



ABTEILUNG ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER
ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER

PRESSEKONFERENZ

Thema:

So steht es um die Gesundheitspolitik

Teilnehmer:

OMR Dr. Johannes Steinhart

Präsident der Österreichischen Ärztekammer

OMR Dr. Edgar Wutscher

Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Obmann der Bundeskurie
niedergelassene Ärzte

Prof. Dr. Dietmar Bayer

Obmann-Stellvertreter der Bundeskurie niedergelassene Ärzte, Präsident der
ÖGTelemed

Dr.ⁱⁿ Naghme Kamaleyan-Schmied

Obmann-Stellvertreterin der Bundeskurie niedergelassene Ärzte

Zeit:

Mittwoch, 25. März 2026, 10:30 Uhr

Ort:

Büro des Präsidenten

Weihburggasse 10-12, 5. Stock, 1010 Wien

ÖÄK zu aktuellen Themen: So steht es um die Gesundheitspolitik

Das österreichische Gesundheitssystem und die Versorgungslandschaft stehen derzeit besonders unter Druck. Jetzt müssen die richtigen Entscheidungen getroffen werden.

„In den vergangenen Wochen gab es im Gesundheitsbereich eine Menge an Ideen und Entscheidungen, die das Ziel des Gesundheitswesens aus den Augen verloren haben – die bestmögliche Versorgung der Menschen“, eröffnete Johannes Steinhart, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, die Pressekonferenz. Diese könne nicht mit populistischen Aktionen oder Zwangsmaßnahmen hergestellt werden, „sondern sie ist das Resultat harter und konsequenter Arbeit und erfordert sinnvolle, an die Versorgungsrealität angepasste und zukunftsorientierte Maßnahmen“.

„Dass es zu kurz gedacht und versorgungspolitisch sinnwidrig ist, Wahlärzte zum Feindbild zu erklären, haben wir immer wieder betont. Die rasch steigende Zahl von Wahlärzten ist ein Ausdruck der Versäumnisse von Politik und ÖGK im Kassenbereich. Beide sollten den Wahlärzten dafür Anerkennung zollen, dass sie die niedergelassene ärztliche Versorgung aufrechterhalten, die gemachten Fehler der Politik kaschieren und das System entlasten, das nur 80 Prozent des Kassentarifs für eine wahlärztliche Leistung ausgeben muss“, unterstreicht Steinhart. Es sei kein vernünftiger Weg zur Stärkung der Versorgung, den sehr gut funktionierenden Wahlarztbereich zu schwächen oder ihm den Schwarzen Peter für die von der Gesundheitspolitik zu verantwortenden Versäumnisse zuzuschieben. Vielmehr müsse in den kassenärztlichen Bereich konsequent investiert werden, wenn die soziale und solidarische Gesundheitsversorgung auf einem guten Niveau erhalten werden soll.

„Bei der verpflichtenden Codierung im niedergelassenen Bereich ist die sechsmonatige Verschiebung der Scharfstellung auf 1. Juli ein wichtiger Zwischenschritt, denn die Liste der Probleme, die wir von unseren Mitgliedern kommuniziert bekommen, ist lang“, führte Steinhart aus. Hier gibt es noch viel zu tun, bis die verpflichtende Diagnosecodierung funktional gut möglich wird und sinnvolle Daten liefern kann. Unter den aktuellen Bedingungen sehe ich nur die Lösung, dass die Österreichische Gesundheitskasse selbst die Übersetzung der ärztlichen Diagnosen in die ICD-10-Codes übernimmt“, schlägt Steinhart vor.

Zu schlechter Letzt ist die Politik ja bestrebt, Impfungen ab 2027 auch in Apotheken zu ermöglichen. „Es mag den politischen Wunsch geben, die medizinische Notwendigkeit gibt es jedenfalls nicht“, sagt Steinhart. Man höre zwar immer wieder von internationalen Beispielen, in denen das Impfen in Apotheken möglich ist, dabei werde aber die Ausgangslage in Österreich außer Acht gelassen. „Wir verfügen über ein sehr leistungsfähiges Ärztenetz, es mangelt also nicht an geeigneten Orten für kompetentes Impfen, sondern leider sehr oft an Impfstoffen und an wirksamen Kampagnen zur Steigerung der Impfbereitschaft der Bevölkerung“, so Steinhart.

Man könnte auch argumentieren, dass in vielen Ländern Medikamente ganz einfach online gekauft werden können, zieht das aber für Österreich nicht in Betracht. „Aber Politik und einige ÖGK-Vertreter picken sich aus den internationalen Beispielen oft gerne nur die Aspekte heraus, die zur eigenen Agenda passen, ohne auf das Gesamtgefüge und die jeweilige Situation im Land zu achten. Wir werden jedenfalls weiterhin höchstmögliche Patientensicherheit einfordern – das sind wir unseren Patientinnen und Patienten, aber auch uns selbst als Ärztinnen und Ärzte schuldig.“

Grenzen im Kassensystem

Das öffentliche Gesundheitssystem in Österreich war weltweit eine Erfolgsgeschichte, betont Edgar Wutscher, ÖÄK-Vizepräsident und Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte. „Eines der größten Ziele in der Gesundheitspolitik muss es daher sein, das öffentliche System nicht nur zu erhalten, sondern auch zu stärken“, sagt der Tiroler Allgemeinmediziner. Dass immer mehr

Ärztinnen und Ärzte als Wahlarzt tätig sind, sei nicht auf fehlendes Interesse an der Kassenmedizin zurückzuführen, sondern darauf, dass die Arbeits- und Rahmenbedingungen nicht zu den Lebensrealitäten passen würden: „Jeder Kassenarzt mehr ist ein Gewinn für das System – egal, ob in Voll- oder Teilzeit“, sagt er. „Wenn Spitalsärzte besonders in einer unterversorgten Region anbieten, auch kassenärztlich tätig zu sein, so wird dies von der Sozialversicherung abgelehnt!“ kritisiert Wutscher. Die Folge: die Vereinbarkeit von Tätigkeiten im Spitalsbereich mit der langfristigen Patientenbetreuung ist nur möglich, wenn man als Wahlarzt arbeitet: „Das ist nur eines von vielen Beispielen, aber allein wenn man die Verträge von Ärztinnen und Ärzten zukunftsorientiert gestalten würde und mehr Flexibilität bei den Öffnungszeiten von Praxen anbietet, kann das schon zu einer Stärkung des öffentlichen Systems führen“, sagt er. Es sei zu hoffen, dass die Gesundheitsministerin die Kassenmedizin stärken wolle. „Aber das geht nicht auf dem Wege, das funktionierende Wahlarztsystem einzuschränken oder regulieren zu wollen, sondern auf dem Wege, das Kassensystem zu verbessern“, sagt Wutscher. Wahlarzte seien nämlich nicht die Ursache, dass Kassenstellen unbesetzt blieben, sondern ein Abbild der fehlenden Attraktivität im Kassensystem.

Codierungs-Pilot für EHDS-Umsetzung

Mit dem Beschluss der Bundesregierung im Dezember, die so genannte ambulante Leistungs- und Diagnoseerfassung (AMBCO) nicht mit 1. Jänner verpflichtend zu beginnen, sondern bis 1. Juli eine Einführungsphase zu beschließen, sei den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit gegeben worden, ihre Erfahrung mit der Dokumentation der medizinischen Diagnosen zu sammeln und zu evaluieren. „Wir haben basierend auf die Rückmeldungen der Ärztinnen und Ärzte einen Katalog mit den Problemfeldern erstellt, den wir an das Bundesministerium übermittelt haben“, sagt Dietmar Bayer, Obmann-Stellvertreter der Bundeskurie niedergelassene Ärzte. „Durch die Einführungsphase können wir jetzt daran arbeiten, eine partnerschaftliche Lösung herbeizuführen, damit die automatische Diagnoseerfassung sowohl für Ärztinnen und Ärzte in der Praxis umsetzbar ist, als auch einen Mehrwert für die Steuerung in der Gesundheitspolitik bietet“, sagt Bayer. Man sei in einem Austausch mit der Gesundheitsministerin und habe auch die datenschutzrechtlichen Bedenken, die mit der jetzigen Form der ambulanten Leistungs- und Diagnoseerfassung bestünden, geäußert. Es müsse auch mitgedacht werden, dass im Raum stehen könnte, dass die technische Struktur der Übersetzung von ärztlichen Diagnosen in eine abrechnungszentrierte Kunstsprache in Zukunft unter die Medical Device Regulation, also die EU-Medizinprodukteverordnung, fallen könnte, was erhebliche Anforderungen mit sich bringt.

Zukunftsweisender, fortschrittlicher und effizienter sei eine Hinwendung zum Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) „AMBCO kann hier ein wichtiger Pilot für den Übergang sein“, sagt Bayer. Die Umsetzung des EHDS setze einheitliche, patientenzentriert und klinische relevante Diagnosedaten voraus.

Schieflagen als rote Linie

„Bei uns in den Ordinationen finden Patientinnen und Patienten Vertraulichkeit, Privatsphäre und die Sicherheit, in guten, medizinisch fundierten, Händen zu sein“, betont Naghme Kamaleyan-Schmied, Obmann-Stellvertreterin der Bundeskurie niedergelassene Ärzte und Allgemeinmedizinerin. Es besteht keine Notwendigkeit, das Impfangebot auf Nichtärzte auszuweiten. „Wir haben auch international gesehen ein sehr gutes Netz an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, zumal ja mittlerweile seit einigen Jahren alle Ärztinnen und Ärzte auch fächerübergreifend impfen dürfen“, sagt sie.

„Wenn nun das Impfen auf Nichtärzte ausgebaut wird, wie es die Regierung vorsieht, bringt das eine Menge Schieflagen mit sich“, warnt Kamaleyan-Schmied. Erstens und am offensichtlichsten: Ärztinnen und Ärzte bringen eine jahrelange harte Ausbildung mit und sind verpflichtet, sich ständig fortzubilden. Auf der anderen Seite steht ein Wochenendkursus mit unklarer Qualität. „Wenn man das in der Tat gleichsetzen will, wäre das selbst gegenüber unseren Ordinationsassistenten

ungerecht. Deren Ausbildung dauert mindestens 650 Stunden, dauert drei Jahre, berechtigt aber nicht zum Impfen. Das heißt, man hat sich bei diesem Curriculum schon etwas überlegt, warum die Hürde so hoch angesetzt wurde“, hält Kamaleyan-Schmied fest. Zweitens: Die Honorargestaltung einer Ordination ist ein penibel ausbalanciertes System. „Wenn nun ein externer Player ins Spiel gebracht wird, der sich nur die Rosinen herauspicks, wie zum Beispiel die sogenannten gut verträglichen Impfungen gesunder Personen – wobei immer noch die Frage offen ist, wie der Apotheker die Gesundheit oder Impftauglichkeit feststellen soll – dann gerät das ganze System ins Wanken oder kollabiert gleich, wenn man sich den aktuellen Kostendruck ansieht“, so Kamaleyan-Schmied. Drittens müssen auch die gleichen Qualitätsmaßstäbe angesetzt werden, wie sie seit Jahren in den Ordinationen bestehen und geprüft werden. „Das bedeutet Hygienevorschriften, Privatsphäre durch einen eigenen Raum, Dokumentationspflichten – das ganze Programm!“ Viertens hätten die Apotheken durch ihren Gebietsschutz einen Standortvorteil: „Konsequenterweise müsste dann auch ein Gebietsschutz für Arztpraxen kommen, das heißt zum Beispiel 400 Meter rund um eine Arztpraxis darf in der Apotheke nicht geimpft werden – das fände ich fair“, sagt Kamaleyan-Schmied.

Ein völliges No-go sei es daher, wenn diese Unterschiede nicht in der Finanzierung und der gesetzlichen Umsetzung abgebildet werden. „Das würde einen lauten Aufschrei der Kollegenschaft zur Folge haben – das kann ich garantieren“, warnt Kamaleyan-Schmied.

Fünf Forderungen für bessere Versorgung

ÖÄK-Präsident Johannes Steinhart fasste die daraus resultierenden Forderungen zusammen:

Keine Zwangsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte: Der Arztberuf ist aus guten Gründen ein freier Beruf. Patientinnen und Patienten haben das Recht, dass sie von Ärztinnen und Ärzten behandelt werden, die nicht unter ökonomischem Druck oder politischem Zwang stehen. Ärztinnen und Ärzte haben das Recht, ohne Zwangsverpflichtungen durch die Politik so zu arbeiten, wie es ihrer Lebenssituation und ihren beruflichen Vorstellungen entspricht.

Stärkung der kassenärztlichen Versorgung: Wenn die Politik mehr Kassenärzte möchte, muss sie das Kassensystem attraktiver machen. Es muss ausgebaut werden, ohne das Wahlarztssystem zu schwächen. Denn Kassen- und Wahlärzte sind zwei Säulen der niedergelassenen Versorgung. Die Ärztekammer hat dazu Lösungsmodelle erarbeitet, die nur noch umgesetzt werden müssen, beginnend bei flexibleren Kassenverträgen bis hin zu leistungsgerechten Honoraren ohne unsachliche Verrechnungsbeschränkungen.

Patienteninteressen in den Fokus stellen: Patientinnen und Patienten verdienen maximale Sicherheit, z. B. durch Impfen als ärztliche Tätigkeit. Sie sollen außerdem nicht mehr länger mehrere Wege zurücklegen müssen, um an Impfstoffe oder Medikamente zu kommen. Sinnvollerweise gibt es alle erforderlichen medizinischen Leistungen und Medikamente bei einem One-Stop-Shop bei der Ärztin oder dem Arzt, wie es zum Beispiel in der Schweiz der Fall ist.

Abbau von Bürokratie: Ärztinnen und Ärzte brauchen die nötige Zeit, um ihre Patientinnen und Patienten optimal zu versorgen – sinnlose bürokratische Aufgaben sind dabei Zeitfresser. Die Ärztekammer fordert erneut einen Anti-Bürokratie-Gipfel, bei dem Vertreter der Ärzteschaft, der Politik, der Kassen und der Krankenhausbetreiber wirksame Maßnahmen zum Bürokratieabbau vereinbaren.

Sinnvolle Datennutzung: Gesundheitsdaten sind unabdingbar für die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens. Sie müssen aber auf eine Weise erhoben und ausgewertet werden, die Ärztinnen und Ärzte als praktikabel und sinnvoll erachten, und gleichzeitig für Patientinnen und Patienten datensicher behandelt werden.