

## **1. Einleitung**

Die österreichische Gesundheitspolitik steht – auch abseits der Corona-Pandemie – vor großen Herausforderungen. Diese betreffen nicht nur die demographischen Entwicklungen und den damit verbundenen drohenden Pflegenotstand, sondern auch Probleme in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und die oftmals damit einhergehende zunehmende gesundheitliche Ungleichheit. So treten vermehrt soziale und regionale Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung auf, welche sich einerseits aus der Entwicklung der Anzahl an Kassen- und WahlärztInnen und andererseits aus der unterschiedlichen Dichte an KassenärztInnen im ländlichen, intermediären und städtischen Raum ergeben (Föbleitner & Teichert, 2017; P. Huber, 2022b). Hinzu kommt, dass vor allem im ländlichen Bereich immer mehr Kassenstellen nicht (nach-)besetzt werden können, da nicht nur ein allgemeiner Trend hin zur Urbanisierung („Landflucht“) besteht, sondern für viele ÄrztInnen sowohl Kassenstellen als auch eine Niederlassung im intermediären bzw. ländlichen Bereich eher unattraktiv sind (P. Huber, 2022a; Statistik Austria, 2020). Folglich kann somit jedoch der Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung sowie eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung nicht für die gesamte Bevölkerung gewährleistet werden.

Diese Umstände stellen die Politik im Allgemeinen, aber insbesondere auch die Kommunalpolitik, vor große Herausforderungen. Immer mehr BürgermeisterInnen äußern, dass die ärztliche Versorgung ein zentrales Thema in der Kommunalpolitik darstellt, beispielsweise wenn HausärztInnen in Pension gehen und keine NachfolgerInnen gefunden werden können. In dieser Hinsicht fühlen sich viele KommunalpolitikerInnen zudem auch von der Bundes- und/oder der Landespolitik im Stich gelassen, was insofern problematisch erscheint, als dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu den Grundbedürfnissen der GemeindebürgerInnen zählt.

Ziel des vorliegenden Policy Briefs ist es somit, einen Überblick über die Herausforderungen in der kommunalen Gesundheitspolitik zu geben, sowie evidenzbasierte Empfehlungen, die die Gesundheit der Vielen in den Mittelpunkt stellen, zu erarbeiten. Im Zuge dessen wird auch der Frage nachgegangen, welche sozialen und systemischen Ungleichheiten im österreichischen Gesundheitswesen existieren, wie sich diese auf der kommunalen Ebene bemerkbar machen und welchen Transformationen die kommunale Gesundheitspolitik unterworfen ist. In einem weiteren Schritt soll darüber hinaus festgehalten werden, was notwendig ist, um eine gerechte, nachhaltige und zukunftsorientierte öffentliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dies ist insbesondere aus sozialdemokratischer Sicht von Interesse, da die soziale Absicherung und die Wohlfahrt der Bevölkerung zentrale Anliegen der eigenen politischen Agenda darstellen. Um die Fragestellungen ausreichend beantworten zu können, wird einerseits eine Literaturrecherche durchgeführt, und andererseits stark auf Erfahrungen aus der politischen Praxis zurückgegriffen. Letztere sind unumgänglich für eine effektive kommunale Gesundheitspolitik und werden mithilfe einer Umfrage unter sozialdemokratischen BürgermeisterInnen sowie durch Interviews mit PolitikerInnen eingeholt. Im Zuge des Policy Briefs wird der Begriff der Gesundheitspolitik zudem allumfassend definiert, sodass nicht nur die eigentliche Gesundheitsversorgung, sondern auch die Pflege berücksichtigt wird.

Der Policy Brief gliedert sich wie folgt: In Kapitel 2 wird ein kurzer Überblick über gesundheitliche Ungleichheit und die damit verbundenen Herausforderungen in der (kommunalen) Gesundheitspolitik gegeben, während Kapitel 3 auf die Erfahrungen aus der politischen Praxis fokussiert. Die daraus

abgeleiteten Policy Empfehlungen werden in Kapitel 4 präsentiert, Kapitel 5 fasst zusammen und konkludiert.

## **2. Literaturüberblick**

Eine der größten momentanen Herausforderungen in der österreichischen Gesundheitspolitik betrifft die zunehmende gesundheitliche Ungleichheit, die sich nicht nur in der Gesundheit der Menschen, sondern auch im Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung widerspiegelt. Im Folgenden werden daher einerseits eine kurze Begriffserklärung und andererseits ein Überblick über gesundheitliche Ungleichheit in Österreich sowie die damit verbundenen Herausforderungen für die (kommunale) Gesundheitspolitik gegeben.

### **Gesundheitliche Ungleichheit**

Der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ beschreibt systematische, vermeidbare und ungerechte Unterschiede in der Gesundheit zwischen verschiedenen sozialen Gruppen (The King’s Fund, 2022). Diese Ungleichheiten können sowohl den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten als auch die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung betreffen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022). Gesundheitliche Ungleichheiten sind oftmals eng mit dem sozioökonomischen Status einer Person verbunden, da soziale Ungleichheiten, vor allem im Bereich von Einkommen, Vermögen, Bildungsstand, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit, die Gesundheit der Menschen maßgeblich beeinflusst (OECD, 2019; World Health Organization, 2018, 2020). Grundsätzlich gilt dabei, dass ein höherer sozioökonomischer Status mit einer besseren Gesundheit assoziiert ist, da sich nicht nur die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen, sondern auch finanzielle und soziale Ressourcen auf die Gesundheit der Menschen auswirken (World Health Organization, 2020).

### **Gesundheitliche Ungleichheit in Österreich**

Das österreichische Gesundheitswesen ist, auch im internationalen Vergleich, eines der besten Gesundheitssysteme der Welt: Fast die gesamte Bevölkerung hat eine soziale Krankenversicherung und damit Zugang zu medizinischer Versorgung, es gibt kaum ungedeckten Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung und den Versicherten steht eine Vielzahl an Gesundheitsleistungen zur Verfügung (Bachner et al., 2019). Dies spiegelt sich auch in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem wider. So beurteilen rund 60 Prozent der in Österreich wohnhaften Bevölkerung die Qualität der medizinischen Versorgung als „hervorragend“ oder „sehr gut“ (Statistik Austria, 2020). Dennoch gibt es auch hierzulande vermehrt Ungleichheiten im allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung, dem Gesundheitsverhalten und in weiterer Folge in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Föbleitner, 2020; Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 2021; Statistik Austria, 2020). Ein besonders starker sozialer Gradient ist hinsichtlich der Lebenserwartung und der selbsteingeschätzten Gesundheit zu beobachten. So hatten im Jahr 2019 Männer mit einem tertiären Bildungsabschluss mit 71,6 Jahren eine um 17,5 Jahre längere Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit als Männer mit Pflichtschulabschluss (54,1 Jahre) (Statistik Austria, 2021). Bei Frauen war dieser Unterschied mit 14,9 Jahren etwas kleiner (70,9 vs. 56 Jahre) (Statistik Austria, 2021). Dieser Umstand spiegelt sich auch in der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit wider: Obwohl knapp 75 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einstufen, finden sich dennoch signifikante Unterschiede bei der Beurteilung der eigenen Gesundheit hinsichtlich Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund (Statistik Austria, 2020). So ist beispielsweise die Chance auf einen (sehr) guten Gesundheitszustand bei Männern und Frauen der höchsten Einkommensstufe 5,4- bzw. 4,5-mal so hoch im Vergleich zur niedrigsten Einkommensstufe (Statistik Austria, 2020). Zudem sind auch viele Erkrankungen, wie etwa chronische Krankheiten, Bluthochdruck

oder Depressionen, sowie gesundheitsschädigendes Verhalten (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht) sozial ungleich verteilt (Statistik Austria, 2020). Folglich sind beispielsweise rund 3,5 Prozent der Männer und Frauen in der höchsten Einkommensklasse, aber bereits 10 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen in der niedrigsten Einkommensklasse von Depressionen betroffen (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 2021). Schließlich muss in diesem Zusammenhang auch angemerkt werden, dass viele Studien eher auf eine Ausweitung als eine Verringerung der sozial bedingten Unterschiede im Gesundheitszustand hindeuten (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

Seit einigen Jahren treten neben den gesundheitlichen Ungleichheiten in Bezug auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zudem auch soziale und regionale Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung auf (Bachner et al., 2019). Diese ergeben sich vor allem aufgrund der zunehmenden Ungleichverteilung zwischen Vertrags- und WahlärztInnen, der steigenden Anzahl an unbesetzten Planstellen sowie der unterschiedlichen Dichte an VertragsärztInnen in städtischen und intermediären bzw. ländlichen Gebieten (Bachner et al., 2019; Föbtleitner & Teichert, 2017; Rechnungshof Österreich, 2021). So hat sich die Anzahl der VertragsärztInnen im Zeitraum von 2009 bis 2019 österreichweit um 4 Prozent erhöht, während die Anzahl der WahlärztInnen im gleichen Zeitraum um 39 Prozent gestiegen ist, siehe Tabelle 1 (Rechnungshof Österreich, 2021). Insgesamt gab es dadurch im Jahr 2019 mehr Wahl- als VertragsärztInnen (10.037 vs. 7.257). Als Motive für die Tätigkeit im wahlärztlichen Bereich zählen 1) die Flexibilität in der Tarifgestaltung, da die Tarife bei WahlärztInnen meist über den entsprechenden Kassentarifen liegen, 2) die Flexibilität bei den Ordinationszeiten, da die Öffnungszeiten von WahlärztInnen häufig unter den Mindestöffnungszeiten bei Kassenverträgen liegen, 3) die Flexibilität bei der Auswahl der PatientInnen, 4) die Möglichkeit zur Betätigung im alternativmedizinischen Bereich oder zum Einsatz anderer Behandlungsmethoden (z.B. Homöopathie oder Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)), sowie 5) geringere organisatorische Vorgaben (Rechnungshof Österreich, 2021).

Tabelle 1: Entwicklung der Vertrags- und WahlärztInnen in Österreich, 2009-2019

	VertragsärztInnen			WahlärztInnen		
	2009	2019	Änderung	2009	2019	Änderung
<b>Allgemeinmedizin</b>	4.000	4.005	+ 0,1%	2.095	2.972	+ 42%
<b>FachärztInnen</b>	2.993	3.252	+ 9%	5.116	7.065	+ 38%
<b>Gesamt</b>	6.993	7.257	+ 4%	7.211	10.037	+ 39%

Quelle: Rechnungshof Österreich (2021), Darstellung: AutorInnen 2022.

Dies spiegelt sich auch in der steigenden Anzahl an unbesetzten Planstellen, d.h. freien Kassenstellen im niedergelassenen Bereich, wider: Im Jahr 2019 waren österreichweit 327,3 oder 4,6 Prozent der Planstellen nicht besetzt, die meisten davon in der Allgemeinmedizin (184,6) sowie in der Kinder- und Jugendheilkunde (25,0) (Rechnungshof Österreich, 2021). Gründe dafür sind, dass einerseits für viele ÄrztInnen Planstellen hinsichtlich Verdienstmöglichkeiten, Zeit für PatientInnen, Bürokratie und Arbeitsbelastung nicht ausreichend attraktiv sind, insbesondere in strukturschwachen und dünn besiedelten Regionen (Rechnungshof Österreich, 2021). Andererseits führen auch die aufgrund der Studienplatzbeschränkungen geringe Anzahl an BerufseinsteigerInnen, die Abwanderung von in Österreich ausgebildeten ÄrztInnen ins Ausland und die erhöhte Konkurrenz des stationären Bereichs dazu, dass Kassenstellen im niedergelassenen Bereich unbesetzt bleiben (Rechnungshof Österreich, 2021). Im Bereich der Allgemeinmedizin spielen zudem noch die im Vergleich zu FachärztInnen geringeren Honorare, fehlende Hausapothekenberechtigungen, ungeliebte Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen, hohe PatientInnenfrequenzen mit entsprechender Beanspruchung sowie

die patientInnenseitige Erwartung ständiger Verfügbarkeit vor Ort eine Rolle (Rechnungshof Österreich, 2021).

Zusammengenommen führen diese Entwicklungen – also die im Vergleich zu den VertragsärztInnen zunehmende Anzahl an WahlärztInnen sowie die steigende Anzahl an unbesetzten Planstellen – dazu, dass es bei den bestehenden VertragsärztInnen zu einer Leistungsverdichtung kommt: Im Zeitraum 2009-2019 stieg die Auslastung je besetzte Planstelle im Bereich der Allgemeinmedizin um 11 Prozent, im fachärztlichen Bereich sogar um 21 Prozent (Rechnungshof Österreich, 2021). Dies hat im Umkehrschluss auch Auswirkungen auf die PatientInnen, etwa in Form von längeren Wartezeiten, einer geringeren Behandlungsintensität oder weniger Gesprächszeit mit den ÄrztInnen.

Schließlich lässt sich auch eine unterschiedliche Dichte an VertragsärztInnen in städtischen und intermediären bzw. ländlichen Gebieten beobachten: Während der städtische Bereich meist von einer hohen Dichte an ÄrztInnen geprägt ist, ist dies im intermediären und ländlichen Bereich, vor allem bei den FachärztInnen, nicht immer der Fall (Föbleitner & Teichert, 2017). Dementsprechend schwankte beispielsweise im Jahr 2014 auch die Dichte an VertragsärztInnen zwischen 67 und 103 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (Föbleitner & Teichert, 2017).

Diese regionalen und sozialen Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung führen unterm Strich dazu, dass der Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht für die gesamte österreichische Bevölkerung gewährleistet werden kann und PatientInnen entweder lange Wartezeiten bzw. weite Wegstrecken auf sich nehmen oder in den kostenpflichtigen wahlärztlichen Bereich ausweichen müssen, um eine zeit- und bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu erhalten.

Die steigende gesundheitliche Ungleichheit hat auch Auswirkungen auf die kommunale Gesundheitspolitik, da sie sich für die unmittelbare Gestaltung der Lebensbedingungen der Menschen verantwortlich zeichnet und in diesem Sinne auch die Bedingungen für ein gesundes Leben schaffen sollte (E. Huber, 2022). Dazu zählt auch die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitsversorgung für alle GemeindebürgerInnen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnie, Bildungshintergrund und finanziellen Ressourcen, sowie des Zugangs dazu. Vor dem Hintergrund der sozialen und regionalen Unterschiede ist daher die kommunale Gesundheitspolitik gefordert, einen Beitrag zur Transformation der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu leisten, um die gesundheitliche Ungleichheit wieder zu verringern. Darüber hinaus stellt auch der steigende Pflegebedarf eine große Herausforderung in der kommunalen Gesundheitspolitik dar: Prognosen zufolge werden bis zum Jahr 2030 76.000 zusätzliche Personen in der Pflege benötigt, wobei sich der Pflegekräftemangel auch insbesondere auf der kommunalen Ebene bei den mobilen Diensten bemerkbar machen wird (Rappold & Juraszovich, 2019). Insofern wird auch in diesem Bereich in den nächsten Jahren eine Transformation des Wohlfahrtsstaates notwendig sein, bei der die kommunale Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle spielen wird.

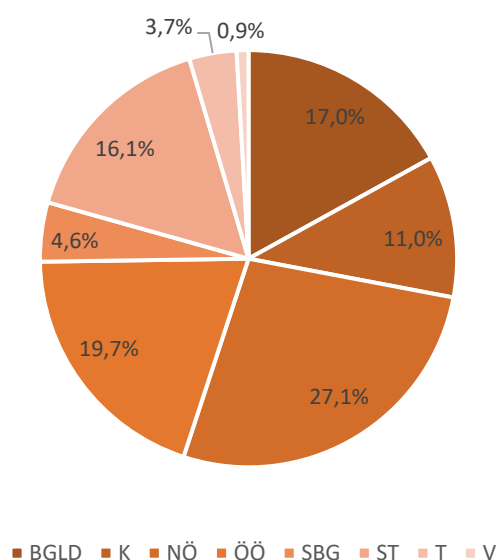
### **3. Erfahrungen aus der politischen Praxis**

Erfahrungen aus der politischen Praxis sind unumgänglich für einen evidenzbasierten und effektiven Policy Brief. Aus diesem Grund wurde, aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche, einerseits eine Umfrage unter allen BürgermeisterInnen von SPÖ-geführten Gemeinden und andererseits Interviews mit GesundheitspolitikerInnen der SPÖ auf Bundes- und Landesebene durchgeführt. Der Fokus auf sozialdemokratische PolitikerInnen ergibt sich aus der Annahme, dass die Sozialdemokratie aufgrund ihrer eigenen ideologischen Zielsetzung sowie ihrer Entstehungsgeschichte am besten dazu geeignet ist, eine vom Neoliberalismus entkoppelte Sichtweise zu vertreten und somit progressive Lösungsansätze, die die Gesundheit der Vielen in den Mittelpunkt stellen, anzubieten.

## BürgermeisterInnenbefragung

Die Umfrage wurde durch den Sozialdemokratischen GemeindevertreterInnenverband Österreich (GVV Österreich) mittels eines Online-Fragebogens im Zeitraum von 23.06.2022 bis 04.07.2022 unter allen BürgermeisterInnen in SPÖ-geführten Gemeinden durchgeführt. Insgesamt wurden damit 440 BürgermeisterInnen in ganz Österreich erreicht, die Rücklaufquote beträgt rund 49 Prozent (218 Personen). Die teilnehmenden BürgermeisterInnen waren mehrheitlich männlich (rund 85 Prozent) und stehen Gemeinden vor, die nicht mehr 2.500 EinwohnerInnen umfassen (46 Prozent), was in Einklang mit der gesamtösterreichischen Demographie steht. Die Zugehörigkeit der TeilnehmerInnen zu den einzelnen Bundesländern ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Befragung umfasst sowohl den Bereich der kommunalen Gesundheitspolitik als auch den der kommunalen Pflegepolitik, die Ergebnisse werden im Folgenden präsentiert.

Abbildung 1: Teilnehmende BürgermeisterInnen nach Bundesland



Quelle: GVV Österreich (2022), Darstellung: AutorInnen 2022.

### Kommunale Gesundheitspolitik

Grundsätzlich gaben rund 82 Prozent der Befragten an, dass ihre Gemeinde/Stadt im Allgemeinen gesundheitlich (eher) gut versorgt ist. Die verbleibenden 18 Prozent der BürgermeisterInnen konnten diese Meinung jedoch nicht teilen und führten an, dass ihre Gemeinde/Stadt im Allgemeinen gesundheitlich (eher) nicht gut versorgt ist. Die Gründe hierfür liegen laut den Befragten mehrheitlich darin, dass es zu wenige ÄrztInnen mit Kassenverträgen gibt bzw. die bestehenden Verträge zu schlecht/unattraktiv sind und dass die praktizierenden ÄrztInnen überlastet sind.

Die größten Herausforderungen im Bereich der kommunalen Gesundheitsversorgung verorteten die Befragten demnach im Bereich der „Zwei-/Drei-Klassenmedizin“ (90 Prozent Zustimmung), dicht gefolgt von einem drohenden ÄrztInnenmangel (89 Prozent). Darüber hinaus wurden auch die Themenbereiche „akuter ÄrztInnenmangel“ (79 Prozent), „Finanzierung des Gesundheitssystems“ (78 Prozent), „strukturelle Probleme“ (71 Prozent) sowie „fehlender Zugang zur Gesundheitsversorgung“ (61,5 Prozent) als (eher) problematisch eingeschätzt, siehe auch Abbildung 2.

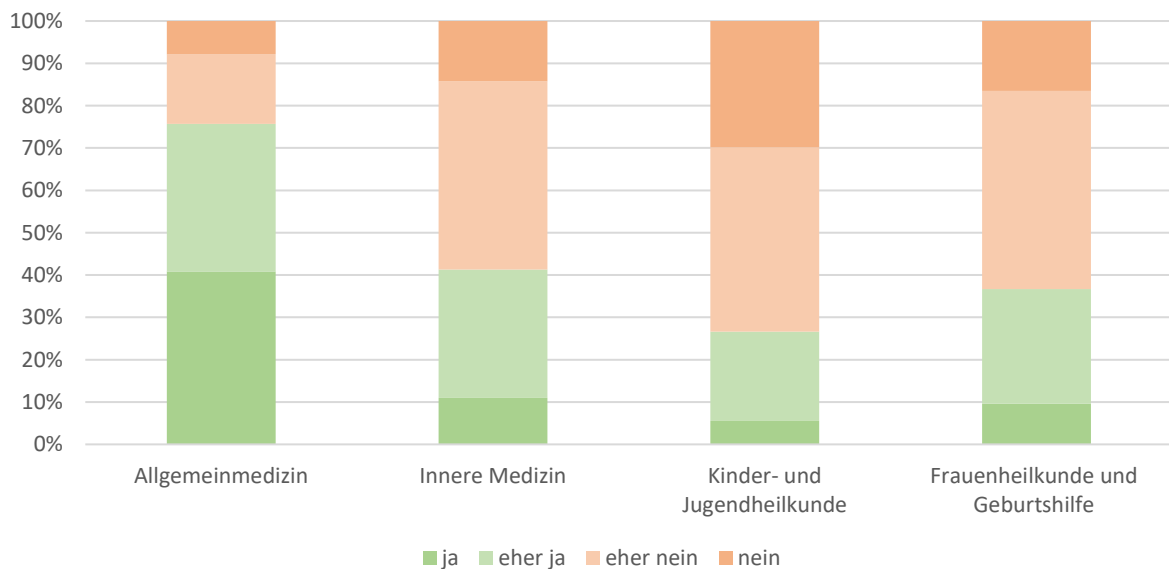
Abbildung 2: Herausforderungen im Bereich der kommunalen Gesundheitsversorgung



Quelle: GVV Österreich (2022), Darstellung: AutorInnen 2022.

In weiterer Folge wurden die BürgermeisterInnen gefragt, ob in der nahen Umgebung ihrer Gemeinde/Stadt genügend KassenärztInnen in den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorhanden sind (siehe Abbildung 3). Während im Bereich der Allgemeinmedizin 74,5 Prozent der Befragten mit „(eher) ja“ auf diese Frage geantwortet haben, wurde die Situation bei den FachärztInnen deutlich negativer eingeschätzt. So gaben rund 59 Prozent der BürgermeisterInnen an, dass ihrer Meinung nach (eher) nicht genügend KassenärztInnen im Bereich der Inneren Medizin in der nahen Umgebung vorhanden sind, in den Bereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde beläuft sich dieser Anteil sogar auf rund 63 Prozent bzw. rund 73 Prozent.

Abbildung 3: Vorhandensein von ÄrztInnen mit Kassenvertrag in der nahen Umgebung



Quelle: GVV Österreich (2022), Darstellung: AutorInnen 2022.

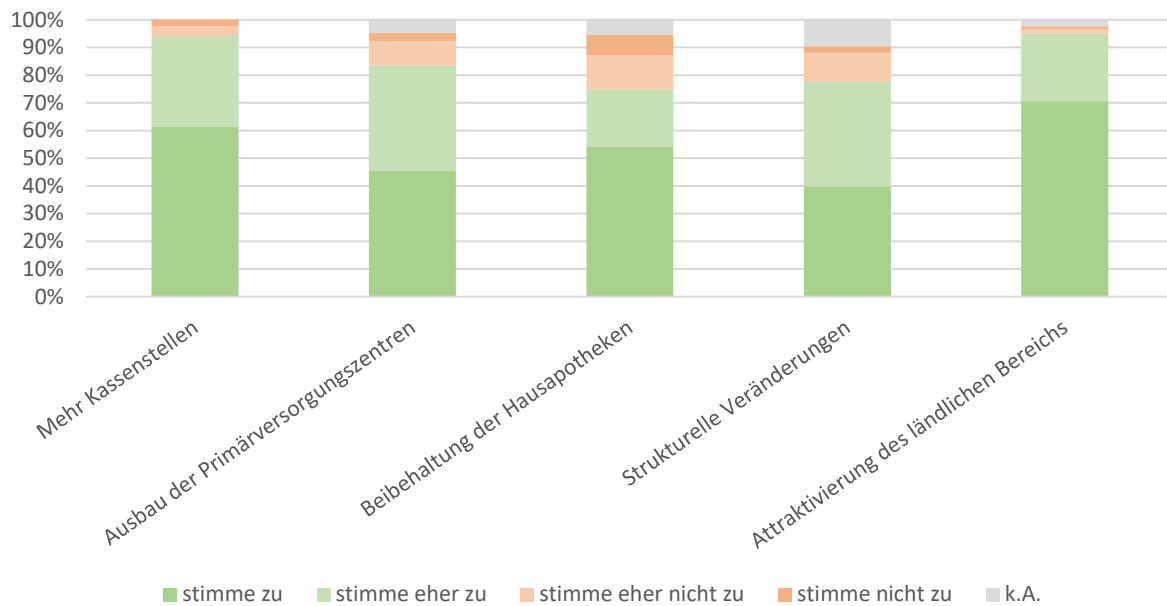
Auf die Frage, ob es Probleme aufgrund von Pensionierungen oder dem Wegzug von ÄrztInnen gibt, antworteten rund 48 Prozent der Befragten mit „(eher) ja“. Darüber hinaus gaben 42,5 Prozent dieser Personengruppe auch an, dass es in weiter Folge (eher) problematisch ist/war, Kassenstellen nachzubeseetzen. Die am häufigsten genannten Gründe hierfür sind, dass Kassenverträge eher unattraktiv sind bzw. die Einkommensschere zwischen Wahl- und KassenärztInnen zu groß ist, dass hohe Ablösesummen bei einer Ordinationsübernahme bezahlt werden müssen und dass fehlende Hausapotheken eine Nachbesetzung erschweren. Zusätzlich werden oftmals auch die langen und unregelmäßigen Arbeitszeiten, die mit einem Kassenvertrag einhergehen, als problematisch wahrgenommen, da vor allem die jüngere Generation der Work-Life-Balance einen hohen Stellenwert beimisst. Weitere Gründe liegen in der allgemeinen „Landflucht“, also dem Trend zur Urbanisierung, sowie im fehlenden Nachwuchs an ÄrztInnen.

Folglich merkten auch 50,5 Prozent der SPÖ-BürgermeisterInnen, die den Fragebogen beantwortet haben, an, dass die BürgerInnen ihrer Gemeinde/Stadt (eher) auf WahlärztInnen ausweichen müssen, weil es zu wenige KassenärztInnenplätze gibt. Dies gilt laut den Befragten insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, aber auch in der Dermatologie, der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und der Urologie sowie für Augen- und HNO-ÄrztInnen.

Abschließend wurde in der Umfrage auch erhoben, was es im Rahmen der kommunalen Gesundheitsversorgung von politischer Seite braucht. Dazu wurde in einem ersten Schritt die Frage gestellt, mit welchen Anliegen im Bereich der Gesundheit die BürgerInnen an die BürgermeisterInnen herantreten. Hierbei wurden folgende Antworten am häufigsten gegeben: lange Wartezeiten und zu kurze Öffnungszeiten, fehlende Haus- und FachärztInnen, unzureichende bzw. fehlende ärztliche Versorgung in der Nacht bzw. an Feiertagen und Wochenenden, schlechte Versorgung von älteren Menschen aufgrund von mangelnder Mobilität, ungleiche Behandlung unter den Kassen, Mehr-Klassen-Medizin sowie die Sorge um die Zukunft der ärztlichen Versorgung.

Weiters wurden die BürgermeisterInnen gefragt, was es braucht, um die Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene sicherzustellen, siehe Abbildung 4. Im Zuge dessen stimmten 95 Prozent (eher) der Aussage zu, dass eine „Attraktivierung des ländlichen Bereichs“ notwendig ist, sowie 94 Prozent, dass es mehr Kassenstellen braucht. 83,5 Prozent der Befragten sind zudem (eher) der Meinung, dass es einem Ausbau der Primärversorgungszentren bedarf und 77,5 Prozent sehen Handlungsbedarf im Bereich von strukturellen Veränderungen.

Abbildung 4: Maßnahmen für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene



Quelle: GVV Österreich (2022), Darstellung: AutorInnen 2022.

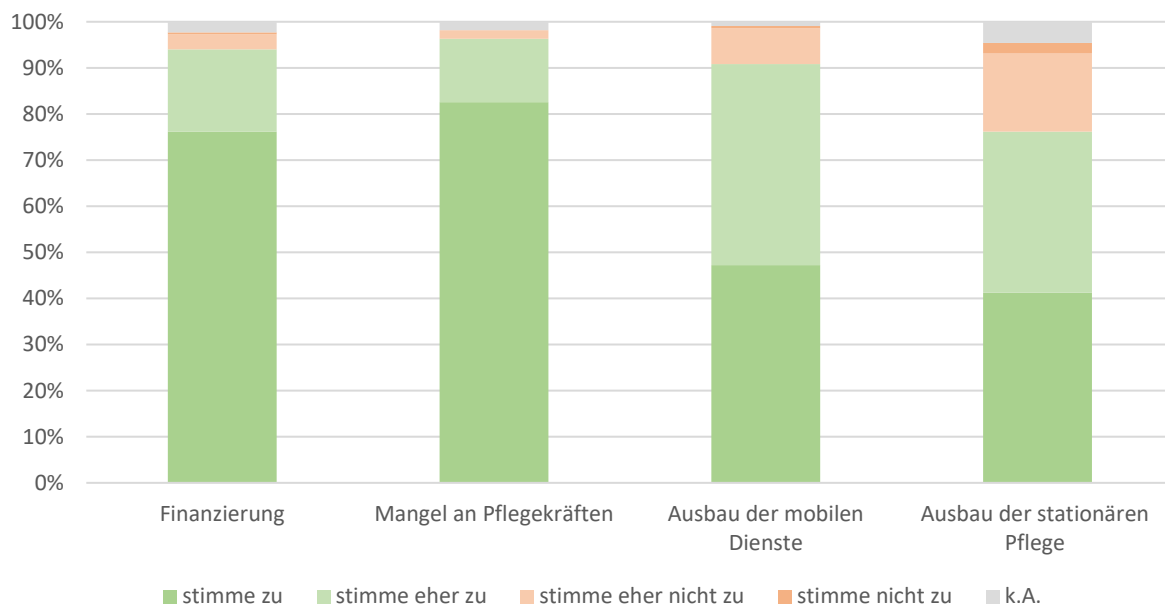
In einem letzten Schritt wurde schließlich noch die Frage gestellt, welche Maßnahmen es auf Landes- und/oder Bundesebene braucht, um den vorhandenen Problemen in der kommunalen Gesundheitspolitik entgegenzuwirken. In dieser Hinsicht gaben die BürgermeisterInnen an, dass es einer besseren Entlohnung für KassenärztInnen (inkl. einer „Startfinanzierung“), mehr Studienplätze, der Verpflichtung zum Dienst im öffentlichen Bereich nach Abschluss des Medizinstudiums, der Schaffung von FachärztInnenzentren sowie der Gleichstellung der Kassen und einheitlicher Regelungen bedarf. Darüber hinaus forderten die Befragten auch, dass das wahlärztliche System abgeschafft werden sollte und Bund und Länder besser zusammenarbeiten sollten.

#### Kommunale Pflegepolitik

Im Bereich der Pflege sahen die SPÖ-BürgermeisterInnen die größten Herausforderungen wie folgt (siehe Abbildung 5): Die überwiegende Mehrheit, nämlich 96,5 Prozent, gab an, dass der Mangel an Pflegekräften (eher) ein Problem darstellt. Große Zustimmung (94 Prozent) gab es auch dafür, dass die Finanzierung der Pflege in der Zukunft (eher) herausfordernd wird, während es zum „Ausbau der mobilen Dienste“ 91 Prozent und zum „Ausbau der stationären Pflege (Pflegeheimplätze)“ 76 Prozent (eher) Zustimmung gab.



Abbildung 5: Herausforderungen im Bereich der kommunalen Pflegepolitik



Quelle: GVV Österreich (2022), Darstellung: AutorInnen 2022.

Darüber hinaus wurden die BürgermeisterInnen auch zu zwei Maßnahmen, die dem Pflegekräftemangel entgegenwirken sollen, befragt: 81 Prozent der TeilnehmerInnen sind (eher) der Ansicht, dass die Möglichkeit zur Anstellung pflegender Angehöriger den (drohenden) Pflegenotstand abfedern könnte. Auch das Konzept der „Community Nurses“ ist 79,5 Prozent (eher) bekannt und 63 Prozent der Befragten könnten sich (eher) vorstellen, dass Community Nurses auch in ihrer Stadt/Gemeinde eingesetzt werden.

Abschließend hatten die teilnehmenden BürgermeisterInnen noch die Möglichkeit, ihre Sorgen und Wünsche im Bereich der kommunalen Pflegepolitik zu äußern. Die häufigsten Antworten auf diese Frage waren: Ausbau der Community Nurses, Attraktivierung der Pflege mit besserer Entlohnung und Ausbildung, Einführung einer Pflegeversicherung, einheitliche und klare Finanzierung zwischen Bund und Ländern, damit Gemeindebudgets nicht ausgehöhlt werden, Ausbau der Vorsorge sowie stärkere Einbeziehung der 24-Stunden-Betreuung.

### Interviews mit PolitikerInnen

Ergänzend zu der BürgermeisterInnenbefragung wurden zudem vier Interviews mit PolitikerInnen der SPÖ, die mit dem Themenbereich der Gesundheit auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene betreut sind, geführt, um die Erfahrungen aus der politischen Praxis möglichst umfassend widerzuspiegeln. Die Interviews wurden im Zeitraum von Juli bis August 2022 persönlich bzw. schriftlich durchgeführt und umfassen sowohl den Gesundheits- als auch den Pflegebereich. Die synthetisierten Ergebnisse sind untenstehend dargestellt.

### Gesundheitspolitik

Aus den Interviews, die mit relevanten SpitzenpolitikerInnen geführt wurden, geht hervor, dass es zu überwiegenden Teilen große Übereinstimmungen in der Einschätzung der momentanen Situation in der österreichischen Gesundheitspolitik gibt. So waren sich alle einig, dass man inzwischen nicht mehr von einer Zwei-Klassen-Medizin sprechen kann, sondern von einer Mehr-Klassen-Medizin. Durch das mangelnde Angebot an KassenärztInnen würden viele PatientInnen auf Wahl- oder PrivatärztInnen

ausweichen bzw. eine Zusatzversicherung haben. Wer also entsprechende finanzielle Mittel habe, sei laut den interviewten PolitikerInnen klar im Vorteil. Zudem sollten auch die Leistungen der Kassen bzw. innerhalb der ÖGK nach oben hin vereinheitlicht werden, da es immer noch zu große Unterschiede in dieser Hinsicht gäbe. Ebenso braucht es laut den InterviewpartnerInnen bei den Kassenstellen einen massiven Ausbau, da eine flächendeckende kassenärztliche Versorgung momentan nicht gewährleistet werden kann. Eine Möglichkeit, dieses Problem zu beheben, könnte darin liegen, allen WahlärztInnen einen Kassenvertrag anzubieten. Durch diesen massiven Ausbau der Kassenstellen würde sich auch das Verhältnis zwischen Kassen- und WahlärztInnen wieder ändern, was laut den interviewten PolitikerInnen langfristig dazu führen kann, dass das WahlärztInnensystem obsolet wird.

Eine weitere Überlegung der InterviewpartnerInnen betrifft die Problematik der unbesetzten Kassenstellen: Laut ihnen könnte man in Regionen, in denen KassenärztInnenstellen weitgehend unbesetzt bleiben, eigene Schwerpunkt-Ambulanzen aufbauen, die zu gewissen Fixzeiten offen haben und in denen die dort ordinierenden ÄrztInnen direkt von Krankenhäusern in der Umgebung gestellt werden und die Leistungen mit der ÖGK/den Kassen über die e-Card abgerechnet werden können. Ein solches Pilotprojekt wurde bereits mit dem Gesundheitszentrum Murtal in der Steiermark erfolgreich umgesetzt und könnte als Vorbild für andere Zentren fungieren.

Darüber hinaus würden die Befragten auch einen Ausbau der Primärversorgungszentren begrüßen, da diese – gerade für jüngere Generationen – aufgrund des geteilten Risikos und der kompatibleren Arbeitszeiten oftmals attraktiver als Kassenstellen sind, während sie gleichzeitig die gesundheitsbezogene Grundversorgung der Bevölkerung abdecken.

Zusätzlich ist es in der politischen Praxis derzeit bereits so, dass viele Städte und Gemeinden Boni an ÄrztInnen zahlen, wenn sie Kassenverträge annehmen, den Bau oder Umbau einer Praxis bezahlen oder gemeindeeigene Räumlichkeiten zu marktunüblichen Preisen zur Verfügung stellen. Laut den GesundheitspolitikerInnen soll und darf so etwas jedoch keinesfalls Aufgabe der Städte und Gemeinden sein, weswegen sie für eine bundesweite Lösung des Problems der unbesetzten Kassenstellen plädieren würden.

Große Übereinstimmung herrschte auch bei der Überlegung, die Medizinstudienplätze an den öffentlichen Universitäten deutlich auszubauen und mehr Stipendien anzubieten, um eine höhere Heterogenität innerhalb der ÄrztInnenschaft zu erreichen. Wünschenswert wäre es laut den InterviewpartnerInnen auch, alle AbsolventInnen zu verpflichten, eine gewisse Zeit in Österreich zu ordinieren, um dem aufgrund der demographischen Entwicklung drohenden ÄrztInnenmangel, insbesondere im kassenärztlichen Bereich, entgegenzuwirken.

Auch die Mobilität wurde von den InterviewpartnerInnen übereinstimmend als Problem erkannt, da die Wege zu manchen FachärztInnen nahezu unzumutbar seien und für nicht-mobile Menschen, speziell im ländlichen Raum, aufgrund von nicht vorhandenen oder mangelhaft ausgebauten öffentlichen Verkehrsmitteln eine große Herausforderung darstellen würden. Wenn eine attraktive Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum nicht mehr gegeben ist, drohe laut den interviewten PolitikerInnen zunehmend auch eine Landflucht.

In dieser Hinsicht würden inzwischen auch die Nacht- und Bereitschaftsdienste sowie die Versorgung mit NotärztInnen ein großes Problem darstellen, da diese in vielen Regionen unzureichend oder gar nicht besetzt werden können. Diese fehlende Gesundheitsversorgung kann laut den Befragten die Bereitschaft, vom Land in die Stadt zu ziehen, nochmals erhöhen.

Abschließend herrschte unter den InterviewpartnerInnen auch Konsens darüber, dass die Strukturen im Gesundheitssystem sowie das ganze System mit allen handelnden AkteurInnen überdacht werden

sollten. Dies betrifft einerseits den vorherrschenden Föderalismus und andererseits auch die Rolle der Ärztekammer sowie den eingeschränkten politischen Handlungsspielraum. Laut den GesundheitspolitikerInnen sei dieser Schritt unumgänglich, um eine zukünftige öffentliche Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die in Österreich leben, sicherzustellen.

#### *Pflegepolitik*

Die Rahmenbedingungen im Pflegebereich müssten sich laut den InterviewpartnerInnen drastisch ändern, um dem bereits existierenden und dem zukünftig noch stärkeren Mangel an Pflegekräften entgegenzuwirken. In dieser Hinsicht sollten sowohl die Entlohnung als auch die Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Dienstpläne, etc.) verbessert werden.

Kurzfristige Lösungsansätze, die dem (drohenden) Pflegenotstand entgegenwirken, sehen die InterviewpartnerInnen sowohl im Bereich der Community Nurses als auch in der Möglichkeit, pflegende Angehörige anzustellen. So wird ein Ausbau der Community Nurses in jenen Städten und Gemeinden, in denen es diese – oder ähnliche Modelle, wie etwa PflegekoordinatorInnen – nicht bereits gibt, als sinnvoll erachtet. Das Thema der Anstellung von pflegenden Angehörigen wird von den Befragten jedoch ein wenig kritischer gesehen: Einerseits wird dieses Modell als eine Maßnahme, die dem bereits existierenden Pflegenotstand entgegenwirkt und die ohnehin bestehenden Praktiken („es gibt jetzt auch schon genug Menschen, die zu Hause Angehörige pflegen“), arbeits- und sozialrechtlich absichert, begrüßt. Andererseits wird Zweifel an der Qualität geübt, da in den meisten Fällen keine entsprechende Ausbildung vorhanden sei und es außerdem in der Mehrheit der Fälle Frauen betreffen und somit einem Rollenbild aus längst vergangenen Jahren entsprechen würde.

#### **4. Policy-Empfehlungen**

Die Policy-Empfehlungen betreffen sowohl die (kommunale) Gesundheits- als auch die Pflegepolitik, da diese beiden Bereiche eng miteinander verbunden sind und sich in vielen Fällen gegenseitig bedingen. Im Folgenden werden für beide politischen Felder Empfehlungen, die sowohl das System als Ganzes und eine damit verbundene Transformation des Wohlfahrtsstaates betreffen, als auch zielgerichtete Maßnahmen, die den Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung gewährleisten sollen, vorgestellt. Es handelt sich dabei Großteils um bundes- bzw. landesweite Maßnahmen, die sich positiv auf die kommunale Gesundheitsversorgung auswirken. Dies ist notwendig, da die Kommunalpolitik im Gesundheitsbereich – trotz der unmittelbaren Involviertheit - nur einen beschränkten Handlungsspielraum hat.

Die Policy-Empfehlungen basieren auf den Ergebnissen der Literaturrecherche sowie den Erfahrungen aus der politischen Praxis und wurden von den AutorInnen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und politischen Umsetzbarkeit beurteilt und ausgewählt. Für die Umsetzung der politischen Forderungen empfiehlt sich in vielen Fällen ein Stufenplan, der in einem ersten Schritt den Status Quo evaluiert und den momentanen sowie zukünftigen Bedarf erhebt. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen, sollte die entsprechende Maßnahme dann schrittweise und mithilfe von begleitenden und unterstützenden Handlungen implementiert werden.

#### **Gesundheitspolitik**

- **Massiver Ausbau der Kassenstellen:** Aufgrund des Ungleichgewichts in der Anzahl der Kassen- und WahlärztInnen und der daraus resultierenden Mehr-Klassen-Medizin empfiehlt sich ein massiver Ausbau der Kassenstellen, um die öffentliche Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleisten zu können. Für die Umsetzung dieser Empfehlung würde sich ein Stufenplan, der den tatsächlichen Bedarf evaluiert und dann schrittweise eine Erhöhung der Anzahl der Kassenstellen durchführt, anbieten.

- **Beschränkung des wahlärztlichen Systems:** Ergänzend zum Ausbau der Kassenstellen, wird auch eine Beschränkung des wahlärztlichen Systems als sinnvoll erachtet. Dies könnte beispielsweise durch die Einführung einer Obergrenze, wie es auch in anderen Berufsfeldern (z.B. bei RauchfangkehrerInnen) üblich ist, oder durch das Anbieten eines Kassenvertrags an alle ÄrztInnen erreicht werden. Sobald eine flächendeckende öffentliche Gesundheitsversorgung, in der man als PatientIn nicht mehr auf das wahlärztliche System zurückgreifen muss, hergestellt ist, sollte auch die gänzliche Abschaffung des wahlärztlichen Systems diskutiert werden.
- **Einführung einer verpflichtenden Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem:** Eine weitere Möglichkeit, die Versorgung im öffentlichen Gesundheitssystem zu gewährleisten, besteht darin, alle MedizinabsolventInnen von österreichischen Hochschulen zu verpflichten, nach Abschluss ihrer Ausbildung fünf Jahre im öffentlichen Gesundheitssystem zu arbeiten. Diese Maßnahme würde nicht nur verhindern, dass ÄrztInnen ins Ausland abwandern, sondern auch dazu führen, dass der privatärztliche Sektor, zumindest zeitweise, zurückgedrängt wird.
- **Stärkung der Rolle der Gesundheitsberufe:** Viele medizinische Tätigkeiten, die momentan rechtlich nur von ÄrztInnen oder dem Pflegepersonal durchgeführt werden dürfen, wie etwa die Verabreichung von Impfungen oder das Wundmanagement, könnten auch von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe übernommen werden, beispielsweise von PharmazeutInnen oder OrdinationsassistentInnen. Da viele Gesundheitsberufe niederschwelliger und wohnortnah agieren können – und somit den Zugang zur Gesundheitsversorgung vielerorts sicherstellen könnten - empfiehlt sich eine Stärkung der Rolle der Gesundheitsberufe.
- **Anpassung der Honorarkataloge:** Um Kassenstellen wieder attraktiver zu machen und somit auch den Anreiz, aufgrund von finanziellen Gründen im wahlärztlichen Bereich tätig zu sein, zu reduzieren, sollte eine Anpassung der Honorarkataloge vorgenommen werden. Dies ist insbesondere in jenen Fächern, in denen es schon jetzt einen Mangel an KassenärztInnen bzw. Nachbesetzungsprobleme gibt (z.B. Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe), von hoher Relevanz.
- **Ausbau von Primärversorgungszentren bzw. ÄrztInnenzentren:** Eine Möglichkeit, den niederschweligen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung sicherzustellen, besteht im Ausbau der Primärversorgungs- bzw. ÄrztInnenzentren, da in diesen Zentren eine interdisziplinäre, und dadurch umfassende, Gesundheitsversorgung unter einem Dach angeboten wird. Zusätzlich sind solche Zentren oftmals attraktiver für die dort tätigen ÄrztInnen, da die finanzielle Verantwortlichkeit, aber auch Kassenverträge geteilt werden können, wodurch auch die Nachbesetzungsproblematik im kassenärztlichen Bereich abgefedert werden könnte.
- **Vereinheitlichung der Leistungen zwischen den Krankenkassen:** Trotz der Reform der Sozialversicherung, gibt es nach wie vor Unterschiede in den Leistungen zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern. Diese treten sowohl zwischen den ehemaligen Gebietskrankenkassen in der nunmehrig bundesweiten Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) auf, vor allem aber zwischen der ÖGK und den anderen Versicherungsträgern - der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), der Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) sowie den Krankenfürsorgeanstalten (KFA). Dieser Umstand wiegt umso schwerer, da man sich den Krankenversicherungsträger in Österreich nicht selbst aussuchen kann und führt in weiterer Folge nicht nur zu einer Verschärfung der Mehr-Klassen-Medizin, sondern auch zu einer höheren gesundheitlichen Ungleichheit innerhalb der Bevölkerung. Aus diesen Gründen empfiehlt sich eine Vereinheitlichung und Anpassung der öffentlichen Gesundheitsleistungen nach oben zwischen den einzelnen Krankenkassen.
- **Ausbau der Studienplätze an öffentlichen Universitäten:** Dem, aufgrund der demographischen Entwicklung sowie dem fehlenden Nachwuchs, drohenden ÄrztInnenmangel in der Zukunft, sollte

mit einem Ausbau der Studienplätze an öffentlichen Universitäten entgegengewirkt werden. Für die Umsetzung dieser Empfehlung empfiehlt sich ein Stufenplan, der den tatsächlichen Bedarf evaluiert und schrittweise entsprechende Maßnahmen setzt.

- **Einführung von „LandärztInnenstipendien“:** Eine gezielte Maßnahme, um dem ÄrztInnenmangel in ländlichen Regionen zu entgegen, besteht darin, sogenannte LandärztInnenstipendien, welche von den Bundesländern finanziert werden, einzuführen. Dabei würden jene Studierenden, die sich verpflichten, nach Ausbildungsende fünf Jahre im öffentlichen Gesundheitssystem des jeweiligen Bundeslands zu arbeiten, während ihres Studiums an einer öffentlichen Universität ein monatliches Taschengeld erhalten.
- **Förderung der Heterogenität innerhalb der ÄrztInnenschaft:** Aufgrund der in Österreich herrschenden niedrigen sozialen Mobilität wird Bildung nach wie vor Großteils vererbt. Dies trifft auch auf MedizinerInnen zu, weswegen die ÄrztInnenschaft eine – auf den sozioökonomischen Status bezogene - recht homogene Berufsgruppe ist. Da jedoch soziale und gesundheitliche Ungleichheit eng miteinander verbunden sind, ist eine stärkere Heterogenität innerhalb der ÄrztInnenschaft anzustreben, da dadurch verschiedene Lebensrealitäten abgebildet werden können. Die Förderung der Heterogenität innerhalb der ÄrztInnenschaft könnte mithilfe von Stipendien erreicht werden, ist aber zu großen Teilen ein Anliegen, welches es im Rahmen der Bildungspolitik zu lösen gilt, unter anderem durch die Herstellung von Chancengleichheit.
- **Einführung einer verpflichtenden Weiterbildung für ausgebildete ÄrztInnen:** Um die Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu erhöhen und österreichweit einheitliche Standards garantieren zu können, empfiehlt es sich, eine verpflichtende Weiterbildung für ausgebildete ÄrztInnen, die über die Anforderungen der Ärztekammer hinausgeht, zu implementieren.
- **Vergrößerung des politischen Handlungsspielraums:** Trotz der unzähligen Probleme und Herausforderungen, mit denen die österreichische Gesundheitspolitik konfrontiert ist, herrscht seit einigen Jahren ein gewisser Stillstand in diesem Bereich. Dies liegt unter anderem auch daran, dass der politische Handlungsspielraum durch die Vielzahl an AkteurInnen im Gesundheitswesen in vielen Fällen recht klein ist, insbesondere in der kommunalen Gesundheitspolitik. Es empfiehlt sich daher, den politischen Handlungsspielraum zu vergrößern, vor allem im niedergelassenen Bereich, in dem die Ärztekammer eine Vormachtstellung genießt und viele Verhandlungen nur zwischen der Ärztekammer und der Sozialversicherung stattfinden.
- **Verbesserung des Zugangs zu Daten des öffentlichen Gesundheitssystems:** Um zielgerichtete Interventionen im Gesundheitssystem setzen zu können, bedarf es Daten des öffentlichen Gesundheitssystems, beispielsweise zu der genauen Anzahl an Kassen- und WahlärztInnen in den verschiedenen Fachgebieten, dem Status Quo der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder zu Leistungsunterschieden zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern. Da dieser Zugang momentan leider nur bedingt gegeben bzw. es großer Anstrengungen bedarf, entsprechende Daten zu erhalten, braucht es einen verbesserten Zugang zu diesen Daten, insbesondere für WissenschaftlerInnen und politische EntscheidungsträgerInnen.
- **Einrichtung eines Fonds für unmittelbare Gesundheitsausgaben der Gemeinden:** Da Gemeinden vielerorts mit Nachbesetzungsproblemen bei Kassenstellen zu kämpfen haben, ist es oftmals notwendig, dass sie mit Boni und anderen Anreizen, wie etwa der kostenlosen Bereitstellung von Ordinationsräumlichkeiten, um neue KassenärztInnen werben. Dieses Vorgehen stellt die Gemeinden jedoch vor große finanzielle Herausforderungen und wiegt umso schwerer, wenn man bedenkt, dass die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitsversorgung im Zuständigkeitsbereich der Länder und des Bundes liegt. Aus diesem Grund empfiehlt sich die Einrichtung eines landes- bzw. bundesweiten Fonds für jene Gemeinden, die Ausgaben, welche die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheitsversorgung zum Ziel haben, decken müssen.

- **Attraktivierung des ländlichen Bereichs:** Der Trend zur Urbanisierung („Landflucht“) hat auch im Gesundheitsbereich Konsequenzen, beispielsweise wenn Kassenstellen aufgrund der fehlenden Anreize im ländlichen Bereich nicht nachbesetzt werden können oder junge Menschen aufgrund einer unzulänglichen Gesundheitsversorgung eher in Städte ziehen. Eine Attraktivierung des ländlichen Bereichs ist somit auch für die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitsversorgung von hoher Relevanz.

### **Pflegepolitik**

- **Verbesserung der Arbeitsbedingungen:** Um dem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken, bedarf es unbedingt einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich, beispielsweise durch eine bessere Entlohnung oder kürzere und besser verträgliche Arbeitszeiten. Dies würde nicht nur den Pflegeberuf für NeueinsteigerInnen attraktiver machen, sondern auch bereits tätige Pflegekräfte für eine längere Zeit im Beruf halten.
- **Sicherstellung der Finanzierung:** Aufgrund der demographischen Entwicklungen auf der einen und dem Mangel an Pflegekräften auf der anderen Seite, wird sich in den nächsten Jahren ein hoher Finanzierungsbedarf für die Pflege ergeben. Es empfiehlt sich daher, die Finanzierung der Pflege langfristig, nachhaltig und zukunftsfähig zu gestalten und sicherzustellen, beispielsweise durch die Einführung einer Pflegeversicherung im Rahmen der bereits existierenden Sozialversicherung oder von Erbschafts- und Vermögenssteuern, welche zweckgebunden in den Pflegebereich fließen.
- **Ausbau der öffentlichen Pflegeversorgung:** Neben dem erhöhten Finanzierungsaufwand ergibt sich aufgrund der demographischen Entwicklungen auch ein erhöhter Bedarf an formeller Pflege, welche im Rahmen der Pflegeeinrichtungen sowie der mobilen Dienste erbracht wird. Es bedarf daher einem Ausbau der öffentlichen Pflegeversorgung, sowohl bei den Pflegeheimplätzen als auch bei den mobilen Diensten, um einerseits den höheren Bedarf zu decken und andererseits die informelle Pflege zu entlasten.
- **Ausbau der Community Nurses bzw. der PflegekoordinatorInnen:** Die neu eingeführten Community Nurses, aber auch die bereits existierenden PflegekoordinatorInnen, tragen dazu bei, dass ältere Menschen mit Pflegebedarf weiterhin in den eigenen vier Wänden wohnen können und dennoch die bestmögliche Gesundheitsversorgung erhalten. Da dies die Lebensqualität der Pflegebedürftigen maßgeblich erhöht, sollte der Ausbau dieser Anlauf- und Koordinierungsstellen vorangetrieben werden.
- **Vorrübergehende Anstellung von pflegenden Angehörigen:** Kurzfristig empfiehlt es sich auch, das Modell der Anstellung pflegender Angehöriger, wie es etwa das Land Burgenland bereits implementiert hat, zu verfolgen, um dem akuten Mangel an Pflegekräften entgegenzuwirken. Gleichzeitig muss jedoch ein deutlicher Ausbau der formellen Pflege vorgenommen werden, sodass es langfristig keinen Bedarf an der Anstellung von pflegenden Angehörigen mehr gibt. Zentral bei der Umsetzung dieser Maßnahme sind zudem einerseits die frauenpolitische Dimension und andererseits die Qualität der erbrachten Pflege. Ersteres ergibt sich daraus, dass eine solche Maßnahme die Gefahr einer „Frauen zurück an den Herd-Politik“ birgt, welche es mit allen Mitteln zu vermeiden gilt. Da die pflegenden Angehörigen zumeist auch über keine entsprechende Ausbildung verfügen, muss zudem auch auf die Qualität der Pflege geachtet und gegebenenfalls mittels Informationsveranstaltungen, Schulungen oder Beratungen erhöht werden, um einen mit der formellen Pflege vergleichbaren Standard zu erreichen.

## 5. Schlussfolgerung

Die österreichische Gesundheitspolitik steht momentan vor großen Herausforderungen, welche von demographischen Entwicklungen und dem damit verbundenen drohenden Pflegenotstand, über Probleme in der öffentlichen Gesundheitsversorgung bis zu einer steigenden gesundheitlichen Ungleichheit reichen. Ziel des vorliegenden Policy Briefs war es daher, einen Überblick über die Herausforderungen in der kommunalen Gesundheitspolitik zu geben, sowie evidenzbasierte Empfehlungen, die die Gesundheit der Vielen in den Mittelpunkt stellen, zu erarbeiten. Im Zuge dessen wurde auch der Frage nachgegangen, welche sozialen und systemischen Ungleichheiten im österreichischen Gesundheitswesen existieren, wie sich diese auf der kommunalen Ebene bemerkbar machen und welchen Transformationen die kommunale Gesundheitspolitik unterworfen ist. Dies ist insbesondere aus sozialdemokratischer Sicht von Interesse, da die soziale Absicherung und die Wohlfahrt der Bevölkerung zentrale Anliegen der eigenen politischen Agenda darstellen. Um die Fragestellungen ausreichend beantworten zu können, wurde einerseits eine Literaturrecherche durchgeführt, und andererseits stark auf Erfahrungen aus der politischen Praxis, welche mithilfe einer Umfrage unter sozialdemokratischen BürgermeisterInnen sowie durch Interviews mit GesundheitspolitikerInnen eingeholt wurden, zurückgegriffen.

Sowohl die Ergebnisse der Literaturrecherche als auch die Erfahrungen aus der politischen Praxis zeigen, dass die steigende gesundheitliche Ungleichheit in Österreich, insbesondere beim Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung, zunehmend ein Problem darstellt. Demnach bestehen die größten Herausforderungen in der zu geringen Anzahl an KassenärztInnen, der Mehr-Klassen-Medizin sowie im oftmals fehlenden Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung, was zu regionalen gesundheitlichen Ungleichheiten führt. Der Mangel an KassenärztInnen macht sich dabei insbesondere in der fachärztlichen Versorgung (Kinder- und Jugendheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Innere Medizin) bemerkbar und wird dadurch verschärft, dass es vermehrt Nachbesetzungsprobleme sowie unbesetzte Planstellen gibt. Hinzu kommt zudem auch die oftmals eingeschränkte Mobilität der Menschen, vor allem im ländlichen Bereich, wodurch der Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung abermals erschwert wird. Schließlich ist es auch alarmierend, dass knapp 20 Prozent der teilnehmenden sozialdemokratischen BürgermeisterInnen angeben, dass ihre Gemeinde/Stadt im Allgemeinen gesundheitlich (eher) nicht gut versorgt ist – und das in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt.

Vor diesem Hintergrund wurden daher entsprechende Policy-Empfehlungen für den Bereich der (kommunalen) Gesundheits- und Pflegepolitik, die eine Transformation des Wohlfahrtssystems zum Ziel haben, abgeleitet. Diese beziehen sich insbesondere auf die Sicherstellung des Zugangs zur öffentlichen, flächendeckenden und kostenlosen Gesundheitsversorgung sowie deren zukünftige Absicherung. So empfiehlt sich beispielsweise ein massiver Ausbau der Kassenstellen, eine Beschränkung des wahlärztlichen Systems, die Einführung einer verpflichtenden Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem, eine Erhöhung der Medizinstudienplätze, sowie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im kassenärztlichen Bereich und in der Pflege.

Schließlich deutet der Befund auch darauf hin, dass viele Probleme in der öffentlichen Gesundheits- und Pflegeversorgung momentan nicht ernst genommen werden und zu wenig gehandelt wird. Es empfiehlt sich daher auch, dass sich künftige politische EntscheidungsträgerInnen mit den Herausforderungen in der österreichischen Gesundheitspolitik alsbald auseinandersetzen und in weiterer Folge entsprechende Handlungen setzen – um einen Kollaps des öffentlichen Gesundheits- und Pflegesystems zu vermeiden und eine Gesundheitsversorgung, die die Gesundheit der Vielen in den Mittelpunkt stellt, sicherzustellen.

## Literaturverzeichnis

- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & Winkelmann, J. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem—Akteure, Daten, Analysen* (Gesundheitssysteme Im Wandel). European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO).
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2022). *Gesundheitliche Ungleichheit*. bpb.de. <https://www.bpb.de/kurzknapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/gesundheit/330118/gesundheitliche-ungleichheit/>
- Föbtleitner, S. (2020). *Regional Variation of Health Care Expenditures in Austria* [Master Thesis]. Wirtschaftsuniversität Wien.
- Föbtleitner, S., & Teichert, T. (2017). *Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich: Bestandsaufnahme und Analyse*. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Huber, E. (2022). *Gesundheitsförderung und Kommunale Gesundheitspolitik*. [https://www.praeventologe.de/images/stories/Aktuelles/kommunale\\_ges-politik\\_kurz.pdf](https://www.praeventologe.de/images/stories/Aktuelles/kommunale_ges-politik_kurz.pdf)
- Huber, P. (2022a). Privatversicherungen und Wahlärzte boomen: Warum gibt es immer weniger Kassenärzte? *Kontrast.at*. <https://kontrast.at/kassenarzt-wahlarzt-oesterreich/>
- Huber, P. (2022b). Warum es eine “4-Klassen-Medizin” gibt – und wie man das ändern könnte. *Kontrast.at*. <https://kontrast.at/gesundheitssystem-in-oesterreich/>
- Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. (2021). *Ungerechte Verteilung: Wie Ungleichheit unser Leben prägt*.
- OECD. (2019). *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems* [OECD Health Policy Studies]. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2074319x>
- Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Rechnungshof Österreich. (2021). *Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich* [Bericht des Rechnungshofes].
- Statistik Austria. (2020). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Statistik Austria. (2021). *Lebenserwartung in Gesundheit*. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung-in-gesundheit>
- The King’s Fund. (2022, June 17). *What are health inequalities?* <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-are-health-inequalities>
- World Health Organization. (2018). *Health inequities and their causes*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
- World Health Organization. (2020). *Social determinants of health*. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>