

## Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer für ein Programm der Bundesregierung

2024–2029

# Gesundheit

## Präambel

Ärztinnen und Ärzte kennen aufgrund der täglich mehr als 500.000 Patientenkontakte in den Ordinationen und in den Spitälern die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Die Ärztekammer bringt die Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte bezüglich nachhaltiger und zukunftssicherer Lösungen für die medizinische Versorgung wie folgt in die politische Diskussion ein:

### *Wichtige Eckpunkte sind, dass ...*

- ... die Gesundheitsversorgung aller Patientinnen und Patienten nicht nur erhalten bleibt, sondern ausgebaut wird.
- ... Patientinnen und Patienten sowohl im niedergelassenen als auch angestellten Bereich genügend top ausgebildete Ärztinnen und Ärzte als Ansprechpartner haben.
- ... Patientinnen und Patienten an den fachlich und medizinisch geeigneten Orten nach besten wissenschaftlichen und ärztlich ethischen Prinzipien behandelt werden.
- ... Menschen in Gesundheitsberufen mehr Zeit für Patientinnen und Patienten bleibt.
- ... die Möglichkeiten der Digitalisierung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten rasch in die medizinischen Prozesse einfließen.
- ... die Verantwortlichkeiten in der Finanzierung des Gesundheitswesens klarer und nachvollziehbarer geregelt werden.

## Optimale Patientenversorgung

Die Bevölkerungsentwicklung, die Personalprobleme und der Ärztemangel in den Spitälern und in den Kassenordinationen, der Mangel an Kassenarztstellen sowie die damit einhergehende immer weiter sinkende Attraktivität des öffentlichen Gesundheitssystems für Ärztinnen und Ärzte, sind Herausforderungen, denen sich die österreichische Gesundheitspolitik stärker widmen muss. Angesichts dieser Situation muss der Fokus noch stärker auf einer optimalen Patientenversorgung entsprechend der Versorgungspyramide liegen.

Zur Entlastung der aktuellen Strukturen und damit des Gesundheitssystems ist eine stärkere Lenkung der Patientinnen und Patienten unumgänglich. Diese müssen über den Weg durch das System klar informiert werden. Dazu bedarf es primär Anreizsystemen für die Einhaltung der vorgesehenen Versorgungspyramide

und des vorgegebenen Versorgungspfades, die in einem gemeinsamen Diskurs von den Verantwortlichen im Gesundheitssystem – Ärzteschaft, Pflege, Sozialversicherung, Träger, Patientenvertretung und Politik – entwickelt werden müssen. Voraussetzung ist die bedarfsorientierte Aufstockung der Finanzmittel für den Ausbau der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Die Versorgungspyramide muss für Patientinnen und Patienten wie folgt logisch nachvollziehbar und klar sein: niedergelassener Allgemeinmediziner – niedergelassener Facharzt – Spitalsambulanz – stationäre Spitalsbehandlung. Dabei ist die medizinische Versorgungspyramide strikt von der administrativen Methodik „digital vor ambulant vor Spital“ zu trennen.

- Das Ziel muss sein, die Strukturen so auszubauen, dass jede Patientin, jeder Patient eine Ärztin, einen Arzt des Vertrauens als ihren/seinen zentralen Ansprechpartner im Gesundheitssystem benennen kann.
- Die Etablierung eines neuen, einheitlichen Leistungskatalogs im niedergelassenen Bereich, der möglichst fächerübergreifend moderne, dem Standard des 21. Jahrhunderts entsprechende medizinische Leistungen umfasst.
- Programmierung der e-Card im Sinne der dargestellten Versorgungspyramide.
- Systemausbau mit dem Ziel eines gelenkten Eintritts in die Spitalsambulanz mit Überweisung durch niedergelassenen Facharzt oder Allgemeinmediziner, die Steuerung erfolgt über die e-Card – ausgenommen sind natürlich Notfälle.
- Die Sozialversicherung muss beauftragt werden, in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft Anreizsysteme zur optimalen Einhaltung der Versorgungspyramide zu entwickeln.
- Ein österreichweit einheitliches Zugangssystem, das die Patientinnen und Patienten an ihren jeweiligen best point of service verweist, sowie die niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sollten als wohnortnahe erste Anlaufstellen ausgebaut werden.
- Vor Spitälern sollen Ordinationen geschaffen werden, um nicht spitalsbedürftige Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dabei ist sicherzustellen, dass es zu einer Entlastung des Spitalpersonals kommt.
- Massiver Ausbau und adäquate Finanzierung von Bereitschaftsdiensten, um eine flächendeckende 24/7-Versorgung im extramuralen Bereich gewährleisten zu können (ergänzt durch z.B. Telemedizin, Ärztefunkdienst), sind erforderlich.



- Wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Kassenärztinnen und Kassenärzte.
- Bekenntnis der Bundesregierung zum Prinzip der Selbstverwaltung im Bereich der Sozialversicherung.
- Zur optimalen Patientenversorgung gehört auch ein optimierter Zugang zu Medikamenten. Daher sollen Patientinnen und Patienten das Recht erhalten, ihre Medikamente auch direkt von Ärztinnen und Ärzten in deren Ordinationen zu bekommen.
- Sicherstellung der Arzneimittelversorgung durch Ausbau der Produktion in Europa und Bekämpfung von Parallelexporten.
- Ausbau der ambulanten Rehabilitation, die die stationäre Rehabilitation entlastet
- Übergangspflege: Optimierung der Bettennutzung im stationären Bereich beim Übergang von der Akutversorgung in die Pflege unter Rücksichtnahme auf die Betroffenen.

### **Gesundheitskompetenzstärken**

Optimale Patientenversorgung beinhaltet auch Stärkung der Gesundheitskompetenz. Ziel muss sein, dass die Bevölkerung möglichst früh lernt, den eigenen Gesundheitszustand abzuschätzen und dadurch dazu beiträgt, das System zu entlasten. Daher sollte die Gesundheitskompetenz durch das eigene Schulfach „Gesundheitsbildung“ integrativer Bestandteil des Lehrplans von Kindern und Jugendlichen werden.

### **Ärztliche Tätigkeitsfelder**

*Die Ausübung der Medizin (Diagnose und Therapieentscheidung) obliegt den Ärztinnen und Ärzten – dies sicherzustellen dient der Patientensicherheit.*

Medizinischer Erstkontakt muss die Ärztin, der Arzt sein. Vorgelagerte Filtersysteme zur Patientenlenkung sollen eingerichtet werden. Die Form des Kontaktes ist dabei flexibel, d.h., der Kontakt kann physisch oder telemedizinisch erfolgen.

### **Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen**

Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sind ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens. Ihre primären Aufgaben sind die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Durchführung der von diesen angeordneten Tätigkeiten (abhängig vom Qualifikationsniveau teilweise unter ärztlicher Aufsicht).

### **Kooperation mit anderen Sparten (Apotheken etc.)**

Im Sinne eines patientenorientierten Gesundheitssystems und im Rahmen einer sinnvollen Kooperation ist es erforderlich, dass sich die Angehörigen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe entsprechend ihrer Befugnisse und Qualifikation konstruktiv einbringen, um das Potenzial anordenbarer Tätigkeiten

im Routinefall umfänglich auszunützen. Was nach medizinischer Maßgabe und ärztlicher Anordnung delegierbar ist, soll auch delegiert werden.

### **Freier Beruf**

Freier Beruf bedeutet, dass die medizinischen Grundsätze vor den politisch, ökonomisch und bürokratisch begründeten Vorgaben anzuwenden sind. Patientinnen und Patienten haben das Recht, Ärztinnen und Ärzten gegenüberzustehen, die diesen ärztlichen Prinzipien verpflichtet sind.

Am Arztberuf als freier Beruf ist festzuhalten und nationalen sowie internationalen Bestrebungen, die dem entgegenstehen, entgegenzuwirken.

### **Verteilungsgerechtigkeit**

Ein solidarisches Gesundheitssystem, das durch verpflichtende Beiträge der Bevölkerung finanziert wird, gewährleistet, dass alle Menschen in Österreich medizinische Behandlung entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften und den gleichen Zugang zum System erhalten.

### **Moderne und altersgerechte Arbeitsbedingungen**

Das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem muss so attraktiv sein, dass Ärztinnen und Ärzte gerne darin tätig sind.

Um die Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitssystem in Österreich zu halten, müssen die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Es muss den Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden, sich auf ihre medizinischen Kernaufgaben zu konzentrieren. Das bedeutet die Reduktion von Belastungen, die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -verpflichtungen sowie die weitgehende Entbürokratisierung in Spitälern und Ordinationen.

Spitäler müssen mit ausreichend Ärztinnen und Ärzten besetzt und die erbrachten Leistungen attraktiv entlohnt werden. Der Spitalsbetrieb muss unter Einhaltung von – dem Patientenschutz sowie dem Arbeitnehmerschutz dienenden – Arbeitszeitvorgaben garantiert werden. Die betriebliche Gesundheitsförderung muss in den Fokus rücken, um die psychische und physische Gesundheit des Personals zu stärken.

Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen, z.B. durch Reduzierung verdichteter Arbeitsbedingungen, sollen implementiert werden.

Kernpunkte sind die Investition in die postpromotionelle ärztliche Ausbildung und die Sicherstellung ausreichender Zeitressourcen für Ausbilder und Auszubildende.

Lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und flexible Rahmenbedingungen bilden das Fundament attraktiver Arbeitsbedingungen.

### **Arbeitsbedingungen in Spitälern**

Dienstpläne und Dienstformen müssen attraktiv sein und flexibel an die Lebensumstände und Lebensphasen angepasst werden. Die Möglichkeit, Nachtdienste in bestimmten Lebensphasen reduzieren zu können, muss geschaffen werden. Ein Wiedereinstieg nach Karenz und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben müssen gefördert werden – insbesondere durch flächendeckende Kinderbetreuungsmöglichkeiten in den Spitälern.

Flexible Arbeitszeitmodelle sollen ermöglichen, dass sowohl eine Anstellung als auch eine Niederlassung parallel möglich sind. Im niedergelassenen Bereich sollen verschiedene Zusammenarbeitsformen ohne große bürokratische Hürden ermöglicht werden.

### **Arbeitsbedingungen in Ordinationen, Gruppenpraxen und anderen Primärversorgungseinheiten**

Um mehr Ärztinnen und Ärzte für die Kassenmedizin zu gewinnen, müssen die Kassenverträge flexibilisiert und modernisiert werden. Dazu gehört eine leichtere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, etwa durch lebensphasengerechte Vertragsmodelle.

Ebenso sollen Zusammenarbeitsformen zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten möglichst unbürokratisch gefördert werden. Neben Einzelordinationen sollen Gruppenpraxen, Karenz-/Teilzeitmodelle, Job-Sharing, Primärversorgungsnetzwerke und Primärversorgungszentren nebeneinander bestehen. Festzuhalten ist, dass der alleinige Fokus auf eine einzige Versorgungsform, etwa Primärversorgungszentren, die Versorgungsprobleme nicht lösen wird. Ebenso soll gefördert werden, dass Einzel- und Gruppenpraxen ebenso wie PVE zusätzliches Personal, wie diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, sowie Psychologinnen und Psychologen, finanziert erhalten.

Leistungsgerechte Honorare ohne unsachliche Verrechnungsbeschränkungen sollen als Maßnahme gesetzt werden, um die Abwanderung in den privaten niedergelassenen Bereich zu verhindern. Die bedarfsorientierte Weiterentwicklung des Vertragssystems muss prioritär sein, um dem Mangel an Kassenärztinnen und Kassenärzten zu begegnen.

Bei Vermietung an Ärztinnen und Ärzte muss die Abschaffung der unechten USt-Befreiung erfolgen.

Eine Tätigkeit als Wahlarzt muss möglich sein.

## **Ausbildung und Studienplätze**

### **Studienplätze**

Eine EU-weite Quote von Mindeststudienplätzen pro EU-Mitgliedsstaat ist zu begrüßen, denn jedes Land muss selbst so viele Ärztinnen und Ärzte ausbilden, wie es braucht. Länder, die ihre Verpflichtung an Mindeststudienplätzen übererfüllen, sollen von jenen EU-Ländern, die die Mindestzahl nicht erfüllen, Ausgleichszahlungen erhalten.

Das Herkunftslandprinzip soll geprüft werden, wonach nur jene EU-Bürgerinnen und -Bürger einen Studienplatz in Österreich erhalten, die auch in ihrem Heimatland Zugang zu einem Studienplatz haben. Besonders problematisch sind die zahlreichen Abgänge der Absolventen ins Ausland.

Die Nostrifizierung ausländischer Studienabschlüsse soll künftig bundesweit einheitlich geregelt und durchgeführt werden.

Die Zugangsbestimmungen zum Medizinstudium müssen in Richtung Qualität, Inhalt und Umfang evaluiert werden.

### **Evidenzbasierte Medizin und Wissenschaft**

Die Weiterentwicklung der evidenzbasierten medizinischen Forschung muss durch eine Stärkung des Wissenschaftsstandortes Österreich sichergestellt werden.

Der Ausbau der medizinischen Universitäten wird als Kernaufgabe einer künftigen Bundesregierung angesehen.

### **Ärzte Ausbildung neu**

Eine adäquate Ausbildung und Betreuung der in Ausbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte durch spezielle Ausbildungsoberräte muss garantiert werden. Investitionen in die postpromotionelle ärztliche Ausbildung und die Sicherstellung ausreichender Zeitressourcen sowie Ausbildungsstellen sind unerlässlich.

Auch im internationalen Kontext muss die ärztliche Ausbildung weiterentwickelt werden. Im Anschluss an das Studium soll die Ausbildung daher soweit attraktiv gestaltet sein, dass die Abgänge ins Ausland reduziert werden. Der Ärztenachwuchs soll in der gesamten Ausbildung bestens betreut werden. Eine qualitative Ausbildungsoffensive auf höchstem Niveau soll das ermöglichen. In jeder Abteilung im Spital soll ein Ausbildungsoberrät als Ansprechpartner für die Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung dienen. Visitationen der Ausbildungsstellen sind regelmäßig von den Bundesländern zu organisieren und genauestens durchzuführen.

Die Lehrpraxis für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung in den Sonderfächern muss ausgebaut und finanziert werden, um die prak-



tische Erfahrung frühzeitig auch in der Niederlassung zu fördern.

In gleicher Weise muss der Zugang zu nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen erleichtert werden, um mehr Personen in nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu bringen und durch attraktive Arbeitsbedingungen auch dort zu halten (Erhöhung der Verweildauer im Beruf).

### Finanzierung

Das österreichische Gesundheitssystem muss am Bedarf orientiert und solidarisch finanziert werden. Die aktuelle Finanzierung zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus. Klarere Verantwortlichkeiten sind notwendig und bedingen eine Entflechtung der Finanzierungsströme. Eine einheitliche Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs ist umzusetzen. Das heißt: Alle Leistungen im niedergelassenen Bereich und Leistungen in den Spitalsambulanzen werden durch die Sozialversicherung finanziert. Die stationären Spitalskosten hingegen sind von den Bundesländern zu tragen. Diese Vorgangsweise bedeutet eine klare Verantwortung und Nachvollziehbarkeit für die jeweilige Finanzierung.

### *Ärzte statt Konzerne*

Nicht nur international, sondern auch in Österreich, ist zu beobachten, dass zunehmend nicht-ärztliche Investoren Interesse an Ärztezentren haben. Deren primäre Interessen sind nicht die bestmögliche medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern die maximalen Gewinnausschüttungen – auch auf Kosten der medizinischen Notwendigkeiten. Hier muss gegengesteuert werden, um den Zugang zu hochwertigen medizinischen Leistungen niederschwellig und leistbar zu halten. Auch sozial schwächer gestellte Patientinnen und Patienten müssen sich jederzeit auf das österreichische Gesundheitssystem verlassen können. Der freie ärztliche Beruf sowie das solidarische Gesundheitssystem Österreichs müssen unbedingt geschützt werden und das Patientenwohl stets über wirtschaftlichen Interessen stehen. Auch im Hinblick auf die Entwicklung in Ambulatorien muss darauf geachtet werden, dass diese in ärztlicher Hand bleiben bzw. ärztlich geführt werden und durch die Ärztekammer – und nicht die Wirtschaftskammer – vertreten werden, um rein wirtschaftliche Interesse hintanzuhalten.

### Ärztliche Partizipation sowie Dotierung

Das Gesundheitssystem in Österreich baut auf mehreren Säulen auf, wichtig dabei sind die Sozialversicherung, die Krankenhausträger und die Vertretung der Ärzteschaft durch die Ärztekammer. Dieses System muss auch in Zukunft beibehalten werden und die Mitgestaltung der Ärztinnen und Ärzte garantiert sein. Sinnvollerweise werden Entscheidungen immer gemeinsam, und nicht allein von Bund, Ländern oder Sozialversicherung getroffen. Denn auf die Expertise der Ärztinnen und Ärzte zu verzichten, heißt, die Hauptakteure in der Gesundheits-

versorgung zu ignorieren und Entscheidungen diametral zu den Bedürfnissen der Patienten und Akteure im Gesundheitswesen zu treffen. Daher ist die Ärztekammer in die Zielsteuerungskommission mit Sitz und Stimme aufzunehmen.

### Digitalisierung, Telemedizin und KI

Um den Digitalisierungsprozess des österreichischen Gesundheitswesens voranzubringen, sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Investitionen in die nationale Gesundheitstelematik-Infrastruktur (GTI) in Form einer „e-Health-Milliarde“ mit dem flächendeckenden Ausbau von zentralen Komponenten, Breitbandnetzen und Anwendersoftware als Basis für den Einsatz von Telemedizin
- Schaffung moderner rechtlicher Rahmenbedingungen durch ein „Digital Health Zukunftsgesetz“, wie international üblich, mit klarer Regelung der Finanzierung abseits des planwirtschaftlichen Finanzausgleiches und mit der Ermöglichung der Nutzung der Daten für die Forschung
- Abstimmung einer nationalen e-Health Roadmap für die Implementierung telemedizinischer Anwendungen und Leistungen. Dazu braucht es die verbindliche Festlegung der erforderlichen Maßnahmen, der Finanzierung sowie Erstellung eines Zeitplans für die Umsetzung in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer.
- Schaffung und Ausbau eines Digitalen Gesundheitspfades Österreich inklusive Weiterentwicklung der etablierten Infrastruktur (Bild- und mobile Anbindung an ELGA) mit zentralen e-Health Registerfunktionen (wie e-Impfpass)
- Schaffung eines nationalen Kompetenzzentrums, welches die erforderlichen Qualitäts- und Zertifizierungs-Standards festlegt und überprüfen kann.
- Sicherstellung der Interoperabilität der e-Health-Infrastruktur und Verwendung von internationalen Standards (Patient Summary) und Terminologien (z.B. SNOMED)
- Erstattung von digitalen Gesundheits-Apps (DiGA) als Teil der integrierten Versorgung, welche Ärztinnen und Ärzten verschreiben können und die unter dem Motto „App per Rezept“ über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden
- Integration von Telemedizin und e-Health als integraler Bestandteil des Medizinstudiums

### Zugewinn an gesunden Lebensjahren

- Stärkere Verankerung des Präventionsgedankens in allen Bereichen des heimischen Gesundheitswesens, insbesondere Forcierung der Vorsorgemedizin.
- Die Weiterentwicklung der e-Card zu einer digitalen Gesundheitsvorsorgekarte unter Implementierung eines österreichischen Gesundheitsvorsorgeprogramms mit Anreizsystemen, angepasst für alle Altersgruppen. Der medizinische Erfolg des seit Jahrzehnten bestehenden Mutter-Kind-Passes sollte dafür Pate stehen.
- Evidenzbasierte Modernisierung der Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Brustkrebsfrüherkennung, Darmkrebsvorsorge).