

# Perspektiven zur Gesundheitsversorgung 2040

Szenarien für ein leistungsfähiges, nachhaltiges  
und solidarisches Gesundheitssystem

Ergebnisbericht





# Perspektiven zur Gesundheitsversorgung 2040

## Szenarien für ein leistungsfähiges, nachhaltiges und solidarisches Gesundheitssystem

Autorinnen und Autoren:

Florian Röthlin (Projektleitung, GÖG)  
Magdalena Maierhofer (Stv. Projektleitung, GÖG)  
Nikolaus Blümel-Sternat (GÖG)  
Stephanie Lackner (GÖG)  
Adriana Busch (GÖG)  
Sabina Kantorova (GÖG)  
Gerhard Fülöp (GÖG)  
Petra Paretta (GÖG)  
Wolfgang Habacher (EPIG)  
Bettina Haslinger (BDO)  
Sophie Noll (BDO)  
Saskia Wepner (EPIG)

Unter Mitarbeit von:

Stefan Mathis-Edenhofer (GÖG)  
Florian Bachner (GÖG)

Fachliche Begleitung:

Christa Peinhaupt (EPIG)  
Johannes Hohenauer (BDO)

Projektassistenz:

Susanne Glück

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen und Autoren dar. Diese Publikation wurde unter Nutzung von generativer künstlicher Intelligenz zur [Strukturierung / Umformulierung] erstellt. Alle Inhalte wurden anschließend redaktionell geprüft; die fachliche Verantwortung liegt vollständig bei den Autorinnen und Autoren.

Wien, Juni 2026

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Rahmen der Reformpartnerschaft

Zitiervorschlag: Röthlin, Florian; Maierhofer, Magdalena; Blümel-Sternat, Nikolaus et al (2026):  
Perspektiven zur Gesundheitsversorgung 2040. Szenarien für ein leistungsfähiges, nachhaltiges  
und solidarisches Gesundheitssystem. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/2/5735

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel  
(SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

# Kurzfassung

## Fragestellung

Vor dem Hintergrund tiefgreifender struktureller Herausforderungen – insbesondere des demografischen Wandels, des zunehmenden Fachkräftemangels, des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der langfristigen Finanzierbarkeit – steht das österreichische Gesundheitssystem vor der Aufgabe, seine Versorgungsstrukturen nachhaltig weiterzuentwickeln. Ziel der gegenständlichen Versorgungsanalyse ist es, mögliche Entwicklungspfade der Gesundheitsversorgung bis zum Planungshorizont 2040 systematisch zu analysieren und hinsichtlich ihrer Wirkungen auf Versorgungsqualität, Zugänglichkeit, Personalbedarf und Kosten vergleichend einzuordnen. Der vorliegende Ergebnisbericht wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz von der Gesundheit Österreich GmbH, BDO und EPIG im Rahmen der Reformpartnerschaft Österreich erstellt.

## Methoden

Methodisch basiert die Analyse auf einem vereinfachten, funktionalen Versorgungsstufenmodell, das die Gesundheitsversorgung im Wesentlichen in Primärversorgung, ambulante Fachversorgung sowie stationäre Teil-, Voll- und Maximalversorgung gliedert. Auf dieser Grundlage wurden neben einem Referenzszenario ohne weitere Reformschritte drei Szenarien mit unterschiedlicher Reformtiefe entwickelt: „Status Quo +“, „Stufenverschiebung“ und „Grüne Wiese“. Die Szenarien dienen nicht als konkrete Umsetzungs- oder Standortplanung, sondern als versorgungsstrategische Stützszzenarien zur Abschätzung von Wirkungszusammenhängen und systemischen Effekten.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Ausbleiben weiterer Strukturreformen bei gleichzeitig steigenden Versorgungsbedarfen zu einem deutlichen Anstieg des Ressourcen-, Personal und Finanzierungsdrucks führt. Eine rein inkrementelle Weiterentwicklung des bestehenden Systems („Status Quo +“) kann die Versorgung punktuell verbessern und kurzfristig stabilisieren, erreicht jedoch nur begrenzte Steuerungs- und Effizienzgewinne und verstärkt bestehende regionale Unterschiede. Demgegenüber ermöglicht das Szenario „Stufenverschiebung“ durch die konsequente Stärkung der Primärversorgung, eine klare funktionale Gliederung der Versorgungsstufen sowie die Bündelung ambulanter und stationärer Leistungen signifikante Effizienz- und Qualitätsgewinne bei gleichzeitig realistischen Umsetzungsperspektiven. Das Szenario „Grüne Wiese“ beschreibt ein langfristiges Zielbild einer vollständig neu geplanten Versorgungslandschaft mit zusätzlichen Effizienzpotenzialen, ist jedoch mit höheren Transitionsrisiken verbunden.

## Schlussfolgerungen

Auf Grundlage der gegenständlichen Analyse ist davon auszugehen, dass eine stärker strukturierende Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erforderlich ist, um langfristig Versorgungsqualität, gleichwertige Zugänglichkeit und Finanzierbarkeit sicherzustellen. Im Szenarienvergleich stellt das Szenario „Stufenverschiebung“ den ausgewogensten Entwicklungspfad dar und wird daher als vorrangige Orientierung identifiziert. Das Szenario „Stufenverschiebung“ weist gegenüber dem Szenario „Status Quo +“ deutlich stärkere Steuerungs-, Effizienz- und Personalwirkungen auf, während es zugleich geringere Umsetzungsrisiken aufweist als das Szenario „Grüne Wiese“. Kurzfristig können auch Elemente des Szenarios „Status Quo +“ zur Stabilisierung bestehender Versorgungsstrukturen beitragen. Das Szenario „Grüne Wiese“ eignet sich ergänzend als punktueller und idealtypischer Referenzrahmen für langfristige Planungen mit hoher struktureller Gestaltungsfreiheit, insbesondere bei Neu- oder Ersatzneubauten von Krankenanstalten.

## Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung, Versorgungsanalyse, Versorgungsplanung, Reformpartnerschaft, Primärversorgung, Versorgungsszenarien, Versorgungssteuerung, Gesundheitsinfrastruktur, Österreich

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Glossar .....	VII
1 Einleitung .....	1
1.1 Präambel.....	1
1.1.1 Personal.....	1
1.1.2 Zugänglichkeit .....	2
1.1.3 Qualität.....	2
1.1.4 Finanzierbarkeit.....	2
1.2 Ziele und Nichtziele des Projekts.....	2
1.2.1 Was in der Analyse im Fokus steht und was nicht .....	2
1.2.2 Nichtziele und Limitationen .....	3
1.3 Ist-Situation .....	5
1.3.1 Die kurative Gesundheitsversorgung in Österreich im internationalen Vergleich .....	5
1.3.2 Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich.....	7
1.3.3 Situation im allgemeinmedizinischen Bereich .....	8
1.3.4 Situation im niedergelassenen fachärztlichen Sachleistungsbereich .....	9
1.3.5 Die regionale Verteilung der ambulanten Versorgungskapazitäten .....	9
1.3.6 Die regionale Verteilung der intramuralen Versorgungskapazitäten....	12
1.3.7 Die theoretisch ausreichende Versorgungsstufe (TAVS) .....	13
1.3.8 Potenzial: Extramurale Fachversorgung in Richtung Primärversorgung (siehe auch Kapitel 5.2).....	14
1.3.9 Potenzial: Spitalsambulante Besuche und stationäre Kurzaufenthalte in Richtung extramurale Versorgung (siehe auch Kapitel 5.3) .....	15
1.3.10 Zusammenfassung .....	16
1.4 Definitionen der Akutkrankenanstalten-Typen .....	17
1.5 Definition ambulanter Gesundheitsversorgungszentren (GVZ).....	18
2 Die Versorgungsszenarien.....	19
2.1 Szenario: Status Quo + .....	22
2.2 Szenario: Stufenverschiebung .....	26
2.3 Szenario: Grüne Wiese .....	30
3 Indikatoren .....	32
3.1 Beschreibung der Indikatoren.....	34
3.2 Exkurs: Tourismus.....	38
4 Ökonomische Beurteilung der verschiedenen Szenarien .....	39

5	Analytische Betrachtung von Verlagerungs- und Struktureffekten.....	44
5.1	Erhöhte allgemeinmedizinische Ressourceneffizienz infolge teambasierter Versorgung in Primärversorgungseinheiten .....	44
5.2	Leistungsverschiebung von der fachärztlichen Versorgung zur Primärversorgung.....	45
5.3	Verlagerung von Leistungen und Kapazitäten von Spitalsambulanzen in die Fach- und Primärversorgung.....	45
5.4	Vermeidung von stationären Aufenthalten .....	46
5.5	Effizienzpotenziale beim Kapazitätsbedarf durch Versorgungsverschiebung von Teilversorgern zu Vollversorgern .....	49
	5.5.1 Belagsdauer je MHG Gruppe .....	49
	5.5.2 Bettenbedarf bei ÖSG-Normauslastung .....	49
6	Schlussfolgerungen.....	51
	Literaturverzeichnis .....	54

## Glossar

Begriff	Definition
1450	Eine 24/7 telefonische Triage-, Beratungs- und Steuerungsstelle des Gesundheitssystems („First Point of Contact“), die Anrufer:innen anhand ihrer Symptome zur richtigen Versorgung (Selbsthilfe, Arzt, Spital, Notruf) lenkt.
Einzelpraxis	Ordination, die freiberuflich von einer Ärztin oder einem Arzt für Allgemeinmedizin oder eines Sonderfachs geführt wird und gemäß Ärztegesetz nur begrenzte Anstellungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe hat.
Erreichbarkeit im Straßenindividualverkehr	Gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F. entsprechen die Erreichbarkeiten der Reisezeit zwischen zwei Standortgemeinden mit motorisierten Verkehrsmitteln im öffentlichen Straßenverkehrsnetz unter idealtypischen Verkehrsbedingungen (ohne witterungs- und/oder verkehrsbedingte Verzögerungen) (BMASGPK 2025b). Die Reisezeit wird in Minuten angegeben.
Erstversorgung-Allgemeinmedizin (EVA)	EVA sind Akutordinationen und erfüllen durch die Behandlung akuter Problemstellungen eine Teilaufgabe der Primärversorgung. Sie können im Vorfeld von ausgewählten Krankenanstalten eingerichtet werden (BMASGPK 2025b).
Gesundheitsdiensteanbieter (GDA)	Alle Personen und Einrichtungen, die Gesundheitsdienstleistungen – wie etwa medizinische Betreuung, Untersuchung, Pflege, etc. – erbringen oder Patientinnen/Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen (vgl. BMASGPK 2026). Darunter fallen z. B. Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegepersonal.
Gesundheitsversorgungszentren (GVZ)	Gesundheitsversorgungszentren (GVZ) sind multidisziplinäre bzw. fächerübergreifende ambulante Versorgungszentren. Im Gegensatz zu Einzelpraxen bzw. Vergemeinschaftungsformen wird in GVZ eine integrierte Versorgung mit multiprofessionellen Teams an einem größeren Standort angeboten. Das Zielbild für diese Zentren ist ein Angebot von fünf oder mehr Fachgebieten, wobei in den meisten Fächern mehr als ein ärztliches Vollzeitäquivalent vorgehalten wird.
Maximalversorger (MV)	KA der Maximalversorgung sind definiert als Universitätskliniken bzw. Krankenanstalten mit direktem Anschluss an eine medizinische Fakultät. Sie erfüllen als Teil der Vollversorger auch alle Aufgaben der Akutversorgung. Dies schließt auch den Betrieb von Spitalsambulanzen des jeweiligen Fächerspektrums mit ein.
One-Stop-Shop-Prinzip	Das One-Stop-Shop-Prinzip beschreibt die Bündelung mehrerer diagnostischer und therapeutischer Leistungen an einem Standort, um Patientinnen und Patienten eine möglichst umfassende Versorgung mit wenigen Wegen bzw. geringem Aufwand für Terminvereinbarung und -koordination zu ermöglichen.
Primärversorgungseinheiten (PVE)	Gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F. sind Primärversorgungseinheiten (PVE) die idealtypischen Formen zur Umsetzung eines breiten multiprofessionellen Ansatzes in der Primärversorgung (i.S. Primary Health Care) und somit idealtypische Formen, in denen Allgemeinmediziner:innen und/oder Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit anderen in der Grundversorgung häufig erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufen rechtlich verbunden zusammenarbeiten (BMASGPK 2025b).

Begriff	Definition
Satellit einer PVE	Satelliten einer Primärversorgungseinheit dienen als Filialstandort zur Abdeckung der Primärversorgung in dünn besiedelten bzw. entlegenen ruralen Gebieten und gehören personell und organisatorisch jeweils einer nächstgelegenen PVE an. Diese Satelliten können nicht das gesamte Spektrum (Öffnungszeiten, Berufsgruppen, etc.) einer PVE anbieten.
Spezialversorger (SPV)	Krankenanstalten (KA) mit spezialisiertem Leistungsangebot, inkl. Erbringung von elektiven Eingriffen, jedoch ohne bzw. nur mit stark eingeschränkten Aufgaben in der Akutversorgung. Umfasst sind beispielsweise KA mit speziellem orthopädischem Leistungsangebot, neurologisch-psychiatrisch spezialisierte KA sowie KA mit eingeschränktem Patientenspektrum (z. B. Akutgeriatrie oder Remobilisation/Nachsorge). Dies schließt auch den Betrieb von Spitalsambulanzen des jeweiligen Fächerspektrums mit ein.
Teilversorger (TV)	Als Teilversorger werden KA mit eingeschränktem Fächerspektrum (Fachrichtungsanforderungen an Vollversorger nicht erfüllt) und/oder einer Größe von unter 180 Bettenkapazitäten definiert. Dies schließt auch den Betrieb von Spitalsambulanzen des jeweiligen Fächerspektrums mit ein.
Telekonsil	Darunter versteht man eine konsiliarische Beratung zwischen zwei GDA auf Basis von Befunden, Bildern oder anderen medizinischen Unterlagen, ohne dass eine direkte Untersuchung oder ein unmittelbarer Kontakt mit Patientinnen und Patienten erfolgt. Typische Anwendungsfelder sind etwa Teleradiologie, Telepathologie oder Teledermatologie.
Telemedizin	Gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F. beschreibt Telemedizin die Bereitstellung oder Unterstützung von Gesundheitsleistungen mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) nicht am selben Ort anwesend sein müssen. Voraussetzung ist eine sichere Übertragung medizinischer Daten – in Form von Text, Ton und/oder Bild – zur Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge.
Vergemeinschaftungsformen (VGF)	Vergemeinschaftungsformen (VGF) umfassen – im Gegensatz zu Einzelordinationen – Einheiten mit mehreren Ärztinnen/Ärzten (z. B. Gruppenpraxen, selbständige Ambulatorien) und in der Regel verlängerten Öffnungszeiten. Sie können sowohl monodisziplinär als auch interdisziplinär und multiprofessionell sein, wobei keine konkreten Mindestmengen vorgegeben werden.
Vollversorger (VV)	Als Vollversorger werden KA mit für die Akutversorgung relevantem Leistungsangebot und Bettenkapazitäten definiert. Dies umfasst zumindest Abteilungsstrukturen in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie (oder Unfallchirurgie) und Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie eine Bettenkapazität von mehr als 180 Betten. Dies schließt auch den Betrieb von Spitalsambulanzen des jeweiligen Fächerspektrums mit ein.
Zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE)	Die ZAE ist eine Akutambulanz in bettenführenden Krankenanstalten. Sie übernimmt die Erstversorgung von Akut- und Notfallpatientinnen und Patienten.

# 1 Einleitung

Im Rahmen der Reformpartnerschaft Österreich wurde von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), BDO und dem Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (EPIG) eine Versorgungsanalyse mit Planungshorizont 2040 durchgeführt. Ziel der Reformpartnerschaft ist vor dem Hintergrund wesentlicher Systemherausforderungen, insbesondere demografischer Wandel, begrenzte Personalressourcen, medizinisch-technischer Fortschritt, strukturelle Modernisierungs- und Investitionsbedarfe und absehbar schwierige langfristige Finanzierbarkeit, die Sicherstellung einer dauerhaft tragfähigen, qualitätsvollen und gleichwertig zugänglichen Gesundheitsversorgung. Die Arbeiten wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) umgesetzt. Die GÖG zog im Rahmen der Umsetzung BDO und EPIG als strategisch beratende Partner hinzu. Der Durchführungszeitraum des Projekts erstreckte sich von November 2025 bis April 2026.

Zentraler Gegenstand des Projekts ist die Entwicklung, strukturierte Diskussion und Bewertung von Versorgungsszenarien sowie der dafür erforderlichen Gesundheitsinfrastruktur. Als Bewertungshorizont wird das Jahr 2040 herangezogen. Zunächst erfolgt die Konzeption und Ausarbeitung von unterschiedlichen Versorgungsszenarien. Im Anschluss werden die Szenarien mittels ausgewählter Kriterien bzw. Indikatoren bewertet.

Der vorliegende Ergebnisbericht dokumentiert den Projektauftrag, das methodische Vorgehen, die erarbeiteten Szenarien sowie deren Einordnung und Bewertung.

## 1.1 Präambel

Im Rahmen der Arbeiten zur Szenarienkonzeption haben sich die beteiligten Planungsinstitute GÖG, BDO und EPIG auf folgende grundlegende arbeitsleitende Sichtweise im Hinblick auf das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen geeinigt.

### 1.1.1 Personal

Qualifiziertes Personal ist die wichtigste, jedoch begrenzte Ressource für die Versorgung. Daher ist dafür Sorge zu tragen, dass die personelle Besetzung an allen Stellen der Gesundheitsversorgung in adäquatem Maße hinsichtlich der Qualität und Quantität vorhanden ist. Dabei sind die Fachkräfte entsprechend ihrer angeeigneten Kompetenzen und klaren Rollen einzusetzen. Dies setzt einen effizienten Skill- und Grade-Mix ebenso voraus wie die Sicherung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Kompetenzen durch Training, Aus- und Weiterbildung und ausreichende Routine. Dabei ist auf eine für die Ausbildung notwendige personelle Besetzung zu achten. Neben der Sicherstellung einer ausreichenden personellen Besetzung in quantitativer und qualitativer Hinsicht sind gesundheitsförderliche, attraktive Arbeitsbedingungen, eine wertschätzende Führungskultur sowie interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend, um Personal langfristig zu binden und weiterzuentwickeln.

### 1.1.2 Zugänglichkeit

Jede:r erhält unabhängig vom Wohnort und sozioökonomischem Status eine dem Bedarf entsprechende Versorgung. Das bedeutet, dass jeder und jedem bei gleicher Indikationsstellung gemessen am Behandlungsziel die gleichwertigen Leistungen zukommen und der Weg durch das Versorgungssystem ebenso gleichwertig organisiert ist. Grundversorgung soll wohnortnah erfolgen – spezialisierte Behandlungen werden dort gebündelt, wo höchste Qualität gewährleistet ist. Bestehende Zugangshürden sind durch geeignete organisatorische und unterstützende Maßnahmen abzubauen, um eine tatsächlich gleichwertige Versorgung gemessen am Behandlungsziel zu ermöglichen.

### 1.1.3 Qualität

Das Versorgungssystem gewährleistet, dass Versorgungsprozesse und Leistungen bedarfsgerecht und gemäß den aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen evidenzbasiert und leitlinienkonform erbracht und organisiert werden. Dabei sind die Prinzipien der Angemessenheit und der Wahrung ökonomischer Gegebenheiten zu beachten. Es muss sichergestellt werden, dass die notwendige Expertise am Ort der Leistungserbringung gesichert vorgehalten wird und diese auch dauerhaft gepflegt wird. Qualität umfasst insbesondere die Sicherstellung von Patientensicherheit und -orientierung sowie von Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität. Die Qualitätsparameter sollten gemessen und reflektiert werden. Prozesse zum Abweichungsmanagement und zur kontinuierlichen Verbesserung sind auf allen Versorgungsebenen zu etablieren.

### 1.1.4 Finanzierbarkeit

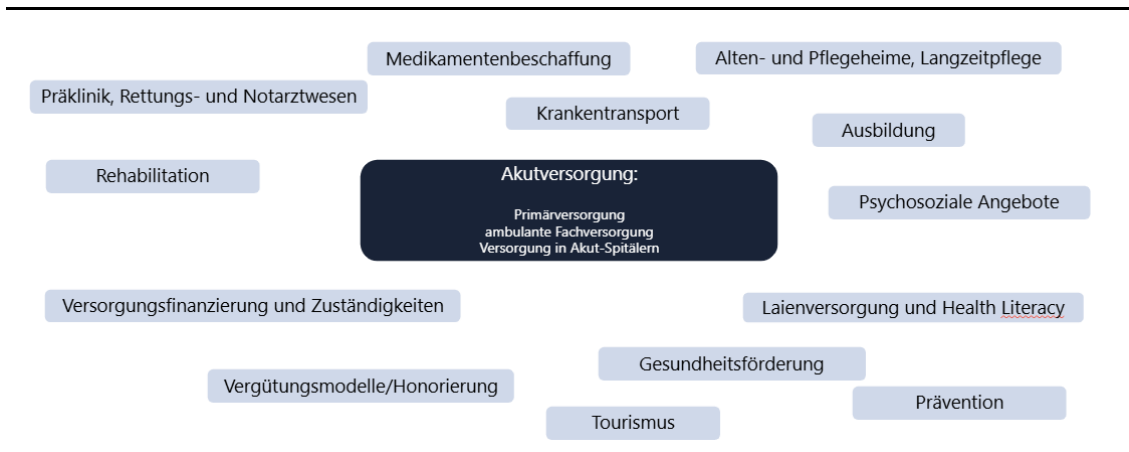
Ein zentrales Ziel ist die dauerhafte Sicherstellung der Finanzierbarkeit eines solidarisch getragenen, qualitätsvollen und gleichwertigen Gesundheitssystems für alle Menschen. Dies umfasst die finanzielle Sicherstellung eines gleichwertigen öffentlichen Versorgungsangebots und erfordert eine effiziente und zweckmäßige Verwendung der verfügbaren finanziellen Mittel. Hierfür ist die Mittelaufbringung sicherzustellen und die Kostenentwicklung des Systems zu kontrollieren. Daher ist bei der Integration von Innovationen auf ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, insbesondere bezüglich langfristiger Entwicklungen wie des demografischen Wandels, technologischer Innovation und Krisenrisiken, zu achten. Versorgung, Versorgungsprozesse und -orte sowie die medizinisch-fachliche Qualität dürfen dabei nicht vom finanziellen Leistungsvermögen der Menschen abhängen.

## 1.2 Ziele und Nichtziele des Projekts

### 1.2.1 Was in der Analyse im Fokus steht und was nicht

Das österreichische Gesundheitssystem weist eine hohe interne Komplexität auf und ist eng mit angrenzenden Bereichen (z. B. Alten- und Langzeitpflege und Rehabilitation) verwoben. Es ist daher umso wichtiger zu betonen, dass im Projektfokus insbesondere die Kernfunktionen des Gesundheitssystems stehen, also die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsversorgung bzw. ihre Strukturen und Institutionen.

Abbildung 1: Projektfokus und wichtige Kontexte



Darstellung: GÖG

Eine funktionierende Gesundheitsversorgungsstruktur, die die Patientenversorgung in ausreichender Qualität, Quantität sowie zeitlicher und örtlicher Erreichbarkeit mit den Anforderungen der Versorgungsökonomie in Balance hält, hat unweigerlich viele Anknüpfungspunkte zu anderen vor- und nachgelagerten gesellschaftlichen Bereichen und Systemen. In Abbildung 1 sind einige wichtige Bereiche angeführt, die immer wieder im Zusammenhang mit den hier fokussierten Versorgungsstrukturen und -prozessen diskutiert werden und ihrerseits Optimierungspotenziale aufweisen. Der Umstand, dass diese Bereiche nicht im Fokus des Projekts stehen, steht weder mit ihrer gesellschaftlichen Bedeutung noch mit der Frage in Zusammenhang, ob die jeweiligen Sektoren für sich genommen funktionieren oder wie sie mit dem Gesundheitsversorgungssystem interagieren. Vielmehr bildet die in Abbildung 1 dargestellte Auswahl typische, in der Diskussion wiederkehrende Schnittstellen und Einflussfaktoren ab; sie erhebt ausdrücklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aus Sicht der vorliegenden Analyse kann daher lediglich darauf hingewiesen werden, dass die vor- und nachgelagerten Bereiche relevante Wechselwirkungen mit den betrachteten Versorgungsstrukturen und -prozessen aufweisen – insbesondere über Zuständigkeiten, Finanzierungs- und Anreizlogiken, Informationsflüsse sowie organisatorische Übergänge – und insofern bei der Einordnung bzw. Weiterentwicklung der Ergebnisse mitzudenken sind.

## 1.2.2 Nichtziele und Limitationen

### Kein Ersatz für Detail- oder Umsetzungsplanung

Die Szenarien sind nicht als Planungsgrundlage für konkrete Planungsentscheidungen zu verstehen, sondern geben einen strategischen Überblick. Tatsächliche Standort-, Struktur- und Kapazitätsentscheidungen erfordern separate Detailanalysen und formale Planungsverfahren, die nicht Gegenstand dieses Projekts sind.

### Vereinfachtes Versorgungsstufenmodell als analytische Grundlage

Die Szenarien basieren auf einem vereinfachten Modell der österreichischen Akutversorgung. Ziel ist es nicht, die tatsächliche Vielfalt der Versorgungsformen vollständig abzubilden, son-

dem grundlegende Wirkungszusammenhänge, Verschiebungen zwischen Versorgungsstufen und systemische Effekte sichtbar zu machen. Regionale Besonderheiten, fachliche Differenzierungen innerhalb einzelner Stufen sowie rechtliche und organisatorische Detailausprägungen werden daher nicht berücksichtigt und sind nicht Teil dieser Analyse.

### **Finanzierungs- und Zuständigkeitsfragen sind nicht Gegenstand des Projekts**

Fragen der Finanzierungsträger, der konkreten Finanzierungsmechanismen sowie der institutionellen Zuständigkeiten wurden nicht in die Szenarienentwicklung einbezogen. Ziel der Analyse ist die fachlich-inhaltliche Analyse und vergleichende Einordnung möglicher Versorgungsstrukturen und -strategien, unabhängig von bestehenden Finanzierungslogiken oder Zuständigkeitsregelungen. Die Klärung von Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen ist keine Zielsetzung des Projekts.

### **Kein Präjudiz für Standortentscheidungen**

Die entwickelten Szenarien stellen keine Vorfestlegung oder Empfehlung für konkrete Standorte oder Kapazitäten dar. Sie dienen ausschließlich als Stützsznarien zur Abschätzung von Wirkungszusammenhängen und Indikatoren auf übergeordneter Ebene.

### **Darstellung möglicher Entwicklungspfade, keine Festlegung**

Die Szenarien zeigen beispielhafte und teils idealtypische Ausprägungen zukünftiger Versorgungsstrukturen. Sie stehen für mögliche Entwicklungspfade und sind kontingent.

### **Abstrakte Modellierung**

Die Szenarien basieren auf modellhaften Annahmen und teils auf Optimierungsverfahren. Diese dienen der Illustration von Zusammenhängen und Potenzialen, ersetzen jedoch keine fachliche, rechtliche oder politische Prüfung im Umsetzungsprozess.

### **Keine Roadmap**

Die Priorisierung von zeitlichen oder inhaltlichen Umsetzungsschritten ist nicht Ziel dieses Projekts. Es werden weder konkrete Umsetzungsschritte, Reihenfolgen, Meilensteine noch Verantwortlichkeiten definiert. Die Szenarien dienen ausschließlich der versorgungsstrategischen Orientierung und Wirkungsabschätzung, nicht der operativen Planung oder Steuerung eines Reformprozesses.

### **Grobabschätzung unter Annahmen**

Die im Projekt dargestellten Ergebnisse basieren auf vereinfachenden Annahmen, Hochrechnungen und modellierten Versorgungseffekten. Sie geben Tendenzen, Größenordnungen und relative Wirkungsrichtungen wieder und dienen der groben Abschätzung erwartbarer Trends und Bedarfe.

## 1.3 Ist-Situation

### 1.3.1 Die kurative Gesundheitsversorgung in Österreich im internationalen Vergleich

Österreich zählt im internationalen Vergleich zu den ressourcenintensiven Gesundheitssystemen. Dies zeigt sich insbesondere an der hohen Ärztedichte, dem besonders ausgeprägten intramuralen bzw. akutstationären Versorgungssektor und den überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben. Die Ärztedichte (Ärzte pro 100.000 Einwohner:innen) liegt in Österreich an der Spitze der in die EUROSTAT-Datenbank einmeldenden Länder (vgl. Abbildung 2) – und weist diesbezüglich auch im Vergleich der letzten zehn Jahre konstant hohe und stetig steigende Werte auf. Im Hinblick auf die akutstationäre Versorgung weist Österreich nicht nur bei der Anzahl bzw. Dichte der Krankenhausbetten (kurative Betten pro 100.000 Einwohner:innen, vgl. Abbildung 3) im europäischen Vergleich hohe Werte aus und bewegt sich im europäischen Spitzenfeld. Auch die Inanspruchnahmezahlen im akutstationären Bereich sind im europäischen Vergleich besonders hoch. Obwohl zwischen 2017 und 2024 in den österreichischen Fonds-Krankenanstalten eine deutliche Reduktion der stationären Aufenthalte je 1.000 Einwohner:innen um 15,9 Prozent zu beobachten ist, liegt Österreich hinter Bulgarien und knapp hinter Deutschland weiterhin an der Spitze jener Länder mit der höchsten Krankenhaushäufigkeit (Haindl et al. 2025; OECD 2025).

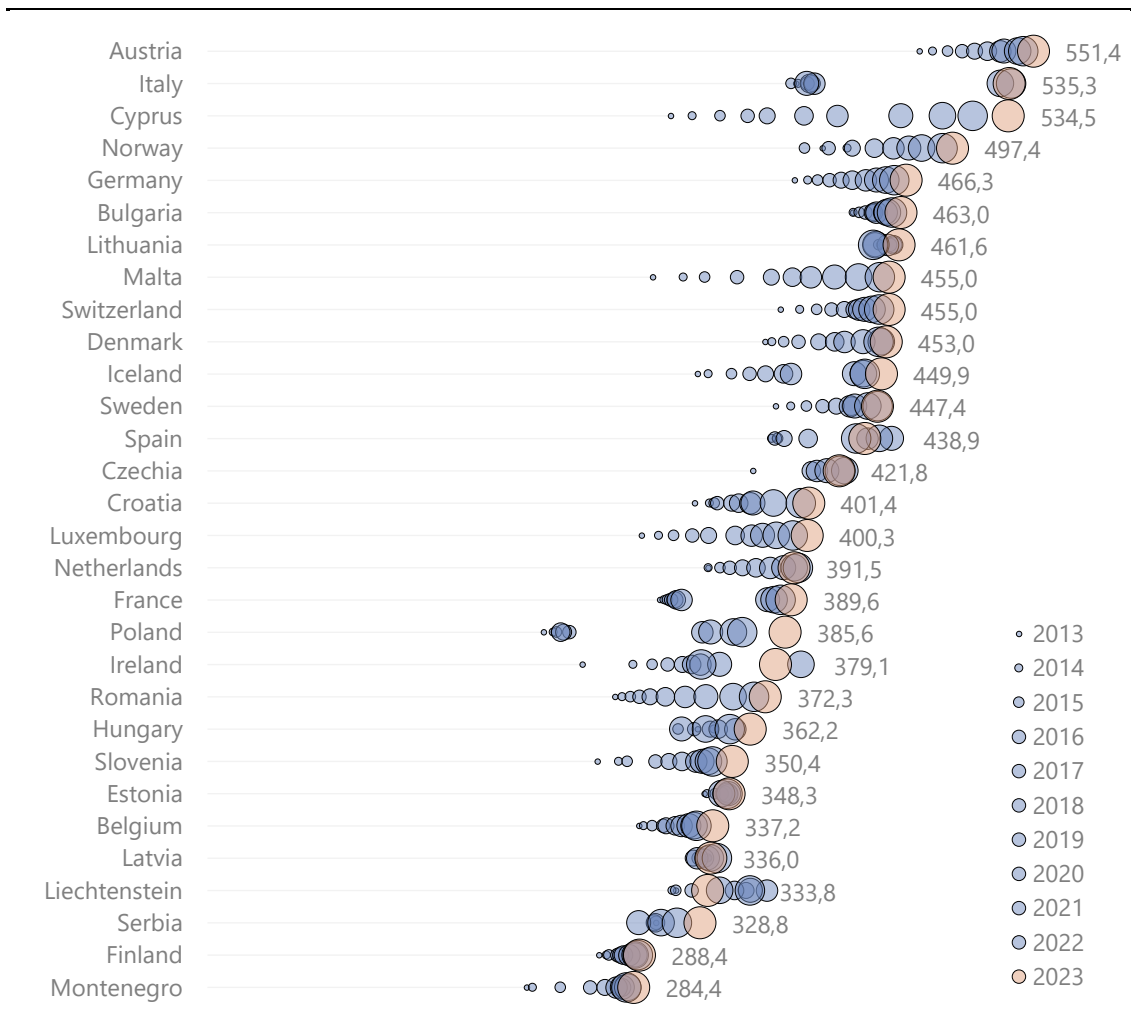
Diese hohe Ressourcenintensität spiegelt sich auch in hohen österreichischen (kaufkraftbereinigten) pro Kopf Gesundheitsausgaben wider, nach Deutschland die höchsten in der EU. Wobei die öffentlichen Ausgaben pro Kopf um 22,6 Prozent und die privaten Ausgaben pro Kopf um über 49,2 Prozent über dem EU-Durchschnitt liegen (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025, 7f).

Im Gegensatz zu den eingesetzten Mitteln, der Strukturvorhaltung und -inanspruchnahme liegt Österreich bei wichtigen Ergebnis-Indikatoren nur im europäischen Mittelfeld. Die Lebenserwartung erreichte 2024 mit 82,3 Jahren zwar einen Höchststand, liegt aber im Ländervergleich nur im Mittelfeld, knapp über dem gewichteten EU-Durchschnitt von 81,7 Jahren (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025). Auch beim wichtigen Indikator der gesunden Lebenserwartung zeigt sich ein ähnliches Bild – Österreich liegt in etwa im EU-Durchschnitt. Im Alter von 65 Jahren wird für Frauen von einer ferneren Lebenserwartung von 21,1 Jahren (der EU-Durchschnitt entspricht ebenfalls 21,1 Jahren) ausgegangen, 9,5 davon als gesunde Lebensjahre (der EU-Durchschnitt entspricht 9,2 Jahren). Bei Männern sind es im Alter von 65 noch 18 Jahre weitere Lebenserwartung (der EU-Durchschnitt entspricht 17,7 Jahren), davon 9,4 gesunde Lebensjahre (der EU-Durchschnitt entspricht 8,9 Jahren) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025).

Bei der Zahl der vermeid- und behandelbaren Todesfälle lag Österreich mit 163 vermeidbaren und 69 behandelbaren Todesfällen pro 100.000 Einwohner:innen zwar jeweils unter dem EU-Durchschnitt von 168 bzw. 90, dennoch zählen die vermeidbaren Sterblichkeitsraten zu den höchsten in Westeuropa (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025).

Die im Vergleich hohen Inputs, die unter anderem mit überdurchschnittlich hohen privaten Zuwendungen finanziert werden müssen, spiegeln sich nicht in überdurchschnittlichen gesundheitlichen Ergebnissen wider. Diese liegen vielmehr im europäischen bzw. westeuropäischen Mittelfeld, was in Zusammenschau mit den Ressourceninputs ein Hinweis auf Effizienzdefizite (Europäische Kommission 2026, 115) und strukturellen Reformbedarf sein kann.

Abbildung 2: Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich<sup>1</sup>; Jahre 2013-2023

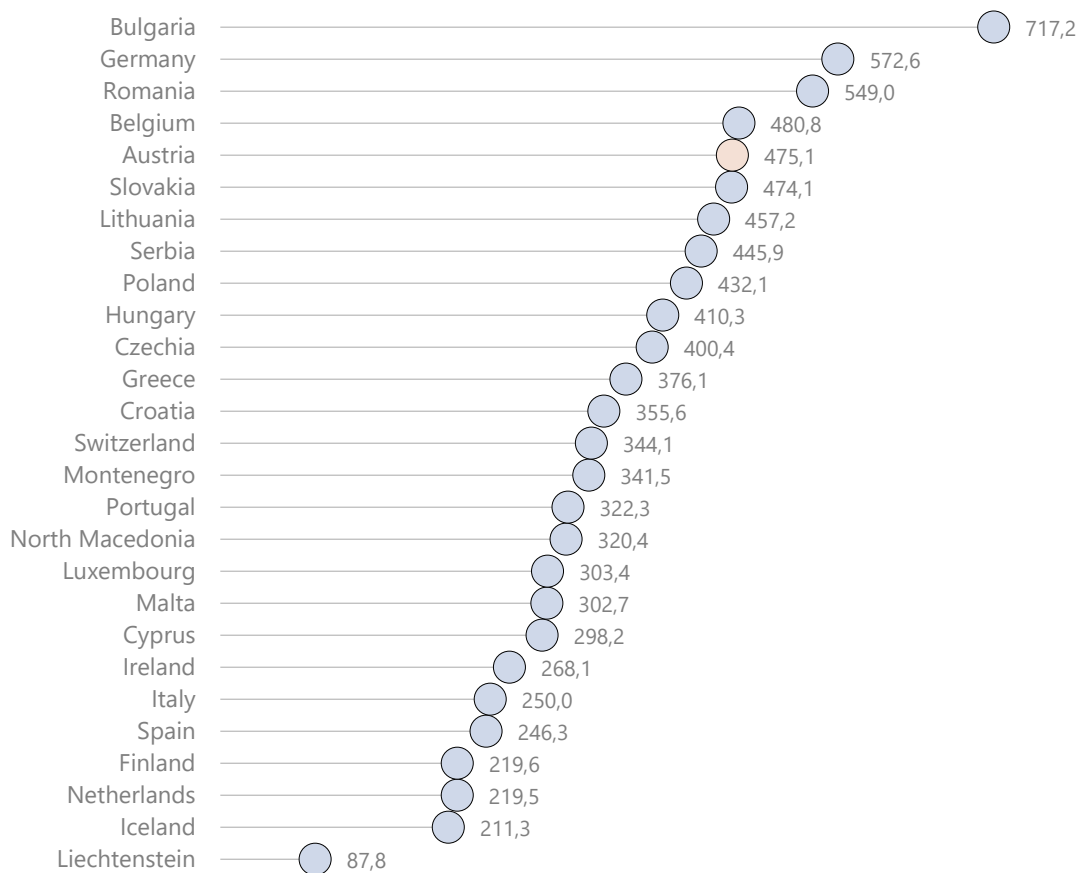


Quelle: Eurostat<sup>2</sup>; Darstellung GÖG

<sup>1</sup> Zu etwaigen Unterschieden in nationalen Zählweisen und Definitionen vgl. [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth\\_res\\_esms\\_an\\_National\\_Methodological\\_Annexe.zip](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_res_esms_an_National_Methodological_Annexe.zip). [Zugriff am 30.06.2026]

<sup>2</sup> Beschäftigte im Gesundheitswesen [hlth\_rs\_prs2\_\_custom\_21538135 [Zugriff am 28.05.2026]

Abbildung 3: Betten für medizinische Behandlung in Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich; Jahr 2023 (Belgien 2024)



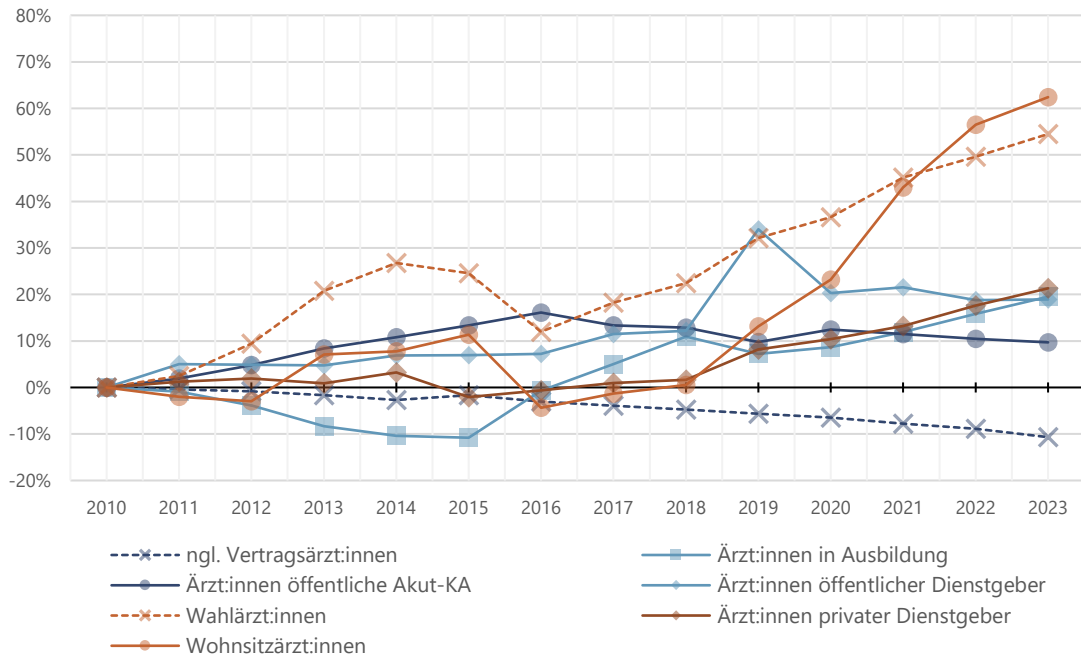
Quelle: Eurostat<sup>3</sup>; Darstellung: GÖG

### 1.3.2 Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich

Wie in Abbildung 2 dargestellt, ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner:innen in Österreich (im internationalen Vergleich) besonders hoch und steigt im Zeitverlauf kontinuierlich an. Eine Differenzierung dieser Entwicklung nach Tätigkeitskategorie zeigt jedoch, dass der Anstieg der Gesamtzahl nicht automatisch mit einer entsprechenden Ausweitung öffentlich finanzierter Versorgungskapazitäten gleichzusetzen ist. So ist die Zahl der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte im Verhältnis zur österreichischen Bevölkerung rückläufig, während die Zahl der Wahlärztinnen und -ärzte stark ansteigt. Ebenso sinkt die Zahl der in öffentlichen Akutkrankeanstalten beschäftigten Ärztinnen und -ärzte zwischen 2016 und 2023, nachdem sie zwischen 2010 und 2016 noch deutlich angestiegen war (vgl. Abbildung 4). Die Attraktivierung der öffentlich finanzierten Versorgungsbereiche (sowohl intra- als auch extramural) erscheint vor diesem Hintergrund als wichtiger Eckpunkt etwaiger systemischer Weiterentwicklungsbestrebungen.

<sup>3</sup> Krankenhausbetten nach Funktion und Art der Versorgung hlth\_rs\_bds1\_custom\_21521168, [Zugriff am 28.05.2026]

Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl an Ärztinnen/Ärzte nach Kategorien (2010-2023), indiziert, Basisjahr 2010

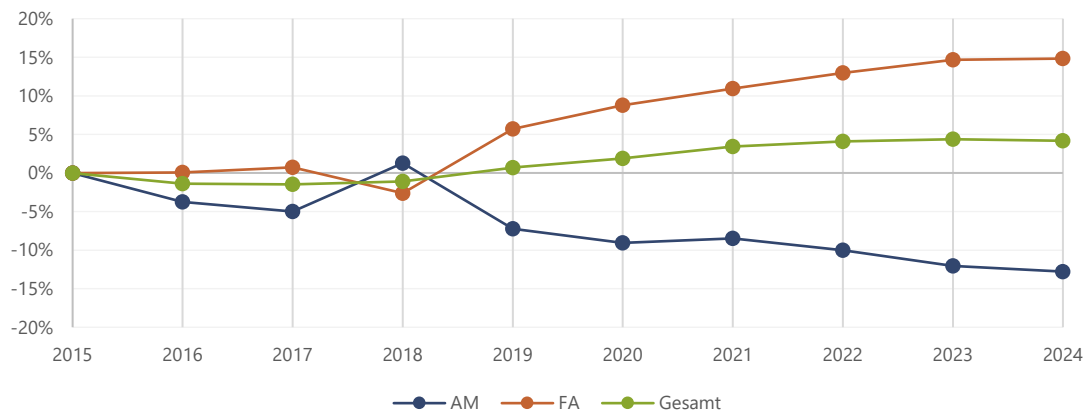


Quelle: Ärzteliste der ÖÄK mit Kategorisierungen der GÖG, inkl. Zahnmedizin (Stand 2023)

### 1.3.3 Situation im allgemeinmedizinischen Bereich

Der Anstieg der Ärztedichte insgesamt ist vor allem auf ein Mehr an Ärztinnen und Ärzten im fachärztlichen Bereich zurückzuführen. Für die Allgemeinmedizin zeigt sich ein anderer Trend. Während es im Jahr 2015 noch rund 160 Allgemeinmediziner:innen pro 100.000 Einwohner:innen gab, sank die Zahl bis 2024 auf rund 140. Diese Entwicklung ist versorgungsstrategisch besonders bedeutsam, weil der Primärversorgung in etwaigen Reformpfaden eine gestärkte Versorgungsrolle zukommen soll.

Abbildung 5: Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte je EW (exkl. Turnusärztinnen und -ärzte sowie Zahnmedizin), indexiert, Basisjahr 2015



Quelle: GÖG-Datenbasis basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 1.3.4 Situation im niedergelassenen fachärztlichen Sachleistungsbereich

Von insgesamt rund 26.820 Fachärztinnen und -ärzten (exkl. Allgemein- und Familienmedizin) waren im Jahr 2024 etwa 12.150 zumindest teilweise niedergelassen tätig. Davon verteilen sich rund 70 Prozent auf den wahlärztlichen und rund 30 Prozent auf den Sachleistungsbereich.

Der Anteil der ärztlichen Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs am niedergelassenen Bereich (in Prozent der ÄAVE<sup>4</sup>) lag dabei 2023 in der Fachrichtung Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit rund 25 Prozent am höchsten, gefolgt von der Psychiatrie mit einem Anteil von rund 20 Prozent und der Fachrichtung Haut- und Geschlechtskrankheiten mit rund 17 Prozent (Haindl et al. 2025).

### 1.3.5 Die regionale Verteilung der ambulanten Versorgungskapazitäten

Die ambulante Sachleistungsversorgung weist deutliche regionale Konzentrationsmuster auf. Vor allem fachärztliche Versorgungsangebote befinden sich überdurchschnittlich häufig in regionalen Zentren und im Umfeld bestehender Krankenanstalten.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) definiert fachspezifische, bundesweit einheitliche Planungsrichtwert-Intervalle (PRW-Intervalle) auf Basis von Versorgungsdichten (ÄAVE pro 100.000 Einwohner) für den gesamten Bereich der ambulanten Sachleistungsversorgung. Dabei sollen PRW-Intervalle auf der regionalen Ebene der Versorgungsregionen<sup>5</sup> nur in begrün-

<sup>4</sup> Ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE): Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Regiomed-System der SV (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines „durchschnittlich arbeitenden“ Arztes/einer Ärztin mit Kassenvertrag; bezüglich der Spitalsambulanzen unter Berücksichtigung der ärztlichen VZÄ in den nicht bettenführenden Hauptkostenstellen gemäß KA-Statistik des BMSGPK)

<sup>5</sup> „Der integrativen regionalen Versorgungsplanung im Sinne des ÖSG liegen 32 Versorgungsregionen (VR) zugrunde, die unter Berücksichtigung der regionalen Beziehungen in der Gesundheitsversorgung und in Anlehnung an das Konzept der „NUTS-III-Regionen“ des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) mit den Bundesländern einvernehmlich festgelegt wurden. Die VR setzen sich jeweils aus mehreren politischen Bezirken eines Bundeslandes zusammen und erstrecken sich nicht über Bundeslandgrenzen hinweg.“ (BMSGPK 2025b, S. 225)

deten Fällen über- oder unterschritten werden. Die Ist-Stände 2024 auf Ebene der Versorgungsregionen zeigen die regionale Verteilung der ambulanten Versorgung in Relation zur Bevölkerung (siehe Tabelle 1). Einschränkend ist anzumerken, dass die Ursachen für regional unterschiedliche Versorgungssituationen in regionalspezifischen Besonderheiten begründet sein können oder auf Austauschbeziehungen bzw. Patientenströme zwischen Regionen zurückzuführen sind. Entsprechend sind niedrigere oder höhere Versorgungsdichten nicht unmittelbar als Unter- oder Überversorgung zu interpretieren.

Insgesamt weisen Regionen mit Zentrumsfunktion (z. B. Graz oder Linz) oder solche, die einen Zentralraum umfassen, deutlich häufiger hohe und periphere Regionen tendenziell niedrigere Versorgungsdichten auf. Aber auch innerhalb der Versorgungsregionen befinden sich insbesondere fachärztliche Niederlassungen deutlich häufiger in regionalen Zentren und konzentrieren sich in zentralen Orten sowie im Umfeld von Krankenanstalten. So befanden sich im Jahr 2023 nahezu 90 Prozent aller niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte mit Kassenvertrag (exkl. AM und KIJU) innerhalb eines 15-Autominuten-Einzugsbereichs einer Akutkrankenanstalt. Von den über 2000 Gemeinden Österreichs weisen nur rund 120 ein breiteres fachärztliches Versorgungsangebot, im Sinne von mindestens fünf niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in mindestens drei unterschiedlichen Fachrichtungen, auf. Von diesen Gemeinden befinden sich wiederum rund 100 im unmittelbaren Umfeld einer Akutkrankenanstalt. Es ist also davon auszugehen, dass die räumliche Verteilung der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung derzeit stark durch anbieterbezogene Rahmenbedingungen beeinflusst ist und nicht ausschließlich durch kleinräumige lokale Versorgungsbedarfe.

Bei der Planung und Weiterentwicklung der fachärztlichen Versorgung ist diese derzeit bestehende regionale Verteilungslogik zu berücksichtigen. Mit der Zielsetzung einer sektoren- und fachrichtungsübergreifenden, integrierten ambulanten Fachversorgung, die zunehmend vergemeinschaftet, teamorientiert organisiert und damit in Zukunft auch qualitativ leistungsstärker sein soll, gewinnt die organisatorische und räumliche Nähe bzw. Konzentration der GDA gegenüber einer gleichmäßigen Verteilung einzelner Anbieter:innen an Bedeutung. Sollte die Ambulantisierung von Leistungen, die ggf. auch höhere Ausstattungs- oder Personalerfordernisse mit sich bringen, weiter voranschreiten, dann ist ein solches Verlagerungspotenzial in größeren Organisationseinheiten mit höherer Tragfähigkeit eher auszuschöpfen. Aufgrund der erwartbaren demografischen Entwicklung mit einer deutlichen Zunahme älterer und alter Bevölkerungskohorten, ist darüber hinaus bedarfsseitig mit einem Anstieg von multimorbiden Patientinnen und Patienten und komplexen, chronischen Krankheitsbildern zu rechnen, sowie angebotsseitig mit erhöhtem Personaldruck aufgrund vermehrter Pensionierungen (Popper 2022).

Vor diesem Hintergrund erscheint es sowohl aus gesundheits- als auch aus raumplanerischer Perspektive sinnvoll, das ambulante Fachversorgungsangebot, das ohnehin bereits überwiegend in regionalen Zentren konzentriert ist, zu konsolidieren und durch organisatorische Bündelung in Richtung leistungsfähiger ambulanter Vollversorgungsangebote weiterzuentwickeln.

Tabelle 1: Ambulante ärztliche Versorgungsdichten in ÄAVE / 100.000 EW im gesamten ambulanten Bereich nach Versorgungsregionen 2024 (exkl. Wahlartzbereich)

ID	Versorgungsregion	AM*	AU	GGH	HNO	DER	IM*	KIJU	ORT	PSY	URO
<b>Untere Grenze des Versorgungsdichte-Soll-Intervalls</b>		34,9	5,3	7	2,9	3,2	14,4	4,2	7,4	3,3	2,5
<b>Obere Grenze des Versorgungsdichte-Soll-Intervalls</b>		64,8	9,8	12,9	5,4	5,9	26,8	7,9	13,8	6	4,6
11	Burgenland-Nord	57,9	3,9	8,2	6,3	1,5	14,2	4,0	9,3	3,2	4,8
12	Burgenland-Süd	62,6	7,5	9,2	5,1	3,4	16,8	8,1	16,7	4,5	9,2
21	Kärnten-Ost	52,1	9,8	10,3	7,2	7,0	22,6	5,3	15,3	4,5	4,7
22	Kärnten-West	50,3	4,2	11,1	3,0	2,7	18,0	5,1	11,0	2,6	1,9
31	NÖ Mitte	47,7	6,6	7,5	4,9	4,4	20,7	6,3	11,6	4,3	3,5
32	Waldviertel	55,9	7,9	6,5	3,0	0,9	10,0	3,8	12,3	6,6	2,4
33	Weinviertel	45,4	5,3	5,2	1,9	1,4	10,7	2,9	9,1	2,3	3,2
34	Thermenregion	46,8	6,5	6,8	4,4	3,4	13,0	2,8	9,7	3,3	3,1
35	Mostviertel	50,5	5,0	7,1	2,2	0,9	12,6	2,7	7,4	2,5	1,6
41	OÖ Zentralraum Linz	46,9	10,4	12,4	6,0	7,2	22,2	9,8	12,2	5,8	4,9
42	OÖ Zentralraum Wels	47,9	8,0	6,3	3,9	5,2	12,7	6,2	9,1	2,9	2,8
43	Mühlviertel	45,1	2,7	3,5	2,0	1,9	4,7	2,2	5,9	1,8	1,1
44	Pyhrn-Eisenwurzen	46,1	5,6	8,3	3,6	2,8	12,2	3,8	13,5	3,4	4,3
45	Traunviertel-Salzkammergut	48,1	6,5	7,7	3,9	2,0	10,4	4,7	12,5	2,5	3,8
46	Innviertel	47,6	9,9	6,1	3,1	1,5	10,9	3,1	7,8	3,6	3,5
51	Salzburg-Nord	47,8	8,1	9,8	4,6	7,9	25,0	9,0	10,3	5,4	4,6
52	Pinzgau-Pongau-Lungau	50,6	7,5	9,5	7,1	2,8	13,8	5,8	20,2	4,0	4,6
61	Graz	45,3	9,7	10,6	5,5	7,8	33,8	12,8	8,8	7,6	4,1
62	Liezen	49,7	4,6	4,0	2,9	2,2	13,7	1,4	12,1	4,3	2,1
63	Östliche Obersteiermark	48,2	13,2	6,4	5,7	4,2	23,7	6,4	9,6	6,3	4,2
64	Oststeiermark	50,1	4,7	4,8	2,7	1,9	18,4	4,2	5,8	2,7	2,5
65	West-/Südsteiermark	51,9	4,3	7,0	2,4	3,2	12,2	2,5	1,8	3,2	2,2
66	Westliche Obersteiermark	51,7	6,0	5,0	2,9	4,2	10,8	1,3	7,5	4,3	1,8
71	Tirol-Zentralraum	47,4	7,6	13,6	6,9	6,7	26,3	12,4	10,9	7,7	5,7
72	Tirol-West	52,1	2,9	7,1	2,4	2,1	12,0	6,5	7,5	8,0	2,0
73	Tirol-Nordost	51,3	5,9	6,2	4,3	1,6	11,9	3,5	9,9	3,3	4,0
74	Osttirol	44,7	4,2	8,8	4,6	4,4	19,2	6,4	10,8	2,6	5,4
81	Rheintal-Bregenzerald	42,4	4,5	11,4	2,3	2,1	13,8	8,8	8,5	3,8	1,9
82	Vorarlberg-Süd	45,3	6,7	10,4	4,5	5,9	17,0	6,0	9,0	2,7	2,8
91	Wien-Mitte-Südost	49,1	12,4	11,3	7,6	9,4	38,0	13,2	12,8	9,0	4,9
92	Wien-West	41,7	7,5	8,4	4,5	5,8	24,1	7,4	11,9	7,2	3,8
93	Wien-Nordost	44,2	7,0	11,4	6,3	7,6	22,0	11,4	23,0	6,8	3,6
<b>Österreich gesamt</b>		<b>47,8</b>	<b>7,4</b>	<b>8,7</b>	<b>4,7</b>	<b>4,8</b>	<b>19,9</b>	<b>7,0</b>	<b>11,1</b>	<b>5,0</b>	<b>3,7</b>

Überschreitung des ÖSG-Planungsrichtwertintervalls 2030  
 Unterschreitung des ÖSG-Planungsrichtwertintervalls 2030

\* Allgemeinmedizin inkl. ZAE und EVA (Akutordinationen); Innere Medizin inkl. Pulmologie

Quellen: DVSU – Regiomed 2024, Statistik Austria: Bevölkerungsstatistik 2024;  
 Österreichischer Strukturplan Gesundheit - ÖSG 2023, Stand 10.10.2025  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 1.3.6 Die regionale Verteilung der intramuralen Versorgungskapazitäten

Auch die akutstationäre Versorgung weist, vor allem in Bereichen die mit selteneren/komplexeren oder spezialisierteren Versorgungsanforderungen assoziiert sind, deutliche regionale Verteilungsmuster auf.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BMASGPK 2025b) definiert fachspezifische, bundesweit einheitliche Planungsrichtwert-Intervalle (PRW-Intervalle) für Versorgungsdichten mit Kapazitäten<sup>6</sup> (Kapazitäten pro 1.000 Einwohner:innen) auf Basis des gesamten Bereichs der akutstationären Versorgung (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser, Sanatorien). Dabei können PRW-Intervalle auf der Ebene der Bundesländer in begründeten Fällen über- oder unterschritten werden, beispielsweise im Falle von Mitversorgungseffekten zwischen Bundesländern (BMASGPK 2025b), bzw. bei bestehenden überregionalen Versorgungswirkungen. Entsprechend sind auch im intramuralen Bereich niedrigere oder höhere Versorgungsdichten in einzelnen Bundesländern nicht unmittelbar als Unter- oder Überversorgung zu interpretieren.

Die Kapazitätsdichten in größeren Fachbereichen wie der Inneren Medizin (IM) oder Chirurgie (CH) weisen zwischen den Regionen eine vergleichsweise geringe Variation auf und es sind nur sehr wenige regionale Über- oder Unterschreitungen der PRW-Intervalle zu beobachten (vgl. Tabelle 2). Dies spricht insgesamt für einen regional eher ausgewogenen Zugang zur Versorgung. Wobei auch in diesen Fachbereichen komplexe und/oder seltene Leistungssegmente gemäß ÖSG-Versorgungsstufenmodell zentralisiert bzw. konzentriert im Rahmen abgestufter Versorgungsstrukturen zu erbringen sind (BMASGPK 2025b) oder lokale geografische Gegebenheiten dazu führen können, dass das nächstliegende regionale Versorgungsangebot in einem anderen Bundesland vorgehalten wird.

Eine deutlich stärkere regionale Variation ist in kleineren spezialisierteren Fachbereichen wie z. B. in der Kinder- und Jugendchirurgie, in der Neurochirurgie, in der Dermatologie oder auch in der Plastischen Chirurgie zu beobachten. Dabei handelt es sich (wie etwa auch bei den Fachbereichen Nuklearmedizin, Mund- Kiefer und Gesichtschirurgie oder Strahlentherapie, für die im ÖSG keine regionalen Richtwerte angeführt sind) um Fachbereiche, die eher mit Schwerpunkt- oder sogar Zentralkrankenanstalten junktiniert sind bzw. um Fachbereiche mit Organisationsstrukturen die, um tragfähig in Bezug auf Personaldecke, Ausbildung und Fallhäufigkeit zu sein, große bzw. oft überregionale Einzugsgebiete abdecken.

In anderen Versorgungsbereichen – wie etwa in der Akutgeriatrie/Remobilisation bzw. in der Remobilisation/Nachsorge oder auch der Palliativmedizin – weisen beobachtbare unterschiedliche Versorgungsdichten eher auf unterschiedliche regionale Versorgungsstrategien und Gewichtungen (etwa zwischen Akut- und Nachsorgebereichen) hin.

Vor diesem Hintergrund erscheint für viele intramurale Versorgungsbereiche eine bundesländerübergreifende Angebotsplanung geeignet, um einen gleichmäßigen regionalen Zugang zur Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

---

<sup>6</sup> Kapazitäten inkludieren vollstationäre Betten, Tagesklinik-Plätze und ambulante Betreuungsplätze. Als Basis wurden die gemäß österreichischer Krankenanstalten-Statistik (Quelle: BMASGPK) dokumentierten tatsächlich aufgestellten Betten und ambulanten Betreuungsplätze herangezogen. Abweichend von den ÖSG-Vorgaben wurden in der gegenständlichen Analyse keine Sanatorien berücksichtigt. Die verwendete bundesweite Fachrichtungszuordnung von Kapazitäten kann in Ausnahmefällen von RSG-Zuordnungen abweichen.

Tabelle 2: Kapazitätsdichten (tatsächlich aufgestellte Betten und ambulante Behandlungsplätze pro 1.000 Einw.) in Fondskrankenanstalten und Unfallkrankenhäusern (exkl. Sanatorien) nach Bundesländern und Fachbereich 2024

Fachbereich	ÖSG-Planungsrichtwertintervall 2030		Bundesländer										Gesamtergebnis
	Untere Grenze des PRW-Intervalls	Obere Grenze des PRW-Intervalls	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien		
INT	0,23	0,39	0,27	0,32	0,22	0,25	0,30	0,27	0,27	0,20	0,35	0,28	
KIJU	0,10	0,16	0,12	0,10	0,10	0,14	0,17	0,11	0,17	0,18	0,12	0,13	
KJC	0,02	0,04	0,00	0,04	0,00	0,02	0,05	0,02	0,01	0,00	0,04	0,02	
KJP	0,08	0,14	0,00	0,07	0,07	0,05	0,07	0,06	0,06	0,09	0,05	0,06	
CH	0,39	0,65	0,48	0,44	0,51	0,54	0,62	0,51	0,56	0,43	0,47	0,51	
NCH	0,05	0,08	0,00	0,06	0,05	0,06	0,08	0,03	0,06	0,04	0,05	0,05	
IM	0,96	1,60	0,93	1,26	1,17	1,12	1,19	1,13	0,97	0,98	1,14	1,12	
GGH	0,18	0,30	0,21	0,25	0,29	0,28	0,38	0,22	0,33	0,33	0,27	0,28	
NEU	0,26	0,44	0,25	0,32	0,31	0,28	0,27	0,32	0,29	0,18	0,22	0,28	
PSY	0,38	0,63	0,17	0,33	0,32	0,45	0,39	0,38	0,46	0,42	0,33	0,37	
DER	0,04	0,06	0,00	0,06	0,03	0,07	0,07	0,03	0,04	0,02	0,05	0,05	
AU	0,05	0,09	0,03	0,06	0,07	0,07	0,08	0,05	0,06	0,10	0,08	0,07	
HNO	0,07	0,11	0,10	0,08	0,09	0,10	0,13	0,09	0,11	0,09	0,09	0,09	
URO	0,11	0,18	0,16	0,08	0,14	0,15	0,14	0,06	0,15	0,10	0,13	0,12	
PCH	0,02	0,04	0,00	0,04	0,02	0,03	0,04	0,02	0,03	0,04	0,03	0,03	
PUL	0,08	0,14	0,00	0,10	0,07	0,15	0,06	0,07	0,11	0,09	0,12	0,10	
ORTR	0,44	0,73	0,42	0,71	0,57	0,64	0,78	0,47	0,61	0,47	0,55	0,58	
AGR	0,26	0,43	0,15	0,58	0,03	0,25	0,37	0,28	0,18	0,00	0,21	0,21	
RNS	0,04	0,06	0,00	0,00	0,05	0,03	0,03	0,02	0,00	0,22	0,02	0,03	
PAL	0,05	0,08	0,05	0,06	0,03	0,05	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	
PSO-E	0,04	0,06	0,00	0,09	0,08	0,05	0,02	0,07	0,03	0,03	0,04	0,05	
PSO-KJ	0,02	0,04	0,00	0,02	0,01	0,02	0,03	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01	
Gesamt	3,89	6,49	3,44	5,19	4,37	4,92	5,49	4,39	4,66	4,15	4,49	4,60	

Überschreitung des ÖSG-Planungsrichtwertintervalls 2030  
 Unterschreitung des ÖSG-Planungsrichtwertintervalls 2030

Quellen: BMASGPK – Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten; Statistik Austria: Bevölkerungsstatistik 2024; GÖG-eigene Fachrichtungszuordnung; Darstellung und Berechnung: GÖG

### 1.3.7 Die theoretisch ausreichende Versorgungsstufe (TAVS)

Im Sinne des Prinzips des „Best Point of Service“ (BPoS) soll sichergestellt werden, dass Versorgung „zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht“ wird (BMASGPK 2025b). Eine konsequente Umsetzung des BPoS Prinzips kann zur Entlastung von höherrangigen Versorgungsstrukturen beitragen, indem Fälle wo dies medizinisch sinnvoll und möglich ist, in nieder-rangigere und wohnortnähere Strukturen verlagert werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgung dort bei zumindest gleicher Qualität und gesamtwirtschaftlich günstiger erbracht werden kann.

Anhaltspunkte zur theoretisch ausreichenden Versorgungstufe bieten der ÖSG bzw. die Leistungsmatrizen des ÖSG und die dort definierten (Struktur-)Qualitätskriterien als medizinisch-qualitative Voraussetzungen für die Erbringung von medizinischen Leistungen gemäß Leistungskatalog des BMASGPK (BMASGPK 2025b; BMASGPK 2025a).

Für den ambulanten Bereich ordnet die Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) Leistungen auf relevante Fachbereiche zu und definiert für spezielle Leistungen Kriterien hinsichtlich der Ausstattung und Qualifikation. Als Instrument zur Qualitätssicherung im stationären Bereich definiert die Leistungsmatrix-stationär (LM-stat), gestützt auf Qualitätskriterien wie z. B. erforderliche Mindestversorgungsstrukturen oder Mindestfallzahlen pro KA-Standort, die Voraussetzungen für das Leistungsspektrum von KA-Standorten. Die Qualitätskriterien der LM-amb und der LM-stat gelten (bis auf wenige Ausnahmen) als essenzielle Qualitätsstandards gemäß § 3 Abs. 3 Gesundheitsqualitätsgesetz (BMASGPK 2025a; BMASGPK 2025b).

Im Rahmen der vorliegenden Analyse werden mögliche Verlagerungspotenziale im Sinne der TAVS näher betrachtet. Dabei werden insbesondere Verlagerungspotenziale zwischen extramuraler Fachversorgung in Richtung der Primärversorgung bzw. zwischen Spitalsambulanzen und extramuralem Bereich in den Blick genommen. Einschränkend muss erwähnt werden, dass wichtige Faktoren zum Zustand der/des Patientin/Patienten (z. B. Multimorbidität, Polypharmazie, Frailty usw.) bzw. der vorliegenden Erkrankung (z. B. Schwere des Verlaufs, Komplexität des Einzelfalls, spezialisierter Vor- und Nachsorgebedarf usw.) auf Basis von fallbezogenen Leistungsanalysen kaum berücksichtigt werden können. Dies trifft insbesondere auf konservative Behandlungs- und Verlaufsfälle zu, deren Komplexität über die für diese Fälle dokumentierten, medizinischen Einzelleistungen nicht klar abgrenzbar ist. Darüber hinaus ist derzeit – v.a. auch aufgrund teils unterschiedlicher Honorarordnungen, die auf einen einheitlichen Leistungskatalog abgebildet werden müssen – die Anwendung diverser datentechnischer Mapping-Verfahren notwendig, was zusätzlich zur Unsicherheit beiträgt. Die Ergebnisse der gegenständlichen Analysen beruhen deshalb nicht auf einer vollen Ausschöpfung von theoretischen Verlagerungspotenzialen und sind nur im statischen Gesamtzusammenhang im Sinne von Größenordnungen und Gesamtpotenzialen zu interpretieren. Eine Anwendung auf Einzelfälle ist nicht zulässig.

### **1.3.8 Potenzial: Extramurale Fachversorgung in Richtung Primärversorgung (siehe auch Kapitel 5.2)**

Um potenzielle Leistungsverlagerungen innerhalb des extramuralen Versorgungsbereichs (von der Fachversorgung hin zur Primärversorgung) abschätzen zu können, werden jene Leistungen der Fachversorgung identifiziert, die auch in der Primärversorgung erbracht werden können. Hier gilt es zu beachten, dass die Leistungen anhand der aktuell gültigen LM-amb definiert wurden und etwaige zukünftige Kompetenzerweiterungen somit nicht berücksichtigt sind. Ebenso muss beachtet werden, dass für spezielle Leistungen deren Durchführung an Ausstattungs- oder Qualifikationskriterien gebunden ist, die aktuell möglicherweise in der Primärversorgung (noch) nicht flächendeckend erfüllt/vorgehalten werden (z. B. Sonografie-Gerät).

Um das Verlagerungspotenzial zu ermitteln, wurden Kontakte in der niedergelassenen Fachversorgung ausgewertet, bei denen (ausschließlich) Leistungen erbracht wurden, die gemäß der LM-amb auch im Fachbereich der Allgemeinmedizin erbringbar gewesen wären. Nicht berücksichtigt wurden Leistungen, die ehestens fachspezifisch erfolgen sollten oder der Primärversorgung nicht eindeutig zuordenbar sind (z. B. fachspezifische Untersuchungen, Gruppenschulungen, Sonogra-

fie). Ebenso nicht berücksichtigt wurden Kontakte in Fachbereichen, deren Integration bzw. Abgrenzung zur Primärversorgung aktuell in Diskussion steht (z. B. Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie), Kontakte in Fachbereichen mit niedrigem Verlagerungspotenzial (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie Kontakte in selbstständigen Ambulatorien mit Fachbereichen wie Radiologie, Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation („technische Fächer“). Außerdem wurden in Anbetracht von Unsicherheiten in den Datengrundlagen und Limitationen in der praktischen Umsetzung die kalkulatorischen Verlagerungspotenziale um 20 Prozent reduziert.

Unter den oben genannten Annahmen zeigte sich ein theoretisches Verlagerungspotenzial von fast einem Drittel (29,9 Prozent) der Kontakte der niedergelassenen Fachversorgung in die Primärversorgung. Die höchsten Anteile der theoretisch verlagerbaren Leistungen zeigten sich in den Fachbereichen Orthopädie und Traumatologie sowie Innere Medizin, der niedrigste Anteil von theoretisch in der Primärversorgung erbringbaren Leistungen ergab sich für den Fachbereich Augenheilkunde.

### **1.3.9 Potenzial: Spitalsambulante Besuche und stationäre Kurzaufenthalte in Richtung extramurale Versorgung (siehe auch Kapitel 5.3)**

Ziel war die Identifikation von Leistungen im spitalsambulanten/stationären Bereich, die theoretisch auch organisatorisch getrennt von akutstationären Versorgungsstrukturen und unabhängig von der Organisationsform (unter Annahme der Sicherstellung der Qualität und Patientensicherheit) erbracht werden können.

Zur Abschätzung von Komplexität und Eigenständigkeit der Behandlungsfälle wurden Kurzaufenthalte und spitalsambulante Besuche in Akut-KA anhand der Aufenthaltsdauer, des Abstands zu vorherigen bzw. nachfolgenden stationären Aufenthalten und der erbrachten Leistungen ausgewertet.

Kurzaufenthalte (spitalsambulante Besuche, sog. „Null- und Eintagesaufenthalte“) werden als Indikator für potenziell verlagerbare Fälle mit vergleichsweise geringer Komplexität, niedrigem Überwachungsbedarf und reduziertem Strukturbedarf herangezogen. Die Berücksichtigung des zeitlichen Abstands von mindestens 60 Tagen zu vor- bzw. nachgelagerten stationären Aufenthalten dient dazu, Fälle mit episodischer bzw. eigenständiger Versorgungsindikation von solchen zu trennen, die Teil eines kontinuierlichen intramuralen Behandlungspfades sind.

Die Heranziehung der Leistungslogik der LKF (LM-amb und LM-stat) gewährleistet eine standardisierte Bewertung der strukturellen Anforderungen. Aufenthalte/Besuche wurden als potenziell getrennt von stationärer Versorgung erbringbar identifiziert, wenn alle Leistungen des Falls in der LM-amb enthalten und gleichzeitig in der LM-stat, der Organisationsform der dislozierten Tagesklinik („dTK“) zugeordnet waren. Leistungen mit definiertem Bedarf an Intensiv- bzw. Überwachungsinfrastruktur (IS, UE in LM-stat) wurden im Sinne der Patientensicherheit und zur Vermeidung einer Überschätzung des Verlagerungspotenzials ausgeschlossen.

Ebenso ausgeschlossen wurden Aufenthalte ohne Pseudonym, da für diese keine Zuordnung zu vorherigen oder nachfolgenden stationären Aufenthalten möglich ist, sowie Kontakte auf den Kostenstellen Labor, Pathologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation und Intensivmedizin/Neonatologie (siehe dazu auch Kapitel 5.3).

Ergänzend wurden noch einzelne Leistungen mit höheren Anforderungen an die Strukturqualität (z. B. OP) und Leistungen mit Zuordnung zur Organisationsform der dislozierten Wochenklinik (dWK) in der LM-stat eingeschlossen. Dies trägt aktuellen Entwicklungen in der Versorgung (insbesondere dem medizinisch-technischen Fortschritt und veränderten Versorgungsmodellen bzw. der Zunahme von Vergemeinschaftungsformen) Rechnung und ermöglicht eine zukunftsorientierte Abschätzung von Verlagerungspotenzialen.

Unter den oben genannten Annahmen ließen sich im Jahr 2024 etwa 14,5 Prozent der Aufenthalte und Besuche in KA identifizieren, die theoretisch organisatorisch getrennt von der akutstationären Versorgung erbracht werden könnten. Gemessen an der Gesamtsumme der Besuche/Aufenthalte entfielen potenziell verlagerbare Besuche/Aufenthalte insbesondere auf die Innere Medizin (ca. 280.000 Fälle), die Orthopädie und Traumatologie (inkl. OR und UC ca. 195.000 Fälle) sowie die Augenheilkunde (ca. 155.000 Fälle).

Einschränkend ist festzuhalten, dass Leistungsverschiebungen aus Spitalsambulanzen in den extramuralen Bereich nicht automatisch mit Effizienzgewinnen gleichzusetzen sind. Ob eine solche Verlagerung ressourcenschonend wirkt, hängt von Leistungsart, regionaler Versorgungsstruktur, Auslastung, Organisationsform, Kostenstruktur u.a.m. ab. Insbesondere können im spitalsambulanten Bereich sprungfixe Kosten bestehen (Diensträder für 24/7 Abteilungsbetriebe usw.), sodass geringere Leistungsvolumina nicht proportional zu geringeren Kosten führen. Gleichzeitig können im extramural ambulanten Bereich zusätzliche Infrastruktur-, Koordinations- oder Personalkapazitäten erforderlich sein, wenn tragfähige Angebote regional noch nicht vorhanden sind. Es ist außerdem davon auszugehen, dass eine rein leistungsbasierte Abgrenzung zwischen intramuraler und extramuraler ambulanter fachärztlicher Versorgung – bei vergleichbarer struktureller Tragfähigkeit der Anbieter – in vielen Leistungsbereichen nicht medizinisch begründbar ist, sich mit der Weiterentwicklung der Medizin dynamisch verschiebt und künstliche Schnittstellen in Krankheits- und Behandlungsepisoden erzeugt, die patientenseitig koordiniert werden müssen. Entscheidend ist daher weniger die formale Zuordnung einzelner Leistungen zum intra- oder extramuralen ambulanten Versorgungsgeschehen als vielmehr die Frage, ob die Versorgungsstrukturen und Anreizsysteme auf eine abschließende, bedarfsgerechte und koordinierte Behandlung ausgerichtet sind. Die ausgewiesenen Verlagerungspotenziale sind daher nicht als unmittelbar realisierbare Einsparpotenziale zu verstehen, sondern vielmehr als analytische Hinweise darauf, dass in einigen Leistungsbereichen eine Versorgung auf einer anderen Versorgungsstufe grundsätzlich fachlich und organisatorisch sinnvoll und möglich erscheint.

### 1.3.10 Zusammenfassung

Das österreichische Gesundheitssystem weist eine vergleichsweise hohe Ressourcenausstattung auf, ist stark spitals- und (fach-)ärzteezentriert sowie durch sektorale und regionale Unterschiede geprägt. Die im internationalen Vergleich hohe Dichte an Ärztinnen und Ärzten sowie an akutstationären Kapazitäten führt nicht durchgehend zu entsprechend überdurchschnittlichen Ergebnis- oder Zugänglichkeitswerten. Die zentralen Herausforderungen liegen daher weniger in einem generellen Ressourcen- oder Kapazitätsmangel, sondern vielmehr in der Verteilung, Organisation und Steuerung der vorhandenen Kapazitäten.

Während im extramuralen Versorgungsbereich die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte gestiegen ist, verschieben sich Kapazitäten zunehmend in den wahlärztlichen Bereich; zugleich geht die allgemeinmedizinische Versorgung je Einwohner:in zurück. Die fachärztliche Versorgung ist

räumlich in zentralen Lagen und im Umfeld bestehender Krankenanstalten konzentriert. Regionale Über- oder Unterschreitungen von Planungsrichtwerten sind nicht unmittelbar mit Über- oder Unterversorgung gleichzusetzen, verweisen aber auf die Notwendigkeit, Versorgungszugang, regionale Steuerung und organisatorische Bündelung stärker gemeinsam zu betrachten.

Auch im akutstationären Bereich ergibt sich ein regional differenziertes Versorgungsbild. Trotz hoher Bettenausstattung bestehen je nach Fachbereich und Region unterschiedliche Kapazitätsmuster. Während größere Fachbereiche regional ausgewogen verteilt sind, sprechen bei spezialisierten Leistungen Qualitätsanforderungen, Fallzahlen, Personalverfügbarkeit und strukturelle Tragfähigkeit häufig für eine bundesländerübergreifende Planungsperspektive.

Die ergänzenden Leistungsverschiebungsanalysen verdeutlichen, dass Teile der heutigen Versorgung grundsätzlich auf vorgelagerten Versorgungsstufen erbracht werden könnten. Ob daraus tatsächlich Effizienz-, Qualitäts- oder Zuganglichkeitsgewinne entstehen, hängt insbesondere bei den Verschiebepotenzialen zwischen dem spitalsambulanten und dem extramuralen Facharztbereich wesentlich von regionaler Ausgestaltung, integrierten Behandlungspfaden und ausreichender organisationaler Leistungsfähigkeit ab.

Im Mittelpunkt versorgungsstrategischer Überlegungen sollte daher weniger die isolierte Zuordnung von Leistungssegmenten zum einen oder anderen Versorgungssektor stehen, sondern vielmehr die Frage, wie Versorgung künftig quantitativ ausreichend, qualitativ hochwertig, stärker integriert und besser koordiniert organisiert werden kann und welche strukturelle Basis dafür notwendig ist.

Die nachfolgenden Überlegungen knüpfen an diese Ausgangslage an und untersuchen, in welchem Ausmaß unterschiedliche Versorgungsszenarien dazu beitragen können, vorhandene Ressourcen gezielter einzusetzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und die langfristige Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu sichern.

## 1.4 Definitionen der Akutkrankenanstalten-Typen

Im Rahmen der Analyse der österreichischen Gesundheitsinfrastruktur zeigte sich die Notwendigkeit einer projektspezifischen funktionalistischen Definition der Krankenanstalten (KA) jenseits der im österreichischen Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG) §2a definierten Typen der bettenführenden Krankenanstalten der Akutversorgung; dazu gehören: Sonderkrankenanstalten (Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke); Standardkrankenanstalten (mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin); Schwerpunktkrankenanstalten (mit Abteilungen zumindest für AU, CH, GGH, HNO, IM, KIJU, NEU, ORTR, PSY, URO)<sup>7</sup> und Zentralkrankenanstalten (Vorhaltung sämtlicher Fachbereiche).

Die für die Szenarien gewählten Definitionen anhand der Organisationsformen bzw. Versorgungsaufgaben werden folgend kurz dargelegt:

---

<sup>7</sup> AU ... Augenheilkunde und Optometrie, CH ... Chirurgie, GGH ... Gynäkologie und Geburtshilfe, HNO ... Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, IM ... Innere Medizin, KIJU ... Kinder- und Jugendheilkunde, NEU ... Neurologie, ORTR ... Orthopädie und Traumatologie, PSY ... Psychiatrie, URO ... Urologie

- Vollversorger (VV):  
Als Vollversorger werden KA mit für die Akutversorgung relevanten Leistungsangeboten und Bettenkapazitäten definiert. Dies umfasst zumindest Abteilungsstrukturen in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie (oder Unfallchirurgie) und Frauenheilkunde und Geburtshilfe und eine Bettenkapazität von mehr als 180 Betten. Im Zielbild der Szenarien 2 und 3 ist für Vollversorger-Standorte auch die Vorhaltung von zusätzlichen (ggf. auch ambulanten) Leistungsangeboten z. B. in der KIJU, HNO oder URO angestrebt.
- Maximalversorger (MV):  
KA der Maximalversorgung sind Universitätskliniken mit direktem Anschluss an eine medizinische Fakultät. Sie erfüllen als Teil der Vollversorger alle Aufgaben der Akutversorgung.
- Spezialversorger (SPV):  
KA mit spezialisiertem Leistungsangebot auch inkl. Erbringung von elektiven Eingriffen, jedoch ohne bzw. nur mit stark eingeschränkten Aufgaben in der Akutversorgung. Umfasst sind beispielsweise KA mit speziellem orthopädischem Leistungsangebot, neurologisch/psychiatrisch spezialisierte KA sowie KA mit eingeschränktem Patientenspektrum (z. B. Akutgeriatrie oder Remobilisation/Nachsorge).
- Teilversorger (TV):  
Als Teilversorger werden KA mit eingeschränktem Fächerspektrum (Fachrichtungsanforderungen an Vollversorger nicht erfüllt) und/oder einer Größe von unter 180 Bettenkapazitäten definiert.

## 1.5 Definition ambulanter Gesundheitsversorgungszentren (GVZ)

Als interdisziplinäre bzw. fach- und berufsgruppenübergreifende ambulante Gesundheitsversorgungszentren leisten GVZ in Szenario 2 und 3 einen wesentlichen Beitrag zur fachärztlichen Versorgung.<sup>8</sup> Das Zielbild für diese Zentren ist ein Angebot von fünf oder mehr Fachgebieten, wobei in den meisten Fächern mehr als ein ärztliches Vollzeitäquivalent vorgehalten wird. Orientiert an den jeweiligen Versorgungsaufgaben werden weitere Gesundheits- und Sozialberufe im Rahmen eines Skill- und Grade-Mix bzw. eines teambasierten Versorgungsansatzes eingebunden. Der Versorgungsauftrag der GVZ umfasst überwiegend planbare ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit fachlich komplexeren Bedarfen. Dazu sollen auch ambulant erbringbare Eingriffe gehören. Die fachliche Besetzung sollte Überlegungen zu fachübergreifenden und thematisch zusammenhängenden Krankheitsbildern folgen, sodass Patientenwege reduziert und der fachliche Austausch gefördert werden können. Diese Versorgungselemente stellen eine wichtige Maßnahme in der Absicht dar, Versorgungsfunktionen zwischen den Ebenen zu verschieben.

---

<sup>8</sup> GVZ können durch Krankenanstalten oder andere Trägerinstitutionen organisiert werden. GVZ übernehmen in der regionalen Versorgungsstruktur eine zentrale und vielfach nicht durch andere Anbieter substituierbare Versorgungsfunktion (insbesondere in Szenario 3) ein. Vor diesem Hintergrund ist eine öffentliche oder ggf. auch gemeinnützige Trägerschaft sachgerecht.

## 2 Die Versorgungsszenarien

Der Analyse der Versorgungsszenarien liegt ein vereinfachtes Versorgungsstufenmodell zugrunde, das die österreichische Gesundheitsversorgung in fünf Ebenen gliedert: Primärversorgung, ambulante Fachversorgung, Teilversorgung, Vollversorgung und Maximalversorgung. Die Primärversorgung bildet die erste Versorgungsebene und übernimmt je nach Szenario auch steuernde Funktionen. Die ambulante Fachversorgung ergänzt diese um spezialisierte Leistungen ohne stationären Bedarf. Sowohl die akute als auch die elektive stationäre Versorgung wird in Teil-, Voll- und Maximalversorgung abgestuft, um unterschiedliche Grade an Leistungsumfang, Komplexität und Spezialisierung abzubilden.

Diese Vereinfachung ist bewusst gewählt, um die komplexe Versorgungsrealität auf eine vergleichbare und analytisch handhabbare Struktur zu reduzieren. Sie ermöglicht es, Leistungsverchiebungen, Steuerungswirkungen und strukturelle Effekte zwischen den Versorgungsebenen transparent darzustellen. Das Modell dient als Analyse- und Vergleichsrahmen und nicht als Abbildung der vollständigen Versorgungswirklichkeit oder als Grundlage für konkrete Planungsentscheidungen.

Zur Bewertung möglicher Versorgungsstrategien wurden drei Versorgungsszenarien entwickelt, die unterschiedliche Systemlogiken und Steuerungsansätze abbilden. Ziel dieser konzeptiven Szenariendarstellung ist es, Handlungsoptionen für ein leistungsfähiges, nachhaltiges und solidarisches Gesundheitssystem zu umreißen und deren Wirkungen vergleichbar und abschätzbar zu machen. Die Szenarien spannen dabei einen weiten Korridor auf – von der schrittweisen Optimierung bestehender Strukturen über eine strukturierende Neuordnung zentraler Versorgungsfunktionen bis hin zu einer fundamentalen Neugestaltung mit geringer Bindung an den Status quo. Ziel ist es unterschiedliche Versorgungsstrategien herauszuarbeiten und ihre Konsequenzen anhand von ausgewählten Indikatoren zu Versorgungsstrukturen, Personalressourcen und Gesundheitsausgaben zumindest grob abschätzen zu können. Den drei entwickelten Szenarien wurde auch ein Referenzszenario 0 „Inaktivität“ gegenübergestellt.

Tabelle 3: Grundlogik der Versorgungsszenarien

Dimension	Szenario 0 „Inaktivität“	Szenario 1 „Status Quo +“	Szenario 2 „Stufenverschiebung“	Szenario 3 „Grüne Wiese“
Reformtiefe		inkrementell	strukturell	umfassend
Ausgangspunkt		bestehende Strukturen	bestehende Standorte, neue Funktionslogik	Neudesign kaum Restriktionen
Steuerungsansatz		Angebotsoptimierung	Versorgungssteuerung	planerische Gesamtsteuerung
Primärversorgung		gestärkt, inkl. Lotsenfunktion	gestärkt, zentral, steuernd	gestärkt, zentral, steuernd
Fachversorgung		Ist-Strukturen, VGF-Förderung, freiwillige Bündelung	überwiegend VGF, ambulante Zentren, klare Versorgungsaufträge	nur in Zentren, neu geplant, KA-integriert
Krankenhäuser		funktional optimiert	reduziert und funktional differenziert	neu geplant und konzentriert
Digitale Versorgung		unterstützend, Zugang und Entlastung	steuernd, Substitution und Effizienz	systemkonstitutiv, voll integriert

Keinerlei weitere Reform- oder Entwicklungsschritte

Darstellung: GÖG

Im (Referenz)-Szenario 0 „Inaktivität“ werden keine weiteren Reform- oder Weiterentwicklungsschritte im System gesetzt oder berücksichtigt. Die daraus folgende Grundannahme des Szenarios: Der demografische Druck einer immer älter werdenden Bevölkerung mit steigenden Versorgungsbedarfen entfaltet sich vollständig und erhöht die Strukturbedarfe im System.

Das Szenario 1 „Status Quo +“ beschreibt eine inkrementelle Weiterentwicklung des bestehenden Gesundheitssystems mit dem Ziel, Zugänglichkeit, Qualität und Effizienz schrittweise und regional zu verbessern, ohne grundlegende Strukturveränderungen vorzunehmen. Im Zentrum stehen Entwicklungs- und Reformschritte, die derzeit insbesondere im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit geplant oder bereits in Umsetzung sind, vor allem die Stärkung der Primärversorgung, der Ausbau digitaler Angebote sowie eine funktionale Optimierung der bestehenden Versorgungsstrukturen, wobei die bisherige Systemlogik weitgehend erhalten bleibt.

Das Szenario 2 „Stufenverschiebung“ beschreibt eine strukturierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems mit dem Ziel, Versorgung wirksamer zu steuern, Ressourcen zu bündeln und die Systembelastung höherrangiger Versorgungsstufen nachhaltig zu senken. Im Zentrum stehen eine klare funktionale Gliederung der ambulanten und stationären Versorgung und damit einhergehend eine neue Definition der Versorgungsrolle von Teilversorger-Krankenanstalten sowie eine stärkere Rolle der Primärversorgung als steuernde Instanz.

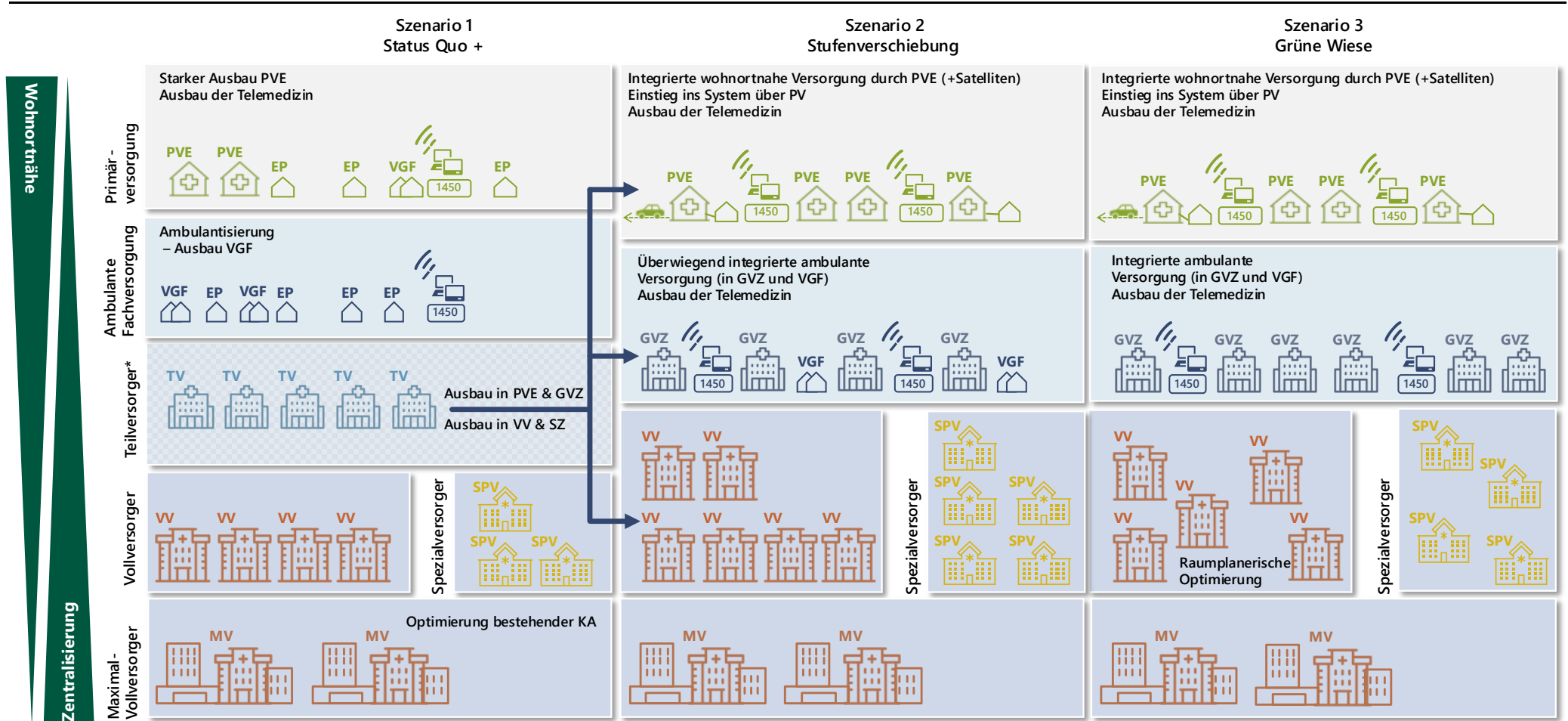
Das Szenario 3 „Grüne Wiese“ beschreibt eine umfassende Neugestaltung des Gesundheitssystems, ohne Bindung an bestehende Strukturen oder Standortlogiken. Im Zentrum steht eine systemische Gesamtplanung aller Versorgungsstufen, mit stark integrierter Primär-, Fach- und intramuraler Versorgung, um langfristig maximale Effizienz, Qualität und Resilienz zu erreichen.

Tabelle 4: Szenarien Überblick

Szenario 0 Inaktivität	Szenario 1 Status Quo +	Szenario 2 Stufenverschiebung	Szenario 3 Grüne Wiese
Referenzszenario:	<b>Primärversorgung:</b> moderater PVE-Ausbau · freiwillige Lotsenfunktion	<b>Primärversorgung:</b> Einstieg ins System über PV Skill- und Grade-Mix	<b>Primärversorgung:</b> Einstieg ins System über PV Skill- und Grade-Mix
Keinerlei weitere Reform- oder Entwicklungsschritte	<b>Ambulante Fachversorgung:</b> Ist-Strukturen · Förderung VGF punktuelle Bündelung	<b>Ambulante Fachversorgung:</b> Bündelung in VGF/GVZ · One-Stop-Shop Übernahme spitalsambulanter Leistungen	<b>Ambulante Fachversorgung:</b> ausschließlich GVZ / KA-Ambulanzen · hochintegriert keine Einzelordinationen
Vollständige und ungebremste Wirkung demografischer Entwicklungen auf das Gesundheitsversorgungssystem	<b>Intramural:</b> Standortstruktur bleibt · funktionale Differenzierung mehr Ambulantisierung	<b>Intramural:</b> Transformation Teilversorger · Zentralisierung komplexer Leistungen klare Versorgungsaufträge	<b>Intramural:</b> komplett neu geplant optimiert stark zentralisiert

Darstellung: GÖG

Abbildung 6: Versorgungsstrukturen 2040 - Szenarienvergleich



\* Teilversorger nur bis Szenario 1

Eigene Darstellung

## 2.1 Szenario: Status Quo +

Die Primärversorgung wird durch den Ausbau von Primärversorgungszentren und teambasierter Versorgung gemäß der bestehenden Dynamik gestärkt. Einzelordinationen sind weiterhin die zahlenmäßig häufigste Organisationsform in der Primärversorgung. Es gibt keine systematische Patientenlenkung. Die Primärversorgung übernimmt zum Teil erweiterte Versorgungsaufgaben wie:

- längere Öffnungszeiten
- vermehrte Hausbesuche bei nicht mobilen Patientinnen und Patienten
- vermehrte Versorgung in Pflegeeinrichtungen
- vermehrt abschließende Behandlungen, insbesondere bei der Versorgung von chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten
- verstärkte, freiwillige Lotsen- und Koordinationsfunktion
- verstärkte Wahrnehmung von Präventionsaufgaben

Ergänzend erfolgt die stärkere Einbindung anderer Gesundheits- und Sozialberufe im Rahmen eines Skill- und Grade-Mix und dadurch eine Annäherung an eine One-Stop-Shop Leistungserbringung. Aufgrund des höheren Integrationsgrades bzw. der teambasierten Versorgungsansätze in PVE kommt es zu Reduktionen von Patientenwegen und zu reduzierten Koordinationsaufwänden für Patientinnen und Patienten. Zusätzlich werden Ärztinnen und Ärzte von Versorgungsaufgaben entlastet, die von anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden können.

Ein nicht direkt mit der Patientenversorgung zusammenhängender, aber ein dennoch wesentlicher Punkt für die nachhaltige Sicherstellung von Versorgungsangeboten: Primärversorgungseinheiten bieten klare strukturelle Vorteile, insbesondere im Hinblick auf die Gewinnung und Bindung von Personal. Die erweiterte Möglichkeit zur Anstellung von Ärztinnen und Ärzten erhöht die Attraktivität der Primärversorgung deutlich, da sie planbare Arbeitszeiten, teamorientiertes Arbeiten und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ermöglicht. Dadurch können neue ärztliche Kohorten für die Primärversorgung gewonnen werden, die für klassische Einzelordinationen nicht im gleichen Ausmaß erreichbar sind. Gleichzeitig schaffen PVE durch ihre organisationale Größe eine höhere Flexibilität im Personaleinsatz und in der Aufgabenverteilung mehr Möglichkeiten, nichtärztliches Gesundheitspersonal gezielt einzubinden, wobei deren kürzere Ausbildungs- und Qualifizierungszyklen eine raschere Anpassung an wachsende oder sich ändernde Versorgungsbedarfe erlauben. Insgesamt stärken PVE damit die personelle Basis der Primärversorgung und erhöhen ihre langfristige Leistungs- und Zukunftsfähigkeit.

Realistischerweise hängt die Realisierung bzw. der Grad der Umsetzbarkeit einiger der oben genannten Versorgungsaufgaben unmittelbar mit der höheren organisatorischen Tragfähigkeit von Primärversorgungseinheiten bzw. Primärversorgungszentren zusammen. Es ist daher erwartbar, dass es in der Ausgestaltung des Versorgungssystems zu regionalen Differenzierungen kommen wird, abhängig von der strukturellen Basis der regionalen Leistungserbringer.

Digitale Angebote stellen ein übergreifendes unterstützendes Element für alle Versorgungsbereiche dar. Eine zentrale Rolle spielt die telefonische Gesundheitsberatung 1450 als flächendeckender, rund um die Uhr erreichbarer Erstkontaktpunkt mit Beratung, Triage, Weiterleitung, Tele- und Videokonsultation sowie virtueller Krankenbehandlung im Akutfall. Zusätzlich werden

Telemedizin, Telekonsile und digital unterstützte evidenzbasierte Behandlungspfade ausgebaut. Ziel ist eine verbesserte Zugänglichkeit, eine Reduktion unnötiger physischer Kontakte und eine Entlastung nachgelagerter Versorgungsebenen.

Die ambulante Fachversorgung bleibt in ihrer Grundstruktur erhalten, wird jedoch organisatorisch weiterentwickelt. Durch die Förderung von Vergemeinschaftungsformen (VGF) im fachärztlichen Bereich wird es möglich, Leistungen zu bündeln, entitätsspezifische Behandlungspfade im One-Stop-Shop-Prinzip zusammenzufassen oder auch erweiterte Öffnungszeiten zu ermöglichen. Die Rekrutierung von medizinischem Personal wird einfacher, da mehrere Arbeitsmodelle möglich werden. Insgesamt kommt es in Gebieten, deren Versorgung von VGF abgedeckt wird, zu reduzierten Schnittstellen, teils einfacheren Versorgungspfaden und dadurch reduzierten Wegzeiten für Patientinnen und Patienten. Erweiterte Öffnungszeiten führen zu einer Reduktion von Zugangshürden, etwa auch für Patientenkohorten, die im Berufs- oder Familienleben stehen, und zu reduzierten Wartezeiten. Eine systematische Entlastung von Spitalsambulanzen (v. a. Terminambulanzen) ist möglich, wenn eine schnittstellenübergreifende Kooperation und Abstimmung zwischen intra- und extramuralen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) gegeben ist bzw. wenn VGF zielgerichtet geplant und mit auf die Akutkrankenanstalten abgestimmten Versorgungsaufträgen ausgestattet werden.

Ähnlich wie bei PVE wirken sich die strukturellen Vorteile größerer Versorgungseinheiten positiv auf die Gewinnung und Bindung von Ärztinnen und Ärzten im Sachleistungsbereich aus. Auch in der Fachversorgung sind aufgrund der sich entwickelnden unterschiedlichen Organisationsstrukturen unterschiedliche regionale Entwicklungspfade zu erwarten.

Die intramurale Versorgung entwickelt sich durch funktionale Differenzierung der Organisationsstrukturen innerhalb der Akutkrankenanstalten weiter. Gleichzeitig wird auf gesteigerte Kooperation zwischen den Akutkrankenanstalten (ggf. zwischen Akutkrankenanstalten und fachärztlichen VGF) und klarer ausdefinierte Versorgungsaufträge für einzelne Krankenanstaltenstandorte gesetzt. Die Standortstruktur bleibt weitgehend unverändert, Mehrstandort-Krankenanstalten (als Zusammenschlüsse bestehender Krankenanstalten) werden häufiger. Die Differenzierung von Organisationsstrukturen findet vor allem im Hinblick auf folgende Dimensionen statt:

- Tagesbehandlungsfall vs. stationärer Fall
- Elektivfall vs. Akutfall
- Fall in medizinischer Akutphase vs. Fall in Post-Akutphase
- medizinisch einfacher Fall vs. medizinisch komplexer Fall
- häufiger Fall vs. seltener Fall

Durch die Ausdifferenzierung von spezifischen Organisations- und Betriebsformen sowie die Vergabe von Versorgungsaufträgen wird eine effizientere Leistungserbringung ermöglicht. Komplexe und seltene Leistungen werden stärker zentralisiert, häufige planbare Leistungserbringungen stärker gebündelt. Akute und elektive Versorgungsanteile werden in Aufbau- und Ablauforganisationen klarer getrennt und dadurch optimierte Versorgungsprozesse ermöglicht.

Der Ausbau ambulanter und tagesklinischer Leistungen sowie die bedarfsorientierte Redimensionierung stationärer Kapazitäten (einschließlich Kurzaufenthalten, sofern medizinisch indiziert) erfordern eine konsequente Prozess- und Ablaufgestaltung, um Personalressourcen effizient einzusetzen. Die organisatorische und – soweit möglich – bauliche Separierung oder Trennung von

Tagesbehandlungen und stationären Fällen unterstützt hierfür stabile Prozesse und erhöht, bei ausreichender Fallzahl, die Effizienz des Personaleinsatzes.

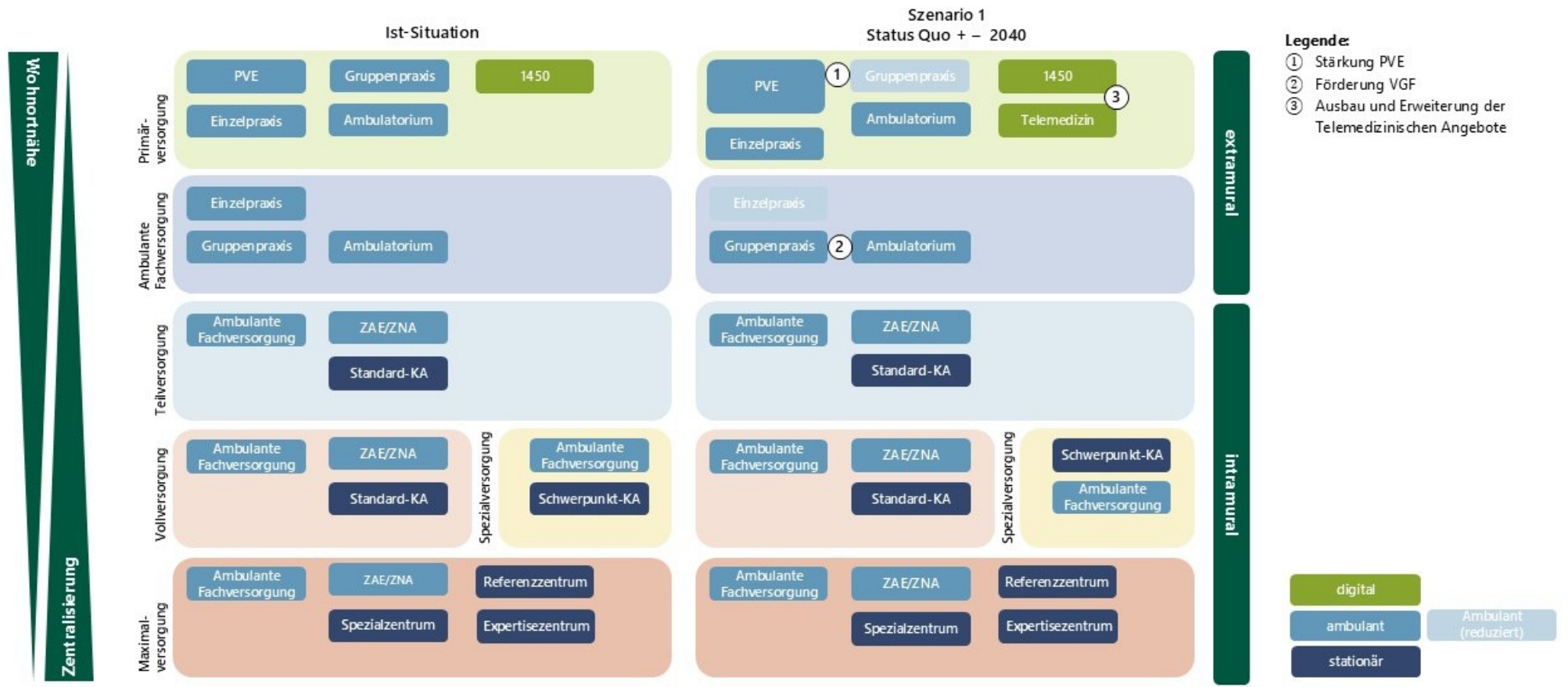
Die stärkere Ausrichtung auf akutgeriatrische- und remobilisierende Versorgungs- und Organisationsformen ermöglicht bessere Patientenflüsse und führt zu weniger personellen Engpässen und Auslastungsschwankungen in Akutabteilungen und einer besseren Anpassung des Systems an zukünftige demografische Herausforderungen.

Die spitalsambulante Leistungserbringung wird weiter vorangetrieben und gleicht sich internationalen Standards an, durchschnittliche stationäre Verweildauern werden dadurch und weiterhin durch medizinisch-technische Fortschritte weiter reduziert.

Im Hinblick auf strukturelle Änderungen im Krankenanstaltenbereich ist in allen Szenarien ein kurz- bis mittelfristiger Investitionsbedarf zu beachten. Im Vergleich zwischen den Szenarien ist im Szenario Status Quo + durch die weitgehende Beibehaltung der Standortstrukturen der Krankenanstalten vom geringsten initialen Investitionsbedarf auszugehen. Mittel- bis langfristig ist jedoch mit höheren Betriebs- und Vorhaltekosten als in den weiteren Szenarien zu rechnen, da strukturelle Ineffizienzen nur begrenzt adressiert werden.

Insgesamt führt das Szenario Status Quo + durch die strukturellen Weiterentwicklungen vor allem in der Primärversorgung zu einer besseren Koordination der Versorgung und einer leichten Entlastung nachgelagerter Strukturen, bei gleichzeitig hoher Umsetzbarkeit. Die Steuerungsmöglichkeit bleibt begrenzt, da auf Systemelemente zur Versorgungskoordination verzichtet wird. Das Szenario führt verstärkt zu regionalen Differenzen, vor allem durch den ungleichmäßigen Ausbau von PVE/PVZ: Viele zentrale Verbesserungen (Teamversorgung, längere Öffnungszeiten, strukturierte Chronikerprogramme, konsequenter Skill- und Grade-Mix) sind organisatorisch deutlich leichter in PVE umzusetzen. Wo PVE rasch entstehen, verbessern sich Zugang und Koordination spürbar; wo der Ausbau stockt, bleibt die Versorgung kleinteiliger und die Koordinationslast für Patientinnen und Patienten höher. Doppelgleisigkeiten und Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren bestehen weiterhin.

Abbildung 7: Versorgungsstrukturen 2040: Szenario 1 – Status Quo +



Eigene Darstellung

## 2.2 Szenario: Stufenverschiebung

Die Primärversorgung wird zur zentralen Drehscheibe des Systems ausgebaut. Zusätzlich zum Szenario „Status Quo +“ kommt es zu folgenden weiteren Systemanpassungen:

Primärversorgungseinheiten, insbesondere Primärversorgungszentren, werden zur vorrangigen Organisationsform der Primärversorgung ausgebaut, ergänzt durch Satelliten-Praxen zur Abdeckung peripherer Gemeinden. Die verstärkt integrierte Leistungserbringung reduziert flächendeckend die Koordinationsaufwände für Patientinnen und Patienten, erhöht die Navigierbarkeit des Gesundheitssystems und stärkt damit in Relation die Health Literacy von Patientinnen und Patienten.

Die starke Ärztelastigkeit der Leistungserbringung wird durch die gezielte Weiterentwicklung und konsequente Nutzung eines differenzierten Skill- und Grade-Mix mit anderen Gesundheitsberufen reduziert. Kompetenzbereiche von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen werden erweitert und systematisch weiterentwickelt. Auf diese Weise werden ärztliche Ressourcen gezielt entlastet.

Systemelemente zur Patientensteuerung bzw. zur Förderung des Einstiegs ins System über die Primärversorgung und Erhöhung der Verbindlichkeit und Kontinuität in der Arzt- bzw. Anbieter-Patienten-Beziehung werden vollständig eingesetzt. Dadurch wird die Primärversorgung als verlässliche Erstanlaufstelle für Patientinnen und Patienten und als Lotsin durch das System etabliert, wodurch auch die Rate an abschließenden Behandlungen auf Primärversorgungsebene steigt. Nachgeordnete bzw. höhere Versorgungsstufen werden entlastet, unnötige Parallelkontakte und Doppelgleisigkeiten systematisch vermieden. Die gezielte Weiterleitung in die ambulante Fachversorgung und in den intramuralen Bereich erfolgt bedarfsorientiert und strukturiert, dies führt zu einer Reduktion von Wartezeiten in beiden Bereichen. Gleichzeitig schafft die Versorger-Patienten-Verbindung und die damit einhergehende klare Versorgungsverantwortung die Grundlage für erweiterte und differenzierte Vergütungsmodelle, einschließlich Value-Based-Healthcare-Ansätzen und qualitätsorientierter oder populationsbezogener Honorierungs- und Versorgungsmodelle. Das System kann stärker Richtung Versorgungsqualität, Gesundheit-soutcomes, Prävention und Effizienz ausgerichtet werden. Zusätzlich werden Patientinnen und Patienten von Koordinations- und Navigationsaufgaben entlastet, wovon insbesondere vulnerable Patientengruppen bzw. Patientinnen und Patienten mit chronischen Beschwerden bzw. multimorbide Patientenkohorten profitieren.

Dazu übernimmt die Primärversorgung zusätzliche Versorgungsaufgaben:

- Übernahme von hochfrequenten standardisierten, derzeit hauptsächlich fachärztlich erbrachten medizinischen Leistungen, die in der Primärversorgung sicher und qualitativ hochwertig erbracht werden können.
- Angebot einer 24/7 Akutversorgung ggf. auch im Rahmen von Bereitschaftsdiensten, Akutordinationen oder EVA.
- systematische Gesundheitsförderung und Prävention durch proaktive Ansprache eingeschriebener Patientinnen und Patienten.

Die ambulante Fachversorgung wird stärker konzentriert und organisiert als in Szenario 1. Fachärztliche Leistungen werden überwiegend in vergemeinschafteten Versorgungsformen bzw. Vergemeinschaftungsformen (VGF) unterschiedlicher Art und in größeren Gesundheitsversorgungszentren (GVZ) erbracht, wobei GVZ insbesondere auch Transformations- und Weiternutzungsmöglichkeiten für Teilversorger-Akutkrankenanstalten darstellen und damit die Vorhaltung von umfassenden, integrierten One-Stop-Shop-Versorgungsangeboten in Regionen ermöglichen, die nicht im direkten Umfeld einer Vollversorger-Akutkrankenanstalt lokalisiert sind. Die schon in Szenario 1 festgehaltenen Vorteile größerer ambulanter Organisationseinheiten (Leistungsbündelung, entitätsspezifische Behandlungspfade, One-Stop-Shop-Prinzip, reduzierte Patientenwege, verringerter Koordinationsaufwand für Patientinnen und Patienten usw.) werden in höherem Ausmaß und systematisch genutzt. Dadurch können Leistungen aus dem spitalsambulanten Bereich übertragen werden.

Durch den Ausbau von VGF und GVZ zu den zentralen Angebotsstrukturen wird es nahezu flächendeckend möglich, medizinische und präventive ambulante Leistungen der Fachversorgung zu bündeln und in integrierter und abgestimmter Form zu erbringen. Dadurch kommt es zu stark reduzierten Koordinationsanforderungen für Patientinnen und Patienten bzw. zu einer Reduktion der in Kauf zu nehmenden Wege und Wartezeiten. Erweiterte Öffnungszeiten ermöglichen auch Patientenkohorten mit begrenzteren Zeitressourcen, die im Arbeits- und Familienleben stehen eine bessere Integration ihrer medizinischen Versorgung in den Alltag. Insbesondere in GVZ können auch komplexere Leistungen, die etwa mehrstündige Nachbeobachtungsbedarfe erzeugen oder Funktionsbereiche wie Eingriffs- und Aufwachräume erfordern, erbracht werden. Dadurch kann etwa das Angebot auf ambulante Operationen ausgedehnt werden. Die hohe Versorgungswirksamkeit von GVZ erfordert die systematische Koordination und Kooperation mit anderen regionalen Gesundheitsanbietern, insbesondere bettenführenden Akutkrankenanstalten und PVE.

Wenn GVZ auch im Sinne einer Transformations- und Weiternutzungsstrategie für Akutkrankenanstaltenstandorte genutzt werden, führen sie zu einem regional ausgeglicheneren Versorgungsangebot und zur Vermeidung von Versorgungslücken, wobei im Verbund mit bestehenden Vollversorger-Krankenanstalten eine fast flächendeckende Erreichbarkeit von etwa 30 Minuten im Straßenindividualverkehr möglich ist. Abhängig von lokalen Versorgungsanforderungen können auch andere valide Transformations- und Weiternutzungsmodelle wie PVE, Spezialversorger, Kurzzeit- und Übergangspflegen, Alten- und Pflegeheime sowie Rehabilitationseinrichtungen, um nur einige zu nennen, geboten sein.

Im intramuralen Bereich erfolgt eine strukturelle Differenzierung des Krankenhausnetzes. Kleine Teilversorger werden in andere Versorgungsstrukturen integriert bzw. zu größeren Einheiten zusammengefasst und/oder nachgenutzt, während leistungsfähige Vollversorger gestärkt werden. Akute und elektive Leistungen werden organisatorisch getrennt, komplexe und seltene Leistungen konsequent zentralisiert. Die Planung erfolgt regions- und bundesländerübergreifend, um Qualität, Effizienz und Erreichbarkeit zu sichern.

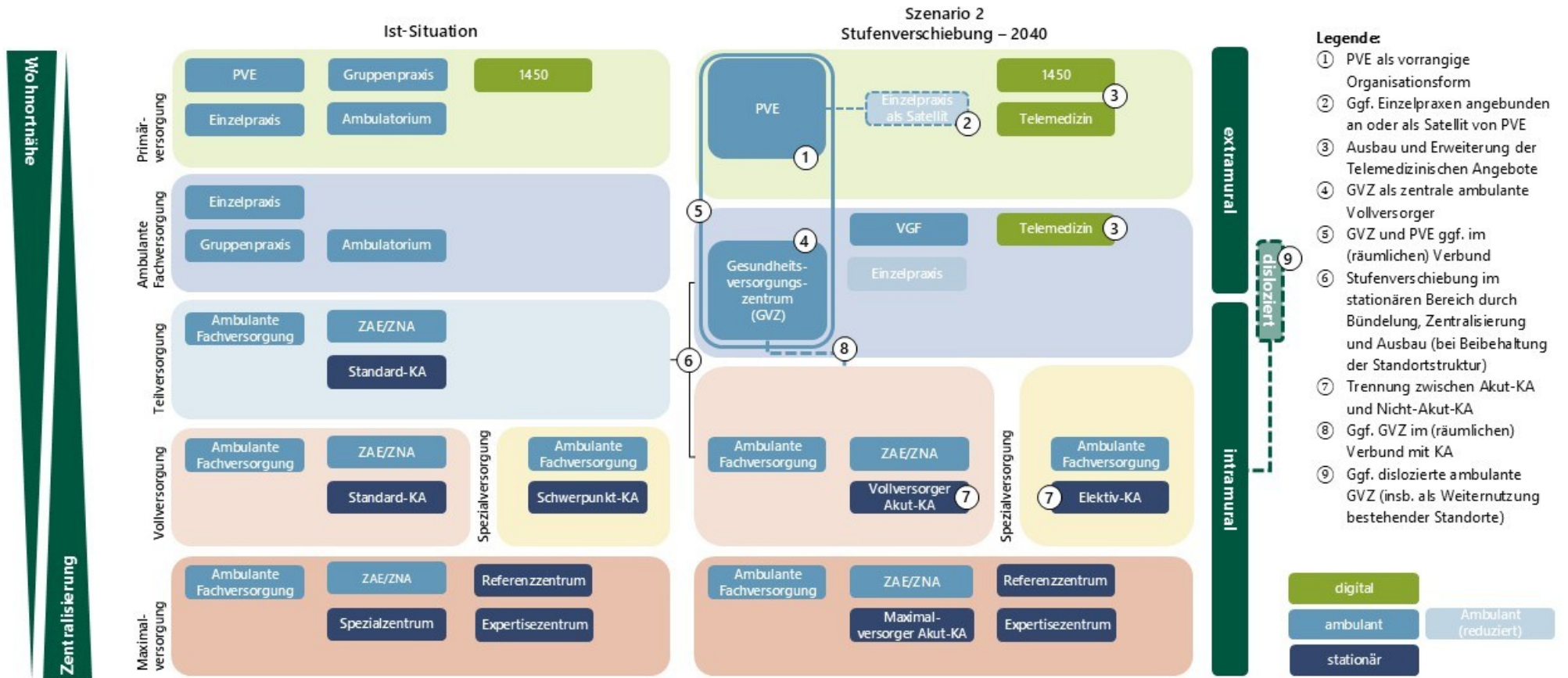
Im Szenario Stufenverschiebung ist kurz- bis mittelfristig mit erhöhten Investitionsbedarfen im Bereich der Krankenanstalten zu rechnen, da strukturelle Anpassungen erforderlich sind, um die veränderte Rollenverteilung in der stationären Versorgung abzubilden. Mittel- bis langfristig führen die bedarfsgerechter ausgerichteten Strukturen zu weniger Ersatz-, Erweiterungs- und Paral-

lelinvestitionen und verglichen mit den Szenarien 0 und 1 zu niedrigeren Betriebs- und Vorhaltekosten.

Über alle Versorgungsstufen hinweg ist die digitale Versorgung integraler Bestandteil der Versorgung und Patientensteuerung. Telemedizin, digitale Behandlungspfade und der Erstkontakt über 1450 unterstützen die Substitution physischer Kontakte, verbessern Orientierung und erleichtern die Koordination entlang der Versorgungskette.

Insgesamt zielt das Szenario Stufenverschiebung auf höhere Versorgungsqualität, bessere Personalverfügbarkeit, mehr Effizienz und größere Resilienz ab. Es ist deutlich effizienter als eine rein inkrementelle Weiterentwicklung, bleibt aber im Unterschied zu einer vollständigen Neuplanung größtenteils innerhalb bestehender Strukturen und verfügt damit über realistische Umsetzungsperspektiven.

Abbildung 8: Versorgungsstrukturen 2040: Szenario 2 – Stufenverschiebung



Eigene Darstellung

## 2.3 Szenario: Grüne Wiese

Wie schon im Szenario 2 übernimmt auch im Szenario 3 die Primärversorgung eine zentrale steuernde Rolle. Zusätzlich zum Szenario 2 kommt es zu folgenden weiteren Systemanpassungen:

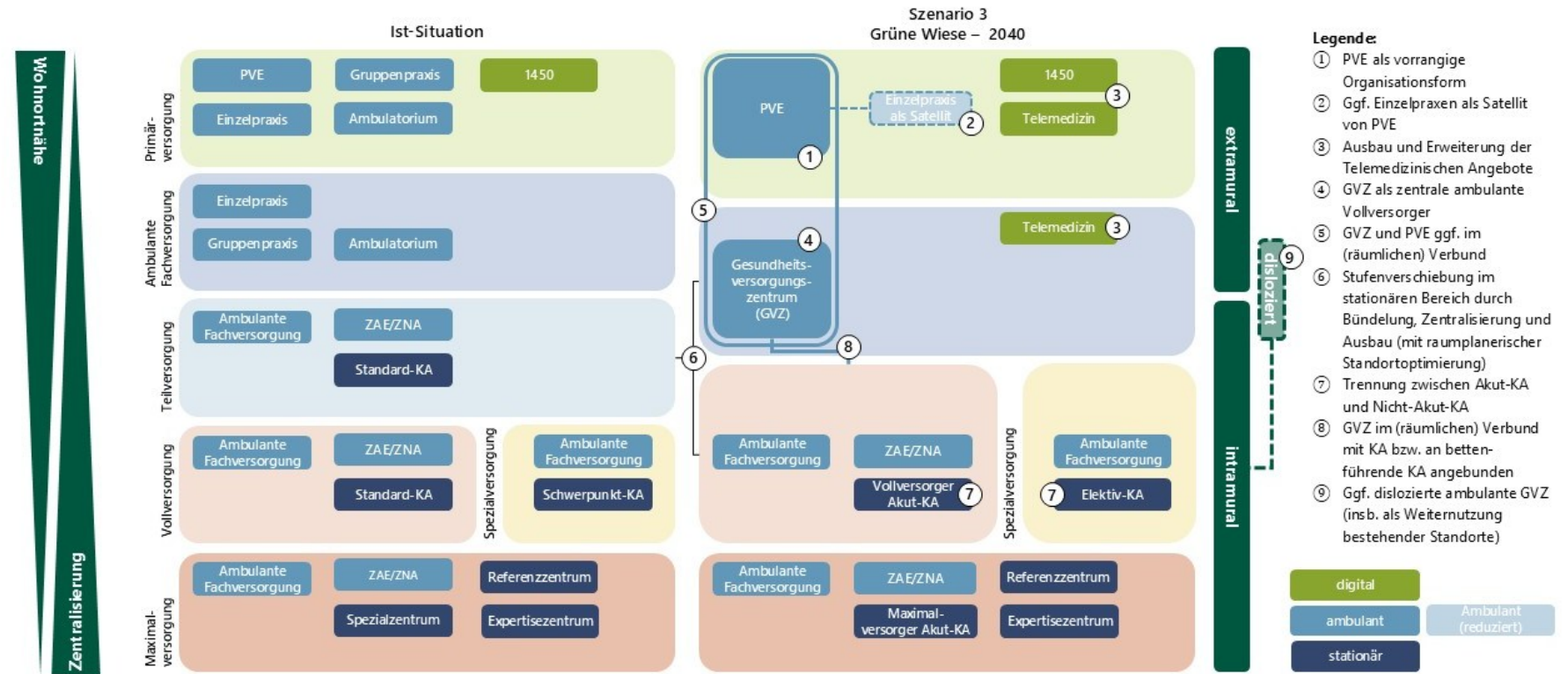
Die ambulante Fachversorgung wird im Szenario „Grüne Wiese“ ausschließlich in GVZ bzw. in Vollversorger-Spitalsambulanzen erbracht. Die ambulante Fachversorgung ist dabei im regionalen Kontext funktional und organisatorisch eng mit der stationären Versorgung verzahnt bzw. abgestimmt und vorzugsweise in gleicher Trägerschaft. Die fachärztliche Leistungserbringung ist stark integriert und gebündelt mit eindeutigen Versorgungsaufträgen. Dadurch werden die Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich systematisch minimiert. Ambulantes Operieren und die Erbringung auch hochspezialisierter ambulanter Leistungen sowohl in klassischen Spitalsambulanzen als auch in dislozierten Spitalsambulanzen bzw. GVZ sind integraler Bestandteil dieses Ansatzes.

Die intramurale Versorgung wird vollständig neu geplant. Das österreichische Spitalsnetz basiert auf raumplanerisch optimiert verteilten leistungsfähigen Akutkrankenhäusern. Komplexe und seltene Leistungen werden konsequent zentralisiert, während Akut- und Elektivleistungen klar getrennt organisiert sind. Planung und Steuerung erfolgen losgelöst von administrativen Grenzen, mit Fokus auf Versorgungsqualität, Personalverfügbarkeit und Erreichbarkeit.

Durch die umfassendsten Standortanpassungen ist für Szenario Grüne Wiese von höherem kurz- und mittelfristigen Investitionsbedarf für umfassende strukturelle Adaptionen auszugehen. Durch die optimierte Standortgestaltung und -organisation steht dieser initiale Investitionsbedarf jedoch langfristig noch stärker reduzierten Betriebs- und Vorhaltekosten gegenüber.

Insgesamt stellt das Szenario „Grüne Wiese“ ein langfristiges Zielbild einer hoch effizienten, qualitätsgesicherten und resilienten Gesundheitsversorgung dar. Es zeigt auf, wie ein Versorgungssystem ohne bestehende Restriktionen optimal gestaltet werden könnte, ist jedoch aufgrund der erforderlichen strukturellen Eingriffe und Investitionen mit wesentlichen Transitionsrisiken behaftet. Die raumplanerische Umsetzung des Szenarios weist darauf hin, dass die räumliche Verteilung der österreichischen Vollversorger zu großen Teilen bereits im Bestand überwiegend effizient ist und sich häufig einem planerisch optimierten Ergebnis annähert.

Abbildung 9: Versorgungsstrukturen 2040: Szenario 3 – Grüne Wiese



Eigene Darstellung

### 3 Indikatoren

Zur vergleichenden Bewertung der entwickelten Versorgungsszenarien zum Planungshorizont 2040 werden im folgenden Kapitel ausgewählte Indikatoren herangezogen. Das Indikatorenset wurde im Rahmen der Projektarbeiten abgestimmt und macht zentrale Grundgrößen der Szenarien – insbesondere im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, Zugänglichkeit, Personalressourcen und Kapazitäten – vergleichbar.

Einleitend ist festzuhalten, dass die in Kapitel 3 (vgl. Tabelle 5) und Kapitel 4 angeführten Werte als modellhafte Grobabschätzungen zu interpretieren sind. Sie beruhen auf vereinfachten Annahmen, Hochrechnungen sowie auf quantifizierten bzw. quantifizierbaren Effekten und modellhaft abgeleiteten Effizienzpotenzialen. Entsprechend bilden sie vor allem Tendenzen, Größenordnungen und relative Wirkungsrichtungen ab und stellen keine punktgenauen Prognosen dar.

Abschätzungen zu den mit den einzelnen Versorgungsszenarien in Verbindung stehenden Ausgaben und Kosten sind im Kapitel 4 angeführt.

Tabelle 5: Indikatorenmatrix

		Ist-Stand	Szenario 0 Inaktivität	Szenario 1 Status-Quo +	Szenario 2 Stufenver- schiebung	Szenario 3 Grüne Wiese
1. Primär- versor- gung	1.1. Ärztinnen/Ärzte (Vollzeitäquivalente) in der Primärversor- gung	4.000 (2022/23)	~4.550	~4.500	~4.750	~4.750
	1.2 Anzahl Primärversorgungseinheiten (PVE) <sup>1</sup>	120 (2026)	~120	~300	~600 - 900	~600 - 900
	1.3 Einwohner:innen im 15-Autominuten-Einzugsgebiet einer PVE <sup>1</sup>	52,3 % <sup>3</sup> (2026)	53,3 % <sup>3</sup>	88 % <sup>3</sup>	90-95 % <sup>3</sup>	90-95 % <sup>3</sup>
2. Fach- versor- gung	2.1 Fachärztinnen/-ärzte (Vollzeitäquivalente) in der Fachver- sorgung	3.290 (2022/23)	~3.550	~3.800	~3.450	~3.450 <sup>2</sup>
	2.2 Anzahl Gesundheitsversorgungszentren-Standortgemein- den	-	-	-	~75	~100
	2.3 Einwohner:innen im 30-Autominuten-Einzugsgebiet eines Gesundheitsversorgungszentrums	-	-	-	~90 %	~95 %
3. Akut- kranken- anstalten	3.1 Anzahl Teilversorger	61 (zzgl. 38 SPV)	61 ( zzgl. 38 SPV)	45 - 50 (zzgl. 30 - 35 SPV)	- (zzgl. 40 - 45 SPV)	- (zzgl. 25 - 30 SPV)
	3.2 Anzahl Vollversorger	41 zzgl. 5 MV	41 zzgl. 5 MV	40 - 45 zzgl. 5 MV	40 - 45 zzgl. 5 MV	35 - 40 zzgl. 5 MV
	3.3 Betten in Akutkrankenanstalten (FKA, UKH)	40.054 (2024)	~47.000	~42.550	~38.950	~38.600
	3.4 Ärztinnen/Ärzte (Vollzeitäquivalente) in Akutkrankenan- stalten (FKA)	21.470 (2024)	~24.550	~24.150	~22.400	~22.400
	3.5 Einwohner:innen im 45-Autominuten-Einzugsgebiet - Vollversorger	~95 %	~95 %	~95 %	~95 %	~93 %

Hinweis: Aufgrund gerundeter Werte sind leichte Unterschiede zu den Detailwerten im Bericht möglich

<sup>1</sup> PVE-Erreichbarkeiten (%-Anteil der Bevölkerung): Anzahl der benötigten PVE je Standortgemeinde von Einwohnerzahl im EZG abhängig

<sup>2</sup> Keine klare Unterscheidung in der extramuralen und intramuralen Fachversorgung (Sektor 2 und 3) möglich

<sup>3</sup> Abschätzung des durch PVE versorgten %-Anteils der Bevölkerung. Unter der Annahme von durchschnittlich 9.000 versorgten EW pro PVE und ca. 9,4 MIO EW 2040 beträgt der %-Anteil im Szenario 0 und im Ist-Stand ca. 11%-12% im Szenario1 ca. 28%-29%. Ab Szenario 2 beträgt er 100%.

Darstellung: GÖG

## 3.1 Beschreibung der Indikatoren

### Indikator 1.1 - Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung

Der Indikator 1.1 basiert auf der Anzahl der in der Primärversorgung tätigen niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen. Als Ausgangsbasis werden die Ist-Stand-Angaben der Planstellen (der ÖGK) gemäß aktuell geltender Regionaler Strukturpläne Gesundheit (RSG 2030) herangezogen. Zur Abbildung des gesamten extramuralen Bereichs werden zusätzlich die ärztlich-ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) aus selbstständigen Ambulatorien mit Kassenvertrag sowie aus eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung (Basisjahr 2022/23) einbezogen.

Im Szenario 0 erfolgt eine demografische Hochrechnung der Ausgangsbasis anhand der fachspezifischen Inanspruchnahme nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen. Für das Szenario 1 werden ergänzend die Planungsvorgaben der RSG mit Planungshorizont 2030 herangezogen und bis ins Jahr 2040 gemäß Demografie und anhand der fachspezifischen Inanspruchnahme nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen hochgerechnet. In den Szenarien 2 und 3 werden zusätzlich Leistungsverschiebungen und Effizienzsteigerungen in die Berechnung miteinbezogen. Die Übernahme der 24/7-Versorgungsfunktion in Bezirken ohne Vollversorger wird ebenfalls berücksichtigt.

### Indikator 1.2 – Anzahl der Primärversorgungseinheiten

Der Indikator 1.2 basiert auf der Anzahl der Standortgemeinden, in denen PVE bereits per Stand Frühjahr 2026 eingerichtet sind bzw. pro futuro bis 2040 vorzusehen wären. In der Regel sollen diese PVE als PVZ eingerichtet werden, die in dünn besiedelten (oftmals zentralalpinen) bzw. peripheren Regionen durch „PVE-Satelliten“ im Sinne von Filialstandorten zur Herstellung einer flächendeckenden Primärversorgung ergänzt werden können. Die Anzahl der empfohlenen PVE-Standortgemeinden unterscheidet sich von der Anzahl der PVE selbst, zumal einwohnerreiche PVE-Standortgemeinden (z. B. Wiener Gemeindebezirke) in der Regel durch mehrere PVE zu versorgen sein werden.

Im Szenario 0 wird von der theoretischen Annahme einer gegenüber dem Ist-Stand im Frühjahr 2026 unveränderten Standortverteilung der PVE ausgegangen. Im Szenario 1 wird angenommen, dass die Anzahl der PVE bundesweit etwa in jenem Umfang erhöht wird, der derzeit in Summe in den neun aktuellen RSG vorgesehen ist; die regionale Verteilung der PVE-Standorte wird – nach Fixierung der bereits bestehenden PVE-Standortgemeinden – nach dem Optimierungskriterium „Minimierung der einwohnergewichteten Reisezeit-Distanzen“ konzipiert. Dies gewährleistet eine optimale Erreichbarkeit und Flächendeckung in Abhängigkeit von der Bevölkerungsverteilung und vom Straßenverkehrsnetz.

In den Szenarien 2 und 3 wird die Anzahl der PVE-Standortgemeinden bzw. der PVE-Satelliten weiter bis zu jenem Umfang erhöht, der eine Erreichbarkeit der jeweils nächstgelegenen PVE-Standortgemeinde innerhalb von 15 Fahrzeit-Minuten im Straßenverkehr für bis zu 95 Prozent der Wohnbevölkerung gewährleistet.

### **Indikator 1.3 – Einwohner:innen im 15-Autominuten-Einzugsgebiet einer Primärversorgungseinheit**

Der Indikator 1.3 bildet den Anteil der Einwohner:innen im Bundesgebiet ab, der in den verschiedenen Szenarien, die von der Wohngemeinde aus jeweils nächstgelegene PVE-Standortgemeinde innerhalb von 15 Fahrzeit-Minuten im Straßenverkehr erreichen kann.

Im Ist-Stand 2026 sowie im Szenario 0 liegen weite Teile des Bundesgebiets außerhalb dieser 15-Minuten-Isochrone, wobei nur etwas mehr als die Hälfte der Wohnbevölkerung mit einer gut erreichbaren PVE rechnen kann. Nach Umsetzung der in den RSG bis 2030 vorgesehenen Menge an PVE würde sich dieser Anteil gemäß Szenario 1 bereits auf knapp 90 Prozent erhöhen und bei Umsetzung einer weitgehend flächendeckenden Versorgung mit PVE gemäß der Szenarien 2 und 3 auf bis zu 95 Prozent.

### **Indikator 2.1 – Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Versorgung**

Der Indikator 2.1 basiert auf der Anzahl der in der fachärztlichen Versorgung tätigen niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte. Die Ausgangsbasis wird analog zu Indikator 1.1 für die Allgemeinmedizin auch für den fachärztlichen Bereich erhoben. Berücksichtigt werden alle allgemeinen fachärztlichen Fachgebiete (exklusive Zahnmedizin).

Für das Szenario 0 wird die Ausgangsbasis anhand der fachspezifischen Inanspruchnahme nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen demografisch hochgerechnet. Für Szenario 1 werden ergänzend die Planungsvorgaben der RSG – mit Planungshorizont 2030 – herangezogen und ab 2030 bis zum Jahr 2040 (dem Planungshorizont der gegenständlichen Analyse) gemäß Demografie und anhand der fachspezifischen Inanspruchnahme nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen hochgerechnet. In den Szenarien 2 und 3 wird zusätzlich eine Leistungsverschiebung in die Allgemeinmedizin berücksichtigt.

### **Indikator 2.2 – Anzahl der ambulanten Gesundheitsversorgungszentren**

Der Indikator basiert auf der Anzahl der Standortgemeinden, in denen in den Szenarien 2 und 3 für das Jahr 2040 ambulante Gesundheitsversorgungszentren (GVZ) vorgesehen sind (siehe dazu Kapitel 1.5).

Für Szenario 2 wurden die GVZ hauptsächlich entlang der bestehenden bzw. weiterentwickelten Versorgungslandschaft konzipiert. Insbesondere sollen Teilversorger, die nur über ein stark eingeschränktes stationäres Versorgungsangebot verfügen, aber hohes regionales Versorgungspotenzial haben, zu ambulanten Vollversorgern ausgebaut werden. Zudem sind GVZ in jenen regionalen Zentren vorgesehen, die bereits über ein umfangreiches fachärztliches Versorgungsangebot verfügen – dieses soll gesichert und gestärkt werden. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Vollversorger auch im Jahr 2040 weiterhin ambulante Versorgungsaufgaben übernehmen und dadurch auch als GVZ fungieren – ggf. auch organisatorisch/räumlich getrennt, um einen optimierten (überwiegend elektiven) ambulanten Betrieb zu ermöglichen.

Das Ziel von Szenario 3 ist es, eine flächendeckende und räumlich ausgewogene Versorgung durch GVZ sicherzustellen. Zur Ermittlung der Gesamtzahl der notwendigen Standorte, wurden

unterschiedliche Näherungen und gesundheitsplanerische Richtwerte herangezogen: die existierenden regionalen Zentren (im Sinne der Bezirkshauptstädte), die Einwohnerrichtwerte des ÖSG (i.d.g.F.), die Standorte der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte bzw. die Zahl der zentralen Orte, die bereits über ein umfangreicheres fachärztliches Versorgungspotenzial verfügen.

Die aus diesen Abschätzungen resultierenden rund 100 GVZ-Standorte wurden anschließend raumplanerisch optimiert verteilt. Dazu wurden zunächst die für Szenario 3 vorgesehenen VV-Standorte als vorgegeben angenommen. Zudem wurde in allen Bezirkshauptstädten ohne VV ein GVZ vorgesehen. Die restlichen Standorte wurden durch einen Algorithmus verteilt, der die Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr und Zentralität berücksichtigt.

### **Indikator 2.3 – Einwohner:innen im 30-Minuten-Einzugsgebiet eines Gesundheitsversorgungszentrums**

Gezählt wurden die Einwohner:innen jener Gemeinden, die innerhalb einer 30-Minuten-Erreichbarkeitsisochrone einer Standortgemeinde mit GVZ liegen. Grundlage bildet die Reisezeit im motorisierten Individualverkehr bzw. zwischen Standortgemeinden im öffentlichen Straßenverkehrsnetz unter idealtypischen Verkehrsbedingungen.

### **Indikator 3.1 und Indikator 3.2 – Anzahl der Krankenanstalten in der Vollversorgung und in der Teilversorgung**

Die Indikatoren 3.1 und 3.2 basieren auf der Anzahl der Standorte/KA des Typs Vollversorger im jeweiligen Szenario. Für den Ist-Stand und das Szenario 0 erfolgt die Zuordnung der KA (FKA und UKH), die im Jahr 2024 an der Versorgung beteiligt waren, gemäß den Definitionen im Glossar.

In Szenario 1 werden geplante Strukturanpassungen aus den RSG 2030 und – sofern vorhanden – aus weiteren Planungsdokumenten (z. B. Gesundheitsplan NÖ 2040+) berücksichtigt. Die Annahmen für die Szenarien 2 und 3 wurden nach mehreren Abstimmungsrunden zwischen den Planungsinstituten getroffen. Betrachtet wurde u.a. das Leistungsangebot am Standort, die Erreichbarkeit, regionale Gegebenheiten und die Bevölkerungsentwicklung im Einzugsgebiet. In den Blick genommen wurden auch potenzielle Transformations- und Weiternutzungsmöglichkeiten sowie mögliche neue Versorgungsaufgaben im jeweiligen Szenario. Bei Verlagerungen von Kapazitäten wurden diese entsprechend ihrer aktuellen Versorgungsfunktion in Richtung Voll- (Akutversorgung) oder Spezialversorger (spezialisierte Aufgaben, elektive Leistungen, Nachsorge) orientiert.

### **Indikator 3.3 – Betten in Akut-Krankenanstalten**

Indikator 3.3 basiert auf der Bettenanzahl in den Krankenanstalten. Umfasst sind dabei stationäre Kapazitäten ohne ambulante Betreuungsplätze. Die Ausgangsbasis bilden die 2024 tatsächlich aufgestellten Betten in Fondskrankenanstalten und Unfallkrankenhäusern gemäß Krankenanstal-

tenstatistik 2024.<sup>9</sup> Von der Zählung ausgeschlossen wurden Betten, die nicht primär der Akutversorgung zuordenbar sind, wie z. B. forensische Psychiatrie oder spezielle Angebote im Bereich der Suchtbehandlung.

Im Szenario 0 erfolgt eine demografische Hochrechnung der Ausgangsbasis 2024 unter Beibehaltung der durchschnittlichen Belagsdauern im Basisjahr 2024. In Szenario 1 wurde berücksichtigt, dass die RSG-Planungen in Summe nur etwa 50 Prozent der rein demografisch erwartbaren Bettenanstiege bis 2030 tatsächlich realisieren. Diese erwarteten Effizienzgewinne wurden bis 2040 fortgeschrieben. Weiters werden in Szenario 1 potenziell vermeidbare Aufenthalte in KA (in Szenario 1 wird eine mögliche Reduktion i. d. H. v. bis zu 2,0 Prozent der Aufenthalte angenommen) und erwartete Effizienzsteigerungen durch die Verlagerung von Kapazitäten von den Teilversorgern in Richtung der Vollversorger und Spezialversorger berücksichtigt. In Szenario 2 und 3 werden aufgrund des breiteren Ausbaus der Primärversorgung und der strukturellen Vorteile der VGF und GVZ der Fachversorgung weitergehende Reduktionen von vermeidbaren Aufenthalten einkalkuliert (Reduktionspotenziale von bis zu 6,1 Prozent bzw. 7,1 Prozent der stationären Aufenthalte). Ebenso wird aufgrund eines Effizienzgewinns durch Verschiebung der Kapazitäten von den Teilversorgern zu den Vollversorgern und Spezialversorgern eine mögliche Reduktion von etwa 2.000 Betten berücksichtigt.

#### **Indikator 3.4 – Ärztinnen und Ärzte in Akut-Krankenanstalten**

Indikator 3.4 stellt die Anzahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente in den Krankenanstalten dar. Ausgangsbasis bilden die VZÄ 2024 in Fondskrankenanstalten gemäß Krankenanstaltenstatistik 2024.<sup>10</sup> Bei der Zählung ausgeschlossen wurden VZÄ aus Abteilungen, die nicht primär der Akutversorgung zuordenbar sind, wie z. B. forensische Psychiatrie oder spezielle Angebote im Bereich der Suchtbehandlung.

Im Szenario 0 erfolgt eine Hochrechnung der VZÄ 2024 basierend auf der historischen Entwicklung der VZÄ unter zusätzlicher Berücksichtigung des demografischen Drucks (anhand der alters- und geschlechtsstandardisierten Entwicklung der Aufenthalte des Basisjahres 2024). In Szenario 1 wird eine potenzielle Reduktion aufgrund der vermeidbaren Aufenthalte von bis zu 420 VZÄ erwartet. Diese mögliche Reduktion erhöht sich im Szenario 2 auf bis zu 1.400 VZÄ. Zusätzlich zu den vermeidbaren Aufenthalten werden ab Szenario 2 die möglichen Auslagerungen von spitalsambulanten Leistungen sowie eine mögliche Effizienzsteigerung durch die Verlagerung von den Teilversorgern zu den Voll- und Spezialversorgern berücksichtigt.

#### **Indikator 3.5 – Einwohner:innen im 45-Minuten-Einzugsgebiet eines Vollversorgers**

Vgl. Beschreibungen zur Anzahl und Verortung der Standorte der Voll- und Teilversorger im Kapitel 0. Gezählt wurden die Einwohner:innen jener Gemeinden, die innerhalb einer 45-Minuten-Erreichbarkeitsisochrone einer Standortgemeinde mit Vollversorger-Krankenanstalt liegen. Grundlage bildet die Reisezeit im motorisierten Individualverkehr bzw. zwischen Standortgemeinden im öffentlichen Straßenverkehrsnetz unter idealtypischen Verkehrsbedingungen.

---

<sup>9</sup> Quelle: BMASGPK

<sup>10</sup> Quelle: BMASGPK

## 3.2 Exkurs: Tourismus

Österreich ist als „Tourismusion“ in vielen Regionen mit einem durch den Fremdenverkehr bedingt erhöhten Versorgungsbedarf mit saisonalen Schwankungen dieses Zusatzbedarfs (insbesondere in Form von Belastungsspitzen in der Wintersaison, v. a. im Westen) konfrontiert. Unter der (theoretischen) Annahme, dass 365 Gästenächtigungen in den jeweiligen „Aufenthaltsgemeinden“ jenen Gesundheitsversorgungsbedarf induzieren, der im Jahresschnitt durch eine Person der österreichischen Wohnbevölkerung entsteht, ergibt sich aus der Fremdenverkehrsstatistik von Statistik Austria ein (ebenso theoretischer) Mehrbedarf im Ausmaß von + 4,6 Prozent. Dabei induzieren Gästenächtigungen aus dem Ausland einen tatsächlichen Mehrbedarf, Gästenächtigungen aus dem Inland hingegen eher eine temporäre regionale Verlagerung des Bettenbedarfs von der Wohnregion in die touristisch frequentierte Region.

Dieser Mehrbedarf in den „Aufenthaltsgemeinden“ ist allerdings regional ungleich verteilt – mit Spitzenwerten v. a. in den Wintertourismusgebieten im Westen (Kärnten +6,5 %, Salzburg +15,2 %, Tirol +17,4 %, Vorarlberg + 6,1 %; in den anderen Bundesländern < 3,5 %). Die Abschätzung des tatsächlichen tourismusinduzierten Zusatzbedarfs in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems ist methodisch komplex, zumal die Inanspruchnahme durch in-/ausländische Gastpatientinnen und -patienten oft, aber nicht immer tourismusinduziert ist. Belastbare Schätzungen sind daher nur für den durch ausländische Gastpatientinnen und -patienten induzierten Akutbetten-Mehrbedarf zu ermitteln (rund 400 Betten bei einer angenommenen Betten-Sollauslastung von 85 Prozent; primär relevante Fachrichtungen Intensivmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Orthopädie und Traumatologie bzw. Unfallchirurgie).

Aus diesen Gründen werden auch heute schon regionale Detailanalysen bzw. Detailplanungen im Rahmen von RSG durchgeführt, um den „tourismusinduzierten Mehrbedarf“ an Kapazitäten in Differenzierung nach Versorgungssektoren, Fachrichtungen und Regionen im Detail abzuschätzen und in den RSG-Planungen entsprechend zu berücksichtigen.

## 4 Ökonomische Beurteilung der verschiedenen Szenarien

Als Grundlage für die ökonomische Bewertung der verschiedenen Szenarien werden approximativ Kapazitäts- und Strukturindikatoren herangezogen, die sich als Ergebnis der Szenarien und der damit verbundenen Strukturveränderungen als budgetwirksame Variablen ableiten lassen. Dazu zählen Personaldaten zu Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern (AM), Fachärztinnen und Fachärzten (FA) sowie Ärztinnen und Ärzten in Akutkrankenanstalten (KAA) ebenso wie die Anzahl der Betten in Akutkrankenanstalten. Diese Größen bilden wesentliche Kostentreiber der medizinischen Versorgung ab und eignen sich daher als Basis für eine vergleichende Szenarioanalyse. Die wesentlichen Daten, welche als Grundlage der ökonomischen Analyse dienen, sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Weitere Faktoren, die sich auch auf die Kosten auswirken können (z. B. Investitionskosten, Personalkosten anderer Gesundheitsberufe) werden in der Modellierung nicht explizit berücksichtigt.

Tabelle 6: Daten zu Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern (AM), Fachärztinnen und Fachärzten (FA), Ärztinnen und Ärzten in Akutkrankenanstalten (KAA) und Betten in Akutkrankenanstalten bilden die Grundlage der ökonomischen Beurteilung der Szenarien.

Input	2023	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Preise 2023 (in Euro)
		Inaktivität 2040	Status Quo + 2040 (Mittelwert)	Stufenver- schiebung 2040 (Mittelwert)	Grüne Wiese 2040 (Mittelwert)	
AM	4.001	4.535	4.511	4.750	4.773	431.347
FA	3.290	3.543	3.782	3.458	3.458	564.884
KAA	21.467	24.550	24.130	22.400	22.400	154.459
Betten	40.054	47.000	42.540	38.960	38.600	360.008

Quelle: Berechnung GÖG

Als Referenzjahr wird das Datenjahr 2023 herangezogen. Die Daten zu Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie Fachärztinnen und Fachärzten stammen aus den RSG-Ist-Ständen 2022/2023, während die Ärztezahlen in Akutkrankenanstalten sowie die Bettenkapazitäten auf der Krankenanstaltenstatistik 2024 basieren.

Die Analyse umfasst vier alternative Szenarien (Szenarien 0 bis 3), die jeweils eine konsistente Projektion der genannten Kennzahlen für das Zieljahr 2040 enthalten. Um die langfristige Entwicklung zwischen 2023 und 2040 modellieren zu können, für die jeweils ein Startwert 2023 und ein Szenarioendwert 2040 vorhanden sind, wird vereinfachend angenommen, dass sich die jeweiligen Stückzahlen (Anzahl der verschiedenen Ärztekategorien und Betten) mit einer konstanten jährlichen Wachstums- bzw. Veränderungsrate entwickeln bis zum Szenarioendwert im Jahr 2040 (Volumeneffekte). Diese Annahme dient der Transparenz und Vergleichbarkeit der Szenarien und stellt keine Prognose einzelner kurzfristiger Schwankungen dar. Die dargestellten Werte der Jahre 2024–2039 sind daher als Interpolation zwischen den Referenzwerten von 2023 und den Szenarienmodellschätzungen für 2040 zu verstehen.

Für die monetäre Bewertung der Szenarien werden den jeweiligen Mengen (Stück)preise des Jahres 2023 zugeordnet. Diese Preise werden bis 2040 fortgeschrieben, wobei zwei Preisentwicklungskomponenten berücksichtigt werden (Preiseffekte):

1. ein allgemeiner Inflationsfaktor gemäß Verbraucherpreisindex (VPI) von durchschnittlich 2,19 Prozent pro Jahr zwischen 2023 und 2040<sup>11</sup> sowie
2. ein zusätzlicher, gesundheitssektorspezifischer Preisfaktor von durchschnittlich 1,17 Prozent pro Jahr zwischen 2023 und 2040<sup>12</sup>, der strukturelle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (z. B. überdurchschnittliche Lohnentwicklungen, Preissteigerungen durch technologischen Wandel) abbildet. Diese Annahme wird gestützt durch gesundheitsökonomische Theorie („Baumolsche Kostenkrankheit“ (Baumol 1967)) und empirische Analysen, die zeigen, dass die gesundheitssektorspezifische Inflation regelmäßig über der VPI-Inflation zu liegen kommt.

Die Preise für Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte im Jahr 2023 werden auf Basis der österreichischen Ärztekostenstatistik geschätzt. Die entsprechenden Kostenansätze für Ärztinnen und Ärzte in Akutkrankenanstalten sowie für Krankenhausbetten werden aus der Krankenanstalten-Kostenrechnung österreichischer landesfondsfinanzierter Krankenanstalten abgeleitet.

Auf diese Weise kann die Kostenentwicklung der berücksichtigten Faktoren (AM, FA, KAA und Betten) bis 2040 unter den verschiedenen Szenarien berechnet werden. Die resultierenden Wachstumsraten sowie die Kostenentwicklung in Mio. Euro sind in Tabelle 7 dargestellt.

---

<sup>11</sup> VPI-Wachstumsrate bis 2024: Statistik Austria (Datenstand 18.03.2026); VPI-Wachstumsrate 2025-2030: WIFO Prognose (Datenstand 29.10.2025); VPI-Wachstumsrate ab 2031: Es wird eine konstante Inflation von 2 Prozent angenommen.

<sup>12</sup> Kalibriert mit dem GÖG-Komponentenmodell: konstant 1,03 Prozent ab 2025.

Tabelle 7: Wachstumsraten und Kostenentwicklung in Mio. Euro der berücksichtigten Faktoren ohne allgemeine Inflation (Preisniveau 2023)

	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
2023	21.320	21.320	21.320	21.320
2024	22.232	22.147	22.050	22.042
2025	22.655	22.482	22.286	22.271
2026	23.086	22.823	22.525	22.502
2027	23.525	23.169	22.767	22.736
2028	23.973	23.520	23.012	22.972
2029	24.429	23.876	23.259	23.212
2030	24.894	24.238	23.510	23.454
2031	25.368	24.606	23.763	23.699
2032	25.851	24.979	24.019	23.947
2033	26.343	25.358	24.279	24.197
2034	26.844	25.743	24.542	24.451
2035	27.356	26.133	24.808	24.708
2036	27.877	26.530	25.077	24.968
2037	28.408	26.933	25.349	25.231
2038	28.949	27.342	25.624	25.497
2039	29.501	27.757	25.903	25.767
2040	30.063	28.179	26.185	26.039
Ø Zusätzlicher Preiseffekt im Gesundheitssektor	1,17%	1,17%	1,17%	1,17%
Ø Volumeneffekte	0,86%	0,48%	0,05%	0,01%
Ø Wachstumsrate (ohne Inflation)	2,04%	1,65%	1,22%	1,18%
Ø Inflation	2,19%	2,19%	2,19%	2,19%
Ø Wachstumsrate (mit Inflation)	4,27%	3,88%	3,43%	3,40%

Hinweis: Die dargestellten Werte der Jahre 2024-2039 sind als Interpolation zwischen dem Referenzwert von 2023 und der Modellschätzung für 2040 zu verstehen.

Quelle: Berechnung GÖG

Die resultierenden durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der vier Szenarien liegen zwischen 3,4 Prozent (Szenario 3) und 4,27 Prozent (Szenario 0). Die in diesen Wachstumsraten berücksichtigten Kostenfaktoren umfassen rund zwei Drittel der gesamten öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege und stellen damit einen maßgeblichen Teil der Ausgabendynamik dar.

Unter der vereinfachenden Annahme, dass sich die gesamten öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in den jeweiligen Szenarien mit denselben Wachstumsraten entwickeln, können die Ausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) dargestellt werden. Diese Annahme impliziert, dass die betrachteten Kostenfaktoren (ärztliches Personal und Betten) repräsentativ für die gesamte Ausgabenentwicklung sind.

Auf Basis der System of Health Accounts (SHA) Daten der Statistik Austria für das Jahr 2023 wird der daraus abgeleitete BIP-Anteil der vier Szenarien bis 2040 in Tabelle 8 und Abbildung 10: Schätzung des BIP-Anteils der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege bis 2040 für die Szenarien 0–3 dargestellt.<sup>13</sup> Für das Zieljahr 2040 ergibt sich ein geschätzter BIP-Anteil der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2040 zwischen 7,63 Prozent (Szenario 3) und 8,81 Prozent (Szenario 0).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse erhebliche Unterschiede in der langfristigen Kostendynamik der einzelnen Szenarien. Insbesondere Szenario 0 führt zu einem deutlichen Anstieg des BIP-Anteils der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben, während Szenario 3 eine weitgehende Stabilisierung nahe dem heutigen Niveau ermöglicht. Die Ergebnisse erheben nicht den Anspruch einer Prognose, sondern sind vielmehr eine modellbasierte Schätzung struktureller Kosten bzw. Ausgabenentwicklungen unter vereinfachenden Annahmen. Abbil

Tabelle 8: Schätzung des BIP-Anteils der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege bis 2040 für die Szenarien 0–3

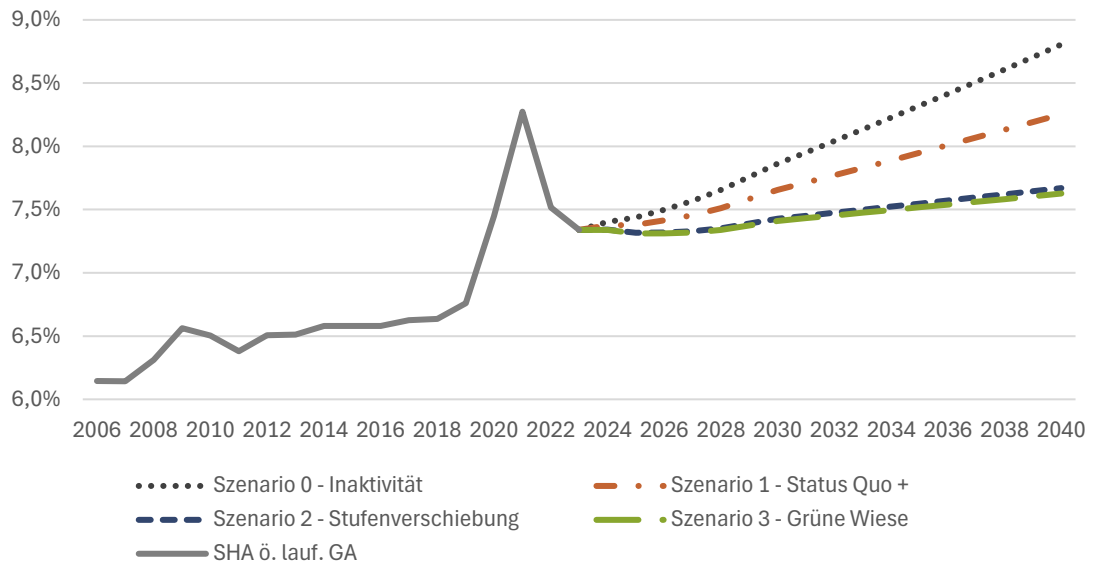
	Szenario 0	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
2023	7,34%	7,34%	7,34%	7,34%
2024	7,40%	7,37%	7,34%	7,34%
2025	7,44%	7,38%	7,32%	7,31%
2026	7,50%	7,41%	7,32%	7,31%
2027	7,57%	7,46%	7,33%	7,32%
2028	7,66%	7,51%	7,35%	7,34%
2029	7,76%	7,58%	7,39%	7,38%
2030	7,86%	7,66%	7,43%	7,41%
2031	7,95%	7,71%	7,45%	7,43%
2032	8,04%	7,77%	7,48%	7,45%
2033	8,13%	7,83%	7,50%	7,48%
2034	8,23%	7,89%	7,52%	7,50%
2035	8,32%	7,95%	7,55%	7,52%
2036	8,42%	8,01%	7,57%	7,54%
2037	8,51%	8,07%	7,60%	7,56%
2038	8,61%	8,13%	7,62%	7,58%
2039	8,71%	8,19%	7,65%	7,61%
2040	8,81%	8,25%	7,67%	7,63%

Hinweis: Die dargestellten Werte der Jahre 2024–2039 sind als Interpolation zwischen dem Referenzwert von 2023 und der Modellschätzung für 2040 zu verstehen.

Quelle: 2023 – System of Health Accounts, Statistik Austria; ab 2024 – Berechnung GÖG

<sup>13</sup> Analog zur VPI-Inflation werden die folgenden Referenzwerte für das BIP-Wachstum verwendet. Wachstumsrate bis 2024: Statistik Austria (Datenstand 18.03.2026); Wachstumsrate 2025 – 2030: WIFO Prognose (Datenstand 29.10.2025); Wachstumsrate ab 2031: Es wird eine konstante Rate von 3,1 Prozent angenommen (2 Prozent Inflation, plus 1,1 Prozent reales BIP-Wachstum gemäß BMF-Langfristprognose).

Abbildung 10: Schätzung des BIP-Anteils der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege bis 2040 für die Szenarien 0–3



Hinweis: Die dargestellten Werte der Jahre 2024–2039 sind als Interpolation zwischen dem Referenzwert von 2023 und der Modellschätzung für 2040 zu verstehen.

Quelle: SHA ö. GA: Statistik Austria, System of Health Accounts; Szenarien: Berechnung GÖG

## 5 Analytische Betrachtung von Verlagerungs- und Struktureffekten

### 5.1 Erhöhte allgemeinmedizinische Ressourceneffizienz infolge teambasierter Versorgung in Primärversorgungseinheiten

Zentral für die gegenständlichen versorgungstrategischen Überlegungen ist die Stärkung der Primärversorgung im Sinne eines Ausbaus von PVE und insbesondere von PVZ, aber auch im Sinne der Erhöhung ihrer Versorgungswirksamkeit. Die Weiterentwicklung hin zu Primärversorgungszentren und teambasierten Versorgungsmodellen ermöglicht aufgrund der arbeitsteilig bzw. im Rahmen eines Skill- und Grade Mix organisierten Leistungserbringung einen ressourcenschonenderen Einsatz ärztlicher Kapazitäten. Voraussetzung dafür sind standardisierte, teambasierte Arbeitsabläufe sowie eine enge Zusammenarbeit komplementärer Berufsrollen unter Ausschöpfung der jeweiligen Kompetenzen. Pflegekräfte übernehmen beispielsweise eigenständig die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit z. B. leichten Verletzungen sowie standardisierte diagnostische Tests, während Ärztinnen und Ärzte sich auf komplexe Diagnosen und Behandlungen konzentrieren (Bomholt et al. 2025).

Für Österreich liegen derzeit keine belastbaren quantitativen Ergebnisse vor, die sich unmittelbar auf die nationale Versorgungslandschaft übertragen lassen. Empirische Befunde aus unterschiedlichen nationalen Kontexten weisen jedoch konsistent auf relevante Effizienzpotenziale hin, die je nach Gesundheitssystem und Untersuchung variieren und nur selten quantifiziert werden. Eine Studie von Henning et al. zum Potenzial der Aufgabenübertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen sieht beispielsweise bei der Versorgung von Menschen mit Demenz großes Potenzial mit daraus folgender Entlastung von Hausärztinnen und -ärzten sowie hohe Akzeptanz bei den Beteiligten (Henning et al. 2022). Dreier et al. beschreiben die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, das Abfangen von personellen Engpässen und die Steigerung der Versorgungsqualität als positive Effekte der Delegation von ärztlichen Leistungen an Pflegepersonal (Dreier et al. 2012). Eine Potenzialanalyse der Bertelsmann Stiftung für Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass durch den Einsatz von ärztlichen und nichtärztlichen Assistenzberufen bis zu 65 Prozent des ärztlichen Zeitvolumens substituierbar seien (Hildebrandt et al. 2026) allerdings unter Beteiligung von nichtärztlichen Assistenzberufen. Auch eine Befragung deutscher Hausärztinnen und -ärzte kommt zum Ergebnis, dass durch gezielte Delegation von Aufgaben an spezialisierte Fachkräfte Praxisressourcen optimierter eingesetzt werden können (Mergenthal et al. 2016). Eine weitere Studie aus England beobachtet, dass auch die Zugänglichkeit zu Terminen durch den Skill- und Grade Mix im Team verbessert wurde (McDermott et al. 2022). Auf Basis der Ergebnisse der internationalen Studien und in Abstimmung mit Fachexpert:innen wird in Folge des teambasierten Versorgungsansatzes in PVE ein durchschnittliches Effizienzpotenzial von 15 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit bei vergleichbarer Versorgungswirkung angenommen.

## 5.2 Leistungsverschiebung von der fachärztlichen Versorgung zur Primärversorgung

Als Basis für die Abschätzung von Verschiebepotenzialen (Indikator 1.1 und Indikator 2.1) wird in den Szenarien 2 und 3 das in der Primärversorgung erbringbare Leistungs- bzw. Inanspruchnahmevolumen, das derzeit in der niedergelassenen Fachversorgung verortet ist, herangezogen. Dafür wurden jene ambulanten Kontakte in der niedergelassenen Fachversorgung identifiziert, die gemäß Leistungsmatrix ambulant des ÖSG 2023 i. d. g. F. (BMASGPK 2025a) auch in der Allgemeinmedizin erbringbar gewesen wären, und entsprechend der Allgemeinmedizin zugeordnet. Von etwaigen Umordnungen ausgenommen waren:

- allgemeine fachspezifische Leistungen, die nicht eindeutig der Allgemeinmedizin zugeordnet werden konnten (z. B. fachspezifische Untersuchungen, Gruppenschulungen, Sonografie, fachspezifische Vorsorgeuntersuchungen, Eltern-Kind-Pass Untersuchungen)
- Kontakte in Fachbereichen, deren Verhältnis zur Primärversorgung derzeit in Diskussion steht (z. B. Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde)
- Kontakte in Fachbereichen, bei denen von niedrigen Umlagerungspotenzialen auszugehen war (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zahnmedizin)
- Kontakte, die in selbstständigen Ambulatorien oder anderen Organisationsformen erbracht wurden (z. B. Radiologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation).

Die kalkulatorischen Potenziale wurden um 20 Prozent reduziert, um Unsicherheiten in der Datengrundlage sowie Abweichungen in der praktischen Umsetzung angemessen zu berücksichtigen. Das auf diese Art ermittelte Verschiebepotenzial beträgt insgesamt rund 29,9 Prozent der inkludierten Kontakte im niedergelassenen fachärztlichen Bereich.

## 5.3 Verlagerung von Leistungen und Kapazitäten von Spitalsambulanzen in die Fach- und Primärversorgung

Zur Kalkulation einer möglichen Entlastung der Spitalsambulanzen wurden (Kurz-)Aufenthalte bzw. Besuche in KA, die auch organisatorisch getrennt von akutstationärer Versorgung erbracht werden können, berücksichtigt. Dafür erfolgte die Auswertung von Aufenthalten und Besuchen anhand der Aufenthaltsdauer, des Abstands zum vorherigen bzw. folgenden stationären Aufenthalt (Annahme: Vor- oder Nachsorge bei längeren stationären Aufenthalten ohne Umlagerungspotenzial) sowie anhand der erbrachten Leistungen im Rahmen des Aufenthalts/Besuchs.

Für die Szenarien 2 und 3 wurden hierfür spitalsambulante Besuche und Aufenthalte in KA im Jahr 2024 unter Prüfung der folgenden Kriterien ausgewertet:

- spitalsambulanter Besuch, Nulltagesaufenthalt oder Eintagesaufenthalt
- Pseudonym (andere Kontakte identifizierbar) verfügbar
- Abstand von 60 oder mehr Tagen zum vorherigen oder folgenden stationären Aufenthalt (dazu wurden 60 Tage aus dem Vorjahr mitberücksichtigt und die Zählung auf Aufenthalte 2024 beschränkt, bei denen noch 60 Tage Nachbeobachtung möglich waren)
- Alle Leistungen des Aufenthalts sind in der ambulanten Leistungsmatrix (LM-amb) des ÖSG BMASGPK (2025a) enthalten und in der stationären Leistungsmatrix (LM-stat) als tageskli-

nisch erbringbare Leistungen der Organisationsform der dislozierten Tagesklinik („dTK“) zugeordnet oder haben keine Leistung dokumentiert.

- Ausgeschlossen werden dabei Leistungen mit dem Erfordernis einer Überwachung (UE) oder Intensiv (IS) als Backup (LM-stat)
- Eingeschlossen wurden ausgewählte Leistungen mit höheren Anforderungen an die Strukturqualität (OP), tagesambulante PSY/KJP/PSO-Leistungen, einzelne Leistungen, die in der LM-amb enthalten, aber in der LM-stat einer dislozierten Wochenklinik („dWK“) zugeordnet sind sowie Leistungen „ZZ5...“ (Visiten, Konsultationen etc.)
- Aufenthalte ohne Pseudonym wurden ausgeschlossen.
- Aufenthalte ohne dokumentierte Leistung werden als potenziell verlagerbar definiert.
- In der Auswertung ausgeschlossen wurden Kontakte auf den Kostenstellen LAB (Labor), PAT (Pathologie/Mikrobiologie), PMR, INT/NEO, da hier davon ausgegangen wird, dass entweder kein physischer Patientenkontakt erfolgt (LAB, PAT), die Leistungen nicht primär ärztlich erbracht werden (PMR) bzw. eine ersetzende Durchführung in anderen Settings nicht möglich ist (INT/NEO).

Basierend auf dem tatsächlichen Leistungsgeschehen 2024 fallen ca. 14,5 Prozent der Aufenthalte und Besuche unter die oben angeführten Kriterien und würden theoretisch rund 640 ärztliche VZÄ in Spitalsambulanzen binden. Unter der Annahme, dass diese Fälle auch organisatorisch getrennt von der akutstationären Versorgung im ambulanten Bereich intra- oder extramural (z. B. in GVZ), erbracht werden können, würden – vorausgesetzt, dass die ärztlichen Kapazitäten den Leistungsverlagerungen nachfolgen – diese Personalkapazitäten in die Versorgungsstufen der Fach- und Primärversorgung umgelagert werden.

## 5.4 Vermeidung von stationären Aufenthalten

Das Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen (ASD) beschreibt Diagnosen bzw. damit verbundene Krankenhausfälle, die bei effektivem Management im ambulanten Bereich vermieden werden können (Sundmacher et al. 2015). Die Spitalsaufnahmen, die potenziell vermeidbar wären („Avoidable Admissions“), werden auch als Kennzahl für die Qualität der ambulanten Behandlung herangezogen ((OECD 2025); Rechnungshof Österreich (2025)).

Welche Diagnosen als ambulant-sensitiv eingeordnet werden, ist von diversen Faktoren wie z. B. der Organisation der ambulanten Versorgung und dem medizinischen Fortschritt abhängig – für Deutschland wurde in einem Projekt von Sundmacher et al. mit Expertinnen und Experten eine konsentrierte Liste auf die Bedingungen in Deutschland abgestimmt (Sundmacher et al. 2015). Tabelle 9 gibt eine Übersicht über die im oben genannten Projekt von Sundmacher et al. identifizierten ICD-10-Diagnosen inkl. einer weiteren Eingrenzung auf eine im Projekt entwickelte Kernliste, die anhand der Public-Health-Relevanz und Vermeidbarkeit definiert wurde.

Für die Kalkulation der potenziell vermeidbaren Aufenthalte in Österreich erfolgte die Auswertung der alters- und geschlechtsstandardisierten Raten (Rate je 100.000 Einwohner:innen) der Aufenthalte mit der jeweiligen Hauptdiagnose nach ICD-10 entsprechend der o. g. Liste von Sundmacher et al. auf Ebene der österreichischen Versorgungsregion im Jahr 2024. Die Festlegung des potenziell vermeidbaren Anteils an den gesamten Aufenthalten erfolgte durch die Kalkulation von Differenzen der Aufenthalte bei einer theoretischen Angleichung der tatsächlich

beobachteten standardisierten Raten in den Versorgungsregionen an die standardisierten Raten des besten (niedrigsten) Quartils der Versorgungsregionen. Der Anteil der potenziell vermeidbaren Aufenthalte wurde für die Kalkulation der theoretisch vermeidbaren Belagstage als Näherungswert übernommen.

Die größten Unterschiede in den Aufenthalten und Belagstagen zwischen den Versorgungsregionen zeigten sich bei den Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe (ICD-10 Code M67.4 „Ganglion“), der größte Anteil der theoretisch vermeidbaren Belagstage entfiel 2024 auf die Diagnose I73 („Sonstige periphere Gefäßkrankheiten“) mit fast 51.000 theoretisch vermeidbaren Belagstagen.

### Annahmen

Szenario 1: Berücksichtigung der Diagnosen aus der Sundmacher-Kernliste; Benchmark 25. Perzentil der standardisierten Raten, Aufenthalte und Belagstage auf Ebene Versorgungsregion; Datenbasis 2024; aufgrund der im Szenario 1 noch nicht flächendeckend angenommenen Umsetzung von PVE und VGF wird angenommen, dass ca. 30 Prozent des Effekts realisierbar sind. Unter Berücksichtigung dieser Annahmen ergibt sich ein theoretisch vermeidbarer Anteil von bis zu 2 Prozent aller Aufenthalte.

Szenario 2: wie Szenario 1 mit kompletter Berücksichtigung des Effekts aufgrund der im Szenario angenommenen breiten Umsetzung von PVE und VGF im ambulanten Bereich. Unter Berücksichtigung dieser Annahmen ergibt sich ein theoretisch vermeidbarer Anteil von bis zu 6,1 Prozent aller Aufenthalte.

Szenario 3: wie Szenario 1 und 2 plus Erweiterung der eingeschlossenen Diagnosen auf die Gesamtliste von Sundmacher et al. Unter Berücksichtigung dieser Annahmen ergibt sich ein theoretisch vermeidbarer Anteil von bis zu 7,1 Prozent aller Aufenthalte.

Tabelle 9: ICD-10 Codes der ambulant-sensitiven Diagnosen (hervorgehoben: Kernliste)

<b>1 Ischämische Herzkrankheiten</b> I20, I25.0, I25.1, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9
<b>2 Herzinsuffizienz</b> I50
<b>3 Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b> I05, I06, I08.0, I49.8, I49.9, I67.2, I67.4, I70, I73, I78, I80.0, I80.80, I83, I86, I87, I95, R00.0, R00.2, R47.0
<b>4 Bronchitis &amp; COPD</b> J20, J21, J40-J44, J47
<b>5 Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide</b> F10, F11
<b>6 Rückenbeschwerden</b> M42, M47, M53, M54
<b>7 Hypertonie [Hochdruckkrankheit]</b> I10-I15
<b>8 Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes</b> K52.2, K52.8, K52.9, K57, K58, K59.0
<b>9 Infektiöse Darmkrankheiten</b> A01, A02, A04, A05, A07-A09
<b>10 Grippe und Pneumonie</b> J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.8, J15.9, J16.8, J18.0, J18.1, J18.8, J18.9
<b>11 HNO-Infektionen</b> H66, J01-J03, J06, J31, J32, J35
<b>12 Depressive Störungen</b> F32, F33
<b>13 Diabetes mellitus</b> E10.2-E10.6, E10.8, E10.9, E11, E13.6, E13.7, E13.9, E14, E16.2
<b>14 Gonarthrose</b> M17.0, M17.1, M17.4, M17.5, M17.9
<b>15 Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe</b> G56.0, M67.4, M71.3, M75-M77, M79
<b>16 Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen</b> F40, F41, F43, F45, F50.0, F50.2, F60
<b>17 Krankheiten des Auges</b> H25, H40
<b>18 Krankheiten des Harnsystems</b> N30, N34, N39.0
<b>19 Schlafstörungen</b> G47
<b>20 Infektionen der Haut und der Unterhaut</b> A46, L01, L02, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L60.0, L72.1, L98.0
21 Krankheiten der Schilddrüse E03-E05
22 Stoffwechselstörungen E86, E87.6, E89.0
23 Melanome und sonstige bösartige Neubildungen der Haut C43, C44
24 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums K21, K29.7, K29.9, K30, K31
25 Migräne und sonstige Kopfschmerzsyndrome G43, G44.0, G44.1, G44.3, G44.4, G44.8, R51
<b>26 Mangelernährung</b> D50, D51-D52, D53.1, D56, E40-64, R63.6
27 Alkoholische Leberkrankheit K70
<b>28 Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen</b> K02, K04-K06, K08, K12, K13
29 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane und Genitalorgane N70-N72, N75, N76, N84.1, N86, N87
30 Demenz F01, F03
31 Krankheiten der Mutter während der Schwangerschaft O23, O24
32 Krankheiten der männlichen Genitalorgane N41, N45, N48.4
33 Asthma bronchiale J45
34 Sonstige Polyneuropathie G62
35 Infektiöse und parasitäre Krankheiten A15.3, A15.4, A15.9, A16.2, A16.3, A16.5, A16.8, A16.9, A34-A37, A50-A58, A63, A64, A80, B05-B07, B15, B16.1, B16.9, B17, B18.0, B18.1, B20-B24, B26, B34.9, B51-B54, B77, B86
36 Krämpfe, n.n.bez. R56
37 Dekubitalgeschwür und Druckzone L89
38 Adipositas E66
39 Geschwüre K25.9, K27, L97
40 Seltene Krankheiten (<5000 Fälle) F80, R63.0, R63.3, R63.8, Z73

Quelle: (Sundmacher et al. 2015)

## 5.5 Effizienzpotenziale beim Kapazitätsbedarf durch Versorgungsverschiebung von Teilversorgern zu Vollversorgern

### 5.5.1 Belagsdauer je MHG Gruppe

Zur Abschätzung möglicher Effizienzgewinne durch eine Zentralisierung spezialisierter stationärer Versorgung wurde für die gegenständliche Analyse die im Kapitel 1.3 beschriebene Klassifizierung der Krankenhäuser zurückgegriffen. Berücksichtigt wurden dabei Teilversorger und Vollversorger mit einer Bettenkapazität von 400 bis 600 Betten. Anschließend wurden die Gesamtsummen der Aufenthalte und Belagstage je MHG-Gruppe (MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell) getrennt nach Voll- und Teilversorgern ausgewertet. Auf Basis dieser Daten wurde für jede MHG-Gruppe die durchschnittliche Belagsdauer berechnet. Die nachfolgenden Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf kapazitätsbezogene Effekte in Form von Bettenäquivalenten; Auswirkungen auf den Personalbedarf sowie auf sonstige Ressourcen wurden in der Analyse nicht berücksichtigt.

In einem weiteren Schritt wurde eine Gesamtauswertung über sämtliche MHG-Gruppen erstellt. Diese umfasste die Kennzahlen Aufenthalte, Belagstage, durchschnittliche Belagsdauer sowie daraus abgeleitete Bettenäquivalente. Dadurch konnte ein strukturierter Vergleich der Ressourceninanspruchnahme zwischen Voll- und Teilversorgern vorgenommen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass Vollversorger in den betrachteten MHG-Gruppen im Durchschnitt mit einer geringeren Belagsdauer und damit ressourceneffizienter arbeiten als Teilversorger.

Zur Quantifizierung des Einsparungspotenzials wurde ein Verlagerungsszenario modelliert, bei dem die bei Teilversorgern erbrachten Aufenthalte mit der durchschnittlichen Belagsdauer der Vollversorger bewertet wurden. Die daraus berechneten Bettenäquivalente wurden den tatsächlich bei Teilversorgern anfallenden Bettenäquivalenten gegenübergestellt. Die Differenz bildet das potenzielle Einsparungspotenzial an Bettenäquivalenten je MHG-Gruppe ab.

Insgesamt ergibt sich aus der modellhaften Versorgungsverschiebung zwischen Teilversorgern und Vollversorgern ein rechnerisches Einsparungspotenzial von 10,4 Prozent der Bettenäquivalente.

### 5.5.2 Bettenbedarf bei ÖSG-Normauslastung

Unter der Annahme, dass die im Durchschnitt deutlich größeren (und mit ausreichend Personalressourcen ausgestatteten) Akutkrankenanstalten (bzw. die effizient führbaren Spezialversorger) in den Versorgungsszenarien 2 und 3 auch effizienter führbare Abteilungsbetriebe mit höheren Durchschnittsauslastungen gewährleisten können, ergibt sich ein weiterer Ansatz zur Abschätzung potenzieller Effizienzsteigerungen im Hinblick auf den tatsächlichen Bettenbedarf. Basierend vor allem auf den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BMASGPK 2025b) angeführten fachspezifischen Normauslastungen (S. 42) für den stationären Bereich.

Dafür wurde zunächst für alle Teilversorger-Krankenhäuser auf Ebene der Abteilungen anhand der tatsächlich aufgestellten Betten (gemäß Krankenanstaltenstatistik der Österreichischen Kran-

kenanstalten 2024<sup>14</sup>) sowie der dokumentierten Belagstage (ebd.) die tatsächliche Bettenauslastung ermittelt. In einem weiteren Schritt wurde dann der rechnerische Bettenbedarf je Abteilung unter der Annahme ermittelt, dass die ÖSG-Normauslastung erreicht wird. Das Einsparpotenzial wurde in einem letzten Schritt als Differenz zwischen dem rechnerischen Bettenbedarf bei ÖSG-Normauslastung und den tatsächlich aufgestellten Betten ermittelt. Damit wird aufgezeigt, in welchem Ausmaß sich die Bettenkapazitäten bei einer Auslastung entsprechend den Vorgaben des ÖSG verändern würden.

Über alle Abteilungen in den Teilversorger-Krankenanstalten hinweg ergibt sich in Summe ein Einsparungspotenzial von 2.110 Betten. Dies entspräche einem Reduktionspotenzial von insgesamt rund 20 Prozent, sofern die betrachteten Teilversorger-Krankenanstalten entsprechend der ÖSG-Normauslastung ausgelastet wären. Bei der Szenarien-Berechnung wurde allerdings nur die Hälfte des so ermittelten Potenzials (also rund 10 Prozent) berücksichtigt. Damit wurde selbst unter den optimierten Bedingungen der Szenarien 2 und 3 nicht von einem vollen Erreichen, sondern nur von einer weiteren Annäherung an die Normauslastungen ausgegangen.

---

<sup>14</sup> Quelle: BMASGPK

## 6 Schlussfolgerungen

Das österreichische Gesundheitssystem steht unter strukturellem Druck durch demografischen Wandel, einen Fachkräftemangel sowohl bei ärztlichem als auch bei pflegerischem Personal, steigende Morbidität und fragmentierte Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse mit erheblichen Problemen an den Nahtstellen. Eine rein inkrementelle Weiterentwicklung birgt das Risiko mittelfristiger Überforderung, gleichzeitig sind radikale Systembrüche politisch und operativ schwierig umsetzbar und mit realen Versorgungsrisiken behaftet. Angesichts der reinen Versorgungsmengen ist evident, dass eine merkliche Verbesserung der Versorgung nur mit einer starken und wirksamen Primärversorgung einhergehen kann und eine solche die Grundlage für Anpassungen in anderen Sektoren bilden muss. Wobei eine solche Stärkung nicht nur einen quantitativen, sondern vor allem auch einen qualitativen Aspekt haben muss.

### Versorgungsqualität

Status Quo + verbessert die Qualität punktuell, bleibt aber stark regionsabhängig. Stufenverschiebung erhöht die Qualität systematisch durch Bündelung und integrierte Versorgung. Grüne Wiese bietet ebenfalls hohe Qualität durch vollständige Neugestaltung. Ziel ist jedenfalls die Sicherung einer flächendeckend hohen Versorgungsqualität auch abseits von bevölkerungs- und leistungsangebotsseitig stärkeren Regionen.

### Ausgaben und Kosten

Zur Bewertung der Kosten der Szenarien ist die Haushaltswirksamkeit auf mittel- und langfristige Sicht entscheidend – initiale Investitionsbedarfe müssen jedenfalls im Konnex mit mittel- und langfristiger Optimierung der Betriebs- und Vorhaltekosten durch effizientere Organisation und Verortung der Leistungserbringung bewertet werden.

Status Quo + ist mit geringen Anfangsinvestitionen verbunden, führt jedoch mittel- und langfristig im Vergleich zu den Szenarien Stufenverschiebung und Grüne Wiese zu höheren Betriebs- und Vorhaltekosten sowie aufgrund der weitgehenden Beibehaltung der Standortstrukturen zu erhöhten Investitionsbedarfen. Stufenverschiebung erfordert kurz- und mittelfristige Investitionen in die Standortstrukturen, unterstützt jedoch mittel- und langfristig durch eine effizientere Organisation und Verortung der Leistungserbringung eine deutliche Reduktion der laufenden Kosten im Vergleich zu Status Quo +. Grüne Wiese ist mit hohen initialen Investitionserfordernissen verbunden, verspricht mittel- und langfristig aber ebenfalls eine deutliche Kostenreduktion ähnlich Stufenverschiebung. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die in der gegenständlichen Analyse ausgewiesenen Kostensenkungspotenziale des Szenarios Grüne Wiese tendenziell konservativ angesetzt sind und möglicherweise unterschätzt werden.

## Personal

Status Quo + stabilisiert vor allem im Bereich Primärversorgung kurzfristig, da mit weiteren PVE zusätzliche Ärztekohorten rekrutiert werden können, entlastet aber die nachgeordneten und höherrangigen Versorgungsstufen nicht strukturell und flächendeckend. Stufenverschiebung reduziert in der Primärversorgung mit dem flächendeckenden Ausbau von PVE den ärztlichen Bedarf je Leistungseinheit durch Skill- und Grade-Mix und sorgt ebenfalls für leichtere Rekrutierung. Die höhere Verbindlichkeit der Arzt- bzw. Anbieter-Patient-Beziehung und die damit verbundenen vermehrten abschließenden Behandlungen und Lenkungseffekte führen auch bei den nachgeordneten und höherrangigen Versorgungsstufen zu strukturellen Entlastungen. Zusätzlich kann durch die Förderung größerer Organisationseinheiten in der ambulanten Fachversorgung und die Umstrukturierungen im Bereich der Krankenanstalten ebenfalls von einem effizienteren Personaleinsatz ausgegangen werden. Grüne Wiese optimiert Personalbedarfe und -verteilung langfristig, erzeugt aber hohe Übergangsbelastungen. Der Fachkräftemangel ist ein limitierender Faktor in allen Szenarien aber auch ein wesentlicher Treiber für strukturelle und systematische Veränderungen.

## Regionale Ausgewogenheit

Status Quo + verstärkt Stadt-Land-Unterschiede zwar nicht aktiv, aber indirekt und strukturell. Bestehende regionale Ausgangslagen werden fortgeschrieben und das Szenario wirkt dort am besten, wo bereits im Ist-Stand dichte und leistungsfähige Strukturen vorhanden sind. Stufenverschiebung ermöglicht eine aktive regionale Steuerung. Grüne Wiese erlaubt zwar theoretisch eine optimale Planung, gefährdet aber aufgrund hoher Versorgungskonzentration die regionale Akzeptanz. Die gleichmäßige und regional ausgewogene Zugänglichkeit zu Versorgung ist mittelfristig aber nur durch stärkere Systemsteuerung wie in Stufenverschiebung oder Grüne Wiese gewährleistet.

## Umsetzbarkeit und Akzeptanz

Status Quo + ist vergleichsweise leicht umsetzbar aber strategisch unzureichend. Stufenverschiebung ist anspruchsvoll, aber unter der Mitwirkung aller Akteure mit vorausschauender kommunikativer Begleitung umsetzbar. Grüne Wiese ist voraussichtlich am wenigsten konsensfähig und birgt hohe Risiken in der Übergangsphase sowie im Hinblick auf die regionale Akzeptanz. Außerdem unterstellt es eine sehr hohe systemische Steuerbarkeit.

## Schlussfolgerung

Insgesamt wird auf Grundlage der gegenständlichen Analyse deutlich, dass eine stärker strukturierende Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ein wichtiger Baustein ist um auch langfristig eine qualitätsvolle, gleichwertig zugängliche und finanzierbare Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Stufenverschiebung erweist sich dabei als strategisch besonders tragfähiger Entwicklungspfad, der eine Balance zwischen Wirksamkeit, Effizienz, regionaler Ausgewogenheit und Umsetzbarkeit bietet. Es ist leichter realisierbar und mit weniger Umsetzungsrisiken verbunden als Grüne Wiese. Gleichzeitig ist es im Hinblick auf Effizienz, regionale Ausgewogenheit und Versorgungsqualität Status Quo + deutlich überlegen. Status Quo + ist aufgrund seiner hohen Umsetzbarkeit vor allem geeignet kurzfristige Versorgungsprobleme (z. B. die oft schwierige Nachbesetzung von allgemeinmedizinischen Kassenstellen) zu entschärfen und die strategischen Konzepte des Szenarios sind bereits in den RSG mit Planungshorizont 2030 enthalten. Darauf aufbauend sind sowohl das Szenario Status Quo + als auch das Szenario Stufenverschiebung valide Weiterentwicklungspfade. Grüne Wiese könnte ergänzend und punktuell als „Idealtyp“ in versorgungsplanerische Überlegungen miteinbezogen werden – insbesondere, wenn in Planungs- und Entwicklungsprojekten große Gestaltungsfreiheit vorliegt – wie etwa bei Neubauten, Ersatzneubauten oder grundlegenden Reorganisationen.

## Empfehlung

Priorisierung von Stufenverschiebung mit kurzfristigen Elementen aus Status Quo + zur Stabilisierung. Bei langfristigen Planungen (z. B. Neu-/ Anbauprojekten für Akutkrankenanstalten) können punktuell Elemente von Grüne Wiese in versorgungsstrategische Überlegungen mit einbezogen werden.

# Literaturverzeichnis

- Baumol, William J (1967): Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. In: The American economic review 57/3:415-426
- BMASGPK (2025a): Österreichischer Strukturplan Gesundheit ÖSG 2023 - Tabellenband inkl. der bis 10.10.2025 beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGPK (2025b): Österreichischer Strukturplan Gesundheit ÖSG 2023 - Textband inkl. der bis 10.10.2025 beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bomholt, K. B.; Mygind, A.; Nebsbjerg, M. A.; Christensen, M. B.; Huibers, L.; Burau, V. (2025): Task shifting from general practitioners to nurses in out-of-hours primary care: an explorative case study of team-based practices. In: Scand J Prim Health Care 43/3:626-638
- Dreier, Adina; Rogalski, Hagen; Oppermann, Roman Frank; Hoffmann, Wolfgang (2012): Delegation and substitution of specific medical tasks as a future model of health care supply. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 106/9:656-662
- Europäische Kommission (2026): 2026 Country Report - Austria. Annex 15: Health and health systems European Semester. Hg. v. Kommission, Europäische, Brüssel
- Haindl, Anita; Bachner, Florian; Brzozowska, Zuzanna; Carrato, Giorgio; Ellmerer, Evelyn; Gredinger, Gerald (2025): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Henning, Esther; Rädke, Anika; Michalowsky, Bernhard; Lücker, Petra; Biedenweg, Bianca; Buchholz, Maresa; Drewelow, Eva; Wollny, Anja; Zorn, Daniela; Altiner, Attila; Oppermann, Roman F.; Kohlmann, Thomas; Hoffmann, Wolfgang (2022): Aufgabenübertragung ärztlicher Tätigkeiten in der Versorgung von Menschen mit Demenz auf Pflegefachpersonen in Substitution und Delegation. In: Gesundheitswesen 84/5:438-447
- Hildebrandt, Helmut ; Schliffke, Monika ; Steven Renner, Steven ; Heidrun Sturm, Heidrun ; Wendel, Pascal (2026): Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung. Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- McDermott, I.; Spooner, S.; Goff, M.; Gibson, J.; Dalgarno, E.; Francetic, I.; Hann, M.; Hodgson, D.; McBride, A.; Checkland, K.; Sutton, M. (2022): Health and Social Care Delivery Research. In: Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. National Institute for Health and Care Research, Southampton (UK)
- Mergenthal, K.; Beyer, M.; Gerlach, F. M.; Guethlin, C. (2016): Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. In: PLoS One 11/6:e0157248
- OECD (2025): Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Hg. v. OECD. OECD Publishing, Paris

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): Länderprofil Gesundheit 2025: Österreich. State of Health in the EU. Hg. v. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Paris
- Österreich, Rechnungshof (2025): Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023. Hg. v. Österreich, Rechnungshof. Rechnungshof Österreich, Wien
- Popper, Nikolaus; Rippinger, Claire (2022): Simulationsbasierte Prognose der Ärzteversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2022/02:42-57
- Sundmacher, Leonie; Schüttig, Wiebke; Faisst, Cristina (2015): Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Working Paper [online]. Fakultät für Betriebswirtschaft - Health Services Management - Ludwig Maximilians Universität München. [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2012/Sundmacher\\_LMU\\_Muenchen.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2012/Sundmacher_LMU_Muenchen.pdf) [Zugriff am 22.06.2026]