; zusätzliche spezifische Einzelleistungen	Einzelleistungen gemäß Tarif
pauschale Honorierung nicht-ärztliches Personal	Übernahme der nachgewiesenen Gehaltskosten	nein	nein
Bonus-Malus-Regelung	nein	Bonus-Malus-Regelung bei Abweichung vom altersstandardisierten Benchmark	nein
Einschreibemodell	nein	besondere Leistungen und Serviceangebote bei Nutzung des Einschreibemodells	nein

Quellen: gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen für Niederösterreich, Salzburg und Wien

Die Regelungen unterschieden sich insbesondere hinsichtlich der garantierten Pauschalen erheblich. Lediglich in Salzburg galten Steuerungsinstrumente im Hinblick auf die Kostenentwicklung und die Nutzung eines Einschreibemodells: Wenn Patientinnen und Patienten zustimmten, nach Möglichkeit zuerst die Primärversorgungseinheit aufzusuchen, konnten ihnen besondere Leistungen wie z.B. Physiotherapie oder bestimmte Präventionsleistungen bevorzugt angeboten

werden.⁵⁹ In diesem Fall gebührte unter bestimmten Voraussetzungen ein Zuschlag zur Fallpauschale.⁶⁰

(5) Das Ministerium beteiligte sich nicht mit Mitteln des Ressorts am Ausbau der Primärversorgung. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 sah jedoch als Aufgabe des Bundes die Unterstützung bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten vor. Im Jahr 2017 reichte das Ministerium daher das Projekt „Gründungsinitiative“ bei der Europäischen Kommission ein und beantragte für 2017 und ein Nachfolgeprojekt 2018 rd. 1,1 Mio. EUR an Fördergeldern. Im Frühjahr 2018 erstellte das Ministerium Informationsmaterialien und Vertragsmuster und übermittelte Informationen an die Sozialversicherungsträger und die Landesgesundheitsfonds. Ab Herbst 2018 unterstützte ein Steuerberatungs- und Consultingunternehmen im Rahmen des Projekts Gründerinnen und Gründer von Primärversorgungseinheiten, z.B. durch ein Handbuch, durch Musterdokumente (z.B. Vertragsschablonen) und durch Vor-Ort-Beratung für geplante Primärversorgungsprojekte.⁶¹

(6) Primärversorgungseinheiten hatten die Möglichkeit, verschiedene Förderungen zu erhalten. Insbesondere stellte der Europäische Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) für die Periode 2014 bis 2020 10 Mio. EUR für Investitionen in den Auf- und Ausbau von Infrastruktur für ambulante Gesundheitsdienstleistungen (insbesondere Primärversorgung) bereit. Im Jänner 2020 vereinbarten die Europäische Investitionsbank und zwei österreichische Banken unter Vermittlung des Ministeriums, bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten günstigere Kredite zu ermöglichen.

(7) Eine Gesamtübersicht über die Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Gründung der Primärversorgungseinheiten lag nicht vor.

28.2 Der RH wies zunächst darauf hin, dass 200 Mio. EUR „insbesondere“ für angestrebte 75 Primärversorgungseinheiten im Vergleich zu den durchschnittlichen jährlichen Honoraren je Vertragsärztin bzw. -arzt eine hohe Summe darstellten, zumal sie lediglich für Zusatzaufwendungen gegenüber dem aktuellen Stand der Versorgung und für Anschubfinanzierung verwendet werden sollten. Er kritisierte, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission keine Richtlinien über die Verwendung der vorgesehenen Mittel erlassen hatte und kein Monitoring über die finanziellen

⁵⁹ Pflichtleistungen der Krankenbehandlung waren jedoch für alle Patientinnen und Patienten zugänglich.

⁶⁰ Nach dem dritten Jahr wurde die erhöhte Fallpauschale nur weiter honoriert, wenn der Honoraraufwand für die erhöhte Fallpauschale kleiner oder gleich dem altersstandardisierten Einsparungsvolumen war, andernfalls wurde die Grenze für die mit erhöhter Fallpauschale abrechenbaren Fälle gesenkt. Die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für Salzburg sah auch Bonuszahlungen vor, wenn die durchschnittlichen Gesamtkosten den altersstandardisierten Benchmark unterschritten. Bei Überschreitungen waren Malus-Zahlungen festgelegt. Die Bonus-Malus-Regelung kam erst ab dem fünften Kalenderjahr des Primärversorgungsvertrags voll zur Anwendung.

⁶¹ Bis September 2019 hatten potenzielle Gründerinnen und Gründer von neun geplanten Primärversorgungsprojekten die Beratung in Anspruch genommen.

Aufwendungen erfolgte, sodass die tatsächlichen Aufwendungen für die Gründung und den Betrieb in der Primärversorgung nicht bekannt waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, in der nächsten Zielsteuerungsperiode sicherzustellen, dass z.B. durch entsprechende Informationen in den Zielsteuerungsgremien Transparenz über die zusätzlichen Aufwendungen für den Betrieb und die Gründung von Primärversorgungseinheiten besteht.

Der RH wies darauf hin, dass die Finanzierungsregelungen für Pilotprojekte und den Gesamtvertrag sehr unterschiedlich ausgestaltet und gegenüber der bestehenden Versorgung mit finanziellem Mehraufwand (Anschubfinanzierung, Zuschläge) verbunden waren. Bei den Pilotprojekten hatte nur die BGKK besondere Vergütungsbestandteile für die Einhaltung definierter Zielvereinbarungen, bei den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen nur die SGKK Steuerungsinstrumente hinsichtlich Kostenentwicklung und Einschreibemodell vereinbart.

Der RH empfahl der ÖGK, die Auswirkungen der Honorierungsregelungen bei Pilotprojekten zu Primärversorgungseinheiten im Hinblick auf Kosten und Nutzen zu evaluieren und darauf basierend eine zweckmäßige Vereinheitlichung der gesamtvertraglichen Regelungen anzustreben.

Der RH hielt fest, dass das Ministerium die Gründung von Primärversorgungseinheiten nicht mit eigenen Mitteln förderte, aber die Gründung durch die Wahrnehmung von Koordinierungs-, Informations- und Vermittlungsaufgaben unterstützte.

28.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Zielsteuerungspartner die Erlassung der gemäß Art. 31 Abs. 6 Reformvereinbarung 2017 vorgesehenen Richtlinien weder für erforderlich noch für zweckmäßig erachtet hätten, da in den Ländern die Einrichtung von Primärversorgungseinheiten und deren Finanzierung sehr rasch erfolgt und unterschiedliche Finanzierungslösungen gewählt worden seien. Die Vorgabe einer bundesweit einheitlichen Finanzierungslösung sei aufgrund regionaler Unterschiede nicht umsetzbar und für die Etablierung von Primärversorgungseinheiten auch nicht nötig gewesen.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

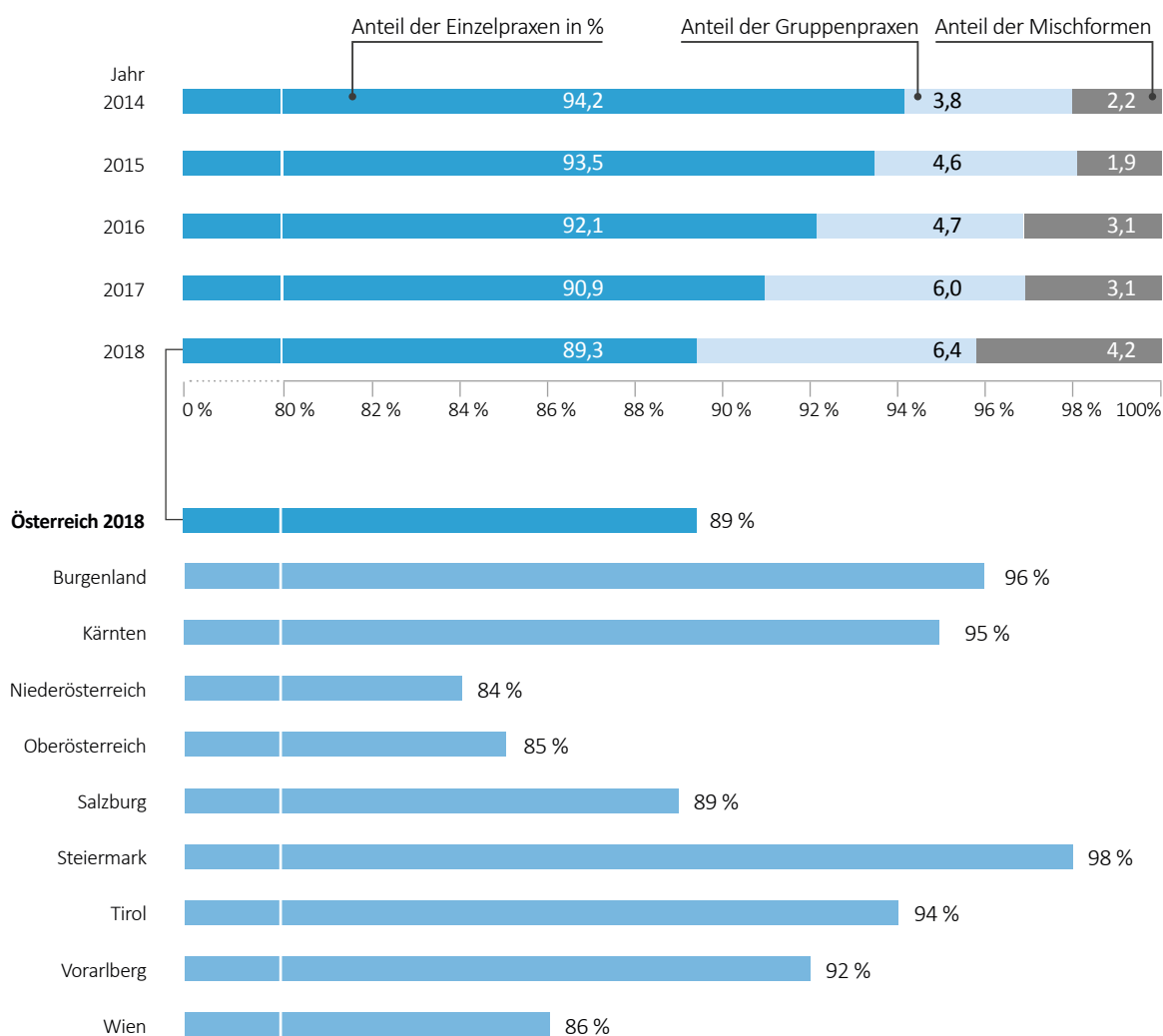
28.4 Zur vom Ministerium vorgebrachten raschen Umsetzung der Primärversorgungseinheiten verwies der RH auf den Stand der Zielerreichung mit 16 von 75 geplanten Primärversorgungseinheiten nach fünf Jahren im Dezember 2019. In Bezug auf die Notwendigkeit der Richtlinien hielt er fest, dass die Transparenz über die zusätzlichen Aufwendungen für den Betrieb und die Gründung von Primärversorgungseinheiten fehlte. Er blieb daher bei seiner Empfehlung.

Weitere Kooperationsformen

- 29.1 (1) Neben einer Einzelpraxis konnte die vertragsärztliche Tätigkeit auch in Gruppenpraxen und verschiedenen Mischformen ausgeübt werden. Dies könnte die Übertragung einer Ordination an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger (Übergangspraxen), Teilzeitarbeit (Jobsharing-Praxen) und die Abdeckung eines Versorgungsbedarfs von weniger als einer vollen Planstelle (Teilgruppenpraxen) erleichtern. Die jeweilige rechtliche Ausgestaltung (z.B. unbefristete oder befristete Regelung, Genehmigungspflicht durch den Krankenversicherungsträger, Anforderungen an die Öffnungszeiten, Zu- oder Abschläge zur Honorierung) oblag der gesamtvertraglichen Regelung in den einzelnen Ländern. Die Regelungen waren nicht einheitlich.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Ordinationsformen gemessen an der Anzahl der dort tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte in den Jahren 2014 bis 2018 und die in Einzelpraxen tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte je Land im Jahr 2018:

Abbildung 10: Vertragsärztinnen und Vertragsärzte: Entwicklung ihrer Anzahl in den verschiedenen Praxisformen



Quellen: Dachverband der Sozialversicherungsträger; Österreichische Gesundheitskasse; Darstellung: RH

Der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte sank von rd. 94 % im Jahr 2014 auf rd. 89 % im Jahr 2018. Der Anteil der in den übrigen Ordinationsformen (Gruppenpraxen und Mischformen) tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte erhöhte sich von 6 % auf rd. 11 %. Im Jahr 2018 lag der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte zwischen 84 % in Niederösterreich und 98 % in der Steiermark.

(3) Im März 2019 trat eine gesetzliche Regelung in Kraft, die eine Anstellung von zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzten in Einzel- oder Gruppenpraxen einschließlich Primärversorgungseinheiten ermöglichte. Damit konnten Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf im niedergelassenen Bereich ausüben, ohne die finanziellen Risiken einer wirtschaftlich selbstständigen Tätigkeit eingehen zu müssen. Auch die Berufsausübung in Teilzeit und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollten so erleichtert werden.

Für die neue Regelung galten wesentliche Begrenzungen:

- Das Ausmaß der Anstellung durfte in Einzelordinationen einschließlich Lehrpraxen höchstens ein Arzt–Vollzeitäquivalent, in Gruppenpraxen maximal die Anzahl der Gesellschafter–Vollzeitäquivalente, höchstens aber zwei Arzt–Vollzeitäquivalente ausmachen. Diese Grenze durfte bei Primärversorgungseinheiten im Rahmen der Planungsvorgaben des jeweiligen RSG und des Primärversorgungsvertrags überschritten werden.
- Da mit der Einbindung zusätzlicher Ärztinnen und Ärzte eine deutliche Ausweitung des Leistungsvolumens einer Praxis verbunden sein konnte, war gemäß Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer eine Anstellung nur bei Zustimmung der zuständigen Landesärztekammer und des zuständigen Versicherungsträgers zulässig. Die Genehmigung war unbefristet unter Anrechnung auf den Stellenplan zu erteilen, wenn im Versorgungsgebiet ein ungedeckter Bedarf festgestellt wurde, der nicht anderweitig abgedeckt werden konnte. Im Falle eines temporären Zusatzbedarfs (etwa zum Abbau von Wartezeiten) war die Genehmigung nur befristet zu erteilen. Wenn kein Zusatzbedarf bestand, war die Zustimmung daran gebunden, dass eine bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle bzw. des Honorars mit der zuständigen Landesärztekammer vereinbart wurde.

Mit 30. Juni 2020 waren in Österreich 88 Ärztinnen und Ärzte angestellt.⁶²

29.2 Der RH wies darauf hin, dass der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Vertragsärztinnen und –ärzte im Jahr 2018 rd. 89 % betrug, die Nutzung alternativer Ordinationsformen jedoch anstieg. Der RH begrüßte grundsätzlich die Flexibilisierung der niedergelasse-

⁶² davon im Burgenland drei, in Niederösterreich 14, in Oberösterreich acht, in Salzburg sechs, in Tirol zwölf, in Vorarlberg einer und in Wien 44

nen Tätigkeit im Hinblick auf die bestehenden Nachbesetzungsprobleme, sah die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern jedoch kritisch und verwies auf seine Empfehlung in TZ 6, eine regelmäßige Berichterstattung der ÖGK zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen.

Er empfahl der ÖGK, die unterschiedlichen Ordinationsformen und die Auswirkungen der Anstellungsmöglichkeiten zu evaluieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse für eine Optimierung der gesamtvertraglichen Regelungen zu nutzen.

29.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

Entbürokratisierung

30.1 (1) Das Ministerium gab gegenüber dem RH an, dass Ärztinnen und Ärzte einen hohen bürokratischen Aufwand als möglichen negativen Aspekt der Tätigkeit als Vertragsärztin oder –arzt wahrnehmen würden.

Eine von der ÖGK im Jahr 2016 durchgeführte Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu diesem Thema ergab im Wesentlichen folgende Problemfelder:

- die gesetzlichen Regelungen für den niedergelassenen Bereich, welche die Krankenversicherungsträger nicht beeinflussen konnten, wie etwa Hygienevorschriften oder die Ausweitung der Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe,
- die für Ärztinnen und Ärzte aufwendige Abrechnung nach komplexen Honorarkatalogen und
- verschiedene chefärztliche Bewilligungspflichten (z.B. Medikamente, Physiotherapie, radiologische Untersuchungen).

(2) Die beiden letztgenannten Kritikpunkte waren im überprüften Zeitraum Gegenstand mehrerer Gegenmaßnahmen:

(a) Die Abrechnung mit der Gebietskrankenkasse erfolgte nach einem einheitlichen Datensatzaufbau quartalsweise in elektronischer Form und erforderte eine entsprechende Ordinationssoftware. Bei einer Tätigkeit als Wahlärztin oder –arzt waren dagegen eine individuelle Rechnungslegung und ein entsprechendes Forderungsmanagement erforderlich. Allerdings hatten sich die Vertragsärztinnen und –ärzte mit den Details der Honorarregelungen der Krankenversicherungsträger zu befassen.

(b) Zur vereinfachten Abwicklung von Bewilligungen bzw. der sonstigen Kommunikation hatte die Sozialversicherung im Rahmen des e-card-Systems im überprüften Zeitraum mehrere Anwendungen geschaffen:

- Mit dem „Arzneimittelbewilligungsservice“ konnten die Vertragsärztinnen und –ärzte ab 2005 die Bewilligung von chefarztpflichtigen Arzneyspezialitäten elektronisch beantragen.
- Seit Mai 2009 konnten Vertragsärztinnen und –ärzte Arbeitsunfähigkeitsmeldungen elektronisch erfassen und an die Sozialversicherung übermitteln.
- Seit 2018 bot die Anwendung „e-Medikation“ einen aktuellen Überblick über die verordneten und in der Apotheke abgegebenen Medikamente.
- Mit Hilfe des „Elektronischen Kommunikations Service“ war es ab 2019 möglich, Zuweisungen, Überweisungen und Verordnungen elektronisch zu erfassen.
- Ab 2020 war die Ausrollung der Anwendung „e-Rezept“ vorgesehen. So sollten Kassenrezepte in den Ordinationen elektronisch ausgestellt und an Apotheken übermittelt werden.⁶³

Für die Implementierung der Anwendungen erhielten die Ärztinnen und Ärzte vom Ministerium, den Gebietskrankenkassen und vom Hauptverband Zuschüsse.⁶⁴

(3) Teilweise versuchten die Krankenversicherungsträger, die vorgesehenen Bewilligungspflichten zu erleichtern: Die OÖGK und die VGKK nutzten die in der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung⁶⁵ eingeräumte Möglichkeit, eine Vereinbarung über die Verschreibung von bewilligungspflichtigen Heilmitteln ohne Einholung von ärztlichen Bewilligungen durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst abzuschließen. Dabei wurde die Bewilligungspflicht durch Zielvereinbarungen ersetzt. Eine derartige Vereinbarung konnte jedoch nur bis zum 30. November 2005 abgeschlossen werden. Die Bewilligungspflicht für CT- und MRT-Untersuchungen wurde für die Jahre 2020 und 2021 ausgesetzt.

⁶³ Für die Dauer der COVID-19-Pandemie setzten die Krankenversicherungsträger verschiedene Maßnahmen zur Einschränkung des Patientenkontakts. Medikamentenverordnungen konnten auch nach telefonischer Kontaktaufnahme zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient erfolgen. Die Ärztinnen und Ärzte konnten das Rezept auch elektronisch an die Apotheken übermitteln. Die Abwicklung erfolgte dabei über die e-card-Anwendung e-Medikation. In Ausnahmefällen war auch eine Übermittlung des Rezepts per Post, Fax oder mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten per E-Mail oder SMS zulässig. Weiters entfiel für bestimmte Leistungen die ärztliche Bewilligungspflicht, die Arbeitsunfähigkeitsmeldung konnte auch per Telefon erfolgen. Die telefonische bzw. telemedizinische Krankenbehandlung wurde ermöglicht, ebenso wurden bestimmte Limitierungen ausgesetzt.

⁶⁴ Für die Nutzung der Anwendung e-Medikation gewährte das Ministerium eine einmalige Anschubfinanzierung von maximal 1.314 EUR. Die Gebietskrankenkassen leisteten einen monatlichen Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten von 20 EUR bis einschließlich Dezember 2022. Für die Verwendung des „Elektronischen Kommunikations Services“ leistete der Hauptverband eine pauschale Vergütung von 2,1 Mio. EUR, welche die Landesärztekammern auszahlten. Die Gebietskrankenkassen gewährten einen monatlichen Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten von 4 EUR bis einschließlich Dezember 2022. Die Verwendung von „e-Rezept“ sollte der Dachverband pauschal mit 2,37 Mio. EUR vergüten, wobei die Auszahlung wiederum über die Landesärztekammern erfolgen sollte. Zusätzlich sollte der Hauptverband einen einmaligen Zuschuss zu den Materialkosten und Wartungsgebühren von 0,68 Mio. EUR leisten.

⁶⁵ BGBl. II 473/2004 i.d.g.F.

(4) Diskutiert wurde auch die Möglichkeit der Sozialversicherungsträger, die Ärztinnen und Ärzte aktiv bei der Bewältigung administrativer Aufgaben zu unterstützen, so z.B. durch Finanzierung von Ordinationsmanagerinnen bzw. –managern oder durch einen zentralen Einkauf von bestimmten Gebrauchsartikeln. Eine gesonderte Finanzierung von Ordinationsmanagerinnen bzw. –managern war teilweise im Rahmen der Primärversorgungseinheiten vorgesehen, für sonstige Organisationsformen nicht.

Eine weitere Möglichkeit zur Reduktion des Aufwands bestand darin, mitunter mehrfach vorgenommene Dokumentationen abzubauen, indem Vertragsärztinnen und –ärzte auf die Dokumentation der Sozialversicherung zurückgreifen konnten.

30.2 Der RH wies darauf hin, dass wesentliche Verwaltungsvorgaben gesetzlich vorgegeben waren. Auch die Sozialversicherungsträger hatten durch die Regelung der chefärztlichen Bewilligungen und die Gestaltung der Abrechnungsvorgänge Einfluss auf den administrativen Aufwand. Der RH wies darauf hin, dass die – wenn auch komplexe – elektronische Abrechnung mit den Gebietskrankenkassen gegenüber einer individuellen Rechnungslegung und einem Forderungsmanagement eine Erleichterung darstellte. Er war der Ansicht, dass die Honorarkataloge der Krankversicherungsträger unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Notwendigkeiten so transparent wie möglich ausgestaltet sein sollten, um die Abrechnung zu erleichtern, und verwies auf seine Empfehlung in [TZ 38](#), bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems allgemeinmedizinischer Einzelpraxen die für die Primärversorgung entwickelten Überlegungen mitzubedenken.

Der RH hielt die zunehmende Digitalisierung für eine wichtige Chance zur Entbürokratisierung. Er merkte jedoch auch an, dass damit Änderungen in der jeweils verwendeten Software und gegebenenfalls Kosten verbunden waren.

[Der RH empfahl der ÖGK, die Digitalisierung der Kommunikation mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Abstimmung mit diesen voranzutreiben.](#)

Die Möglichkeit – wie in Oberösterreich und Vorarlberg umgesetzt –, die chefärztliche Bewilligungspflicht durch eine Zielvereinbarung zu ersetzen, stand im Spannungsfeld zwischen Bürokratieentlastung und dem Gebot der ökonomischen Verschreibweise.

[Der RH empfahl der ÖGK, zur Bürokratieentlastung das Instrument der chefärztlichen Bewilligungen nur dort einzusetzen, wo es zur Steuerung und Kontrolle erforderlich ist.](#)

Der RH wies darauf hin, dass die Sozialversicherung durch bestimmte Serviceleistungen den Aufwand für die Vertragsärztinnen und –ärzte senken konnte, etwa durch den zentralen Einkauf von Heilmitteln und –behelfen, durch eine Ordinationsmanagerin bzw. einen Ordinationsmanager oder durch die Möglichkeit für Vertragsärztinnen und –ärzte, auf Daten der Sozialversicherung zurückzugreifen.

Der RH empfahl der ÖGK, beim Abschluss der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung auch Maßnahmen zur administrativen Entlastung der Vertragspartnerinnen und –partner mitzuberücksichtigen.

30.3 (1) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlungen zur Kenntnis.

Sie treibe schon seit längerer Zeit die Digitalisierung der Kommunikation mit den Vertragspartnerinnen und –partnern voran und werde dies auch weiterhin tun. Die Umsetzung von Digitalisierungen hätte sich in der Vergangenheit jedoch als schwierig und langwierig erwiesen, weil – trotz der offensichtlichen Vorteile für die Ärzteschaft – die Umsetzung im Verhandlungsweg oft langwierig bzw. mit überzogenen Honorarforderungen verbunden gewesen sei.

Betreffend die chefärztliche Bewilligung habe sie im Rahmen des Integrationsprozesses ein Projekt gestartet, das sich mit der Vereinheitlichung, Vereinfachung und Digitalisierung des Bewilligungsprozesses auseinandersetze. Das Instrument der chefärztlichen Bewilligung hätte auch schon bisher nur dann eingesetzt werden sollen, wenn dadurch tatsächlich Steuerungs- und Kontrolleffekte erzielbar gewesen wären. Die ÖGK werde sich im Zuge der weiteren Harmonisierungen mit diesem Thema noch näher auseinandersetzen und bestehende Bewilligungssysteme auf ihre Steuerungs- und Kontrolleffekte prüfen.

Im Zuge des Harmonisierungsprozesses werde sie auch die jeweils bestehenden administrativen Belastungen prüfen und bestrebt sein, einheitliche und für Vertragspartnerinnen und –partner mit administrativen Entlastungen verbundene Abläufe umzusetzen. Aus Sicht der ÖGK seien z.B. auch elektronische Zuweisungen bzw. Verordnungen sowohl für die Patientinnen und Patienten, die Empfängerinnen und Empfänger der Zuweisung bzw. Verordnung als auch für die zuweisenden bzw. verordnenden Personen selbst eine erhebliche Erleichterung, was bisher im Verhandlungsweg jedoch nicht umsetzbar gewesen sei.

(2) Der Dachverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Sozialversicherungsträger und der Dachverband eine weltweite Vorreiterrolle im Bereich digitaler Services im Gesundheitsbereich innehätten. Aufbauend auf die schon in den vergangenen Jahren getroffenen Lösungen, etwa elektronische Bewilligungsservices bzw. die elektronische Krankmeldung, würden sie ständig neue, die Vertragspartnerinnen und –partner entlastende Schritte setzen. Dabei zeichne sich die österreichische Sozialversicherung durch konsequente Weiterentwicklung und Erweiterung des digitalen Angebots und digitaler Services aus (u.a. e–Medikation, e–Rezept, e–Zuweisung/eKOS⁶⁶ oder elektronischer Erstattungskodex). Darüber hinaus sei es das Ziel des Dachverbands, im Bereich der Telemedizin und weiterer innovativer digitaler Einsatzmöglichkeiten Versorgungsprozesse zu verbessern und Handlungsmöglichkeiten der Vertragspartnerinnen und –partner entscheidend zu optimieren.

Der Dachverband wolle die Sozialversicherungsträger mit seinen digitalen Instrumenten unterstützen. Den Empfehlungen des RH sei insoweit zu folgen, als weitere Parameter, wie etwa Morbidität der konkret zu versorgenden Bevölkerung, verstärkt in die Planung einfließen sollten. Dies vor dem Hintergrund, dass sich der Dachverband als Plattform der Sozialversicherungsträger verstehe und daher den Sozialversicherungsträgern sowohl mit seinen Dienstleistungen als auch mit der Schaffung von Rahmenbedingungen zur Verfügung stehe. Die Entwicklung, Implementierung und Bereitstellung digitaler Services und e–Health–Lösungen seien Kernanliegen des Dachverbands. Der Dachverband fungiere dabei als zentraler Koordinator zahlreicher IT–Projekte. Gerade vor dem Hintergrund der COVID–19–Pandemie zeige sich die große Bedeutung der e–card als zentraler persönlicher Schlüssel für Versicherte zum elektronischen Gesundheitswesen und zur Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA).

⁶⁶ eKOS = elektronisches Kommunikationsservice

Vergütung der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner

Rahmenbedingungen für Honorarvereinbarungen

- 31.1 (1) Die Vergütung der Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin ergab sich im überprüften Zeitraum im Wesentlichen aus den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen zwischen den Gebietskrankenkassen und der zuständigen Landesärztekammer sowie aus dem Umfang der von den Vertragsärztinnen und –ärzten abgerechneten Leistungen. Der Abschluss der Honorarvereinbarungen erfolgte dabei im Rahmen der Selbstverwaltung der einzelnen Gebietskrankenkassen⁶⁷ für alle Fachgebiete (inklusive Allgemeinmedizin) gemeinsam; ein nach Fachgebiet getrennter Abschluss war nicht vorgesehen.

Bei Vorliegen eines Verhandlungsergebnisses einer Gebietskrankenkasse hatten die Gremien des Hauptverbands diesem zuzustimmen. Der formelle Abschluss der Honorarvereinbarungen oblag in der Folge dem Hauptverband mit der zuständigen Landesärztekammer.

Bei der Beschlussfassung in einer Gebietskrankenkasse nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Aufsichtsbehörde (Ministerium) teil, bei der Beschlussfassung im Hauptverband auch Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Finanzen.

(2) Der Hauptverband nahm bereits 2008 die Koordination der Honorarpolitik als nicht ausreichend wahr.⁶⁸ Verbindliche Strategievorgaben bestanden – wie vom RH im Jahr 2016 festgestellt – nicht.⁶⁹ Die Vertragsabschlüsse unterschieden sich in der Geltungsdauer (teilweise auch rückwirkendes Inkrafttreten), in der Regelmäßigkeit ihres Zustandekommens und in ihren inhaltlichen Schwerpunkten.

(3) Im Dezember 2018 beschloss der Nationalrat die Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK, die nach einer Übergangsfrist am 1. Jänner 2020 wirksam wurde. Ab diesem Zeitpunkt waren die Gesamtverträge nicht mehr vom Dachverband und der zuständigen Landesärztekammer abzuschließen, sondern österreichweit einheitlich

⁶⁷ Dies galt jedenfalls für die kurative Behandlung durch Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner; in Ausnahmefällen wie z.B. beim Brustkrebscreening oder in der Zahnmedizin gab es auch zentrale Kompetenzen des Hauptverbands.

⁶⁸ Als Problem identifizierte er, dass es sozialversicherungsintern keine abgestimmte Vertragspartnerpolitik gebe. Weiters würden dem Hauptverband Informationen über die Ziele bzw. analysierbare Daten fehlen. Als Lösung schlug er die Koordination im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Vertragspartnerpolitik vor. Diese konnte jedoch nach wechselseitiger Information die trägerspezifischen Ziele lediglich zur Kenntnis nehmen. Selbst diese Vorschläge beschloss die Trägerkonferenz im Hauptverband nur als „Handlungsleitlinie“; vgl. dazu RH-Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 20).

⁶⁹ RH-Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 20)

vom Verwaltungsrat der ÖGK mit der Österreichischen Ärztekammer.⁷⁰ Die Honorarvereinbarungen konnten jedoch auf Landesebene mit der zuständigen Landesärztekammer verhandelt werden. Die Zuständigkeit dafür sowie für die Stellenplanung lag beim jeweiligen Landesstellenausschuss der ÖGK.

(4) Da neuartige medizinische Leistungen nach der Judikatur nicht automatisch in den Fallpauschalen abgegolten waren, hatten die Krankenversicherungsträger im Sinne des Sachleistungsprinzips neue Leistungen (z.B. Einsatz neuartiger Geräte) gesondert zu vereinbaren und zu vergüten.⁷¹ Die Entwicklung neuartiger aufwendiger Leistungen betraf hauptsächlich Leistungen bei Fachärztinnen und –ärzten. Dies konnte dazu beitragen, dass die Honorare für Vertragsfachärztinnen und –ärzte stärker stiegen als jene der Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin.

(5) Betriebswirtschaftlich führte eine Verdichtung der Leistung (höhere Fallzahl je Vertragsärztin bzw. –arzt bei weniger Ärztinnen und Ärzten) bei gleichen Honorartarifen zu einem steigenden Einkommen der Ärztinnen und Ärzte. Dem weitgehend fallzahlabhängigen Ertrag einer Praxis standen überwiegend sprungfixe Kosten wie Miete und Lohnkosten für Praxisassistenten gegenüber, die im Schnitt 50 % der durchschnittlichen Erträge ausmachten. Eine Erhöhung der Fallzahl konnte somit selbst bei moderatem Honorarabschluss eine deutliche Erhöhung des Ärztteeinkommens bewirken.

31.2 (1) Der RH merkte an, dass die Rahmenbedingungen für die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen den Landesärztekammern eine starke Verhandlungsposition einräumten und dass in den Regelungen zur Vergütung neuer Leistungen ein stärkerer Anstieg der Arzthonorare von Vertragsfachärztinnen und –ärzten als von Vertragsärztinnen und –ärzten für Allgemeinmedizin begründet sein konnte.

Er führte daher einen Teil der im Folgenden (TZ 34 ff.) beschriebenen Entwicklungen – weitgehende Weitergabe der Beitragseinnahmesteigerung an die Vertragsärztinnen und –ärzte, geringe Veränderungen der Honorarkriterien (z.B. Service- und Ergebnisqualität) und einen geringfügig stärkeren Anstieg der Arzthonorare bei den Vertragsfachärztinnen und –ärzten als bei den Vertragsärztinnen und –ärzten für Allgemeinmedizin – auf die rechtlichen Rahmenbedingungen zurück.

⁷⁰ Die Konferenz des Dachverbands konnte jedoch beschließen, dass ein für alle Krankenversicherungsträger verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist.

⁷¹ Der OGH entschied im Jahr 1994 (10 Obs 264/93), dass der Versicherungsträger für Leistungen, die nicht Gegenstand des Gesamtvertrags und somit vom Sachleistungsprinzip nicht umfasst waren, Kostenersatz zu leisten hatte, wenn sie im Rahmen der notwendigen Krankenbehandlung erfolgten (sogenannter „kassenfreier Raum“). Derartige Leistungen konnten vor allem neuartige und aufwendige Leistungen einer notwendigen Krankenbehandlung sein, die in der zuletzt abgeschlossenen Honorarvereinbarung nicht berücksichtigt wurden.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass im überprüften Zeitraum durch die Beteiligung der Gebietskrankenkassen und des Hauptverbands sowie des Ministeriums und des Bundesministeriums für Finanzen die Letztverantwortung für den Abschluss der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen zersplittert war. Als Ergebnis der Kassenfusion im Jahr 2020 war zwar auf Seiten der Krankenversicherungsträger eine zentrale Abschlusskompetenz bei der ÖGK vorgesehen, die Verhandlungen erfolgten jedoch weiterhin durch die jeweiligen Landesstellenausschüsse der ÖGK.

Der RH empfahl der ÖGK, die dezentralen Verhandlungskompetenzen für die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen unter Nutzung der zentralen Abschlusskompetenz zu steuern.

31.3 (1) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass die zentrale Abschlusskompetenz für gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen beim Verwaltungsrat der ÖGK liege. Die dezentralen Verhandlungskompetenzen der Landesstellenausschüsse würden gemäß § 434 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrats sowie durch regelmäßige Abstimmungen innerhalb des Fachbereichs sowie zwischen Fachbereich und Landesstellenausschüssen im Sinne der ÖGK–Strategie gesteuert.

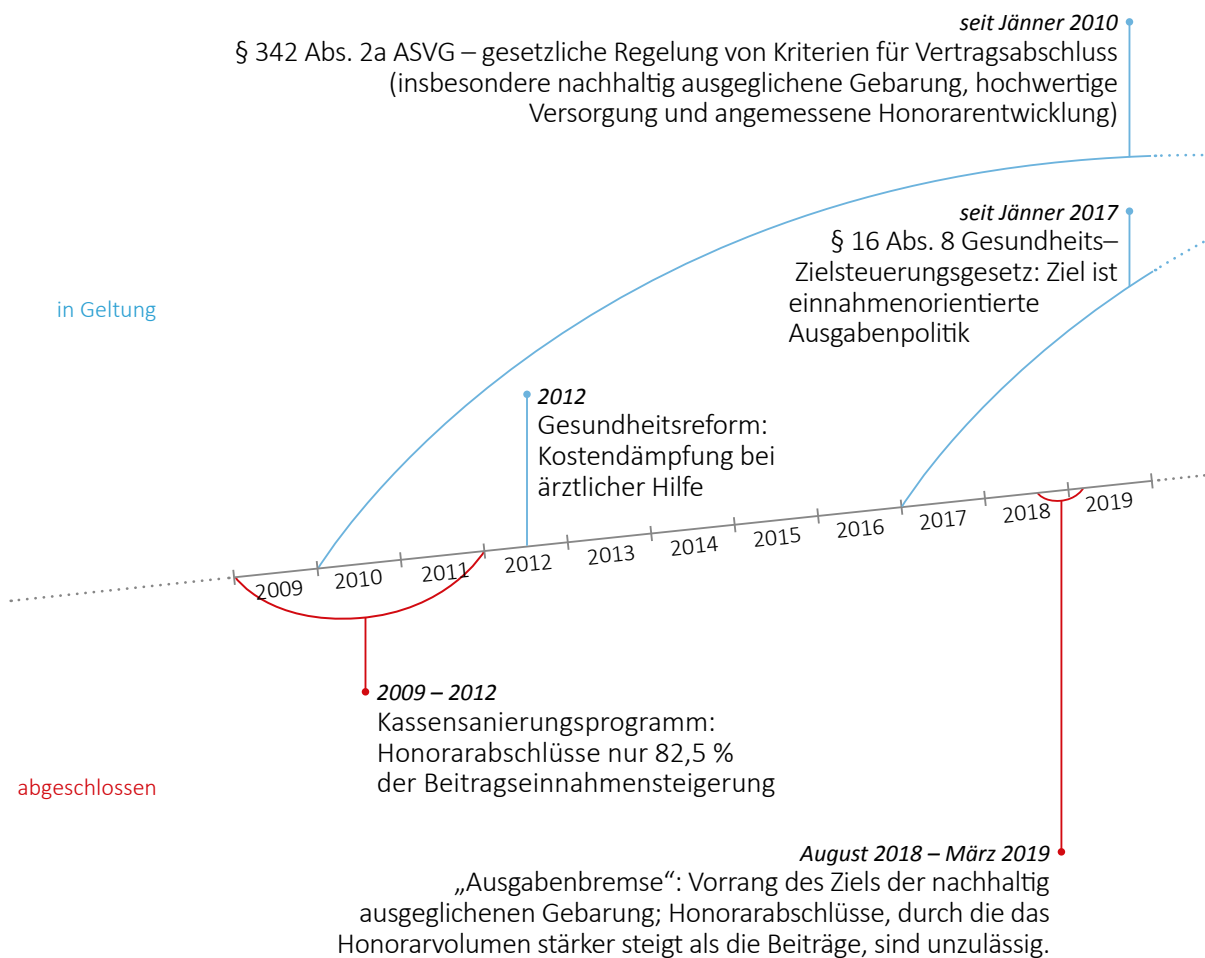
(2) Der Dachverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass das Sozialversicherungs–Organisationsgesetz mit Geltung Jahresbeginn 2020 die Aufgabenverteilung zwischen den Sozialversicherungsträgern und dem Dachverband verändert habe. Der ÖGK obliege die Aufgabe, die kurative ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich künftig mit einem österreichweit einheitlichen Gesamtvertrag (mit dem Kernbereich des Stellenplans) zu regeln.

Gesetzliche Vorgaben für die Höhe der Honorarvereinbarung

32.1 (1) Die bei der Beschlussfassung durch die Gebietskrankenkassen und durch den Hauptverband anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der Aufsichtsbehörde (Ministerium) sowie des Bundesministeriums für Finanzen (**TZ 37**) konnten bei Rechtswidrigkeit oder grober Unwirtschaftlichkeit der Beschlüsse durch einen Einspruch die Beschlussfassung verhindern bzw. Beschlüsse aufheben. Eine bestimmende Einflussnahme auf die damit im Zusammenhang stehende Vorgangsweise der Versicherungsträger (und bis Jahresende 2019 des Hauptverbands) war dem Ministerium solange nicht möglich, als die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht

verletzt wurden. Einfluss nahm der Gesetzgeber bzw. das Ministerium auf die Honorarvereinbarungen im überprüften Zeitraum somit durch rechtliche Vorgaben. Die folgende Tabelle zeigt die im überprüften Zeitraum getroffenen Vorgaben:

Abbildung 11: Vorgaben für Honorarvereinbarungen



ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Darstellung: RH

Im Jahr 2009 erfolgte – aufgrund eines erheblichen Finanzbedarfs der Gebietskrankenkassen und eines damit verbundenen staatlichen Zuschussbedarfs – im Rahmen des Kassensanierungsprogramms 2009–2012 die Vorgabe, dass die Honorarerhöhungen maximal 82,5 % der gesamten Beitragseinnahmensteigerung ausmachen sollten.⁷² Im Jahr 2010 normierte der Gesetzgeber acht Bedingungen für Honorarabschlüsse, z.B. eine nachhaltig ausgeglichene Gebarung der Versicherungsträger,

⁷² RH-Bericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 20)

die Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung sowie eine angemessene Honorarentwicklung.⁷³ Eine Priorisierung dieser Kriterien unterblieb.

Die Vorgabe der Finanzzielsteuerung 2012 bis 2016, dass die Gesamtausgaben durch die Gesamteinnahmen gedeckt sein mussten (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik), war ab Jänner 2017 im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz normiert.⁷⁴ Weiters gab es Finanzziele für die Ausgaben für Vertragsärztinnen und –ärzte, die aus dem Ziel abgeleitet waren, dass die Gesamtausgaben für Gesundheit eine bestimmte Steigerung nicht überschreiten sollten. Für die Jahre 2017 bis 2021 wurden diese Vorgaben im Wesentlichen verlängert. Der RH hatte bereits 2016 aufgezeigt, dass die Operationalisierung der Finanzziele aufgrund eines unzumutbaren Vorgehens bei der Zielfestlegung (Wahl der Ausgangsbasis, Fortschreibung alter Ziele bei Übererfüllung in der Vergangenheit) in den einzelnen Bereichen nur eine sehr geringe steuernde Wirkung entfaltete.⁷⁵

(2) Obwohl die damalige Bundesregierung mit der Anfang Jänner 2020 in Kraft getretenen Fusion der Gebietskrankenkassen die Zielsetzungen verband, insgesamt rd. 1 Mrd. EUR bis Ende 2023 einzusparen und die Leistungen ohne Leistungsver schlechterung zu vereinheitlichen, gab es keine spezifischen finanziellen Vorgaben für die Honorarverhandlungen. Allerdings galt im Vorfeld der Fusion zwischen August 2018 und März 2019 eine gesetzliche „Ausgabenbremse“⁷⁶. Dieser Bestimmung zufolge war – aus den acht Bedingungen für Honorarabschlüsse⁷⁷ – dem Ziel der nachhaltig ausgeglichenen Gebarung der Versicherungsträger der Vorrang zu geben. Honorarabschlüsse, durch die das Honorarvolumen (inklusive Frequenzentwicklung) stärker stieg als die prognostizierte Beitragseinnahmesteigerung des jeweiligen Trägers, waren unzulässig.

In der Praxis ergaben sich für die „Ausgabenbremse“ zahlreiche Anwendungsfragen. Zum Beispiel war unklar, ob ein höherer Honorarabschluss darin begründet sein konnte, unterdurchschnittliche Honorarsteigerungen aus Vorjahren auszugleichen (allenfalls unter Stärkung des allgemeinmedizinischen Bereichs). Ebenso war unklar, ob bei der Beurteilung einer Honorarerhöhung auch allfällige Nachzahlungen für vorangegangene Abrechnungsperioden, Einmalzahlungen oder Mitfinanzierungen anderer Planstellen (z.B. der Länder für spitalsentlastende Maßnahmen) zu berücksichtigen waren.

⁷³ für weitere Bedingungen siehe § 342 Abs. 2a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (sogenannter „achtbeiniger Hund“)

⁷⁴ siehe auch § 16 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.)

⁷⁵ RH-Bericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 20)

⁷⁶ Sie wurde direkt im Parlament im Rahmen eines Abänderungsantrags zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz eingebracht (siehe § 716 Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz i.d.F. BGBl. I 59/2018).

⁷⁷ siehe § 342 Abs. 2a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

(3) Wesentliche Eckpunkte der Strategie der Sozialversicherungsträger waren im Rahmen der Balanced Scorecards mit dem Ministerium abzustimmen. Diese gesetzlich vorgesehene Abstimmung von Zielen blieb auf einer sehr allgemeinen Ebene (z.B. Stärkung der Sachleistungsversorgung). Konkrete versorgungspolitische Schwerpunkte waren – soweit überhaupt – eher beispielhaft angeführt. Genauere gesetzliche Vorgaben fehlten. Im Zuge des Sozialversicherungs–Organisationsgesetzes wurden die Vorgaben zur Zielsteuerung ab 2020 dahingehend erweitert, dass der Dachverband neben Verwaltungskostenzielen nunmehr jedenfalls auch strategische und operative (Finanz–)Ziele sowie Maßnahmen und Kennzahlen festzulegen hatte. Diese waren nunmehr auch mit dem Bundesminister für Finanzen abzustimmen und es war dem Ministerium und dem Bundesministerium für Finanzen laufend zu berichten.

- 32.2 Der RH hielt fest, dass im überprüften Zeitraum zur Steuerung ärztlicher Honorarvolumina im Wesentlichen finanzielle Obergrenzen festgelegt wurden. Diese waren im Kontext der unmittelbaren Finanzprobleme bzw. der staatlichen Zuschüsse 2009 bzw. 2010 durchaus wirksam. Längerfristig war die Wirksamkeit jedoch eingeschränkt (TZ 34). Der RH hielt es für zweckmäßig, auch Folgekosten ärztlicher Behandlung (Medikamentenverschreibung, sonstige Leistungen) mitzuberücksichtigen und eine mittelfristige Betrachtung zugrunde zu legen. Er hielt daher die Ausrichtung an einer insgesamt nachhaltig ausgeglichenen Gebarung der jeweiligen Krankenversicherungsträger für zweckmäßiger als die Gegenüberstellung ausschließlich ihrer Beitragseinnahmen und Ausgaben für ärztliche Hilfe eines Jahres. Der RH wies darauf hin, dass die COVID–19–Pandemie eine Prüfung der Vorgaben an die Sozialversicherungsträger erforderlich machen wird.

[Der RH empfahl dem Ministerium und der ÖGK, die Honorarabschlüsse an der insgesamt nachhaltig ausgeglichenen Gebarung der Krankenversicherung zu orientieren.](#)

Der RH merkte weiters an, dass die Zielvereinbarungen zwischen Sozialversicherung und Ministerium versorgungspolitisch sehr offen formuliert waren, so dass die inhaltliche Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung den einzelnen Krankenversicherungsträgern oblagen. Aus Sicht des RH war jedoch eine rein finanziell orientierte Steuerung der Honorarabschlüsse aus versorgungspolitischer Sicht nicht ausreichend.

[Der RH empfahl dem Ministerium, die Abstimmung der Balanced Scorecards der Krankenversicherungsträger für eine Priorisierung versorgungspolitischer Ziele zu nutzen.](#)

- 32.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass sich das Zielsteuerungssystem der Sozialversicherung, abgebildet in der Balanced Scorecard, mit strategischen und operativen Zielen befasse. Diese Ziele seien gemäß § 441f Abs. 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz bereits in der Phase der Erarbeitung mit den für Soziales und Finanzen zuständigen Bundesministern abzustimmen. Es stehe daher der zusätzliche politische Input im Vordergrund.

Dabei sei auch auf die Ausführungen des Verfassungsgerichtshofes⁷⁸ Bedacht zu nehmen, der Teile des § 441 und des § 444 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz als verfassungswidrig aufgehoben habe.

Die Empfehlung des RH zur nachhaltigen Gebarung der Krankenversicherung teile das Ministerium; es werde die Empfehlung im Rahmen der Wahrnehmung der Aufsicht berücksichtigen.

(2) Die ÖGK stimmte in ihrer Stellungnahme der Empfehlung zu und führte aus, dass die Honorarabschlüsse nach einer insgesamt nachhaltigen Gebarung ausgerichtet werden sollten.

- 32.4 Der RH entgegnete dem Ministerium, dass der Verfassungsgerichtshof zwar die Weisungsmöglichkeit, aber nicht die Abstimmungsverpflichtung aufgehoben hatte. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

⁷⁸ Erkenntnis vom 13. Dezember 2019, G 78–81/2019–56

Höhe der Honorare

Studie zur Höhe der Einkünfte

33.1 (1) Grundsätzlich verfügten die Krankenversicherungsträger und das Ministerium ausschließlich über Informationen zur Leistungsabrechnung mit den Vertragsärztinnen und –ärzten, nicht aber zu deren Ordinationskosten bzw. zu deren sonstigen Einkünften. Einige Krankenversicherungsträger, z.B. die OÖGKK, vereinbarten im Rahmen der Pilotprojekte für Primärversorgungseinheiten eine Offenlegung von Erträgen und Kosten der Arztpraxen. Der RH hatte bereits mehrfach eine Vergütung der ärztlichen Leistungen auf Basis von Kostenkalkulationen gefordert.⁷⁹

(2) Das Institut für Höhere Studien (**IHS**) erstellte 2018 im Auftrag des Hauptverbands eine Studie zu den Einkünften verschiedener Arztgruppen. Dazu zog es Daten des Jahres 2015 des Bundesministeriums für Finanzen, des Hauptverbands sowie des Wiener Krankenanstaltenverbands⁸⁰ heran. Demnach lagen die jährlichen Medianeinkünfte einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes bei rd. 143.000 EUR. Das war wesentlich höher als die jährlichen Medianeinkünfte selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätiger in Österreich.⁸¹ Diese Medianeinkünfte lagen auch deutlich höher als die Medianeinkünfte von Wahlärztinnen und –ärzten, Spitalsärztinnen und –ärzten⁸² und von anderen freien Berufen. Auch die Einkünfte der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner lagen über jenen anderer freier Berufe (z.B. Rechtsanwälte oder Steuerberater).⁸³

⁷⁹ zuletzt RH-Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 12)

⁸⁰ Der Wiener Krankenanstaltenverbund führte ab Juli 2020 die neue Bezeichnung „Wiener Gesundheitsverbund“.

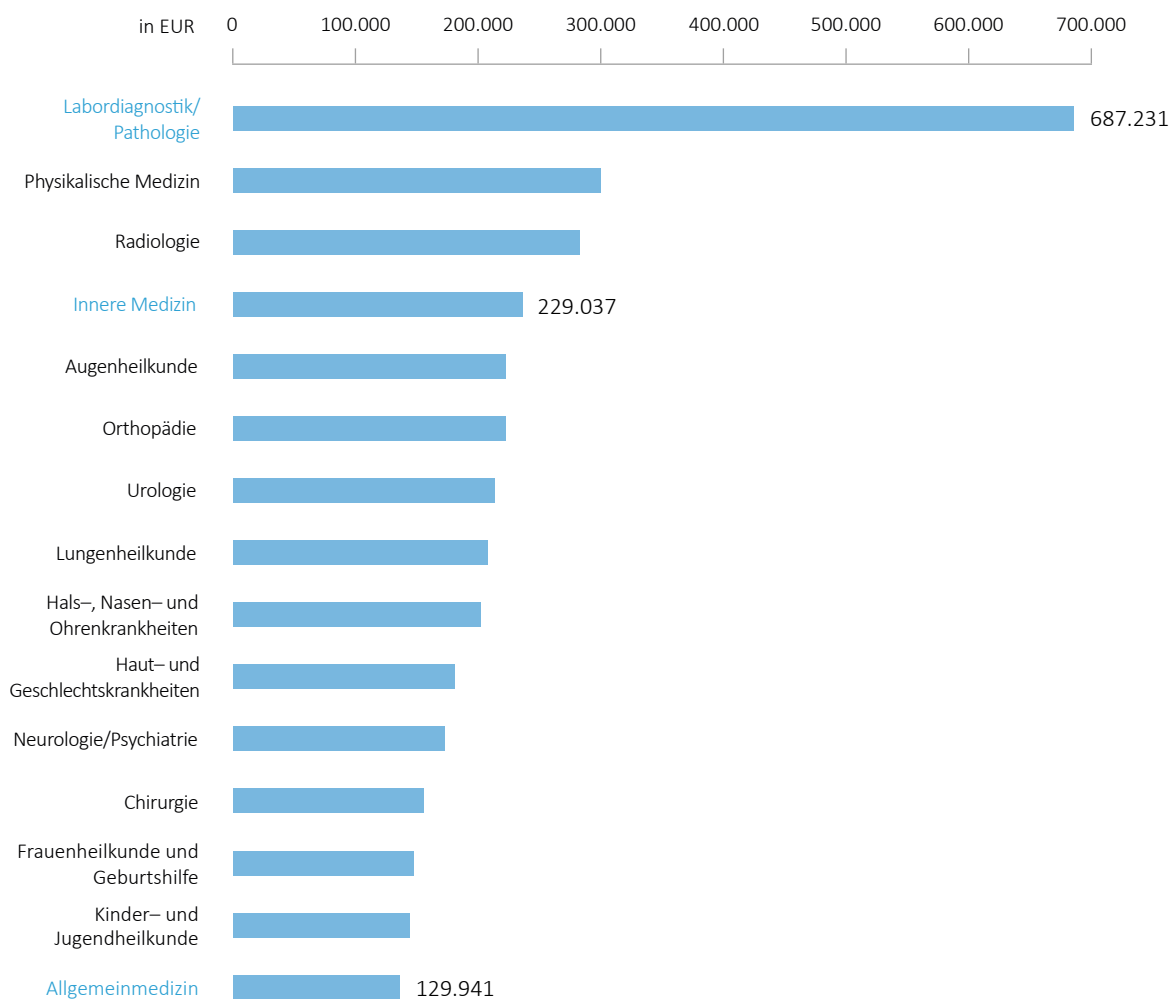
⁸¹ Medianeinkünfte aller unselbstständig Erwerbstätigen in Österreich (ohne Lehrlinge) 2015: rd. 27.000 EUR; Medianeinkünfte aller selbstständig Erwerbstätigen im Jahr 2015: rd. 12.000 EUR (Durchschnitt: 25.765 EUR); Medianeinkünfte aller akademischen Berufe 2015: rd. 41.000 EUR; siehe dazu RH-Bericht „Allgemeiner Einkommensbericht 2016“ (Reihe Einkommen 2016/1, Tabelle 27 und 49)

⁸² Die IHS-Studie gab die Medianeinkünfte von Spitalsärztinnen und –ärzten mit 83.793 EUR (exklusive Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung) und von Wahlärztinnen und –ärzten mit 75.524 EUR an.

⁸³ Medianeinkommen im Jahr 2015 Rechtsberatung und Steuerberatung rd. 60.000 EUR; siehe dazu RH-Bericht „Allgemeiner Einkommensbericht 2018“ (Reihe Einkommen 2018/1, Tabellenteil S. 73)

Die folgende Abbildung⁸⁴ zeigt die Medianwerte der Einkünfte⁸⁵ im Jahr 2015 nach Fachgebieten von Vertragsärztinnen und –ärzten in Österreich:

Abbildung 12: Medianeinkünfte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Jahr 2015 nach Fachgebieten



Quelle: Institut für Höhere Studien; Darstellung: RH

Die Bandbreite der Medianeinkünfte in den einzelnen Fachgebieten lag zwischen rd. 687.000 EUR (Labordiagnostik und Pathologie) und rd. 130.000 EUR (Allgemeinmedizin). Die Einkünfte in der Allgemeinmedizin beliefen sich z.B. auf 57 % der Medianeinkünfte in der Inneren Medizin.

⁸⁴ In der Abbildung sind keine Gewinne aus Kapitalgesellschaften enthalten.

⁸⁵ Bei den Einkünften handelt es sich um die Summe aus ärztlichen Einkünften aus selbstständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (Gewinn vor Steuer, d.h. Einnahmen minus Ausgaben für Ordinationen etc.) und aus Einkünften aus unselbstständiger Arbeit (Lohnsteuerbemessungsgrundlage, d.h. im Wesentlichen Bruttoeinkünfte minus Sozialversicherungsbeiträge). Die Ärztekammerumlage und die Beiträge für den Wohlfahrtsfonds sind bei beiden Einkunftsarten bereits abgezogen.

Besonders auffällig waren die hohen Einkünfte im Bereich der Labordiagnostik und Pathologie. Der RH hatte dazu bereits in einem früheren Bericht kritisiert, dass die Anpassung der Tarife, die aufgrund der technischen Möglichkeiten der modernen Labormedizin angezeigt war, nur verzögert und unvollständig erfolgte.⁸⁶

(3) Im Jahr 2015 betrieben 30 % der Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin eine Hausapotheke. Die Medianeinkünfte dieser Ärztinnen und Ärzte waren mit 195.533 EUR deutlich überdurchschnittlich. Diese Mehreinkünfte mussten jedoch nicht notwendigerweise auf die Hausapotheke zurückzuführen sein, sondern konnten auch durch andere Öffnungszeiten, viele Hausbesuche oder ein erweitertes Leistungsspektrum bedingt sein.

(4) Informationen über die Arbeitszeit der Vertragsärztinnen und –ärzte lagen den Sozialversicherungsträgern nicht vor. Der RH ermittelte für das Jahr 2018 anhand einer Zufallsstichprobe folgende Parameter: Im Mittel fielen in der Allgemeinmedizin (mit zwölf Monaten Kassenvertrag) an 211 Tagen im Jahr e-card–Abrechnungen an.⁸⁷ Die durchschnittliche Anzahl der e-card–Konsultationen an einem Arbeitstag lag bei rd. 65 (mit einer Bandbreite von 13 bis 178).

33.2 Der RH hielt fest, dass Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin höhere Medianeinkünfte als andere Berufsgruppen der selbstständig und unselbstständig Erwerbstätigen sowie andere freie Berufe (z.B. Rechtsanwälte oder Wirtschaftsprüfer) aufwiesen und damit ein wirtschaftlich attraktives Umfeld vorfanden. Er merkte jedoch an, dass innerhalb der Ärzteschaft die Medianeinkünfte in der Allgemeinmedizin unter jenen der Fachgebiete lagen.

Der RH beurteilte kritisch, dass die Honorarverhandlungen ohne Transparenz über die Kosten der Ordinationen und die Arbeitszeit der Vertragsärztinnen und –ärzte erfolgten. Er wies darauf hin, dass er bereits mehrfach eine Vergütung auf Basis von Kostenkalkulationen empfohlen hatte. Er hielt auch Parameter wie Investitionskosten, Kosten von Zusatzausbildungen und die Arbeitszeit für wesentlich, um eine angemessene Vergütung vereinbaren zu können.

[Der RH empfahl der ÖGK, die Verhandlungen über die Arzthonorare nach Möglichkeit unter Berücksichtigung von Parametern wie Investitionskosten und tatsächlicher Arbeitszeit zu führen.](#)

33.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass die Übernahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog der ÖGK schon seit längerer Zeit in der Regel auf Basis einer entsprechenden Kalkulation (meistens

⁸⁶ RH–Bericht „Ausgewählte Steuerbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 21)

⁸⁷ Demgegenüber anerkannte das Finanzamt nach den Lohnsteuerrichtlinien 230 Arbeitstage in einem Kalenderjahr, wobei Urlaube bereits berücksichtigt waren.

einer Grenzkostenkalkulation) erfolge. Es sei bereits mehrfach versucht worden, auf Basis sogenannter „Musterordinationen“ – unter Berücksichtigung u.a. der vom RH angeführten Kalkulationskriterien – Transparenz in die für den Ordinationsbetrieb anfallenden Kosten zu bringen. Diese Arbeiten hätten mit den Ärztekammern jedoch bisher nicht finalisiert werden können.

Eine regelmäßige Erhebung von Ordinationseinnahmen und –kosten sowie von Arbeitszeiten durch eine unabhängige Einrichtung sei zu befürworten. Da die Informationen im allgemeinen Einkommensbericht des RH nicht detailliert genug seien, wäre ein eigener detaillierter Bericht des RH zum Thema Einkommen von Ärztinnen und Ärzten nach dem Beispiel anderer Staaten zu begrüßen (vgl. Praxispanel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Kostenstruktur-erhebung bei Arzt- und Zahnarztpraxen des statistischen Bundesamts).

Auch die Kenntnis der tatsächlichen Arbeitszeiten der Vertragsärztinnen und –ärzte sei wichtig. Eine Anhebung der Arbeitszeiten der Vertragsärztinnen und –ärzte sei der ÖGK aber nicht möglich.

Ein erster Ansatz, um über die tatsächlichen Arbeitszeiten der Vertragsärztinnen und –ärzte Kenntnis zu erlangen, seien Auswertungen der e-card-Daten nach dem Zeitpunkt ihrer Steckung. Eine solche Auswertung sei der ÖGK aufgrund einer entsprechenden Regelung in der damals vom Hauptverband mit der Ärztekammer geschlossenen gesamtvertraglichen Vereinbarung nicht möglich. Der Ärztekammer sei diese Festlegung im Gesamtvertrag sehr wichtig; für die Durchsetzung der Streichung dieser Regelung benötige die ÖGK Unterstützung.

- 33.4 Der RH führte zur Anregung der ÖGK, wonach ein detaillierter Bericht des RH über die Einkommen der Ärztinnen und Ärzte mit einer regelmäßigen Erhebung von Ordinationseinnahmen und –kosten sowie von Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte zu begrüßen wäre, aus, dass sich nach der österreichischen Bundesverfassung die Zuständigkeit des RH nicht auf Einzelpersonen, sondern im Wesentlichen auf Gebietskörperschaften und deren Beteiligungen erstreckt. Im Allgemeinen Einkommensbericht gemäß Art. 1 § 8 Abs. 4 des Bezügebegrenzungs-gesetzes hat der RH über die durchschnittlichen Einkommen der gesamten Bevölkerung – nach Branchen, Berufsgruppen und Funktionen getrennt – jedes zweite Jahr dem Nationalrat, dem Bundesrat und den Landtagen zu berichten. Eine detaillierte Erhebung von Ordinationseinnahmen und –kosten sowie von Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte war dabei nicht vorgesehen. Nach den derzeitigen Rechtsgrundlagen konnte der RH daher eine Erhebung wie von der ÖGK angeregt nicht durchführen.

Kennzahlen zur Honorarentwicklung

- 34.1 (1) Wie die folgende Tabelle zeigt, stiegen die Beitragseinnahmen der Gebietskrankenkassen von 2012 bis 2018 (rd. 25 %) stärker als der Verbraucherpreisindex (rd. 10 %) und das Bruttoinlandsprodukt (rd. 21 %):

Tabelle 21: Honorarentwicklung im Kontext volkswirtschaftlicher Kennzahlen

Kennzahlen	2012	2018	Veränderung 2012 bis 2018 in %
Bruttoinlandsprodukt (in Mrd. EUR)	318,65	385,71	21,0
Verbraucherpreisindex	115,9	127,3	9,8
Anspruchsberechtigte (Anzahl)	6.765.686	7.211.276	6,6
Fälle (in Mio.)	34,88	36,14	3,6
Ärztinnen und Ärzte laut Ärztekostenstatistik	6.908	6.717	-2,8
Beitragseinnahmen (in Mio. EUR)	9.546,13	11.906,59	24,6
Ausgaben ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (in Mio. EUR)	2.756,99	3.553,62	28,9
Arzthonorare Vertragsärztinnen und –ärzte (in Mio. EUR)	1.820,65	2.288,03	25,7
Arzthonorare je Vertragsärztin oder –arzt (in EUR)	263.156	340.633	29,4
Arzthonorar je Fall (in EUR)	52,12	63,29	21,4
Fälle je Vertragsärztin oder –arzt (Anzahl)	5.049	5.382	6,6

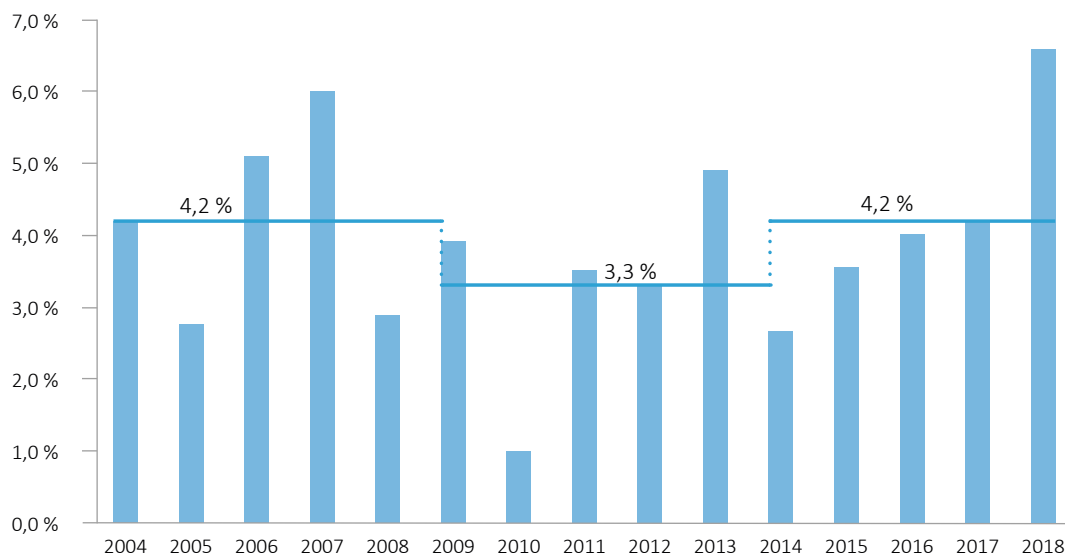
Quellen: Statistik Austria; Ärztekostenstatistik; Dachverband der Sozialversicherungsträger

Die gestiegenen Beitragseinnahmen im Zeitraum 2012 bis 2018 (Anstieg um rd. 25 %) verwendeten die Gebietskrankenkassen leicht überproportional für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (Anstieg um rd. 29 %) und etwa proportional für die Arzthonorare (Anstieg um rd. 26 %). Auffällig war, dass sich in diesem Zeitraum die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte laut Ärztekostenstatistik verringerte und die Arzthonorare je Vertragsärztin oder –arzt anstiegen.

Im Vergleich zum Anstieg der Honorare je Vertragsärztin bzw. –arzt (um rd. 29 %) erhöhten sich die Medianeinkünfte der unselbstständig Erwerbstätigen in Österreich und das Bruttoinlandsprodukt im gleichen Zeitraum um rd. 21 %.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die jährliche Steigerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen für alle Gebietskrankenkassen von 2004 bis 2018:

Abbildung 13: Jährliche Steigerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen



Quelle: Finanzstatistik Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Darstellung: RH

Demnach bewirkte das Kassensanierungsprogramm 2009–2012 insbesondere aufgrund des niedrigen Honorarabschlusses für 2010 ein Absinken der durchschnittlichen jährlichen Steigerungen von 4,2 % in den Jahren 2004 bis 2008 auf 3,3 % in den Jahren 2009 bis 2013. Die Verlängerung der Zielvorgaben führte jedoch nicht zu einer dauerhaften Dämpfung, so dass in der Periode 2014 bis 2018 die durchschnittliche jährliche Steigerung mit 4,2 % wieder dem Niveau der Periode vor den Ausgabenbegrenzungen entsprach. Insgesamt lag die durchschnittliche Steigerung 2014 bis 2018 auch über den durchschnittlichen Beitragseinnahmensteigerungen von 3,8 %.

Einzelne Gebietskrankenkassen formulierten längerfristige Strategien für die Honorarentwicklung. So gab z.B. die OÖGKK an, im Jahr 2005 in guter finanzieller Lage, aber mit im Ländervergleich relativ niedrigen Arzthonoraren, mit der Ärztekammer für Oberösterreich gemeinsam eine Balanced Scorecard vereinbart zu haben. Um eine hochwertige Versorgung, gute Arbeitsbedingungen für die Vertragsärztinnen und –ärzte und die langfristige finanzielle Absicherung der OÖGKK zu erreichen, habe sie operative Ziele vereinbart. Oberösterreich sollte bis 2010 zu den drei Ländern mit den höchsten Arzthonoraren zählen, aber langfristig eine ausgeglichene Gebarung sicherstellen und im Rahmen der Beitragseinnahmensteigerung bleiben.

- 34.2 Der RH wies darauf hin, dass im Zeitraum 2012 bis 2018 die Arzthonorare stärker stiegen als der Verbraucherpreisindex, als die Medianeinkünfte der unselbstständig Erwerbstätigen und als das Bruttoinlandsprodukt. Er war der Ansicht, dass – bei gleichbleibender technologischer Effizienz – eine Honorarsteigerung über der Inflation nur dann sachlich angemessen erschien, wenn eine Erhöhung der Menge oder der Leistungsqualität vorlag.

Der RH empfahl der ÖGK, real steigende Honorare insgesamt nicht allein auf Basis von Beitragseinnahmesteigerungen zu gewähren, sondern dafür jedenfalls qualitativ oder quantitativ höhere Leistungen vorauszusetzen.

- 34.3 Die ÖGK nahm die Empfehlung in ihrer Stellungnahme zur Kenntnis und sagte zu, diese Empfehlung in die nächsten Verhandlungen mit den Ärztekammern einzubringen.

Sie wies darauf hin, dass im Vergleich zum Honoraranstieg das Einkommen je Ärztin bzw. Arzt vermutlich überproportional angestiegen sei, weil die im Honorar enthaltene Praxiskostenkomponente insbesondere für Personal und sonstige Ausgaben weniger stark steige als die Honoraranhebung je Ärztin bzw. Arzt. Aufgrund der aufgezeigten Steigerungen der Arzthonorare in den vergangenen Jahren seien die Einkommen gegenüber dem Jahr 2015 nunmehr weit höher.

Honorare und Tarife der Gebietskrankenkassen

35.1 Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich ausgewählter Kennzahlen zu den Arzthonoraren der Gebietskrankenkassen im Bereich Allgemeinmedizin:

Tabelle 22: Kennzahlen zum Arzthonorar je Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt in der Allgemeinmedizin

	Median- einkünfte 2015 ¹	durchschnittliches Arzthonorar		Arzthonorar je Fall	
		2018	Veränderung 2013 bis 2018	2018	Veränderung 2013 bis 2018
	in EUR		in %	in EUR	in %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	141.053	236.835	12	53	9
Kärntner Gebietskrankenkasse	124.335	215.446	15	54	13
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	134.269	259.653	22	56	12
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	131.983	287.569	29	60	22
Salzburger Gebietskrankenkasse	129.380	250.286	20	57	7
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	138.134	251.641	22	56	16
Tiroler Gebietskrankenkasse	152.579	267.566	23	59	20
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	167.962	275.884	18	59	24
Wiener Gebietskrankenkasse	106.611	250.269	36	56	20

¹ Eine Auswertung der Medianeinkünfte war nur für das Jahr 2015 verfügbar.

Folgendes war hervorzuheben:

- Die Bandbreite des durchschnittlichen Arzthonorars je Vertragsärztin bzw. –arzt (Umsatz mit den Krankenversicherungsträgern) reichte von rd. 215.400 EUR (Kärnten) bis rd. 287.600 EUR (Oberösterreich). Informationen über die Ordinationskosten oder sonstige Einkünfte lagen den Krankenversicherungsträgern nicht vor.
- Die Medianeinkünfte (bei denen weitere Einkünfte berücksichtigt und Ordinationskosten abgezogen sind) gemäß der IHS–Studie für das Jahr 2015 zeigten eine Bandbreite zwischen rd. 106.600 EUR in Wien und rd. 168.000 EUR in Vorarlberg.
- Die durchschnittlichen Arzthonorare je Vertragsärztin bzw. –arzt für Allgemeinmedizin erreichten zwischen 59 % (Wien) und 92 % (Vorarlberg) der durchschnittlichen Arzthonorare je Vertragsfachärztin bzw. –arzt.
- Die Steigerung der Arzthonorare je Vertragsärztin bzw. –arzt lag im Zeitraum 2013 bis 2018 zwischen 12 % im Burgenland und 36 % in Wien.
- Wurden die Arzthonorare auf die Zahl der Fälle bezogen, konnten dadurch Unterschiede in der Auslastung bzw. im Arbeitsvolumen ausgeglichen werden. Die Bandbreite lag hier zwischen 53 EUR je Fall im Burgenland und 60 EUR je Fall in Oberösterreich.
- Die Steigerung der Arzthonorare je Fall lag im Zeitraum 2013 bis 2018 zwischen 7 % in Salzburg und 24 % in Vorarlberg.

Insgesamt hing die Beurteilung der Angemessenheit der Honorarsituation im Vergleich der Gebietskrankenkassen stark von den betrachteten Kennzahlen ab: Zum Beispiel verdiente eine Allgemeinmedizinerin bei der WGKK im Jahr 2018 im Vergleich zu allen Gebietskrankenkassen ein Arzthonorar, das

- je Vertragsärztin bzw. –arzt und je Fall im Mittelfeld aller Gebietskrankenkassen lag und sich von 2013 bis 2018 am stärksten erhöhte und
- im Vergleich zu den allgemeinen Vertragsfachärztinnen und –ärzten im gleichen Land am niedrigsten war.

Die Medianeinkünfte (inklusive weiterer Verdienstmöglichkeiten abzüglich der Ordinationskosten) waren in Wien am niedrigsten.

Die Gebietskrankenkassen beurteilten im Hinblick auf die Angemessenheit der Honorierung kritisch, dass Informationen über die Arbeitszeit der Vertragsärztinnen bzw. –ärzte fehlten. Darüber hinaus seien weitere Aspekte – z.B. das Angebot an kostenlosen Fortbildungen, die Bereitstellung von Ordinationsbedarf sowie ein im Vergleich zu Fachärztinnen und –ärzten niedrigerer Infrastrukturaufwand – zu berücksichtigen.

- 35.2 Der RH wies darauf hin, dass verschiedene Kennzahlen zum Arzthonorar für den Bereich Allgemeinmedizin im Ländervergleich unterschiedliche Ergebnisse zeigten und die Beurteilung der Angemessenheit der von den Gebietskrankenkassen bezahlten Honorare von den betrachteten Kennzahlen abhing. So war z.B. die Steigerung des durchschnittlichen Arzthonorars bei der WGKK mit 36 % von 2013 auf 2018 am höchsten. Die Medianeinkünfte 2015 waren jedoch in Wien am niedrigsten. Die durchschnittlichen Arzthonorare und das Arzthonorar je Fall lagen in Wien im Mittelfeld aller Gebietskrankenkassen.
- 35.3 Die ÖGK betonte in ihrer Stellungnahme, dass auch (allfällige) Unterschiede im Leistungsangebot (Arbeitszeit, Fallzahlen, Leistungsmenge je Fall) zu berücksichtigen seien, um einen aussagekräftigen Vergleich der Einkommen zwischen den Ländern zu bekommen.

Zum Unterschied der Medianeinkünfte zwischen Wien und Vorarlberg hielt die ÖGK fest, dass in Wien Laborleistungen und Leistungen der Physikalischen Medizin nicht im Leistungskatalog für Allgemeinmedizinerinnen bzw. –mediziner enthalten seien. Diese Honoraranteile würden daher bei Vergleichen mit anderen Ländern fehlen. Daneben gebe es die Möglichkeit, mit einer Hausapotheke zusätzliche Einkünfte zu lukrieren, in Wien nicht. Diese Honoraranteile würden daher ebenfalls fehlen.

Analyse der Honorarentwicklung

Regionale Unterschiede

36.1 (1) Die folgende Tabelle stellt die Honorarsteigerungen je Gebietskrankenkasse den Beitragseinnahmensteigerungen für die Jahre 2013 bis 2018 gegenüber:⁸⁸

Tabelle 23: Arzthonorare, Fälle und Beitragseinnahmen: Veränderungen je Gebietskrankenkasse 2013 bis 2018

	Arzt-honorare	Arzthonorar je Fall	Anzahl der Fälle	Beitrags-einnahmen
	in % ¹			
Burgenländische Gebietskrankenkasse	20,1	15,3	4,1	27,3
Kärntner Gebietskrankenkasse	19,2	14,9	3,7	21,7
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	25,7	17,7	6,8	22,8
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	31,5	24,4	5,8	25,9
Salzburger Gebietskrankenkasse	22,5	13,6	7,9	24,3
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	15,8	16,4	-0,5	26,4
Tiroler Gebietskrankenkasse	28,3	22,6	4,7	27,4
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	26,9	34,4	-5,6 ²	28,4
Wiener Gebietskrankenkasse	29,2	23,6	4,5	23,3
alle Gebietskrankenkassen	25,7	20,7	4,1	24,7

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Ärztekostenstatistik; Österreichische Gesundheitskasse; Dachverband der Sozialversicherungsträger

¹ Die prozentuelle Veränderung von 2012 auf 2013 war jeweils mitumfasst.

² Vorarlberg stieg im überprüften Zeitraum bei den Laborleistungen von einem Vertragsarzt auf ein Ambulatorium um.

Der Honoraranstieg lag österreichweit leicht über der Beitragseinnahmensteigerung; der größte Teil der Steigerung war nicht auf die Steigerung der Fallzahl, sondern auf die Steigerung des Honorars je Fall zurückzuführen.

Die Bandbreite beim Anstieg der Arzthonorare lag – bei einem Durchschnitt von 25,7 % – zwischen 15,8 % in der Steiermark⁸⁹ und 31,5 % in Oberösterreich. Bei einigen Gebietskrankenkassen lagen die Gesamthonorarsteigerungen über den Beitragseinnahmensteigerungen (insbesondere Oberösterreich und Wien), während andere

⁸⁸ Die Darstellung folgt der Ärztekostenstatistik – inklusive aller § 2-Kassen (z.B. auch Betriebskrankenkassen) sowie Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen – nach dem Standort der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte. Die Erfolgsrechnungen der einzelnen Gebietskrankenkassen enthielten die dort wirksamen Aufwendungen (d.h. z.B. für Wien auch die Aufwendungen für Anspruchsberechtigte der WGKK, die in Niederösterreich zum Arzt gingen; nicht aber die Aufwendungen für Anspruchsberechtigte der NÖGKK, die in Wien zum Arzt gingen – diese waren bei der NÖGKK enthalten).

⁸⁹ Die STGKK wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sie in den Jahren 2013 bis 2018 insgesamt viermal keine Einigung über einen Honorarabschluss mit der Ärztekammer für die Steiermark erzielen konnte, weshalb sie sämtliche Tarife und Fixbeträge automatisch valorisiert habe.

Gebietskrankenkassen teilweise darunter blieben (z.B. Burgenland und Steiermark). Sowohl die Entwicklung der Fallzahlen (von -5,6 % in Vorarlberg bis 7,9 % in Salzburg)⁹⁰ als auch des Arzthonorars je Fall (von 13,6 % in Salzburg bis 34,4 % in Vorarlberg) zeigten eine große Bandbreite.

(2) Die Steigerung des Arzthonorars je Fall beruhte auch auf der Abgeltung etwaiger zusätzlicher Leistungen oder auf sonstigen strukturellen Veränderungen. Dazu enthielten die Berichte der Gebietskrankenkassen an den jeweiligen Vorstand bzw. an die Trägerkonferenz des Hauptverbands Angaben, die der Hauptverband halbjährlich sammelte und gegenüberstellte. Die Definition bzw. Bewertung von Honorarerhöhungen, Struktureffekten und neuen Leistungen war jedoch sehr unterschiedlich: Manche neuen Leistungen konnten nicht separat bewertet werden (z.B. die Einführung eines Wartezeitenmanagements). Strukturelle Zuzahlungen betrafen zum Teil Leistungen ohne unmittelbaren Bezug zur Versorgung (z.B. die Dotierung von Fonds für Abfindungszahlungen an Vertragsärztinnen und –ärzte ohne Nachfolgerin bzw. Nachfolger).

Weiters bewerteten die Gebietskrankenkassen neue Leistungen für unterschiedlich lange Zeiträume und teilweise im Vorhinein nach Mengenschätzungen, teilweise aber auch rückwirkend anhand bekannter Mengenentwicklungen. Zudem war die Methodik der Vergleiche nicht einheitlich: So stellte z.B. die WGKK die Verhandlungsergebnisse einem Wert gegenüber, der sich aus einem mit der Ärztekammer für Wien vereinbarten Modell für die Fortschreibung der bisherigen Verträge ergab, die übrigen Gebietskrankenkassen stellten das Verhandlungsergebnis den Ergebnissen der Vorjahre gegenüber. Ein Vergleich der durchschnittlichen Honorarsteigerung je Fall und Gebietskrankenkasse getrennt nach Tariferhöhungen und nach Vergütungen für zusätzliche Leistungen war daher nicht möglich.

⁹⁰ Die SGKK begründete die starke Zunahme der Fallzahlen insbesondere mit der Schaffung von sechs neuen Planstellen im Zeitraum 2013 bis 2018.

(3) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Arzthonorare bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Allgemeinmedizin und der Fachbereiche von 2013 bis 2018:

Tabelle 24: Arzthonorare der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Allgemeinmedizin und Fachgebiete: Veränderung 2013 bis 2018

	Veränderung der Arzthonorare von			
	Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für Allgemeinmedizin	allgemeinen Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzten	sonstigen Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzten	allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gesamt
	in % ¹			
abgerechnete Arzthonorare				
Burgenländische Gebietskrankenkasse	18,0	26,3	3,1	20,1
Kärntner Gebietskrankenkasse	20,5	19,1	16,4	19,2
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	24,5	31,2	13,2	25,7
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	25,9	40,6	26,9	31,5
Salzburger Gebietskrankenkasse	21,8	23,0	22,8	22,5
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	20,7	13,4	1,7	15,8
Tiroler Gebietskrankenkasse	32,7	31,2	5,8	28,3
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	29,4	37,4	-31,8 ²	26,9
Wiener Gebietskrankenkasse	30,1	31,9	22,7	29,2
Gebietskrankenkassen	25,4	29,4	16,4	25,7
Fallzahl				
Burgenländische Gebietskrankenkasse	6,1	2,1	-1,4	4,1
Kärntner Gebietskrankenkasse	7,0	1,8	-0,3	3,7
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	8,8	5,7	-1,7	6,8
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	2,0	5,8	18,2	5,8
Salzburger Gebietskrankenkasse	11,9	5,1	4,7	7,9
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	2,4	0,9	-12,3	-0,5
Tiroler Gebietskrankenkasse	7,2	5,3	-2,1	4,7
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,2	4,1	-67,8 ²	-5,6
Wiener Gebietskrankenkasse	6,5	9,6	-3,2	4,5
Gebietskrankenkassen	5,7	5,7	-2,2	4,1
Arzthonorar je Fall				
Burgenländische Gebietskrankenkasse	11,1	23,8	4,5	15,3
Kärntner Gebietskrankenkasse	12,6	17,0	16,8	14,9
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	14,4	24,2	15,2	17,7
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	23,4	32,8	7,4	24,4
Salzburger Gebietskrankenkasse	8,9	17,0	17,3	13,6
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	17,9	12,4	16,0	16,4
Tiroler Gebietskrankenkasse	23,7	24,6	8,0	22,6
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	25,4	32,0	111,8 ²	34,4
Wiener Gebietskrankenkasse	22,2	20,4	26,8	23,6
Gebietskrankenkassen	18,6	22,5	19,0	20,7

¹ Die prozentuelle Veränderung von 2012 auf 2013 war jeweils mitumfasst.

² Vorarlberg stieg im überprüften Zeitraum bei den Laborleistungen von einem Vertragsarzt auf ein Ambulatorium um.

Österreichweit stiegen im Zeitraum 2013 bis 2018 die Arzthonorare der Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin mit 25,4 % weniger stark als jene der allgemeinen Vertragsfachärztinnen und –ärzte mit 29,4 %. Der größte Unterschied war bei der OÖGKK zu verzeichnen mit 25,9 % gegenüber 40,6 %. Die in der Allgemeinmedizin abgerechneten Arzthonorare stiegen am stärksten bei der TGKK (32,7 %) und am geringsten bei der BGKK (18 %).⁹¹

- 36.2 Der RH kritisierte, dass die Gebietskrankenkassen nicht darlegen konnten, inwieweit bei ihnen die Honorarsteigerung je Fall auf Preissteigerungen, neue Leistungen oder Qualitätsverbesserungen (z.B. durch Einführung einer maximalen Wartezeit auf einen Termin) zurückzuführen war.

Der RH empfahl der ÖGK, die Ursachen der Honorarsteigerungen (Tarifsteigerungen oder Leistungsänderungen, z.B. neue Leistungen oder höhere Servicequalität) zu quantifizieren und diese Informationen in den Honorarverhandlungen zu verwenden.

Der RH wies darauf hin, dass die Honorarsteigerungen der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedlich waren und von der Beitragseinnahmensteigerung abweichen konnten. So konnte ein Krankenversicherungsträger mit ungünstiger wirtschaftlicher Entwicklung und einer hohen Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen potenziell mit Problemen konfrontiert sein. Allerdings war aus Sicht des RH eine hohe Beitragseinnahmensteigerung alleine noch kein Grund, die Honorare in diesem Ausmaß zu erhöhen.

Unter Verweis auf die veränderten Rechtsgrundlagen seit der Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK wiederholte der RH seine Empfehlung an die ÖGK, die dezentralen Verhandlungskompetenzen für die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen unter Nutzung der zentralen Abschlusskompetenz zu steuern (TZ 31).

Der RH empfahl der ÖGK weiters, die aus Beitragseinnahmensteigerungen zur Verfügung stehenden Mittel auf die Versorgungsbereiche und Länder transparent nach versorgungspolitischen Kriterien aufzuteilen.

Schließlich wies der RH darauf hin, dass österreichweit im Zeitraum von 2013 bis 2018 die Arzthonorare der Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin mit 25,4 % geringer anstiegen als bei den allgemeinen Vertragsfachärztinnen und –ärzten mit 29,4 % und dabei große regionale Unterschiede feststellbar waren.

Der RH empfahl der ÖGK, im Falle regional unterschiedlicher Honorarsteigerungen insbesondere dort Schwerpunkte zu setzen, wo dies aus Versorgungsgesichtspunkten (z.B. aufgrund zusätzlicher Leistungen oder eines geänderten Versorgungsbedarfs) sachlich erforderlich ist.

⁹¹ Die BGKK begründete dies mit der Entwicklung der Fallzahl.

- 36.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlungen zur Kenntnis.

Die Ursachen für Honorarsteigerungen würden nach einem für alle Länder gleichen Modell und unter Verwendung einheitlicher Definitionen dargestellt. Bei einer Honorarerhöhung sei zukünftig zwischen tatsächlicher Tarifierhöhung und Abgeltung von Mehrleistungen (qualitativ und/oder quantitativ) zu differenzieren.

Betreffend die Aufteilung der aus Beitragseinnahmesteigerungen verfügbaren Mittel verwies die ÖGK darauf, dass sich der Mitteleinsatz nach den versorgungspolitischen Notwendigkeiten richten müsse.

Die ÖGK sagte zu, die Empfehlung zur Schwerpunktsetzung nach dem Erfordernis von Versorgungsgesichtspunkten bei den nächsten Verhandlungen mit den Ärztekammern zu berücksichtigen.

Ausgewählte Honorarabschlüsse

- 37.1 (1) Im Dezember 2018 beschloss der Nationalrat in Umsetzung des Regierungsprogramms 2017–2022 vom Dezember 2017 die Reduktion der Sozialversicherungsträger auf fünf Träger. Ab April 2019 war ein Überleitungsausschuss für wesentliche finanzielle, personelle und organisatorische Entscheidungen zuständig und ab Jänner 2020 übernahm die ÖGK das gesamte Vermögen der Gebietskrankenkassen. Die Gesetzesmaterialien enthielten keine genauen finanziellen Vorgaben für den Übergangszeitraum oder die fusionsbedingten Veränderungen.

Zwischen der Ankündigung der Kassenfusion und dem Wirksamwerden der neuen Gremien (insbesondere des Überleitungsausschusses) schlossen mehrere Krankenversicherungsträger teils für mehrere Jahre geltende Honorarvereinbarungen ab, deren Honorarsteigerungen teils deutlich über jenen der Vorjahre bzw. dem langjährigen Durchschnitt der Honorarvereinbarungen lagen. Der RH analysierte beispielhaft die Honorarvereinbarung für Wien für die Jahre 2018 bis 2020 und die Honorarvereinbarung für Oberösterreich für das Jahr 2018.⁹²

(2) Die WGKK verfügte im überprüften Zeitraum über keine allgemeine Rücklage. Im April 2018 einigte sich die WGKK mit der Ärztekammer für Wien auf eine neue Honorarvereinbarung für die Jahre 2018 bis 2020. Darin setzte sie neben Honorarerhöhungen auch geänderte allgemeine Bestimmungen des Gesamtvertrags (z.B. erweiterte Öffnungszeiten) um sowie – mit dem Ziel der Harmonisierung der von der WGKK erbrachten Leistungen – neue Leistungen, wie den gynäkologischen Ultraschall oder Narkoseleistungen bei bestimmten Untersuchungen.

⁹² Diese Honorarvereinbarung hatte auch Auswirkungen auf die Honorarvereinbarung für Oberösterreich für die Jahre 2019 und 2020.

Die aufgrund des Honorarabschlusses prognostizierte Honorarsteigerung für ihre Vertragsärztinnen und –ärzte betrug für das Jahr 2018 7,75 %, für das Jahr 2019 7,03 % und für das Jahr 2020 2,73 %. Ein besonderer Schwerpunkt der Einigung lag in der Allgemeinmedizin. So einigten sich die Gesamtvertragspartner auf eine Gesamthonorarerhöhung für Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin von 11,51 % (2018), 5,95 % (2019) bzw. 6,9 % (2020). Da einige der Leistungen spitalsentlastend wirkten, beteiligte sich das Land Wien an der Finanzierung.⁹³ Die prognostizierte Beitragseinnahmensteigerung betrug 4,1 % (2018), 3,7 % (2019) bzw. 3,5 % (2020).

Das Ministerium beeinspruchte den Beschluss nicht. Hingegen meldete das Bundesministerium für Finanzen wegen eines vermuteten Verstoßes gegen die rechtlichen Vorgaben im Juni 2018 in der Trägerkonferenz einen Einspruchsvorbehalt an, zog diesen aber nach wenigen Tagen wieder zurück.

Die WGKK begründete den Honorarabschluss mit dem Ziel der Attraktivierung der Vertragsarztstätigkeit insbesondere in der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde sowie mit der Umsetzung der Leistungsharmonisierung. Die prognostizierte Aufwandssteigerung würde unter Herausrechnung der Aufwände für die der WGKK vorgegebene Leistungsharmonisierung sowie unter Einrechnung der Finanzierungsbeteiligung des Landes Wien im Wesentlichen der Beitragseinnahmensteigerung entsprechen.

Mehrere Gebietskrankenkassen gaben an, der Honorarabschluss für Wien für die Jahre 2018 bis 2020 habe sich auf die Höhe der Honorarsteigerungen ihrer Honorarvereinbarungen ausgewirkt. So sah z.B. der Abschluss der STGKK für das Jahr 2018 eine Gesamthonorarsteigerung von 6,36 %, jener für die OÖGKK von 8,05 % vor.

(3) Die OÖGKK verfügte im Vorfeld der Kassenfusion über erhebliche allgemeine Rücklagen. Im November 2018 vereinbarte sie mit der Ärztekammer für Oberösterreich, rückwirkend mit 1. Jänner 2018 die Arzthonorare ihrer Vertragsärztinnen und –ärzte um 4,7 % anzuheben.⁹⁴ Weiters verpflichtete sie sich, als Gegenleistung für Maßnahmen zur Sicherstellung und Verbesserung der Patientenversorgung (z.B. Terminservicestelle bei der Ärztekammer für Oberösterreich) für das Jahr 2018 10,16 Mio. EUR und für das Jahr 2019 2,84 Mio. EUR als Einmalzahlungen in einen Innovationstopf bei der Ärztekammer für Oberösterreich zu leisten. Die prognostizierte Gesamthonorarsteigerung für das Jahr 2018 betrug insgesamt 8,05 %, die prognostizierte Beitragseinnahmensteigerung 4,7 %. Weder das Ministerium noch das Bundesministerium für Finanzen beeinspruchten den Beschluss.

⁹³ Unter Berücksichtigung der Finanzierungsbeteiligung des Landes Wien von 11,58 Mio. EUR im Jahr 2019 bzw. von 22,5 Mio. EUR im Jahr 2020 ging die WGKK von einer Gesamthonorarsteigerung von 5,03 % (2019) bzw. 0,99 % (2020) aus.

⁹⁴ Davon entfielen 3 % auf die durchschnittliche Tarifierhebung, 0,6 % auf die Lockerung des Honorarsummenlimits für die allgemeinen Vertragsärztinnen und –ärzte und 1,1 % auf die Frequenzentwicklung.

Die OÖGKK führte aus, dass die Überschreitung der Beitragseinnahmensteigerung durch die Gesamthonorarsteigerung nur durch Einmalbeträge zustande gekommen sei, die bei der Beurteilung der Zulässigkeit der Höhe des Abschlusses nicht zu berücksichtigen seien.⁹⁵ Weiters sei die allgemeine Rücklage der OÖGKK nicht angegriffen worden und habe die OÖGKK nach wie vor ein positives Gebarungsergebnis aufgewiesen. Die Vorgaben der „Ausgabenbremse“ gemäß § 716 Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz habe sie daher erfüllt.

Im Zuge des Honorarabschlusses vom Dezember 2019 für die Jahre 2019 und 2020 wandelten die Vertragspartner OÖGKK und Ärztekammer für Oberösterreich die Einmalbeträge in dauerhafte Honorarbestandteile um. Die OÖGKK begründete dies mit dem besonders großen Verhandlungsdruck (u.a. einer konkreten Drohung mit Kündigung des Gesamtvertrags durch die zuständige Ärztekammer). Der Abschluss sei zulässig, weil die Überschreitung der Beitragseinnahmensteigerung im Jahr 2018 durch Unterschreitungen in den Jahren 2019 und 2020 ausgeglichen werde.

(4) Die im Februar 2020 erstellte Gebarungsvorschau der ÖGK für das Jahr 2020 wies einen Abgang auf. Die Gebietskrankenkassen hatten in den Jahren 2009 bis 2018 in Summe jedes Jahr ein positives Gebarungsergebnis erreicht, dies galt nach der vorläufigen Abrechnung auch für 2019.

- 37.2 Der RH wies darauf hin, dass der Überleitungsausschuss der ÖGK erst mit 1. April 2019 seine Tätigkeit aufnahm und im Vorfeld der Kassenfusion keine konkreten finanziellen Vorgaben festgelegt waren. So schlossen die Gebietskrankenkassen im Jahr 2018 Honorarvereinbarungen ab, ohne die damit verbundenen finanziellen Folgen selbst tragen zu müssen.

Die Honorarvereinbarungen der WGKK und der OÖGKK vom April bzw. November 2018 bewirkten eine prognostizierte Gesamthonorarsteigerung von 7,75 % bzw. 8,05 % für 2018. Sie lag damit über dem langjährigen österreichweiten Durchschnitt von 3,3 % für die Periode 2009 bis 2013 bzw. von 4,2 % für die Periode 2014 bis 2018 und auch über der jeweils prognostizierten Beitragseinnahmensteigerung. Die gesetzliche „Ausgabenbremse“ konnte aufgrund ihrer zeitlichen Geltung von August 2018 bis März 2019 und ihres unklaren Geltungsumfangs (TZ 32) diese Beschlüsse nicht verhindern.

Der RH verwies erneut auf seine Empfehlung in TZ 31, die dezentralen Verhandlungskompetenzen für die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen unter Nutzung der zentralen Abschlusskompetenz zu steuern.

⁹⁵ Daneben seien auch Einmalbeträge aus dem Jahr 2017 von 3,64 Mio. EUR im Jahr 2018 nicht mehr angefallen.

Er empfahl dem Ministerium, sicherzustellen, dass die Entscheidung über die Honorarerhöhungen und die finanzielle Verantwortung in einer Hand liegen.

Der RH anerkannte die durch die Einführung neuer Leistungen – z.B. des gynäkologischen Ultraschalls bei der WGKK oder des Wartezeitenmanagements bei der OÖGKK – bewirkte Leistungsverbesserung. Er wies jedoch darauf hin, dass durch die im Vergleich zu den Vorjahren abgeschlossenen höheren Honorarsteigerungen die nachhaltige Gebarung der ÖGK gefährdet sein konnte.

Schließlich merkte der RH kritisch an, dass die OÖGKK der Umwandlung von ursprünglich als Einmalbeträge vereinbarten Zahlungen für Versorgungsverbesserungen in eine dauerhafte Honorarerhöhung zustimmte. Damit waren im Vergleich zu den Annahmen bei Vertragsabschluss deutlich ungünstigere finanzielle Folgen verbunden.

Der RH verwies auf seine Empfehlung in TZ 32, die Honorarabschlüsse an der insgesamt nachhaltig ausgeglichenen Gebarung der Krankenversicherung zu orientieren.

37.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass diese Empfehlung in der neuen Organisationsstruktur der ÖGK insofern berücksichtigt werde, als eine wirksame Verhandlung mit verbindlichen Ergebnissen auf regionaler Ebene nicht möglich sei, sondern jeweils einer Mitwirkung und Willensbildung auf Hauptstellenebene durch Beschlussfassung des Verwaltungsrates der ÖGK bedürfe. Der Verwaltungsrat habe die Wirksamkeit der Abschlusskompetenz durch die Erlassung „Einheitlicher Grundsätze und Vorgaben für die Landesstellenausschüsse der ÖGK“ sichergestellt.

(2) Die ÖGK wies in ihrer Stellungnahme hinsichtlich des Honorarabschlusses der OÖGKK vom Dezember 2019 darauf hin, dass gleichzeitig mit der Weitergeltung des Einmalbetrags zwischen der Ärztekammer und der OÖGKK vereinbart worden sei, die Überschreitung der Beitragseinnahmensteigerung im Jahr 2018 durch Unterschreitungen in den Jahren 2019 und 2020 auszugleichen (Honorarabschluss für 2019 mit 2,02 % bei einer erwarteten Beitragseinnahmensteigerung von 4,3 % und für 2020 mit 2,7 % bei einer erwarteten Beitragseinnahmensteigerung von 4,1 %). Die vereinbarten Abschlüsse für die Jahre 2019 und 2020 seien somit jeweils unter der seinerzeit erwarteten Beitragseinnahmensteigerung gelegen.

Zeitgemäße Gestaltung des Honorarkatalogs

Allgemeines

- 38.1 (1) Alle Gebietskrankenkassen kamen auf Nachfrage des RH zum Ergebnis, dass ihr Honorarkatalog für die Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin grundsätzlich zeitgemäß sei.

Trotzdem sahen alle Gebietskrankenkassen das Potenzial für Reformen bzw. verwiesen auf bereits laufende Vorhaben mit dem Ziel der Förderung spezifischer Leistungen. Die überwiegende Anzahl der Gebietskrankenkassen nannte dabei insbesondere die Stärkung der Gesprächs- und Zuwendungsmedizin, die Vergütung ärztlicher Koordinierungstätigkeit und der Heilmittelberatung sowie die Attraktivierung von Disease Management Programmen.

Mehrere Gebietskrankenkassen sahen Reformpotenzial bei der Attraktivierung von Visiten, des Bereitschaftsdienstes und von Telefonberatung. Darüber hinaus führten sie einzelne Leistungen an, deren Aufnahme in den Honorarkatalog zuletzt erfolgt oder in Zukunft wünschenswert sei (z.B. Laborschnelltests). Zahlreiche Leistungen wurden dabei nur von einzelnen Gebietskrankenkassen als Reformvorhaben genannt.

(2) Eine einheitliche Strategie über die Weiterentwicklung der Vergütung im Bereich Allgemeinmedizin lag zur Zeit der Fusion der Gebietskrankenkassen nicht vor. Eine Studie aus dem Jahr 2016 zeigte, dass die Pauschalvergütungen (z.B. Fallpauschalen) zwischen 63 % und 82 % der Vergütung in der Allgemeinmedizin ausmachten. In einzelnen Bereichen wie der Labormedizin lag der Anteil zwischen 2 % und 14 %, bei Sonderleistungen der Inneren Medizin (z.B. EKG) zwischen 0,4 % und 6 %. Die Gebietskrankenkassen verwiesen darauf, dass die Versorgungsfunktion der Allgemeinmedizin regional sehr unterschiedlich sei, da die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und –ärzten nicht überall gleich war.

(3) Die Honorarvereinbarungen beeinflussten das angestrebte Gesamtergebnis (Arzthonorar bzw. Gesamtaufwand für die Sozialversicherung) und schufen Anreize für bestimmte Leistungen. Der Umfang der Pauschalierung (z.B. alle Konsultationen in einem Quartal, nur eine Konsultation oder eine bestimmte Anzahl von Konsultationen) war in den Ländern unterschiedlich geregelt. Dies galt auch für die Definition der Leistungen (z.B. Hausbesuch je Person oder Hausbesuch je Standort). Vergleiche einzelner Leistungen waren somit wesentlich erschwert bzw. in vielen Fällen unmöglich.

Im Zuge der Entwicklung der Primärversorgungseinheiten sah der Gesetzgeber bzw. der Primärversorgungsgesamtvertrag eine stark auf Grundpauschalen, Fallpauschalen und Ergebnisziele ausgerichtete Vergütung vor. Die konkreten Pilotprojekte hatten jedoch sehr unterschiedliche Vergütungsmodelle, z.B. bei der Höhe einer Anschubfinanzierung, in der Honorierung des nicht-ärztlichen Personals sowie in der Ausgestaltung der finanziellen Beteiligung der Länder.

- 38.2 Der RH merkte an, dass die Gebietskrankenkassen ihre Vergütungsmodelle als zeitgemäß beurteilten, jedoch auch Pläne zur Weiterentwicklung hatten. Sie wollten den bestehenden Fokus auf Pauschalvergütung beibehalten, diesen aber durch besondere Schwerpunkte (z.B. Gesprächsmedizin) ergänzen. Die einzelnen Gebietskrankenkassen setzten dabei unterschiedliche Schwerpunkte und verwiesen auf regional abweichende Versorgungsbedürfnisse. Der RH hielt eine Kombination von Pauschalvergütung mit Einzelleistungsvergütung für praktikabel. Er wies darauf hin, dass in den letzten Jahren die allgemeinen Vertragsfachärztinnen und -ärzte höhere Honorarsteigerungen erzielen konnten als die Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und führte dies teilweise auf den Einfluss der Einzelleistungsvergütung zurück.

Der RH war der Ansicht, dass die im Bereich der Primärversorgung diskutierten Vergütungsmodelle – insbesondere der Einsatz einer Grundpauschale für die Erfüllung eines Versorgungsauftrags und von leistungsabhängigen Elementen für die gezielte Steuerung – auch für allgemeinmedizinische Einzelpraxen zweckmäßig sein könnten. Er verwies daher auf seine Empfehlung in [TZ 9](#), in eine Berichterstattung auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG, der RSG und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufzunehmen.

Der RH empfahl der ÖGK, bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems allgemeinmedizinischer Einzelpraxen die für die Primärversorgung entwickelten Überlegungen mitzuberücksichtigen und den dabei maßgeblichen Grund- und Fallpauschalen qualitativ und quantitativ definierte Versorgungsaufträge zugrunde zu legen.

- 38.3 Die ÖGK nahm die Empfehlung zur Kenntnis und führte aus, dass sie in zukünftige Strategien für die Gestaltung des Vergütungssystems einfließen werde.

Elemente der Ergebnis– und Servicequalität

39.1 (1) Eine Vereinbarung zwischen den Gebietskrankenkassen und der zuständigen Landesärztekammer, was unter Ergebnis– und Servicequalität im niedergelassenen Bereich zu verstehen und wie diese zu messen war, lag in keinem Land vor.

(2) Zur Messung der Ergebnisqualität hatte der RH bereits in seinem Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“⁹⁶ festgehalten, dass ein Qualitätsmanagementsystem, das neben Strukturqualitätskriterien auch Elemente der Prozess– und Ergebnisqualität umfasste, unabdingbares Element der Steuerung der Krankenversicherungsträger war. Dafür waren eine umfassende, systematische und transparente Messung von Ergebnisqualität (z.B. aus Spitalsdaten), eine Untersuchung von Zusammenhängen dieser Ergebnisse mit Behandlungs– und Diagnose-schritten im niedergelassenen Bereich und die Nutzung von standardisierten Diagnosen und Behandlungsleitlinien oder Behandlungsrichtlinien (Prozessqualität) erforderlich. In seinem Bericht „Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte“⁹⁷ hatte der RH kritisch darauf hingewiesen, dass die Messung der Ergebnisqualität zwar im Rahmen der Zielsteuerung 2013 angestrebt war, bis dahin aber keine entsprechenden Konzepte erstellt worden waren. Die Messung sowohl der Diagnosen als auch der Ergebnisse fehlte.

(3) Auch unter Servicequalität konnten sehr unterschiedliche Elemente verstanden werden, z.B. das Angebot von Visiten, kurze Wartezeiten in der Arztpraxis, eine angenehme Atmosphäre im Wartebereich oder die Erbringung bestimmter Leistungen.

Einzelne Elemente des Vergütungssystems wiesen Bezüge zur Servicequalität auf. Diese Leistungen umfassten z.B.

- die Anzahl der Visiten als Indikator für die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, bei Bedarf zur Patientin bzw. zum Patienten zu kommen,
- die Anzahl der abgerechneten Leistungen für ärztliche Koordinierungstätigkeit,
- die Anzahl der verrechneten „ausführlichen therapeutischen Aussprachen“ als Indikator für die sogenannte „Gesprächsmedizin“ oder
- die Anzahl der verrechneten Substitutionsbehandlungen als Indikator für die Bereitschaft, besonderem Betreuungsbedarf nachzukommen.

⁹⁶ Reihe Bund 2016/3, TZ 22

⁹⁷ Reihe Bund 2018/37, TZ 26

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass die Anzahl dieser im Jahr 2018 abgerechneten Leistungen je nach Gebietskrankenkasse unterschiedlich war:

Tabelle 25: Anzahl der abgerechneten Leistungen für ausgewählte Leistungsbereiche, 2018

	Gebietskrankenkasse									
	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	alle
	Anzahl je 1.000 Anspruchsberechtigte									
Visiten	630	570	280	460 ¹	340	480 ¹	330 ¹	240 ¹	280	370
ärztliche Koordinierungstätigkeit	250	230	0 ²	160	2.070 ³	240	110	10	0 ²	230
ausführliche therapeutische Aussprache	650	0 ²	420	590	750	680	760	480	720	590
Substitutionsbehandlung	5,3	1,7	17,4	13,6	0,0	2,7	10,2	7,8 ⁴	64,8	22,7

¹ Visitenzuschläge blieben in der Anzahl unberücksichtigt.

Quelle: Österreichische Gesundheitskasse

² keine explizite Position in der Honorarordnung

³ Vergütung über Zuschlag auf Basis aller Pauschalfälle

⁴ inklusive eines Wahlarztes (dieser wurde vom Land bezahlt; die Vorarlberger Gebietskrankenkasse vergütete Quartalspauschalen pro Patientin bzw. Patient an das Land)

Die Bandbreite in der Anzahl abgerechneter Leistungen war groß; so war die Anzahl der abgerechneten Visiten je 1.000 Anspruchsberechtigte bei der BGKK mehr als doppelt so hoch wie bei der VGKK.

Eine genauere Analyse zeigte jedoch, dass die vorhandenen Daten weitgehend ungeeignet waren, um für die jeweiligen Leistungsbereiche die tatsächliche Servicequalität abzubilden:

- So war insbesondere die Zählung der Visiten kaum vergleichbar, weil die Gebietskrankenkassen die Besuche in Seniorenheimen, die teilweise rund die Hälfte der Visiten ausmachten, in unterschiedlichem Ausmaß pauschal vergüteten und daher in ihrer Zählweise unterschiedlich berücksichtigten. Weiters galten zu verschiedenen Tages- und Nachtzeiten regional zum Teil pauschale Vergütungen für Bereitschaftsdienste und entsprechende Dienstleistungen.
- Bei der ärztlichen Koordinierungstätigkeit bewirkten unterschiedliche Limitierungen bzw. eine teils anteilige Verrechnung der Fallpauschale, dass ein Rückschluss auf die tatsächlich erbrachten Koordinierungsleistungen nicht möglich war.
- Für die Gesprächsmedizin (ausführliche therapeutische Aussprache) sahen die Gebietskrankenkassen in unterschiedlichem Ausmaß allgemeine und spezifische Leistungen (z.B. sozialpsychiatrische Krisenintervention) vor bzw. limitierten diese mengenmäßig unterschiedlich. Ein Rückschluss auf die tatsächlich aufgewendete Gesprächszeit war daher auch hier nicht möglich.

- Auch bei der Substitutionsbehandlung ließen die Verrechnungsdaten aufgrund unterschiedlicher Verrechnungsformen (quartalsweise Pauschalierung oder Abrechnung einzelner Besuche) und unterschiedlicher Leistungserbringung (bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten oder regional zentralisiert in Zusammenarbeit mit Sozialzentren oder Krankenanstalten) keine Rückschlüsse auf die Servicequalität zu.

39.2 Der RH merkte kritisch an, dass die Elemente der Service- und Ergebnisqualität weitgehend nicht definiert waren und dass sie in der Vergütung der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner kaum berücksichtigt waren. Der RH war aber der Ansicht, dass die Definition und die Messung der Service- und Ergebnisqualität eine notwendige Voraussetzung für ihre Berücksichtigung auch im Vergütungssystem für Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin waren.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlungen zur Qualitätssicherung in den Berichten „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 22) und „Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte“ (Reihe Bund 2018/37, TZ 26). Er hatte dort empfohlen, Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität in der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich verstärkt zu berücksichtigen und die institutionellen Rahmenbedingungen für diese Ziele zu optimieren. Insbesondere das Zusammenwirken der Krankenversicherungsträger als „Einkäufer“ der Leistungen und der Ärztekammer als Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte bzw. als Akteur im übertragenen Wirkungsbereich sollte für diese Aufgaben optimiert und gegebenenfalls eine unabhängige Qualitätssicherung geschaffen werden. Weiters hatte der RH empfohlen, auf eine Umsetzung des im Rahmen der Reformvereinbarung 2017 erneuerten Bekenntnisses zu einer Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich auf Grundlage des beschlossenen Konzepts innerhalb der Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 hinzuwirken.

Zusammenfassende Beantwortung

40 Die Gebarungsüberprüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz aufgrund des Beschlusses des Nationalrats vom 27. März 2019 gemäß § 99 Abs. 1 Geschäftsordnungsgesetz 1975 (517 der Beilagen XXVI. GP). Diesem Beschluss lag ein Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz und Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil sowie Kolleginnen und Kollegen vom 29. Jänner 2019 (561/A) zugrunde.

Der Auftrag des Nationalrats zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen, die im Hinblick auf ihre Kosten und Wirkungen zu beurteilen waren. Weiters war anzugeben, welche Empfehlungen aus den bei der Gebarungsüberprüfung gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet werden können. Soweit ein Zusammenwirken des Ministeriums mit Krankenversicherungsträgern, Krankenanstaltenträgern und anderen Gebietskörperschaften erforderlich war, sollte der RH auch Maßnah-

men im Rahmen der Aufsicht, am Verhandlungsweg oder durch gesetzliche Initiativen berücksichtigen. In die Beantwortung flossen sowohl die vom RH festgestellten Sachverhalte als auch die im Zuge der Erhebungen erhaltenen Informationen ein.

Der vorliegende Bericht umfasst elf Themen zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich (Themenbereiche 1, 10 bis 18 und 27). Die übrigen Themen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Ärzteausbildung sind Gegenstand von zwei gesonderten Berichten des RH. Den Themenbereich 18 (psychotherapeutische Versorgung) und Teile des Themenbereichs 10 (zeitgemäßer Honorarkatalog für Zahnmedizin) behandelte der RH bereits in früheren Berichten⁹⁸.

Nachstehende Tabelle und die nachfolgenden Erläuterungen beantworten im Überblick und jeweils unter Verweis auf die detaillierten Ausführungen im Bericht die Fragen aus den elf Themen zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich. Die sich daraus ergebenden Empfehlungen fasst der RH in der nachfolgenden **TZ 41** zusammen.

Tabelle 26: Übersicht zur Beantwortung des Beschlusses des Nationalrats¹

Nummer laut Beschluss	Inhalt	TZ bzw. Quelle
ärztliche Versorgung und Ärztedichte		
11	wohnnaher allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Versorgung	TZ 2 bis TZ 19
1	Maßnahmen gegen Vertragsärztemangel	
14	bedarfsgerechte Öffnungszeiten	TZ 22 bis TZ 24
1	Altersverteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	TZ 20
Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit		
11, 15, 16	Gründung von Primärversorgungseinheiten, Kooperationsformen für Gesundheitsberufe	TZ 26 bis TZ 28
11	Bürokratieentlastung, Unterstützung durch Informations- und Kommunikationstechnologien	TZ 30
12	flexiblere Gesamtvertragsmodelle im Rahmen der Gesamtverträge	TZ 29
17	Anstellung von Ärzten	TZ 29
Vergütung		
10	faire Entlohnung	TZ 33 bis TZ 35
10	Schaffung eines zeitgemäßen Honorarkatalogs	TZ 38
13	neue Honorierungsmodelle	TZ 39
in RH-Berichten bereits behandelte Themen		
10	Schaffung eines zeitgemäßen Honorarkatalogs für Zahnmedizin	TZ 40 bzw. Reihe Bund 2018/24
18	Verbesserung der mangelhaften psychotherapeutischen Versorgung	TZ 40 bzw. Reihe Bund 2019/8

¹ Der Themenbereich 27 referenziert laut dem Beschluss des Nationalrats auf die Themenbereiche 1 bis 25 und wird daher bereits in diesen Punkten abgehandelt bzw. beantwortet.

Quelle: Nationalrat; Darstellung: RH

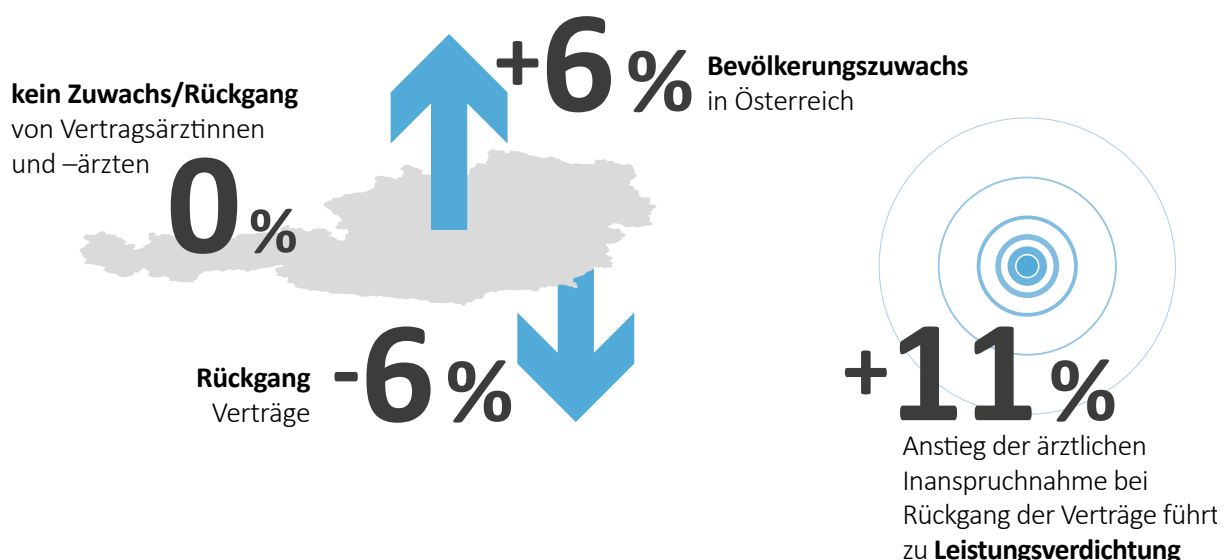
⁹⁸ RH-Bericht „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8) und RH-Bericht „Versorgung im Bereich der Zahnmedizin“ (Reihe Bund 2018/24)

Ärztliche Versorgung und Ärztedichte

Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich oblag den Krankenversicherungsträgern im Wege der Selbstverwaltung. Das Ministerium war über die legislative Betreuung der Rechtsgrundlagen, die Erlassung der statistischen Weisungen in der Erfassung der ärztlichen Versorgungsdichte, über die Mitwirkung an ÖSG und RSG und über die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger bei deren Umsetzung involviert (TZ 2).

Öffentlich verfügbare Berichte über die Entwicklung der Ärztedichte fehlten. Von den routinemäßig ermittelten Kennzahlen war keine allein für sich geeignet, das Angebot an ärztlichen Leistungen valide darzustellen (TZ 6). Österreichweit zeigte sich, dass im Zeitraum 2009 bis 2019 bei einer um 6 % gestiegenen Bevölkerung sich auch die Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten im Bereich der Allgemeinmedizin um 6 % erhöhte und damit die Inanspruchnahme und Versorgung nahezu unverändert blieben. Die gestiegene Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten ging mit einer nahezu unveränderten Anzahl von Vertragsärztinnen und –ärzten einher, jedoch mit einer Reduktion der Verträge um 6 %, was auf vermehrte Nutzung von Kooperationsformen wie Gruppenpraxen hinwies. Infolgedessen stieg die Auslastung je besetzte Planstelle um 11 % (Leistungsverdichtung).

Abbildung 14: Entwicklung der ärztlichen Versorgung im Bereich Allgemeinmedizin 2009 bis 2019



alle Veränderungen: 2009 – 2019

Quellen: Österreichische Gesundheitskasse; Statistik Austria; Darstellung: RH

Eine Leistungsverdichtung zeigte sich auch im Bereich der allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte: Hier stieg die Anzahl der Quartalspatientinnen und –patienten überproportional zur Bevölkerung um 25 %. Während die Planstellen sowie allgemeinen Fachärztinnen und –ärzte (Personen) um 6 % bzw. 9 % stiegen, blieb die Anzahl der Verträge nahezu unverändert. Die Auslastung je besetzte Planstelle stieg um 21 %. Die ÖGK führte dies auch auf Produktivitätssteigerungen (längere Öffnungszeiten, mehr Unterstützung durch nicht-ärztliches Personal, mehr technische Unterstützung) zurück. Es fehlten allerdings verbindliche qualitative und quantitative Versorgungsaufträge an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (TZ 8, TZ 9).

Die Treffsicherheit der Richtwerte des ÖSG 2017 war relativ gering: In 43 % der regionalen Fachgebiete lag eine Abweichung von der im ÖSG 2017 vorgesehenen Bandbreite vor; davon in 29 % eine Unterschreitung der Untergrenze und in 13 % eine Überschreitung der Obergrenze. Besonders betroffen von den negativen Abweichungen waren die westliche Obersteiermark, das Mühlviertel und Liezen. Die Planung des ambulanten Bereichs im ÖSG 2017 und in den RSG war hinsichtlich der Planungsgrößen, der zeitlichen und räumlichen Differenzierung und der Verbindlichkeit weiterzuentwickeln (TZ 10 bis TZ 12).

Die Stellenplanung der Krankenversicherungsträger war wenig transparent, da aus ihr die tatsächlich zu besetzende Anzahl der Planstellen nur mit zusätzlichen Informationen ableitbar war (TZ 13, TZ 14). Zum Stand 31. Dezember 2019 waren von 7.142,4 Planstellen 1,9 % freigehalten (z.B. als Reserve für Primärversorgungseinheiten), 2,6 % konnten nicht besetzt werden (z.B. weil Ausschreibungen zu keinen Bewerbungen geführt hatten). Insgesamt lag somit der Anteil der unbesetzten Stellen bei 4,5 % (TZ 15). In einzelnen Regionen und Fachgebieten konnte durch unbesetzte Planstellen eine schwierige Versorgungslage entstehen (TZ 18). Die Ursachen dafür waren sehr unterschiedlich, z.B. Strukturschwäche der Region, eine starke Wahlarztpräsenz, eine sehr hohe zu erwartende Arbeitsbelastung oder Probleme beim Finden einer geeigneten Ordinationsräumlichkeit. Die Krankenversicherungsträger setzten eine Reihe von Maßnahmen, um die Versorgung sicherzustellen, z.B. die Zusammenarbeit mit Spitalsambulanzen oder Zweitordinationen für Vertragsärztinnen und –ärzte im Umfeld (TZ 19).

In einzelnen Versorgungsbereichen war ein erheblicher Anteil der Einzelpraxisinhaberinnen und –inhaber über 60 Jahre alt (z.B. 80 % im Fach Urologie in Kärnten, TZ 20).

Auch bei besetzten Planstellen konnten Versorgungsprobleme auftreten: So gab in Oberösterreich rund die Hälfte der an einer Umfrage teilnehmenden Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner an, nur eingeschränkt neue Anspruchsberechtigte anzunehmen. Die anderen Gebietskrankenkassen hatten keine Erhebungen dazu durchgeführt. Versorgungsengpässe konnten auch bei besonderen Behandlungsbedürfnissen auftreten. So gaben fünf von neun Gebietskrankenkassen an, dass es z.B. im Bereich der Substitutionsbehandlung zu Versorgungsdefiziten komme ([TZ 21](#)).

65 % der Öffnungszeiten der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner entfielen österreichweit auf den Vormittag, 27 % auf den Nachmittag und je 4 % auf den Tagesbeginn und den Abend ([TZ 23](#)). Außer in Wien überstieg zu Tagesrandzeiten der Anteil der e-card–Steckungen den Anteil der Öffnungszeiten. Dies könnte auf eine höhere Nachfrage bzw. einen höheren Bedarf der Anspruchsberechtigten zu den Tagesrandzeiten hinweisen. Systematische Untersuchungen zum Bedarf und zur Auslastung fehlten jedoch ([TZ 24](#)).

Die Anzahl der in der Ärzteliste eingetragenen Wahlärztinnen und –ärzte stieg von 2009 bis 2019 um rd. 2.800, das entsprach in der Allgemeinmedizin einem Anstieg von 42 %, im Facharztbereich um 38 %. Die Versorgungswirkung (gemessen in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) auf Basis der Kostenerstattung) der Wahlärztinnen und –ärzte lag insgesamt bei 5 % der ambulanten Versorgung; in einzelnen Bereichen (insbesondere der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) jedoch deutlich höher (16 %). Der RH hielt die steigende Anzahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten in Verbindung mit entsprechenden Angeboten privater Versicherungen und die dadurch steigende Wahlarztinanspruchnahme für eine zentrale Herausforderung im System der Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich ([TZ 25](#)).

Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit

Nach Ansicht des RH waren die Maßnahmen zur Einführung von Primärversorgungseinheiten, die Ausdifferenzierung der Praxisformen und die Einführung der Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten durch Ärztinnen und Ärzte die wesentlichsten Weiterentwicklungen der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit im überprüften Zeitraum.

Die Einführung der Primärversorgung war gegenüber der Zielsetzung verzögert, was auch auf den verspäteten bzw. noch offenen Abschluss von Honorarvereinbarungen zurückzuführen war. Im Dezember 2019 waren von den bis Ende 2021 angestrebten 75 Primärversorgungseinheiten lediglich 16 umgesetzt ([TZ 26](#)).

Die zur Umsetzung des Konzepts geschaffenen Rechtsgrundlagen enthielten Vorgaben, die zwar die Konsensfähigkeit bei bestehenden Vertragspartnerinnen und –partnern erhöhten, die Umsetzung von Primärversorgungseinheiten allerdings verlangsamten: Vorrangig kamen bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Frage. Die Führung von Primärversorgungseinheiten bei Gruppenpraxen musste in ärztlicher Hand liegen. Durch die erforderliche Abbildung im Stellenplan und die Delegation der Vereinbarung über die Honorierung auf Landesebene waren Einigungen mit der jeweiligen Landesärztekammer erforderlich.

2017 war zwischen dem Bund und den Ländern vereinbart worden, dass die Länder und die Sozialversicherung bis 2020 insgesamt 200 Mio. EUR insbesondere für den Aufbau der Primärversorgung zweckzuwidmen hatten. Das vorgesehene Monitoring über die insgesamt eingesetzten Mittel fehlte jedoch, so dass die tatsächlichen Aufwendungen für die Gründung und den Betrieb in der Primärversorgung nicht bekannt waren. Die einzelnen Akteure (Gebietskrankenkassen und Länder) setzten Pilotprojekte in sehr unterschiedlichem Ausmaß um, die Art der Umsetzung war mangels Richtlinien durch die Bundes–Zielsteuerungskommission ebenfalls nicht einheitlich. Das Ministerium beteiligte sich finanziell nicht am Ausbau der Primärversorgung, sondern nahm lediglich Koordinierungs– und Vermittlungsaufgaben wahr (TZ 28).

Der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzte war einerseits mit 89 % immer noch sehr hoch, andererseits stieg die Nutzung alternativer Praxisformen; sie hatte sich zwischen 2014 und 2018 annähernd verdoppelt. Die rechtliche Ausgestaltung der Gruppenpraxen bzw. Mischformen oblag der gesamtvertraglichen Regelung in den einzelnen Ländern und war daher uneinheitlich (z.B. unbefristete oder befristete Regelung, Genehmigungspflicht durch den Krankenversicherungsträger, Anforderungen an die Öffnungszeiten, Zu– oder Abschläge zur Honorierung; TZ 29).

Zur Frage der Bürokratieentlastung wies der RH darauf hin, dass wesentliche bürokratische Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit nicht im Zusammenhang mit der Sozialversicherung standen, sondern gesetzlich vorgegeben waren. Er hielt jedoch fest, dass auch die Abrechnung mit der Sozialversicherung und die Einholung der vorgesehenen Bewilligungen für die Ärztinnen und Ärzte einen administrativen Aufwand bedeuteten. Allerdings stellte die elektronische Abrechnung mit der Sozialversicherung gegenüber einer individuellen Rechnungslegung an die einzelnen Anspruchsberechtigten mit entsprechendem Forderungsmanagement auch eine Erleichterung dar. Um die Abrechnung jedoch zu erleichtern, sollten die Honorarkataloge unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Notwendigkeiten so transparent wie möglich ausgestaltet sein.

Vergütung

Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin fanden aufgrund höherer Medianeinkünfte als andere Berufsgruppen selbstständig und unselbstständig Erwerbstätiger ein attraktives wirtschaftliches Umfeld vor. Die Medianeinkünfte der Vertragsfachärztinnen und –ärzte lagen dabei über jenen der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner. Kritisch sah der RH, dass die Transparenz über die Ordinationskosten und über die Arbeitszeit in den Honorarverhandlungen weitgehend fehlte (TZ 33).

Bei den Honorarverhandlungen kam den Landesärztekammern eine starke Verhandlungsposition zu. Dies trug im Zeitraum 2013 bis 2018 zu einer Weitergabe der Beitragseinnahmensteigerungen (24,6 %) an die Vertragsärztinnen und –ärzte (Arzthonorarerhöhung 25,7 %) bei. Im Vergleich dazu stieg im selben Zeitraum der Verbraucherpreisindex um 10 % und das Bruttoinlandsprodukt um 21 %. Wesentliche Veränderungen der Honorarprinzipien (z.B. hinsichtlich Service- und Ergebnisqualität) unterblieben. Die Regelungen zur Vergütung neuer Leistungen konnten die Vertragsfachärztinnen und –ärzte begünstigen, was im Zeitraum 2013 bis 2018 zu einem etwas stärkeren Arzthonoraranstieg bei den allgemeinen Fachärztinnen und –ärzten (29,4 %) gegenüber den Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner (25,4 %) beitrug (TZ 33, TZ 36).

Noch vor der Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2020 schlossen einzelne Gebietskrankenkassen überdurchschnittlich hohe Honorarabschlüsse – teilweise in zweifacher Höhe des langjährigen österreichweiten Durchschnitts – ab. Aus Sicht des RH trug dazu bei, dass im Jahr 2018 Einrichtungen über die Höhe der Honorarabschlüsse entschieden, die die finanziellen Folgen dieser Abschlüsse nicht selbst zu tragen hatten. Weiters waren im Vorfeld der Kassenfusion keine konkreten finanziellen Vorgaben festgelegt. Die gesetzliche „Ausgabenbremse“ (§ 716 Abs. 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) entfaltete aufgrund ihrer begrenzten zeitlichen Geltung von August 2018 bis März 2019 und aufgrund ihrer ungenügenden Anwendungssicherheit nur geringe Wirkung. Weder das Ministerium noch das Finanzministerium setzte wirksame Maßnahmen gegen diese hohen Honorarabschlüsse (TZ 37).

Elemente der Service- und Ergebnisqualität waren weitgehend nicht definiert und fanden daher in der Vergütung der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner keine systematische Berücksichtigung (TZ 39).

Sonstiges

In seinem Bericht „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8) hatte der RH dargestellt, dass die Ausgestaltung der Versorgung mit Psychotherapie von der gesetzlichen Regelung abwich, da ein Gesamtvertrag fehlte und die Leistung damit im Ergebnis kontingentiert war. Zwischen den Versicherungsträgern bestanden große Unterschiede im Versorgungsumfang je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten (z.B. über 100 % Unterschied zwischen der SGKK und der STGKK). Die Bedingungen der Leistungsanspruchnahme unterschieden sich sowohl zwischen den Krankenversicherungsträgern (so galt für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der SGKK ein Selbstbehalt, bei der STGKK nicht) als auch zwischen den Anbietern (Ärztinnen und Ärzten, Vereinen, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und –therapeuten). Dies war für die Anspruchsberechtigten intransparent. Der RH hatte dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der STGKK empfohlen, die besonderen Qualifikationsanforderungen für die Psychotherapie als Krankenbehandlung bei einer Neuregelung der Psychotherapie als Krankenversicherungsleistung zu berücksichtigen.

In seinem Bericht „Versorgung im Bereich der Zahnmedizin“ (Reihe Bund 2018/24) hatte der RH dargestellt, dass die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 2017 geltenden Gesamtverträge auf das Jahr 1956 zurückgingen und in mehreren Punkten überaltet waren. Beratung, Vorsorge und Prophylaxeleistungen waren nur in geringem Umfang vorgesehen und neuere technische Entwicklungen blieben unberücksichtigt. So fehlte z.B. eine aktuelle, am Stand der Technik definierte Versorgungsleistung der Sozialversicherung für die Behandlung von Zahnfleischproblemen (Parodontitis), obwohl dies die häufigste Ursache für Zahnverlust bei Erwachsenen und risikoe erhöhend für Herz- und Kreislaufprobleme sowie Diabetes war. Der RH hatte dem Ministerium und den überprüften Krankenversicherungsträgern empfohlen, zielgerichtete Maßnahmen zum Abschluss eines aktuellen Gesamtvertrags zu setzen.

Schlussempfehlungen

41 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (1) Dem Gesetzgeber wäre eine Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Organisation der Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich vorzuschlagen. Diese Reform sollte auf eine stärkere Verbindlichkeit der Planung und auf eine Einbindung der Krankenversicherungsträger sowie der zuständigen Ärztekammer in die Umsetzung gesetzlicher Versorgungsaufträge abzielen sowie ein flexibleres Eingehen auf Bedarfsänderungen ermöglichen. [\(TZ 2\)](#)
- (2) Es wäre eine regelmäßige Berichterstattung der Österreichischen Gesundheitskasse zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich nach Region und Fachgebiet vorzusehen. [\(TZ 6\)](#)
- (3) In die Berichterstattung zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich wären auch die Umsetzung der Planungsvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, der Regionalen Strukturpläne Gesundheit und der Stellenplanung sowie allfällige Abweichungen davon aufzunehmen. [\(TZ 9\)](#)
- (4) Dem Gesetzgeber wären eine stärkere Verbindlichkeit des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit für die Stellenplanung und die verbindliche Umsetzung der Stellenplanung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz vorzuschlagen (z.B. eine Verpflichtung zur Umsetzung auch für die Landesärztekammern bzw. Sanktionen bei mangelnder Umsetzung im Gesamtvertrag). [\(TZ 13\)](#)
- (5) Dem Gesetzgeber wären Maßnahmen vorzuschlagen, um die Attraktivität der ärztlichen Planstellen der Österreichischen Gesundheitskasse zu erhöhen. Dabei wäre die Zweckmäßigkeit, ausschließlich Verträge mit Sonderversicherungsträgern im Falle der Kündigung von Verträgen mit der Österreichischen Gesundheitskasse fortzuführen, zu prüfen. [\(TZ 19\)](#)
- (6) Dem Gesetzgeber wäre vorzuschlagen, inhaltliche Versorgungsaufträge als verbindliche Bestandteile von Gesamtverträgen aufzunehmen. [\(TZ 21\)](#)
- (7) In der nächsten Zielsteuerungsperiode wäre sicherzustellen, dass z.B. durch entsprechende Informationen in den Zielsteuerungsgremien Transparenz über die zusätzlichen Aufwendungen für den Betrieb und die Gründung von Primärversorgungseinheiten besteht. [\(TZ 28\)](#)

- (8) Die Abstimmung der Balanced Scorecards der Krankenversicherungsträger wäre für eine Priorisierung versorgungspolitischer Ziele zu nutzen. (TZ 32)
- (9) Es wäre sicherzustellen, dass die Entscheidung über die Honorarerhöhungen und die finanzielle Verantwortung in einer Hand liegen. (TZ 37)

Österreichische Gesundheitskasse

- (10) Bei der Gestaltung des niedergelassenen Bereichs wären insbesondere die Abgrenzung der notwendigen Krankenbehandlung als Versicherungsleistung von privat zu finanzierenden sonstigen Gesundheitsdienstleistungen und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne der Vorgaben der Bundes-Zielsteuerungsverträge (z.B. Einbindung anderer Berufsgruppen, Anleitung der Patientinnen und Patienten zum „best point of service“, Stärkung der Gesundheitskompetenz) zu berücksichtigen. (TZ 3)
- (11) Es wäre regelmäßig über die ärztliche Versorgung zu berichten; dafür wären die maßgeblichen Kennzahlen zu analysieren und darauf aufbauend die gesetzlich vorgegebene ausreichende Versorgung quantitativ und qualitativ zu beurteilen. (TZ 6)
- (12) Die ärztlichen Stellenpläne wären gemeinsam mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer so weiterzuentwickeln, dass ein Vergleich zwischen den geplanten und tatsächlich besetzten Planstellen möglich ist und klare Sollvorgaben enthalten sind. (TZ 14)
- (13) Es wäre österreichweit ein zeitnahes und standardisiertes Monitoring der besetzten und unbesetzten ärztlichen Planstellen einzuführen. (TZ 15)
- (14) Die unbesetzten ärztlichen Planstellen wären im Hinblick auf ihre Versorgungsrelevanz zu beurteilen und im Falle einer wesentlichen Unterversorgung geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zu treffen. (TZ 18)
- (15) Eine Strategie zur Besetzung von Planstellen wäre zu entwickeln; dazu wären gezielte Maßnahmen (z.B. Flexibilisierung von Rahmenbedingungen) vorzusehen und diese nach einheitlichen Rahmenbedingungen regional bedarfsgerecht anzuwenden. (TZ 19)
- (16) Ein systematisches und flächendeckendes Wartezeitenmonitoring und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zum Wartezeitenmanagement wären einzuführen. (TZ 21)

- (17) Bei den Bemühungen zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung wären nicht nur die Ärztedichte, sondern auch Behandlungserfordernisse – z.B. Substitutionsbehandlungen – zu berücksichtigen. (TZ 21)
- (18) Es wäre zu evaluieren, ob der Umfang und die Verteilung der Öffnungszeiten den Patientenbedürfnissen entsprechen; gegebenenfalls wäre bei den Gesamtvertragsverhandlungen auf eine Verlängerung bzw. Ausweitung der Öffnungszeiten vor allem zu den Tagesrandzeiten hinzuwirken. (TZ 23, TZ 24)
- (19) Die Auswirkungen der Honorierungsregelungen bei Pilotprojekten zu Primärversorgungseinheiten wären im Hinblick auf Kosten und Nutzen zu evaluieren und darauf basierend wäre eine zweckmäßige Vereinheitlichung der gesamtvertraglichen Regelungen anzustreben. (TZ 28)
- (20) Die unterschiedlichen Ordinationsformen und die Auswirkungen der Anstellungsmöglichkeiten wären zu evaluieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse für eine Optimierung der gesamtvertraglichen Regelungen zu nutzen. (TZ 29)
- (21) Die Digitalisierung der Kommunikation mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten wäre in Abstimmung mit diesen voranzutreiben. (TZ 30)
- (22) Das Instrument der chefärztlichen Bewilligungen wäre zur Bürokratieentlastung nur dort einzusetzen, wo es zur Steuerung und Kontrolle erforderlich ist. (TZ 30)
- (23) Beim Abschluss der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung wären auch Maßnahmen zur administrativen Entlastung der Vertragspartnerinnen und -partner mitzubedenken. (TZ 30)
- (24) Die dezentralen Verhandlungskompetenzen für die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen wären unter Nutzung der zentralen Abschlusskompetenz zu steuern. (TZ 31, TZ 36)
- (25) Die Verhandlungen über die Arzthonorare wären nach Möglichkeit unter Berücksichtigung von Parametern wie Investitionskosten und tatsächlicher Arbeitszeit zu führen. (TZ 33)
- (26) Insgesamt real steigende Honorare wären nicht allein auf Basis von Beitragseinnahmesteigerungen zu gewähren, sondern sollten jedenfalls qualitativ oder quantitativ höhere Leistungen voraussetzen. (TZ 34)

- (27) Die Ursachen der Honorarsteigerungen (Tarifsteigerungen oder Leistungsänderungen, z.B. neue Leistungen oder höhere Servicequalität) wären zu quantifizieren und diese Informationen in den Honorarverhandlungen zu verwenden. (TZ 36)
- (28) Die aus Beitragseinnahmesteigerungen zur Verfügung stehenden Mittel wären auf die Versorgungsbereiche und die Länder transparent nach versorgungspolitischen Kriterien aufzuteilen. (TZ 36)
- (29) Im Falle regional unterschiedlicher Honorarsteigerungen wären insbesondere dort Schwerpunkte zu setzen, wo dies aus Versorgungsgesichtspunkten (z.B. aufgrund zusätzlicher Leistungen oder eines geänderten Versorgungsbedarfs) sachlich erforderlich ist. (TZ 36)
- (30) Bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems allgemeinmedizinischer Einzelpraxen wären die für die Primärversorgung entwickelten Überlegungen mitzubedenken und den dabei maßgeblichen Grund- und Fallpauschalen wären qualitativ und quantitativ definierte Versorgungsaufträge zugrunde zu legen. (TZ 38)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Österreichische Gesundheitskasse

- (31) Es wären Maßnahmen (Definition von Kennzahlen, Monitoring der Daten, öffentliche Berichte darüber) für eine verbesserte Erfassung des Angebots der ärztlichen Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich zu treffen und dabei insbesondere die Organisationsformen, Öffnungszeiten, eingesetzten Ressourcen und die Auslastung zu berücksichtigen. (TZ 5)
- (32) Gemeinsam mit den Ländern wären Versorgungsaufträge im niedergelassenen Bereich zu definieren; dabei wäre neben den qualitativen Aspekten auch der quantitative Umfang zu beschreiben. (TZ 9)
- (33) Die ambulante Planung auf Ebene des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wäre weiterzuentwickeln und dabei eine stärkere regionale Differenzierung, eine Verringerung der Bandbreiten von +/-30 %, eine getrennte Betrachtung von Angebot und Nachfrage sowie Soll-Werte vorzusehen, die von der beabsichtigten Versorgung (statt vom historischen Ist-Stand) abgeleitet sind. Die dafür erforderlichen Datengrundlagen (standardisierte Diagnosen, tatsächliche Öffnungszeiten und erbrachte Leistungen) wären sicherzustellen. (TZ 10)

- (34) Gemeinsam mit den Ländern wäre eine Weiterentwicklung der ambulanten Planung auf Ebene der Regionalen Strukturpläne Gesundheit anzustreben und dabei
- möglichst konkrete und verbindliche Vorgaben für die Anzahl der Planstellen zu machen,
 - die qualitativen und quantitativen Versorgungsaufträge festzulegen,
 - die Planung regional und zeitlich angemessen zu differenzieren und
 - transparent zu machen, ob die Planungsrichtwerte des Österreichischen Strukturplans Gesundheit umgesetzt werden bzw. warum davon abgewichen wird. (TZ 12)
- (35) Es wäre darauf hinzuwirken, dass bei länger unbesetzten ärztlichen Planstellen alternative Betreuungsformen (z.B. in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern) zeitgerecht und flexibel zur Versorgung der Bevölkerung bestehen. (TZ 19)
- (36) Die Altersstruktur der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wäre regelmäßig auszuwerten und es wären zeitgerecht Maßnahmen für eine möglichst lückenlose Nachfolge zu treffen. (TZ 20)
- (37) Eine sektorenübergreifende, bundesweite Erfassung der tatsächlichen Öffnungszeiten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie von Spitalsambulanzen wäre sicherzustellen. (TZ 22)
- (38) Die ärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten nach dem Sachleistungsprinzip wäre sicherzustellen; dabei wäre auf die tatsächliche Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Leistungen und die zeitgerechte Aufnahme neuer Entwicklungen in den Leistungskatalog der Sozialversicherung zu achten. (TZ 25)
- (39) Die Ziele zur Versorgungswirkung der Primärversorgung wären zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen; weiters wäre ein Konzept zum Change Management mit konkreten Maßnahmen zur Erreichung der angestrebten Ziele für die Primärversorgung zu entwickeln. (TZ 26)
- (40) Für den weiteren Ausbau der Primärversorgung wäre eine Strategie zur Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken, zur Gewinnung von neuen Vertragspartnerinnen und –partnern und zur Umsetzung der Vergütungsziele zu entwickeln und auf eine zeitnahe Umsetzung in den Rechtsgrundlagen hinzuwirken. (TZ 27)
- (41) Die Honorarabschlüsse wären an der insgesamt nachhaltig ausgeglichenen Gebarung der Krankenversicherung zu orientieren. (TZ 32)



Wien, im September 2021

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

