

Anfrage

der Abgeordneten Ralph Schallmeiner, Freundinnen und Freunde

an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumenschutz

betreffend Verschiebung der verpflichtenden Diagnose- und Leistungscodierung
(ICD-10)

BEGRÜNDUNG

Mit Beschluss des Nationalrates vom 11. Dezember 2025 wurde die verpflichtende Diagnose- und Leistungscodierung (ICD-10) im ambulanten Bereich einerseits um ein halbes Jahr verschoben und andererseits eine Ausnahmeregelung für Wahlärzt:innen mit weniger als 300 Patient:innen pro Jahr eingeführt. Diese Entscheidungen stehen im Widerspruch zu den erklärten Zielen der Gesundheitsreform, nämlich einer verbesserten Datenbasis für Versorgungsplanung, Steuerung und Qualitätssicherung.

Die Diagnosecodierung ist international etabliert und wird von nahezu allen europäischen Gesundheitssystemen als unverzichtbares Instrument genutzt, um Morbiditätsentwicklungen, Versorgungslücken und Fehlsteuerungen sichtbar zu machen. Gerade im niedergelassenen Bereich stellt sie eine zentrale Voraussetzung dar, um evidenzbasierte gesundheitspolitische Entscheidungen treffen zu können.

Die nun beschlossene Ausnahmeregelung für Wahlärzt:innen mit weniger als 300 Patient:innen pro Jahr entzieht jedoch gerade jenen Bereichen der Versorgung, etwa hochspezialisierten Ordinationen, seltenen Erkrankungen oder komplexen Krankheitsverläufen, die Datengrundlage. Damit drohen systematische Verzerrungen der Gesundheitsstatistik und substanzielle Qualitätseinbußen bei der Versorgungsplanung.

Besonders problematisch erscheint, dass die Grenze von 300 Patient:innen ohne erkennbare sachliche, empirische oder wissenschaftliche Grundlage gezogen wurde. Weder aus internationalen Vergleichsstudien noch aus gesundheitsökonomischen Analysen ergibt sich eine derartige Schwelle. Auch die Aussage der Staatssekretärin in der ORF-Pressesunde vom 11.01.2026 wonach Wahlärzt:innen ab 300 Patient:innen pro Jahr versorgungswirksam wären, wurde nicht weiter mit Evidenz oder Zahlen, Daten und Fakten untermauert. Sie steht einfach als getätigte Aussage da. Die Regelung erweckt daher den Eindruck politischer Willkür. Darauf deuten auch die Aussagen der Staatssekretärin Königsberger-Ludwig im dem Beschluss vorangegangenen Gesundheitsausschuss, wo diese sinngemäß meinte, dass es

eben immer Verhandlungen bei solchen Themen gibt, und man sich dann eben auf eine Zahl geeinigt habe.

Hinzu kommt die halbjährige Verschiebung der verpflichtenden Umsetzung. Diese wurde unter anderem mit angeblich fehlender technischer Bereitschaft begründet. Dem widersprechen jedoch die österreichischen Softwarehersteller ausdrücklich. Der Branchenverband FEEI hat in einem Schreiben an die Gesundheitssprecher:innen aller Parlamentsparteien klargestellt, dass entsprechende Softwarelösungen bereits seit Oktober 2025 vollständig entwickelt und einsatzbereit sind. Eine sachliche Rechtfertigung für die Verschiebung ist daher nicht ersichtlich.

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgende

ANFRAGE

- 1) Auf welcher konkreten sachlichen, empirischen oder wissenschaftlichen Grundlage beruht die Festlegung der Grenze von 300 Patient:innen pro Jahr?
- 2) Welche Studien, Gutachten, Datenanalysen oder Expert:inneneinschätzungen wurden hierfür herangezogen?
- 3) Gibt es aus Sicht des Ministeriums eine medizinische, organisatorische oder gesundheitspolitische Begründung für exakt diese Patient:innenzahl?
- 4) Wurden alternative Schwellenwerte geprüft?
 - a. Wenn ja, aus welchen Gründen wurden sie verworfen?
 - b. Wenn nein, warum nicht?
- 5) Wurde ein internationaler Vergleich vorgenommen?
 - a. Wenn ja, mit welchen Ergebnissen?
 - b. Wenn nein, warum nicht?
- 6) Wie viele Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich behandelten im Jahr 2024 weniger als 300 unterschiedliche Patient:innen?
- 7) Wie viele Wahlärzt:innen entfielen 2024 auf folgende Kategorien:
 - a. 300–400 Patient:innen
 - b. 400–500 Patient:innen
 - c. 500–600 Patient:innen
 - d. mehr als 600 Patient:innen?
- 8) Liegen entsprechende Zahlen für 2025 bereits vor bzw. wann werden diese verfügbar sein?
- 9) In welchen Fachrichtungen ist der Anteil von Wahlärzt:innen mit weniger als 300 Patient:innen besonders hoch? Bitte um Aufschlüsselung der wichtigsten 5 Fachrichtungen.
- 10) Welcher Anteil der Bevölkerung wird überwiegend oder ausschließlich von diesen Ärzt:innen versorgt?
- 11) Welche konkreten Gründe waren ausschlaggebend für die Verschiebung der verpflichtenden Diagnosecodierung um ein halbes Jahr?
- 12) Welche Akteur:innen haben diese Verschiebung eingefordert?

- 13) Welche Rolle spielte dabei die Ärztekammer, und welche Argumente wurden von ihr vorgebracht?
- 14) Welche Rolle spielten Krankenkassen, Länder oder andere Stakeholder?
- 15) Wie erklärt das Ministerium die Verschiebung vor dem Hintergrund, dass Softwarehersteller ihre Einsatzbereitschaft ausdrücklich bestätigt haben?
- 16) Welche Mehrkosten entstehen durch die Verschiebung für Bund, Sozialversicherung und private Unternehmen?
- 17) Welche Gespräche mit der Ärztekammer fanden im Vorfeld der Entscheidung statt?
- 18) Wurden schriftliche Stellungnahmen der Ärztekammer eingeholt oder übermittelt?
- 19) Inwiefern wurden diese Positionen in die gesetzliche Ausgestaltung übernommen?
- 20) Wie beurteilt das Ministerium die Auswirkungen der Ausnahmeregelung auf die Vollständigkeit und Aussagekraft der Gesundheitsdaten?
- 21) Welche Qualitätseinbußen sind insbesondere bei seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Behandlungen zu erwarten?
- 22) Wie sollen diese Datenlücken in der Versorgungsplanung kompensiert werden?
- 23) Besteht aus Sicht des Ministeriums die Gefahr systematischer Verzerrungen der epidemiologischen Daten?
- 24) Können unter diesen Voraussetzungen belastbare gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden?
- 25) Worin liegt die sachliche Rechtfertigung für die unterschiedliche Behandlung von Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich?
- 26) Wurde der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramtes mit dieser Frage befasst?
 - a. Falls ja: Zu welchem Ergebnis kam diese Prüfung insbesondere im Hinblick auf mögliche Ungleichbehandlungen?
 - b. Falls nein: Warum wurde auf eine entsprechende Vorabprüfung verzichtet?
- 27) Ist die Ausnahmeregelung aus Sicht des Ministeriums als temporär gedacht?
- 28) Gibt es einen Evaluierungszeitpunkt oder -mechanismus?
- 29) Wann plant das Ministerium, diese Regelung wieder aufzuheben und dem Nationalrat einen entsprechenden Novellierungsentwurf zuzuleiten?
- 30) Welche konkreten Erkenntnisgewinne erwartet sich das Ministerium durch die Diagnosecodierung im ambulanten Bereich?
- 31) Welche gesundheitspolitischen Entscheidungen sollen künftig auf Basis dieser Daten getroffen werden?
- 32) Wie wird die Datenqualität sichergestellt?
- 33) Wie wird die Diagnosecodierung im ambulanten Bereich in anderen europäischen Ländern umgesetzt? Bitte um eine umfassende Darstellung der EU-Mitgliedsstaaten, der Schweiz und Norwegen.
- 34) Gibt es dort vergleichbare Ausnahmeregelungen?
 - a. Falls ja: Auf welcher sachlichen Grundlage beruhen diese?
- 35) Welche internationalen Best-Practice-Modelle wurden für Österreich geprüft?
- 36) Welche Lehren zieht das Ministerium aus den Erfahrungen anderer Länder?

