Sozialdemokratische
Gewerkschafter:innen
in der Arbeiterkammer Wien

Antrag Nr. 2

der Fraktion Sozialdemokratischer Gewerkschafter:innen
an die 186. Vollversammlung der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien
am 3. November 2026

Reformpartnerschaft Gesundheit: Versorgung der Arbeitnehmer:innen absichern, Gesundheitsberufe mitplanen und mitfinanzieren

Die Reformpartnerschaft Gesundheit stellt wichtige Weichen für die künftige österreichische Gesundheitspolitik und die Rolle der Krankenversicherung. Dieser Antrag stellt klar: Die Reform darf sich nicht zum Nachteil der Arbeitnehmer:innen, ihrer Angehörigen und der krankenversicherten Pensionsbezieher:innen auswirken und hebt die aus ihrer Sicht notwendigen Mindestanforderungen hervor.

ÖGK-Finanzierung und Primärversorgung

Die Krankenversicherungsträger, insb die ÖGK und die BVAEB, sollen im Rahmen der Transformation von stationär zu ambulant vollumfänglich für den Ausbau der Primärversorgung und der fachärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich zuständig sein – die Reformpartnerschaft selbst sieht die Primärversorgung (inklusive der Fachgebiete Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie, Zahnmedizin und Prävention) bereits jetzt in alleiniger Verantwortung der Sozialversicherung. Dieser Verantwortung müssen bei der Festlegung des Kostenpfades auch die notwendigen Mittel entsprechen: Angesichts eines Bilanzverlusts allein bei der ÖGK von prognostizierten 156 Mio € beginnend mit 2025 und ansteigend in den Folgejahren ist eine auskömmliche Finanzierung Voraussetzung, nicht Nebensache der Reform. Dazu zählt die längst überfällige Gleichstellung bei den Hebesätzen (Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Pensionsbezieher:innen) – derzeit rund 850 € pro Jahr für ASVG-Pensionist:innen gegenüber 2.194 € für Bauern-Pensionist:innen. Für den aktuell unterfinanzierten gesetzlichen Versorgungsauftrag (Krankengeld, Sachleistungen) muss die Finanzierung ebenso sichergestellt werden wie für die zusätzlichen Aufwand, der durch die Transformation vom Spital in den niedergelassenen Bereich entsteht. Neben den Finanzausgleichverhandlungen ist das vor allem beim Mittelpooling (Finanzierung aus einer gemeinsamen Hand) zu berücksichtigen.

Ärztlicher Gesamtvertrag und Wahlärzte/Wahlärztinnen

Der Ausbau der niedergelassenen Versorgung kann nur mit einem neuen ärztlichen Gesamtvertrag gelingen, der von der Einzelleistungshonorierung auf ein neues Honorierungssystem mit stärkeren pauschalen Anteilen umstellt und die anderen Gesundheitsberufe einbezieht. Nur im multiprofessionellen Team können sich Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kerntätigkeiten konzentrieren – das verbessert Versorgung und erhöht die Behandlungsqualität insgesamt.

Ebenso notwendig ist die Einbeziehung der Wahlärztinnen und Wahlärzte in die öffentliche Versorgung: Der private Versicherungsanteil wächst stetig – rund 40 % der Bevölkerung verfügen über eine private Krankenzusatzversicherung, deren Prämienvolumen 2024 um 10,7 % auf 3,12 Mrd € stieg. Hinzu kommen rund 9 Mrd € (!) an Selbstzahlungen der Versicherten für Gesundheitsleistungen. Insgesamt werden mehr als 25 % der Gesundheitskosten privat getragen. Ein auch im internationalen Vergleich viel zu hoher Anteil. Die massive Privatisierung zeigt sich auch in einer nahezu Verdreifachung der Zahl an Wahlärztinnen und Wahlärzten in den letzten zehn Jahren (4.476 auf 11.939), während die Kassenärztinnen und Kassenärzte mit 6.923 auf 7.239 kaum zunahmen. Eine aktuelle Studie zeigt: Kassenpatient:innen warten im Median 24 Tage auf einen Facharzttermin, Wahlpatient:innen nur 2 Tage – in der Inneren Medizin sogar 63 zu 8 Tage.

Mindestens ebenso problematisch sind die Wartezeiten auf Operationen im Spitalsbereich. Die Folge ist eine faktische Zwei-Klassen-Medizin: Wer es sich leisten kann, kommt rasch zu guter Versorgung, während die vielen ASVG-Versicherten lange Wartezeiten und eine von Ärztinnen und Ärzten selbst kritisierte „Akkordmedizin“ bzw „Fließbandmedizin“ erleben. Die Attraktivierung der Kassenverträge durch neue Vertragsmöglichkeiten – unter anderen über Teilkassenverträge und Einbeziehung der Gesundheitsberufe – ist daher unerlässlich, um mehr Ärzt:innen für das öffentliche Gesundheitssystem zu gewinnen, damit alle ASVG-Versicherten unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit rasch zu guter Versorgung kommen.

Gesundheitsberufe als eigene Planungsgröße
Die bundesweite Versorgungsplanung für die nächsten 5 bzw 15 Jahre soll über einen neuen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) erfolgen. Als Planungsgrößen sind unter anderem Arztstellen, Bettenmessziffern, Platzmessziffern, Mindestfallzahlen sowie Studien- und Ausbildungsplätze für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen. Die Gesundheitsberufe – die Pflegeberufe, die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Berufe wie insb die Diätologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder auch die Psychologie – kommen in dieser Systematik nicht als eigene Planungsgröße vor, obwohl sie für eine funktionierende Primärversorgung als unverzichtbar in der Reformpartnerschaft genannt werden.

Die Folgen dieser Lücke zeigen sich am Ausbau der Primärversorgungseinheiten (PVE): Mit Stand August 2026 gibt es österreichweit 119 PVE, davon 15 Kinder-PVE; laut RSG 2030 sollen es 257 werden. Das politische Gesamtziel von Bund, Ländern und Sozialversicherung liegt sogar bei 300 PVE bis zum Ende des Jahrzehnts – womit nach Angaben der ÖGK rund ein Drittel der Bevölkerung versorgt würde. Selbst im Erfolgsfall blieben damit zwei Drittel der Bevölkerung außerhalb der PVE-Versorgung – und schon allein jede PVE braucht ein multiprofessionelles Team aus Gesundheits- und Sozialberufen, um mehr zu leisten als eine Einzelordination. Abgesehen von PVEs und Gesundheitszentren gilt es die Gesundheitsberufe flächendeckend durch weitere Kooperationsmodelle in die niedergelassene Versorgung einzubeziehen (Pflege- und Therapiepraxen etc). Ohne eigene Planungsgröße für die Gesundheitsberufe droht eine flächendeckende Primärversorgung am Personal, statt am politischen Willen zu scheitern.

Dabei ist der Ausbau der Gesundheitsberufe hoch kosteneffizient: 1.000 zusätzliche Gesundheitsberufe kosten mit rund 170 Mio € jährlich nur etwa ein Drittel der Kosten einer entsprechenden Anzahl an Vertragsärztinnen und -ärzten. Allein für die rund 800.000 Diabetespatient:innen in Österreich wären rund 2.700 zusätzliche Gesundheitsberufe nötig (u. a. 1.100 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 570 Wundmanager:innen, 580 Diätolog:innen, 560 Psycholog:innen). Ohne eigene Planungsgröße gehen diese Bedarfe im Kostenpfad unter, während ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte reservierte Mittel vorgesehen sind – mit der Folge, dass Patientinnen und Patienten notwendige Leistungen privat bezahlen oder ganz darauf verzichten müssen.

Die Einbeziehung der Gesundheitsberufe auf Augenhöhe bedeutet auch die direkte Verrechenbarkeit der von ihnen erbrachten Leistungen mit den Krankenversicherungsträgern. Soweit solche Leistungen in die aktuelle Zuständigkeit der Länder fallen, sind sie entlang des Kostenpfades im Finanzausgleich bzw beim Mittelpooling zugunsten der ÖGK zu verbuchen.

Für das professionelle Wundmanagement sind laut dem Qualitätsstandard "Integrierte Versorgung Chronischer Wunden" die Leistungen unterschiedlicher Gesundheitsberufe im multiprofessionellen Team erforderlich. Viele dieser evidenzbasierten Leistungen werden nicht ärztlich angeordnet, sondern liegen im eigenständigen Kompetenzbereich anderer Gesundheitsberufe, wodurch es für viele Leistungen gar keine

ärztliche Anordnung geben kann. Der Qualitätsstandard wurde entsprechend § 4 des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG) im Auftrag des BMASGPK entwickelt.
Der in der Reformpartnerschaft vorgesehene gemeinsame Kostenpfad sollte daher zügig und mit den Gesundheitsberufen als eigener Planungsgröße erstellt werden – als Grundlage für die notwendigen Weichenstellungen bei einem Finanzierungsgipfel.

Zielsteuerung Neu und Gesundheitsbeirat
Der „Zielsteuerung Neu" wird laut Reformpapier ein ständiger Gesundheitsbeirat zur Seite gestellt, der die bisherige – de facto nie einberufene – Bundesgesundheitskommission ersetzt. Die Bundesarbeitskammer (BAK) ist derzeit Mitglied der Bundesgesundheitskommission und sollte diese Rolle im Gesundheitsbeirat fortführen, der auch Empfehlungen zum Schiedsverfahren abgeben sollte.

Die derzeitige Zielsteuerung ist von wiederkehrenden Blockaden zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung geprägt, wenn zwischen den Systempartnern keine Einigung erzielt wird. Das Reformpapier sieht dagegen ein bis zur nächsten Bundeszielsteuerungskommission zeitlich begrenztes Schiedsverfahren vor, das bei verzögerter Beschlussfassung und bei nicht umgesetzten Beschlüssen zur Anwendung kommen soll; wer im Einzelfall entscheidet und nach welchen Regeln, bleibt darin aber offen. Es braucht eine tatsächlich effektive, handlungsfähige Schlichtungsstelle, die im Anlassfall auch kurzfristige, verbindliche Entscheidungen ermöglicht, statt eines bloß befristeten, aber inhaltlich unbestimmten Verfahrens. Ebenso notwendig ist ein Finanzierungsgipfel bereits im Vorfeld der Neuaufstellung: Eine Neuausrichtung der Zielsteuerung und die damit verbundene Aufteilung von Verantwortung und Mitteln zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sollte erst nach einer entsprechenden Klärung der Finanzierungsfragen erfolgen, damit die Zielsteuerung Neu von Beginn an auf einer tragfähigen finanziellen Basis aufgesetzt werden kann.

Die Vollversammlung der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien fordert daher die Bundesregierung, Länder und Sozialversicherung auf, im Rahmen der Reformpartnerschaft Gesundheit Folgendes umzusetzen:

- Rücknahme der mit dem SV-OG eingeführten paritätischen Besetzung der Gremien der Selbstverwaltung der Versicherungsträger der Dienstnehmer:innen: Dienstnehmer:innen müssen wieder selbst über ihre Versicherung entscheiden können und die Mehrheit in den Selbstverwaltungsgremien stellen.
- Sicherstellung der Finanzierung des vollen Sach- und Geldleistungsanspruch für ASVG-Versicherte im Rahmen der Selbstverwaltung
- Sicherstellen der Finanzierung der Transformation vom Spital in den niedergelassenen Bereich entlang eines realistischen Kostenpfades sowohl im Finanzausgleich wie auch im Mittelpooling
- Flächendeckende Einbeziehung aller Gesundheitsberufe als eigene Planungsgröße – neben Arztstellen, Betten und Ausbildungsplätzen – in den künftigen Strukturplan und den Kostenpfad des niedergelassenen Bereichs, inklusive entsprechender Anpassung der Ausbildungskapazitäten
- In § 135 ASVG sollen den ärztlichen Leistungen gleichgestellt werden: Eine auf Grund einer Verschreibung durch einen Vertragsarzt/ eine Vertragsärztin/Vertragsgruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit erforderliche Maßnahme im Rahmen des Disease Management Programms (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff" durch einen diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie eines Diätologen/ einer Diätologin sofern es sich um eine im Rahmen des Programms festgelegte weiterbetreuende

Maßnahme handelt und die Erstbetreuung durch den/die verschreibende/n Vertragsarzt/Vertragsärztin/Vertragsgruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit stattgefunden hat.

- Zudem soll die direkte Abrechenbarkeit der evidenzbasierten Leistungen aus dem Qualitätsstandard "Integrierte Versorgung Chronischer Wunden", mit und ohne ärztlicher Anordnung, unabhängig davon, welche der berufsrechtlich dazu berechtigten Berufsgruppen die Versorgungsleistung erbringt, gesetzlich geregelt werden.
- Die Reformpartnerschaft selbst sieht als Konsenspunkt die „Etablierung standardisierter, leitlinienkonformer und digital unterstützter Behandlungspfade“ vor – dieser Grundsatz ist daher konsequent auf weitere strukturierte Behandlungsprogramme über „Therapie Aktiv“ und die Wundversorgung hinaus auszudehnen. Konsequenterweise sollen in § 135 ASVG nach den oben genannten Prinzipien den ärztlichen Leistungen alle Gesundheitsberufe gleichgestellt werden, die zur Erfüllung dieser künftigen Diseasemanagementprogramme erforderlich sind.
- Für die Neuen Integrierten Versorgungsfirmen im Facharztbereich (NIVs - Facharztzentren) soll auf Basis eines eigenen Gesetzes nur gemeinnützige Betreiber:innen zugelassen werden, um den Einzug von renditeorientiertem Kapital hintanzuhalten.
- Abschluss eines neuen ärztlichen Gesamtvertrages, der von der Einzelleistungshonorierung auf ein Pauschalhonorierungssystem umstellt und die anderen Gesundheitsberufe einbezieht, damit sich Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kerntätigkeiten konzentrieren können und die Versorgungsqualität insgesamt steigt.
- Die Attraktivierung der Kassenarztstellen durch neue Vertragsmöglichkeiten wie Teilkassenverträge und abrechenbare Einbeziehung der anderer Gesundheitsberufe in die öffentliche Versorgung, um allen ASVG-Versicherten einen raschen und wartezeitfreien Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung zu sichern.
- Anberaumung eines Finanzierungsgipfels zur Transformation von stationär zu ambulant
- Aktive Rolle für den Gesundheitsbeirat in der Zielsteuerung Neu

Angenommen ☒	Zuweisung ☐	Ablehnung ☐	Einstimmig ☐	Mehrheitlich ☒