



R
H

Rechnungshof
Österreich



Unabhängig und objektiv für Sie.

Gesundheitssystem 2040

Reformvorschläge für
Versorgungsstrukturen,
Finanzierung und Steuerung

R
H

Rechnungshof.Mehr.Wert

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
Dampfschiffstraße 2, 1030 Wien
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik:
Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Mai 2026

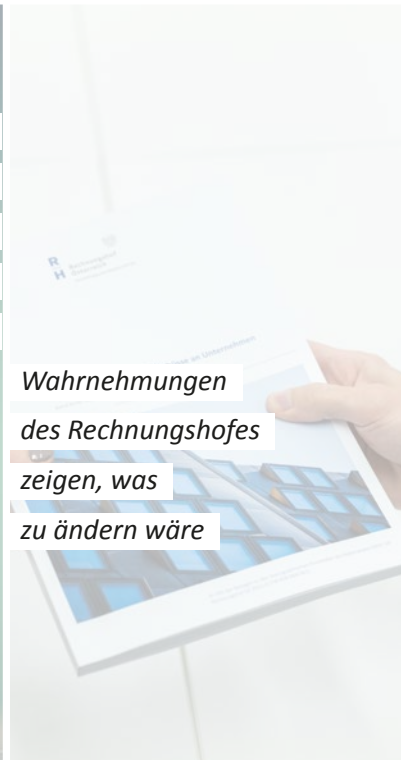
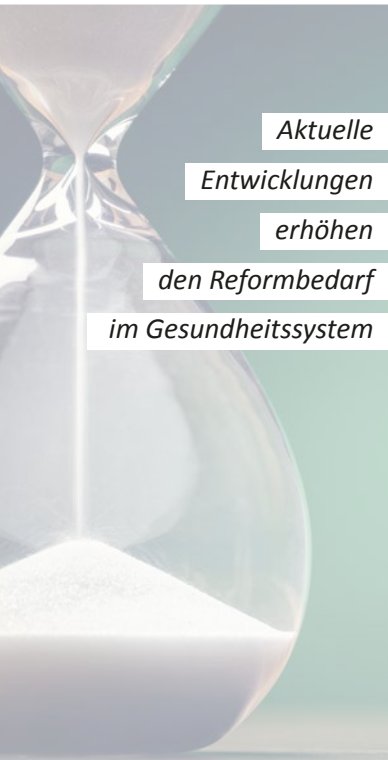
AUSKÜNFTE

Rechnungshof Österreich
Telefon: +43 (0) 1 711 71 – 8946
E-Mail: info@rechnungshof.gv.at
Bluesky: [@rhsprecher.bsky.social](https://bsky.app/profile/rhsprecher.bsky.social)
[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
[instagram: rechnungshofat](https://www.instagram.com/rechnungshofat)

Gesundheitssystem 2040

Reformvorschläge für
Versorgungsstrukturen,
Finanzierung und Steuerung

Rechnungshof.Mehr.Wert



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5	Drei wesentliche Handlungsfelder für eine Reform	21
Aktuelle Entwicklungen erhöhen den Reformbedarf im Gesundheitssystem	7	Wo der Rechnungshof einen Beitrag leisten kann	21
Warum jetzt eine Gesundheitsreform geboten ist	7	I. Versorgungsstrukturen sind entscheidend	22
Hohe Dynamik bei öffentlichen Gesundheitsausgaben	8	II. Eine Finanzierung, die den Strukturwandel unterstützt	24
Steigende Kosten für Krankenanstalten und Defizite bei der Krankenversicherung	9	III. Verbesserte Steuerung zur sicheren Zielerreichung	26
Versorgungsprobleme trotz hoher Gesundheitsausgaben	11	15 Lösungsvorschläge für die drei Handlungsfelder im Überblick	29
Wahrnehmungen des Rechnungshofes zeigen, was zu ändern wäre	13	Kurz-, mittel- und langfristiger Plan zur Umsetzung	31
Ausgewählte Berichte des Rechnungshofes	13	Endnoten	34
Wahrnehmungen zur Steuerung	14	Abbildungsverzeichnis	36
Wahrnehmungen zu einzelnen Versorgungsbereichen	17		

VORWORT

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Diese entstehen aus der Kombination von langfristigen Veränderungen, wie demografischen, medizinischen und technischen Entwicklungen, mit den bestehenden strukturellen Schwächen und finanziellen Grenzen. Deshalb hat der Rechnungshof mit seinem Themenpapier auf Basis seiner Prüfungen Vorschläge für eine umfassende Reform des Gesundheitssystems mit den Schwerpunkten Versorgungsstrukturen, Finanzierung und Steuerung entwickelt.

Angesichts der bevorstehenden Verhandlungen zum nächsten Finanzausgleich und der Vorarbeiten für die im Jahr 2030 beginnende nächste Planungsperiode für die Strukturpläne Gesundheit halten wir es für zeitkritisch, jetzt eine Zielstruktur für das Gesundheitssystem 2040 zu entwickeln, die Finanzierung daran auszurichten und in die richtigen Bahnen zu lenken. Wie in vielen Bereichen braucht es den gemeinsamen Reformwillen von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungen für eine neue Ziel-, Finanzierungs- und Steuerungsstruktur. Die Federführung des Reformprozesses muss aber klar definiert sein, gleichsam als Motor der Reform. Dies hält der Rechnungshof für essenziell und erfolgsrelevant.

Eine erfolgreiche Reform baut auf einem gemeinsamen Zielbild (Gesundheitssystem 2040), zeitnahen Entscheidungen und konsequenter Umsetzung auf. Dazu will ich die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger – die Reform ist ein gesamtstaatliches Anliegen – ermutigen und mit diesem Papier einen konstruktiven Beitrag leisten.

Margit Kraker
Präsidentin des Rechnungshofes



GESUNDHEITSSYSTEM 2040

*Aktuelle Entwicklungen
erhöhen den Reformbedarf
im Gesundheitssystem*

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN ERHÖHEN DEN REFORMBEDARF IM GESUNDHEITSSYSTEM

WARUM JETZT EINE GESUNDHEITSREFORM GEBOTEN IST

Der Rechnungshof sieht aufgrund von fünf spezifischen Entwicklungen jetzt einen zeitkritischen Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem:

1. Bei insgesamt steigenden Staatsausgaben und Staatsschulden entwickeln sich die Ausgaben für das Gesundheitswesen besonders dynamisch. Die gebotene Sanierung der öffentlichen Haushalte wird daher unter Ausklammerung des Gesundheitsthemas nicht möglich sein.
2. Die operativ für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung zuständigen Rechtsträger kommen damit an die Grenzen ihrer finanziellen Handlungsfähigkeit: Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) erzielt seit 2019 Bilanzverluste und bei den Betreibern von Krankenanstalten steigt die finanzielle Belastung stetig.
3. Das österreichische Gesundheitssystem ist mit einer steigenden Inanspruchnahme konfrontiert. Diese steht auch im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung und neuen Behandlungsmöglichkeiten aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts, die auch in Zukunft eine Fortsetzung dieses Trends erwarten lassen.
4. Neben der steigenden Inanspruchnahme sieht der Rechnungshof auch eine sinkende Effizienz: Stark steigende Kosten je Belagstag, sinkende Bettenauslastung und höhere Aufwendungen der Sozialversicherung. Dies ist unter anderem Folge

der mangelnden Anpassung von Versorgungsstrukturen, aber auch der gegenüber der Inflation deutlich stärker gestiegenen ärztlichen Einkommen und Personalaufwendungen für den Pflegedienst.

Auch die Koordinierungsplattformen wie Gremien und Organe der Zielsteuerung Gesundheit auf Landes- und Bundesebene haben die Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen nicht gelöst.

5. **Versorgungsprobleme:** Medizinische Indikatoren weisen darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung nicht immer „bedarfsgerecht“ erfolgt. Es kommt mitunter zu Überversorgung (Leistung ohne objektiven Bedarf), Unterversorgung (keine Leistung trotz objektiven Bedarfs) oder Fehlversorgung (nicht fachgerechte Leistung bei objektivem Bedarf), weil die Steuerung der medizinischen Leistungserbringung nicht ausreichend gelingt.

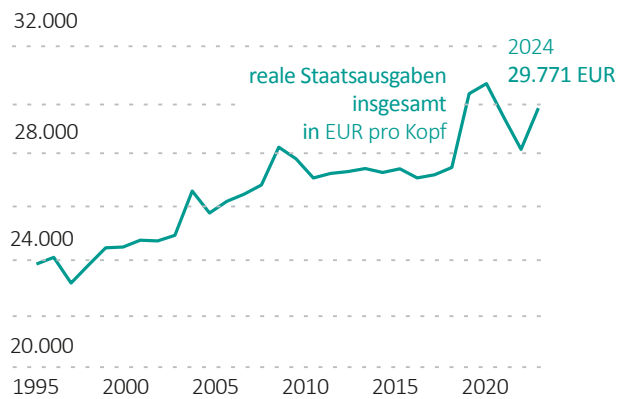
Angesichts dieser Entwicklungen reichen schrittweise, singuläre Verbesserungen nicht mehr aus. Der Rechnungshof ist überzeugt: Es braucht jetzt eine grundlegende und umfassende Reform, um die Bevölkerung effizient und bedarfsgerecht zu versorgen und so die Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitssystems auch in Zukunft zu gewährleisten, und es braucht den Mut, eine solche Reform umzusetzen.

HOHE DYNAMIK BEI ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSAUSGABEN

(1) Die von der Statistik Austria erfassten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben¹ verzeichneten im Zuge der COVID-19-Pandemie von 2020 auf 2021 einen sprunghaften Anstieg um 16 %. Ausgehend von diesem hohen Niveau (+0,9 % 2022) stiegen sie ab 2023 erneut deutlich; zuletzt um 7,7 % auf 43,793 Milliarden Euro im Jahr 2024.

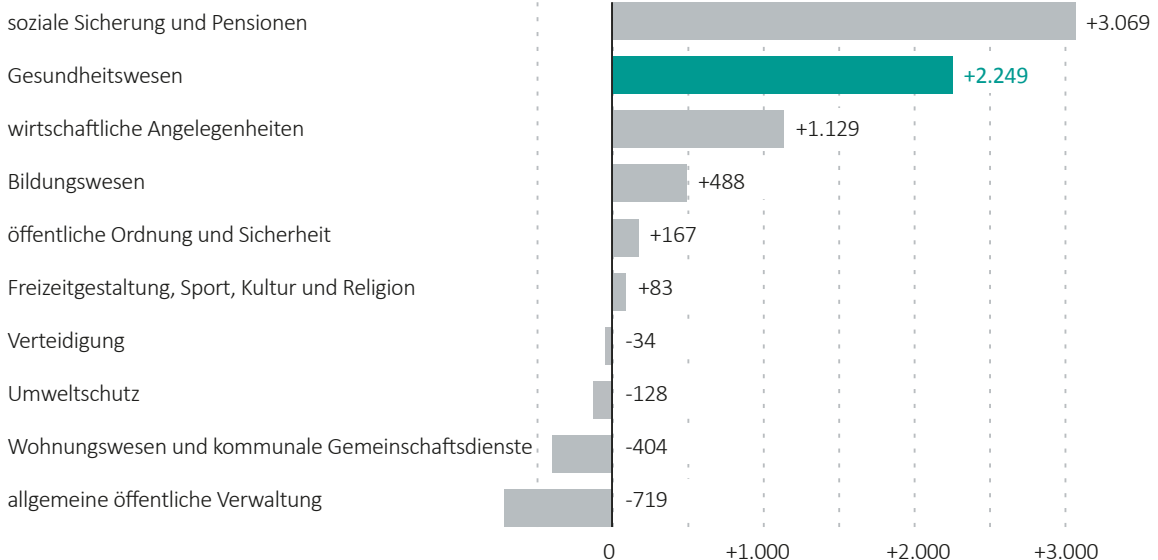
Die realen Staatsausgaben pro Kopf (wie in nachfolgender Abbildung gezeigt) sind insgesamt langfristig deutlich gestiegen. Die darunter gezeigte Analyse nach Aufgabenbereichen² zeigt, dass manche Bereiche besonders stark wachsen und andere zurückgehen. Wertmäßig ist der Bereich soziale Sicherung und Pensionen (der auch den größten Gesamtanteil der Staatsausgaben ausmacht) am stärksten gestiegen, prozentuell ist allerdings die Erhöhung im Gesundheitswesen am größten (+78,7 % seit 1995).

Entwicklung der realen Staatsausgaben pro Kopf insgesamt und nach Bereichen von 1995 bis 2024



Quelle: Statistik Austria; Darstellung: RH

reale Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen



Veränderung reale Pro-Kopf-Ausgaben in EUR (Preisbasis 2024)

Quelle: Statistik Austria; Darstellung: RH

(2) Der hohe Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt wird in Zukunft voraussichtlich noch höher werden: Der Fiskalrat geht in seinem Nachhaltigkeitsbericht aus dem Jahr 2025 davon aus, dass der Anteil der Staatsausgaben, die für die

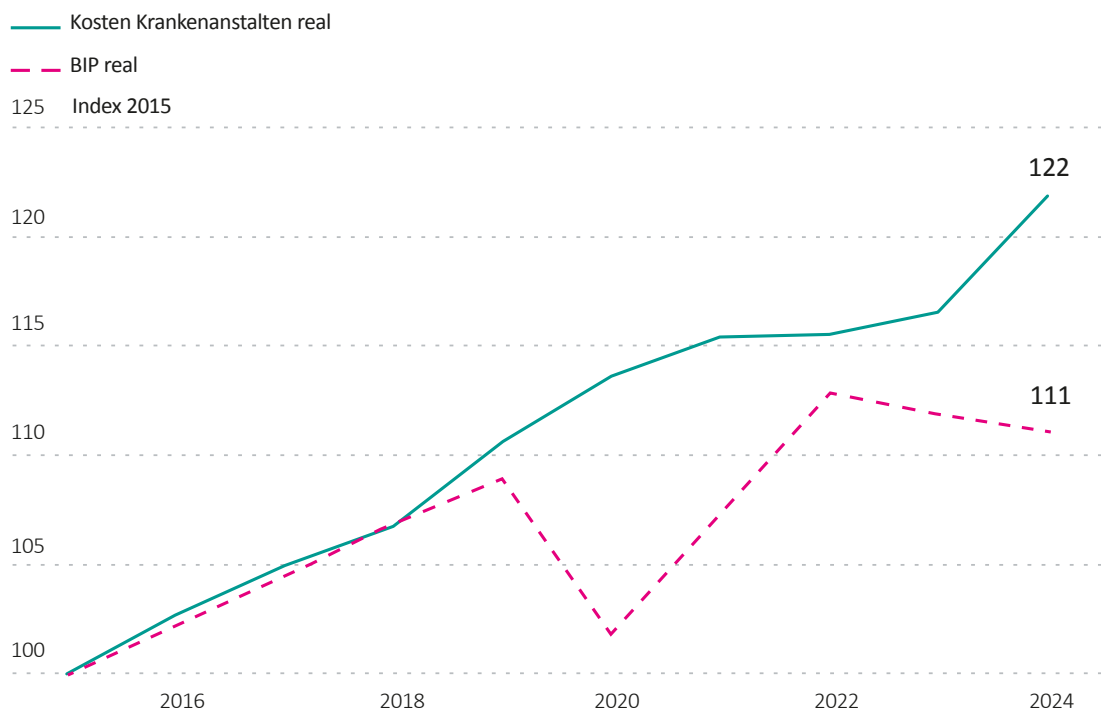
Finanzierung des Gesundheitssystems aufgewandt werden müssen, von 7,7 % des BIP im Jahr 2023 auf 8,9 % im Jahr 2040 und 10,3 % im Jahr 2070 steigen wird; damit würde der Gesundheitsbereich weiterhin den stärksten Anstieg aller Bereiche verzeichnen.

STEIGENDE KOSTEN FÜR KRANKENANSTALTEN UND DEFIZITE BEI DER KRANKENVERSICHERUNG

(1) Einen wesentlichen Anteil an den steigenden Gesundheitsausgaben hatten die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstal-

ten: Ihre Gesamtkosten entwickelten sich von 2015 bis 2024 mit +63 % (nominell) bzw. +22 % (real) besonders dynamisch.

Kostenentwicklung in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

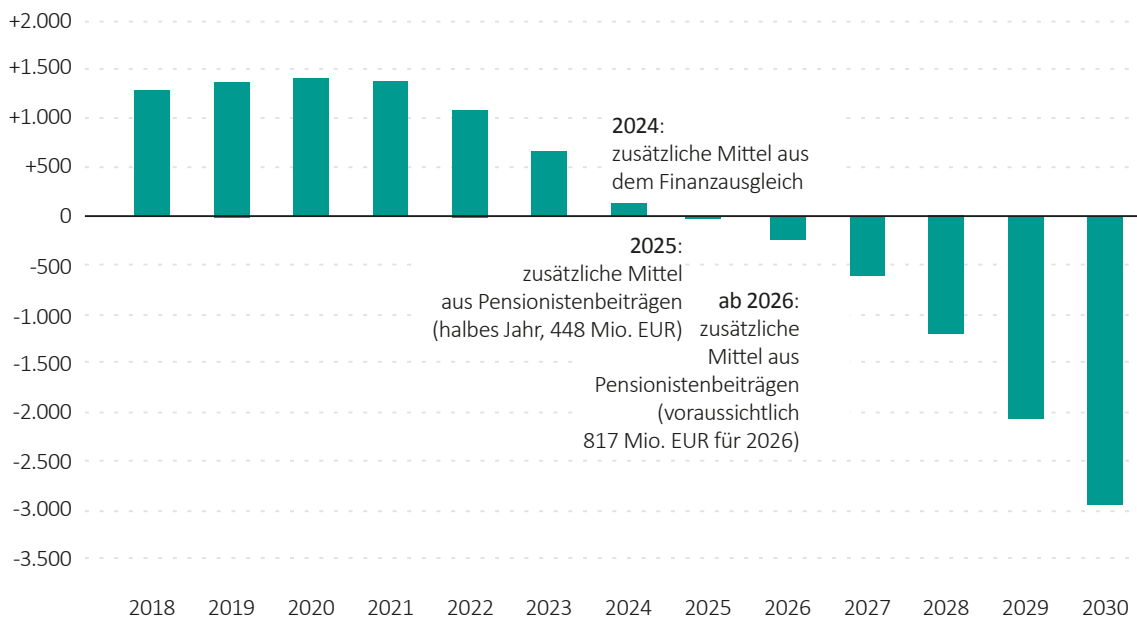
(2) Auch die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger stiegen von 2015 bis 2024 unter anderem aufgrund einer erhöhten Anzahl an Arztbesuchen stark an und führten etwa bei der ÖGK zu um 61 % (nominell) bzw. 20 % (real) höheren Aufwendungen. Aufgrund dieser Entwicklung wird die ÖGK voraussichtlich 2025 ihre Rücklagen verbraucht haben.

Sie prognostizierte in ihrer Gebarungsvorschau auch bis 2030 steigende Bilanzverluste, obwohl sie zusätzliche Mittel aus dem Finanzausgleich und der Anhebung der Pensionistenbeiträge erhalten wird:

Entwicklung des Reinvermögens

der ÖGK in Mio. EUR

Reinvermögen laut Rechnungsabschluss (bis inklusive 2024) bzw. Gebarungsvorschaurechnung (ab 2025; Stand Mai 2026) in Mio. EUR



Quelle: ÖGK; Darstellung: RH

VERSORGUNGSPROBLEME TROTZ HOHER GESUNDHEITSAUSGABEN

Trotz hoher und weiterhin stark steigender Gesundheitsausgaben zeigen sich im österreichischen Gesundheitssystem Versorgungsprobleme; so gehen etwa die besetzten ärztlichen Planstellen im Kassenbereich zurück (bezogen auf die Bevölkerung) und es gibt Hinweise auf Verschlechterungen bei den Wartezeiten im niedergelassenen Bereich sowie unter anderem bei elektiven Behandlungen in Krankenanstalten³.

Die OECD klassifizierte eine Reihe von Todesursachen als vermeidbar, einerseits durch Prävention, andererseits durch bessere Behandlung. In Österreich verstarben im Jahr 2023 rund 90.000 Menschen; dabei galten rund 18.400 Todesfälle als vermeidbar – rund 12.600 durch Prävention, rund 5.700 durch bessere Behandlung. Der Schnitt der EU-Staaten, mit denen Österreich ökonomisch vergleichbar ist, lag hier besser als in Österreich. Seit 2011 hat sich Österreich in diesem Vergleich deutlich verschlechtert.⁴

Obwohl Österreich als ein Land mit gutem Zugang zum Gesundheitssystem gilt, gibt es erste Indikatoren dafür, dass durch steigende Eigenleistungen im Gesundheitssystem auch soziale Probleme entstehen. Bei den ärmsten Haushalten verdoppelte sich laut IHS der Anteil der von „ruinösen privaten Gesundheitsausgaben“ Betroffenen im Zeitraum 2005 bis 2020 von 1,3 % auf 2,6 % (als „ruinös“ galten Ausgaben von 40 % oder mehr der gesamten Haushaltsausgaben).⁵

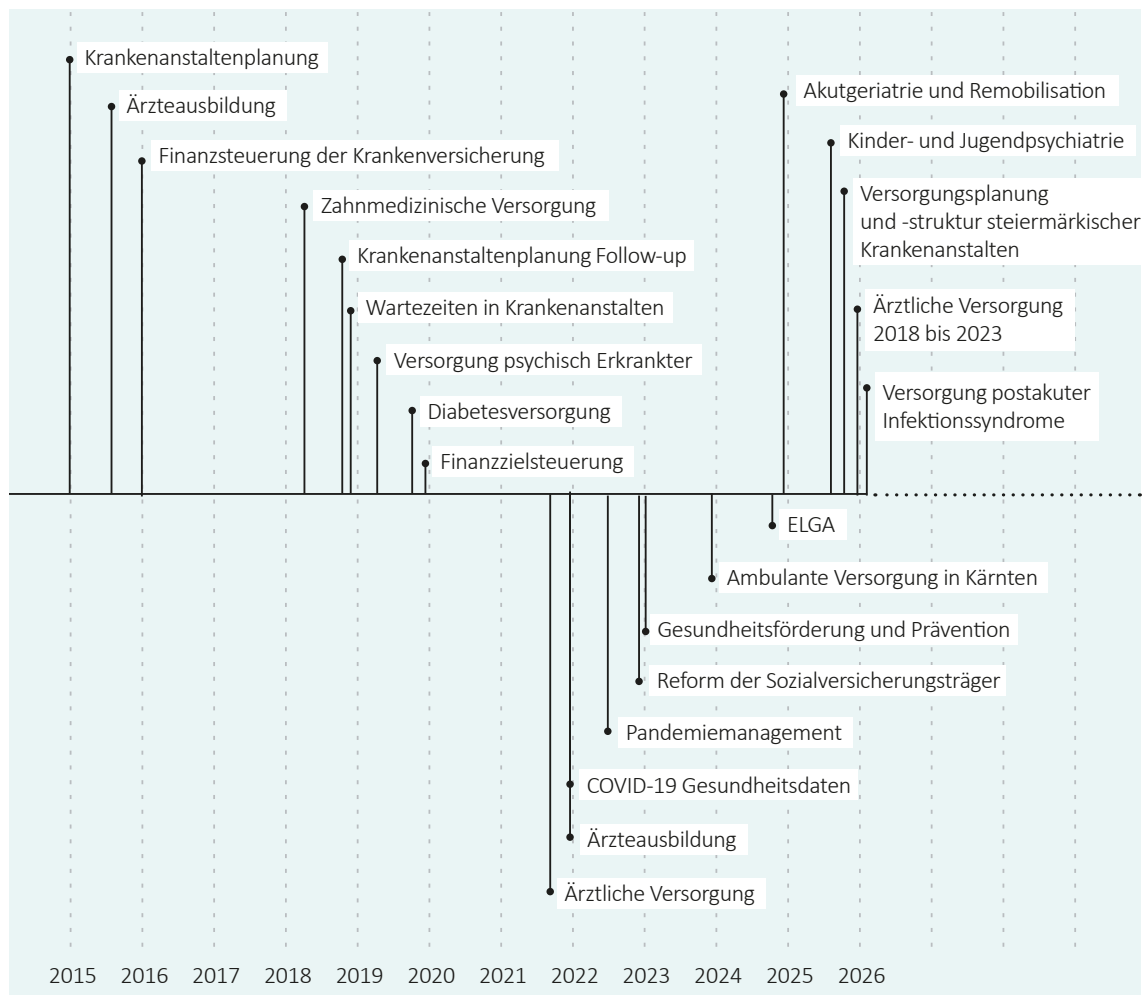
WAHRNEHMUNGEN DES RECHNUNGSHOFES ZEIGEN, WAS ZU ÄNDERN WÄRE

AUSGEWÄHLTE BERICHTE DES RECHNUNGSHOFES

In den vergangenen Jahren hat der Rechnungshof in seinen Berichten zahlreiche Herausforderungen im Gesundheitssystem adressiert und Empfehlungen an einzelne Gebietskörperschaften bzw. Rechtsträger ausgesprochen. Dabei geht der Rechnungshof in der Regel anlassbezogen auf bestimmte Problemlagen ein.

Die Berichte zeigen hinreichend, dass Probleme und Ineffizienzen nicht nur durch konkrete Entscheidungen im Management entstehen, sondern auch aufgrund des Zusammenstreffens langfristiger Veränderungen – wie demografische, medizinische und technische Entwicklungen – mit strukturellen Schwächen des Gesundheitssystems.

Ausgewählte Berichte des Rechnungshofes zum Gesundheitswesen von 2015 bis 2026



Quelle und Darstellung: RH

WAHRNEHMUNGEN ZUR STEUERUNG

Bund und Länder planten die Krankenanstalten **nicht ausreichend gesamthaft**. Ausschlaggebend an Stelle einer länderübergreifenden Planung waren im Wesentlichen Detailplanungen der einzelnen Länder in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit.⁶

Aufgrund dieser Ausgangslage ist die **Koordinations- und Steuerungsfunktion des Bundes** von besonderer Bedeutung – insbesondere in Umsetzung seiner Grundsatzgesetzgebung und seiner Beiträge für die Finanzierung (Finanzausgleich, Art. 15a B-VG Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) sowie seiner zentralen Rolle im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit. Die Berichte des Rechnungshofes zeigen aber wiederholt, dass der Bund diese Funktion **nicht ausreichend wahrnimmt**. So setzt der Bund seine Planungsvorgaben und Strukturqualitätskriterien gegenüber den Ländern bisher nicht ausreichend durch.

Auch besteht **keine Grundlage für eine nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung inländischer Gastpatientinnen und -patienten**. Im Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie blieb zwischen Bund und Ländern oftmals unklar, wer wofür verantwortlich war, wer in der Praxis Entscheidungen zu treffen und wer diese umzusetzen hatte. Dies, obwohl die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung oberstes Organ der öffentlichen Gesundheit ist.

Anhand des Berichts zur Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. wird deutlich, dass Länder infolge von Steuerungsmängeln in ihren Regionalen Strukturplänen **zu wenig Schritte umsetzen, um den notwendigen Strukturwandel im Bereich der Krankenanstalten einzuleiten, (komplexe) Leistungen an geeigneten Standorten zu bündeln, kleinteilige Organisationsformen zu überwinden und den ambulanten Bereich zu stärken**.⁷ Dies, obwohl kleinere Krankenanstalten aufgrund von Strukturqualitätskriterien bestimmte Behandlungen nicht mehr durchführen dürfen und keine vollständige Ausbildung bieten können. In der Folge wird es für sie schwierig, Personal anzuwerben. Neben der Konkurrenz um das Gesundheitspersonal – auch demografiebedingt wird das Arbeitskräfteangebot sinken – erschweren kleinteilige Strukturen die Abstimmung für einen gemeinsamen Einkauf wie bei Heilmitteln. Zudem kann die Umsetzung von Innovationen (z.B. Telemedizin) in kleinteiligen Versorgungsstrukturen schwieriger und teurer sein. Diese Zusammenhänge sind oft für die Bevölkerung nicht transparent.

Der stationäre Bereich ist in Österreich historisch stark ausgeprägt. Es gibt viele Krankenanstaltenstandorte und einen freien Zugang zu dieser Versorgungsebene. Im **weltweiten Vergleich verzeichnete Österreich eine der höchsten Anzahl an stationären Aufenthalten pro Einwohnerin bzw. Einwohner**.⁸

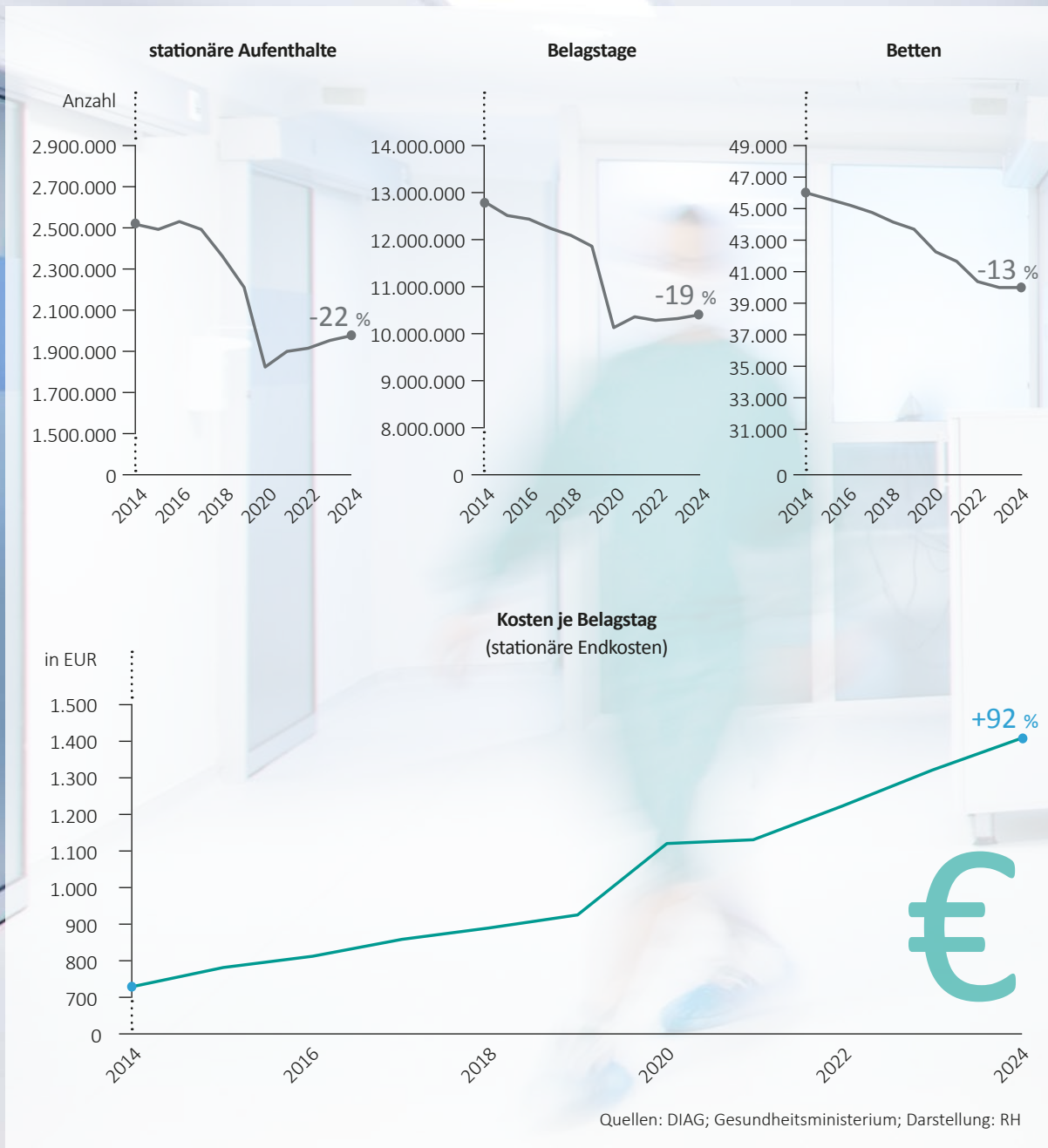
Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich, stiegen die Kosten je Belagstag der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten in den Jahren 2014 bis 2024 um 92 %, dies trotz gesunkener Leistungszahlen (die Aufenthalte sanken um 22 %, die Belagstage um 19 %). Ein Grund dafür war etwa, dass die Versorgungsstrukturen (hier durch die Zahl der Betten abgebildet) nicht entsprechend

angepasst wurden. Dies führte zu einer schlechteren Auslastung, höheren Kosten und einer geringeren Effizienz.

Ausgewählte österreichweite

stationäre Kennzahlen

von 2014 bis 2024



Der Rechnungshof stellte nicht nur im stationären Bereich, sondern auch für die **Abstimmung zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich** Handlungsbedarf fest. So zeigte er etwa in seinem Bericht zur **ambulanten Versorgung in Kärnten**⁹ auf, dass **mindestens 50 % der Fälle** in Erstversorgungs- bzw. Notfallambulanzen von Krankenanstalten **grundsätzlich auch im niedergelassenen Bereich behandelt werden könnten**. Am meisten wurden diese Ambulanzen jeweils zu Zeiten aufgesucht, an denen **grundsätzlich auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte geöffnet hatten** (an Werktagen am Vormittag).

Auch finanzielle Herausforderungen für die Krankenversicherungsträger (z.B. hohe Defizite einzelner Träger) thematisiert der Rechnungshof immer wieder in seinen Berichten.¹⁰ Er stellte dabei fest, dass die Vorgaben der Zielsteuerung Gesundheit nicht zur Steuerung der Krankenversicherungsträger geeignet sind. **Die für ihre Gebarung wichtigsten Bereiche – ärztliche Hilfe und Heilmittel – können die Krankenversicherungsträger nicht ausreichend operativ beeinflussen, um eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen**. Bestehende Vertragsstrukturen behindern **effizienzsteigernde Innovationen** (z.B. im Laborbereich). Ein Konzept zur Steuerung der Patientenströme liegt nicht vor. Die Gesundheitsberatung 1450 war in einigen Ländern bereits seit 2017 in Betrieb. Die Inanspruchnahme und damit mögliche Steuerungseffekte waren länderspezifisch jedoch unterschiedlich.

Um die fortschreitenden **Digitalisierungsmöglichkeiten** („eHealth“, „Telemedizin“) und das damit verbundene ökonomische Potenzial auszuschöpfen, **fehlen konkrete Ziele** für die Nutzung bzw. Weiterentwicklung von ELGA und dafür erforderliche Rechtsgrundlagen.¹¹

Im Rahmen seiner **Berichte zur Reform der Sozialversicherungsträger** befasste sich der Rechnungshof mit einer der größten organisatorischen Veränderungen in der Sozialversicherung der letzten Jahrzehnte.¹² Er überprüfte insbesondere, ob die Ziele erreicht werden konnten, und zwar einerseits im Bereich der Leistungskonsolidierung (einheitlicher Gesamtvertrag) und andererseits im Bereich der Verwaltung. Dabei zeigte sich **sowohl bei der finanziellen Lage als auch bei der Steuerung und der Gestaltung der Leistungsstrukturen ein grundsätzlicher Handlungsbedarf**.

Der Rechnungshof überprüfte immer wieder auch die Verfügbarkeit und Qualität der **Gesundheitsdaten**. Hier stellte er **grundsätzliche Koordinierungsprobleme zwischen den Sektoren, fehlende Daten zu Diagnosen im niedergelassenen Bereich** und Probleme bei der Zusammenfassung von Daten fest.¹³

In seinen Gebarungsüberprüfungen zur **Ärzteausbildung**¹⁴ zeigte der Rechnungshof auf, dass die **Ärzteausbildungskapazitäten insgesamt kaum bedarfsgesteuert** waren. Somit beeinflusste vielfach nicht der künftige Bedarf an bestimmten Fachrichtungen, sondern die Anzahl der verfügbaren und tatsächlich besetzten Dienstposten für Turnusärztinnen und Turnusärzte in den Ausbildungsstätten (vor allem Krankenanstalten) die künftige Zahl an berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten in den verschiedenen Fachrichtungen wesentlich.

WAHRNEHMUNGEN ZU EINZELNEN VERSORGUNGSBEREICHEN

Mehrfach waren auch Versorgungsprobleme Thema von Berichten des Rechnungshofes. Beispielsweise zeigte eine Prüfung zur Versorgungsplanung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie deren Umsetzung¹⁵, dass zahlreiche strategische Grundlagen und Bekenntnisse für einen bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung vorhanden sind. Insbesondere Länder und Sozialversicherung setzten diesen aber über mehrere Zielsteuerungsperioden hinweg nicht um. Dies liegt unter anderem an Problemen bei der Planung und der Verteilung der Finanzmittel, an fehlenden konkreten Zielwerten und an ungeklärten Fragen zu neuen Versorgungskonzepten.

Auch in der zahnärztlichen Versorgung sind die Planungsvorgaben und die Verteilung der Finanzmittel nicht ausreichend abgestimmt und bestehen Probleme bei der Regelung der Leistungserbringung durch die Gesamtverträge.¹⁶ Konkrete Versorgungsziele fehlen weitgehend. Die Gesamtverträge gehen auf das Jahr 1956 zurück; Leistungspositionen wurden im Wesentlichen 1972 und 1992 aktualisiert. In mehreren Punkten ist die Konzeption überaltet: Beratung und Vorsorge sind kaum vorgesehen; neuere technische Entwicklungen bleiben unberücksichtigt, ein Anreizsystem für regelmäßige Kontrollen besteht nicht.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung bzw. die alternde Bevölkerung und den besonderen Versorgungsbedarf geriatrischer Patientinnen und Patienten prüfte der Rechnungshof Akutgeriatrien und Remobilisationen in Krankenanstalten¹⁷. Dabei zeigte sich auch, dass für eine nachhaltige und bedarfsgerechte Planung der akutgeriatrischen Ver-

sorgung **erforderliche valide Daten bzw. konkrete Angaben fehlten**; etwa Daten dazu, wie viele eigentlich akutgeriatrische Patientinnen und Patienten in anderen Krankenanstaltenabteilungen (z.B. Innere Medizin) auf welche Weise (z.B. mit oder ohne (physio-)therapeutische Dienste) versorgt wurden. Dass valide Daten fehlten, war auch bei der **Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen** eine zentrale Herausforderung. Darüber hinaus trugen die **nicht ausreichende Abstimmung zwischen den Zielsteuerungspartnern und eine fehlende länderübergreifende Gesamtstrategie** zu einer Verzögerung einer adäquaten Versorgung der Betroffenen bei.¹⁸

Im Bereich der **Gesundheitsförderung und Prävention** waren die meisten Maßnahmen nicht verbindlich, wie etwa die Nationalen Aktionspläne zu Ernährung und Bewegung oder Vereinbarungen mit der Lebensmittelindustrie zur Reduzierung des Zucker- und Salzgehalts in Lebensmitteln. Sie zeigten nur beschränkt Wirkung und waren daher nicht ausreichend, um die mit den Gesundheitszielen Österreich verfolgte Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung zu erreichen.¹⁹ Beispielsweise war in Österreich der Anteil der übergewichtigen Personen im Alter

von 15 und mehr Jahren auf 34,3 % im Jahr 2019 gestiegen (32,6 % 2014), der Anteil an adipösen Personen auf 16,5 % (14,4 % 2014).

In zwei Prüfungen zur **Ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich**²⁰ zeigten sich **grundsätzliche Probleme der Planung, der Finanzierung und der Organisation des Leistungswesens**. Aktuelle Entwicklungen wie die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, sowie die fortschreitende Digitalisierung („Telemedizin“) stehen langsamen Anpassungen der Versorgungsstrukturen gegenüber (nach 10 Jahren Primärversorgungseinrichtungen lag der Versorgungsgrad 2023 durch diese bei rund 5 % der Bevölkerung).

Auch eine Prüfung zur **medizinischen Rehabilitation**²¹ zeigte **Herausforderungen in der Planung, in den Zuständigkeiten und in den Strukturen zur Sicherstellung der Leistungen**. Die Kombination aus unklaren Zuständigkeiten, unterschiedlichen Leistungsdefinitionen bei Kranken- und Pensionsversicherung und dem überwiegenden Fehlen eines Rechtsanspruchs führt zu Problemen. Handlungsbedarf besteht bei der Tarifikalkulation, bei der Individualisierung der Leistung und der Digitalisierung.



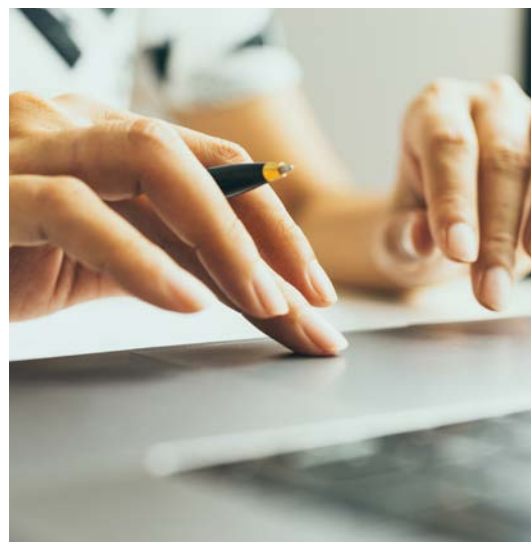
Schlussfolgerungen des Rechnungshofes

Zusammenfassend zeigen die Berichte des Rechnungshofes drei wichtige wiederkehrende Themen:

1. **Bestimmte übergreifende Entwicklungen** sind für die meisten Einzelbereiche zu berücksichtigen, unter anderem
 - demografische Veränderungen, insbesondere Alterung und damit verbunden ein vermehrtes Auftreten chronischer Krankheiten,
 - medizinische und technische Entwicklungen und Fortschritte, z.B. die Möglichkeit, Leistungen auch ohne stationäre Aufenthalte zu erbringen, aber auch höhere Überlebensraten bei Krebserkrankungen,
 - eine zunehmende Digitalisierung und auch
 - Verhaltensänderungen in der Bevölkerung.
2. **Das österreichische Gesundheitssystem hat Stärken**, die trotz des unvermeidlichen Strukturwandels erhalten bleiben sollten:
 - die annähernd vollständige Integration der Bevölkerung in die Sozialversicherung, die das finanzielle Risiko bei Erkrankungen einschränkt,
 - die solidarische (also nicht risiko-, sondern einkommensbasierte) Finanzierung des Gesundheitssystems durch die Versicherten, Steuerzahlerinnen und Steuerzahler,
 - die öffentlichen Krankenanstalten, die Behandlungen auch schwerer Erkrankungen unabhängig von einer Gewinnorientierung bedarfsorientiert zur Verfügung stellen,
 - freiberufliche Ärztinnen und Ärzte, die im niedergelassenen kassenfinanzierten Bereich eine breite ärztliche Versorgung sicherstellen und
 - eine Einbeziehung auch privater Mittel, um ungünstige Anreizeffekte zu vermeiden.

3. **Dem stehen systemische Schwächen gegenüber:**

- Daten zur Krankheitslast, zu den erbrachten Leistungen und den erzielten Erfolgen fehlen oder werden so zersplittert erfasst, dass sie zur Steuerung kaum verwendet werden können.
- Ungünstige Finanzierungsanreize – insbesondere im Verhältnis zwischen einer Leistungserbringung in Krankenanstalten und im niedergelassenen Bereich – verhindern eine Leistungserbringung am best point of service, weil dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ nicht ausreichend Rechnung getragen wird.
- Leistungsstrukturen sind nicht ausreichend flexibel und werden finanziert, auch wenn die Leistungen bereits woanders erbracht werden und die Auslastung sich verschlechtert.
- Vertragliche Regelungen erfordern die Zustimmung vieler Akteure, sodass Vereinbarungen nicht oder zeitlich verzögert geschlossen werden.
- Telemedizin und Digitalisierung werden nur zögerlich eingesetzt, sodass Kostenvorteile durch technischen Fortschritt nicht ausreichend realisiert werden.
- Trotz zahlreicher Koordinierungsgremien auf Bundes- und Landesebene fehlen im Gesundheitswesen klare Entscheidungsstrukturen.



GESUNDHEITSSYSTEM 2040

*Drei wesentliche Handlungsfelder
für eine Reform*

I. Versorgungsstrukturen

II. Finanzierung

III. Steuerung

DREI WESENTLICHE HANDLUNGSFELDER FÜR EINE REFORM

WO DER RECHNUNGSHOF EINEN BEITRAG LEISTEN KANN

Das Gesundheitssystem bewegt rund 44 Milliarden Euro, beschäftigt allein in Krankenanstalten weit über 100.000 Personen (nur Gesundheitspersonal) und steht regelmäßig im Fokus gesellschaftlicher Debatten. Jede und jeder hat Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und Meinungen zur Leistungserbringung. Diese individuelle Wertungsebene ist ein wichtiger Ansatzpunkt für Verbesserungen in der täglichen Arbeit. Ohne grundlegende Anpassungen der dahinterliegenden Strukturen und Prozesse sind Verbesserungen aber nur begrenzt möglich. In diesen Systemfragen kann und will der Rechnungshof einen analytischen Beitrag leisten.

Der Rechnungshof hebt daher drei Handlungsfelder hervor, die aus seiner Sicht für eine zielgerichtete Reform des Gesundheitssystems wesentlich sind, damit es sich am Bedarf orientiert, aber auch effizient und somit finanzierbar bleibt:

I. **Versorgungsstrukturen:**

Die Versorgungsstrukturen (z.B. Standorte und Größen von Krankenanstalten, ambulante Organisationsformen, Berufsfelder des Gesundheitspersonals) werden sich ändern und die Versorgungslandschaft wird anders aussehen. Um nicht von diesen Änderungen überrollt zu werden, sondern diese aktiv in Richtung einer stärker bedarfsorientierten, effizienten Versorgung entwickeln zu können, braucht es ein klares Gesamtbild, wie das Gesundheitssystem der Zukunft aussehen soll (Zielstruktur).

II. **Finanzierung:**

Die Umsetzung der notwendigen Änderungen in den Versorgungsstrukturen erfordert es, die finanziellen Mittel anzupassen. Es braucht eine Finanzierung des Gesundheitssystems, die den Strukturwandel unterstützt bzw. vorantreibt und stärkere Anreize für eine bedarfsorientierte, effiziente Versorgung in der vorgesehenen Qualität setzt. Bereiche, die ausgebaut werden sollen, brauchen zusätzliche Mittel; Strukturen, die zurückgefahren werden sollen, müssen mit weniger Geld auskommen.

III. **Steuerung:**

Für diesen Transformationsprozess und für die Umsetzung des Zielbildes sind wirksame Instrumente zur Bewertung der Leistungsfähigkeit und zur Steuerung des Gesundheitssystems nötig. Es braucht Transparenz darüber, ob die Versorgung tatsächlich bedarfsorientiert und effizient ist, es braucht Maßnahmen, mit denen wirksame Verbesserungen erzielt werden können, und es braucht klare Aufträge, wer was wann zu tun hat.

Im Folgenden konkretisiert der Rechnungshof die Relevanz der genannten Handlungsfelder sowie die damit verbundenen Herausforderungen und zeigt insgesamt 15 Vorschläge zur Lösung auf:

I. VERSORGUNGSSTRUKTUREN SIND ENTSCHEIDEND



(1) Nach Ansicht des Rechnungshofes sollte eine Reform **primär bei den Versorgungsstrukturen ansetzen**. Änderungen in der Hintergrundfinanzierung oder in den Zuständigkeiten alleine sind nicht ausreichend. In der Folge müssen sich auch die Leistungserbringung und die Rolle der einzelnen Gesundheitsberufe bzw. Berufsbilder und die Patientenwege ändern. Finanzierungs- und Zuständigkeitsfragen sollten sich aus einem klaren, österreichweiten Zielbild der Versorgungsstrukturen der Zukunft ableiten. Nur wenn das gewünschte Zielbild klar kommuniziert wird, können auch die notwendige Einigung und Akzeptanz erreicht werden.

(2) Spätestens seit der Gesundheitsreform 2013 ist ein Strukturwandel im österreichischen Gesundheitssystem Ziel der Gesundheitspolitik, um bei den medizinischen Entwicklungen (unter anderem **Spezialisierung, zunehmende Leistungserbringung im ambulanten Bereich, Qualitätsanforderungen, wachsende Bedeutung von Vorsorge**) und epidemiologischen Veränderungen (z.B. **mehr chronische Erkran-**

kungen) mithalten zu können und das Gesundheitssystem finanzierbar zu halten.

Dieser Wandel ist **bisher nicht wie geplant gelungen**. Im Bereich der Krankenanstalten sind (komplexe) Leistungen noch nicht ausreichend an geeigneten Standorten gebündelt, kleinteilige Organisationsformen sind noch nicht überwunden. Der Aufbau von Versorgungsalternativen im ambulanten Bereich ist nicht ausreichend vorangeschritten, Spitalsambulanzen und niedergelassener Bereich werden nicht genügend abgestimmt bzw. nicht als Einheit gesehen. Möglichkeiten der Telemedizin und der technologischen Optimierung sind noch nicht ausreichend genutzt. Viel Potenzial durch Vorsorge ist noch nicht gehoben.

Eine Änderung der medizinischen Leistungserbringung bzw. der damit verbundenen Prozesse erfordert auch eine Anpassung der Strukturen. Das betrifft etwa die Größe, das Leistungsspektrum und die Standorte von Krankenanstalten, die künftige Rolle von ambulanten Facharztzentren und Primärversorgungseinrichtungen sowie die Ausgestaltung von vertraglichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung. Werden diese Anpassungen verzögert (oder verhindert), entstehen Qualitäts-, Versorgungs- und Finanzierungsprobleme, wie sie der Rechnungshof in seinen Berichten dargestellt hat.

Die Grundkonzeption des öffentlichen Gesundheitssystems in Österreich umfasst eine solidarische (nicht risikoorientierte) Finanzierung durch Sozialversicherung und Steuermittel, ein nicht gewinnorientiertes Spitalswesen, eine selbstständige, kassenfinanzierte Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich und die Zielsetzung einer umfassenden öffentlichen Sachleistungsversorgung.

Ohne Strukturwandel stößt dieses Gesundheitssystem an seine Grenzen und läuft Gefahr, nicht mehr aufrechterhalten werden zu können, obwohl dafür ein breiter gesellschaftlicher Grundkonsens besteht.

Lösungsvorschläge des Rechnungshofes zu Versorgungsstrukturen

Der Rechnungshof befürwortet bei den Versorgungsstrukturen eine abgestufte Vorgehensweise mit drei Phasen:

Zielbild für Versorgungsstrukturen mit Gewichtung der Sektoren

1. In einem ersten Schritt ist nach objektiven Maßstäben zu ermitteln, welche Versorgungsstrukturen welche Leistungen erbringen sollen, um die künftige Versorgung bedarfsgerecht und effizient auszugestalten, und welche Elemente in der Versorgungslandschaft dafür konkret geschaffen oder verändert werden müssten.

Aus Sicht des Rechnungshofes könnte sich dabei ergeben, dass der Versorgungsanteil der verschiedenen Strukturen zugunsten der Primärversorgung verschoben werden sollte. Bei dieser wäre ein flächendeckendes Angebot mit niederschwelligem Zugang (Wartezeitenmanagement, Transparenz der Öffnungszeiten und gute Erreichbarkeit für ältere Patientinnen und Patienten etc.) sicherzustellen. Gleichzeitig wären Paralleltäten zwischen der spitalsambulanten und der (fach-)ärztlichen niedergelassenen Versorgung einzuschränken, die Leistungserbringung außerhalb der Krankenanstalten durchgängig zu stärken und die diesbezügliche Abstimmung zu verbessern. Die stationäre Versorgung wäre in Strukturen zu konzentrieren, die die erforderliche

Erreichbarkeit, Spezialisierung und Behandlungsqualität sicherstellen können. Dabei sollte der Zugang zu einer bedarfsorientierten „spitzenmedizinischen“ Patientenversorgung gewährleistet sein.

Neben den bisherigen graduellen Anpassungen wäre nunmehr eine klare Zielvorstellung mit einem verbindlichen Zeithorizont zu entwickeln. Der Rechnungshof schlägt dafür **das Jahr 2040** vor. Die Festlegung eines solchen Zeithorizonts und einer verbindlichen Zielstruktur würde die notwendigen Entscheidungen klar machen und die Ungewissheit über die künftige Entwicklung vermeiden.

Festlegung der Standorte und Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen

2. Als zweiter Schritt wäre auf dieser Basis von der Politik ein Zielbild mit den neuen Versorgungsstrukturen festzulegen, und insbesondere zu entscheiden, welche Standorte mit welchen Versorgungsangeboten und Ressourcen wie verändert werden sollen.

Kommunikation, wie das österreichische Gesundheitssystem in Zukunft aussehen wird

3. In einem dritten Schritt wäre der Bevölkerung zu vermitteln, wie die Versorgungsstrukturen der Zukunft aussehen werden. Es muss offen kommuniziert werden, dass nur der Strukturwandel eine bedarfsgerechte Versorgung im öffentlichen Gesundheitssystem absichern kann. Vorteile (z.B. Wartezeitenmanagement, niederschwellige elektronische Kontaktmöglichkeiten), aber auch Erwartungen an das Verhalten der Patientinnen und Patienten (digital vor ambulant vor stationär) sollen proaktiv kommuniziert werden.

II. EINE FINANZIERUNG, DIE DEN STRUKTURWANDEL UNTERSTÜTZT



(1) Eine wichtige Voraussetzung der Strukturanpassung ist eine zielgerichtete Finanzierung: Neue bzw. ausgebauten Strukturen sollen zusätzliche Mittel erhalten, Strukturen mit sinkenden Leistungen weniger Geld. Folgt die Finanzierung nicht dem Strukturwandel, kann die notwendige Strukturanpassung nicht stattfinden.

(2) Die **gegenwärtige Finanzierungsstruktur** hat Elemente, die dieser Logik im Wege stehen: Die Mittel der Sozialversicherung sind durch die Höhe der Beiträge begrenzt. Sie hat den gesetzlichen Auftrag einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“, darf also nur so viel ausgeben, wie sie einnimmt. Gleichzeitig hat sie jedoch den gesetzlichen Auftrag, die „notwendige Krankenbehandlung“ unabhängig von ihren finanziellen Ressourcen sicherzustellen, und den politischen Auftrag, den Ausbau des ambulanten Bereichs zu forcieren. Wie aktuelle Rechnungshof-Berichte zeigen, hat das nicht gut funktioniert.

Im Unterschied dazu liegt die Finanzierung des stationären Bereichs, dessen Versorgungsanteil die Gesundheitspolitik reduzieren will, in den Händen der Länder. Sie verwalten staatliche Mittel, die zwar auch limi-

tiert sind, aber durch die – etwa infolge von Vorgaben des Österreichischen Stabilitätspakts begrenzte – Aufnahme von Fremdmitteln ergänzt werden können. Dies trug dazu bei, dass Strukturen vielfach erhalten blieben.

Die Beteiligung der Sozialversicherung an der Krankenanstaltenfinanzierung ist seit 1997 durch eine Pauschale geregelt und richtet sich nicht nach der tatsächlichen Leistungserbringung. Leistungsverschiebungen mit Anpassungen der Zahlungen sind nur im Einvernehmen möglich. Diese Grundlogik vermeidet zwar eine komplexe Abrechnung und Konflikte, aber sie kann die notwendigen Strukturanpassungen behindern.

Lösungsvorschläge des Rechnungshofes zur Finanzierung

Der Rechnungshof schlägt daher eine differenzierte Vorgehensweise in einem „Fünf-Punkte-Paket“ vor:

Verteilung der Mittel nach Sektoren im Zielzustand

1. Abgeleitet aus der Zielstruktur 2040 wäre eine entsprechende Mittelverteilung zwischen den Versorgungssektoren (Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung) festzulegen. Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam müssen in den Verhandlungen für den nächsten Finanzausgleich die Zielstruktur, die Finanzverteilung und die Meilensteine dazu definieren. Wesentlich ist dabei, dass die Finanzierung das Prinzip „Geld folgt Leistung“ umsetzt, um die Versorgung gemäß der neuen Zielstruktur auch finanziell sicherzustellen.

Transformationspfad mit Meilensteinen

2. Daraus abgeleitet wäre für die Zeit bis 2040 ein **Transformationspfad** zu entwickeln, der mit Meilensteinen auf Finanzierungs- und Leistungsseite hinterlegt ist. Unabhängig von den konkreten Abrechnungsmodalitäten könnte so sichergestellt werden, dass das Finanzierungssystem die notwendige Umstellung der (geänderten) Leistungsstrukturen sicherstellt.

Ausgestaltung konkreter Zahlungsströme nach regionalen Gesichtspunkten und leistungsbezogen

3. Im Einzelnen sind die Finanzierungsströme dann **regional und fachlich differenziert zu regeln**: Wo die Zielstruktur nach wie vor Krankenanstalten vorsieht, wären diese Strukturen bestmöglich zu nutzen, bevor alternative Strukturen aufgebaut werden. Preise und Zahlungsströme werden auf die jeweilige Lage vor Ort eingehen müssen.

Zwei weitere Punkte sind aus Sicht des Rechnungshofes wichtig:

Maßnahmen zur Steuerung der Faktorkosten (z.B. Ärztegehälter und Medikamentenkosten)

4. **Gezielte Adressierung gestiegener Faktorkosten**: In den letzten beiden Jahrzehnten war Folgendes zu beobachten: Die **Ärzte-einkommen** sind deutlich stärker gestiegen als die Einkommen der Gesamtbevölkerung (aus denen die Sozialversicherungsbeiträge und Steuereinnahmen stammen). Das hat mehrere Ursachen: unter anderem geänderte rechtliche Rahmenbedingungen für Arbeitszeiten, Konkurrenz zwischen (öffentlichen) Krankenanstaltenträgern um Gesundheitspersonal, internationale Konkurrenz

und die Verhandlungsdynamik der Gesamtverträge.

Auch im **Arzneimittelbereich** gibt es herausfordernde Entwicklungen: (Neue) Medikamente etwa für schwere Erkrankungen werden zum Teil zu hohen Preisen vertrieben und erhöhen zusätzlich die Kosten. Auf Dauer kann jedoch eine über das allgemeine Wirtschaftswachstum hinausgehende Steigerung der Vergütung für ärztliche Leistungen oder Heilmittel kaum finanziert werden.

Gezielte Einbindung privater Mittel (z.B. Sonderklasse, Wahlarztsystem, Selbstbehalte)

5. **Systemkonforme Nutzung privater Mittel**: In verschiedenen Bereichen ist zu beobachten, dass private Mittel im Gesundheitssystem steigen. Dies betrifft zum Teil „Luxusleistungen“, die über die Krankenversicherung hinausgehen (z.B. kosmetische Leistungen). Es sind aber auch wichtige Versorgungsleistungen – z.B. in der Gynäkologie oder in der Kinderheilkunde – in manchen Regionen fast nur mehr bei Wahlärztinnen und Wahlärzten verfügbar. Bei elektiven Operationen haben viele Patientinnen und Patienten den Eindruck, dass Zuzahlungen oder Sonderklasseversicherungen einen besseren Zugang ermöglichen.

Im österreichischen Gesundheitssystem wird im langjährigen Durchschnitt rund ein Viertel der Gesundheitsausgaben privat finanziert. Viele klassische Instrumente dafür (z.B. Rezeptgebühren) enthalten Elemente der sozialen Staffellung und dienen auch der Steuerung. Den aktuellen Anstieg der Wahlarztleistungen kann die Sozialversicherung hingegen

nicht steuern. Der Anstieg beruht nicht auf Versorgungszielen; Wahlarztpraxen entstehen vor allem dort, wo Nebenbeschäftigungen möglich sind bzw. Nachfrage nach (fach-)ärztlicher Leistung gegeben ist. Mit dieser Entwicklung ist allerdings das Risiko verbunden, dass medizinische, unter „Public Health“-Gesichtspunkten wichtige Leistungen nur mehr begrenzt als Sachleistung angeboten werden.

Eine Fortführung der aktuellen Finanzierung und die hohen Defizite der Sozialversicherung bzw. Abgänge der Krankenanstalten bergen das Risiko von Qualitäts- und Leistungsdefiziten im öffentlichen Gesundheitssystem und von nicht steuerbaren Privatzahlungen. Stattdessen sollten eine sozial verträgliche Bemessung und gezielte Integration von privaten Geldern in das öffentliche Gesundheitssystem geprüft werden. Ein Blick auf verschiedene Modelle von Behandlungsbeiträgen, z.B. in Verbindung mit Gesundheitszielen wie bei der Sozialversicherung der Selbständigen oder Selbstbehalte wie in der Schweiz, könnte die Diskussion bereichern. Auch eine bessere Steuerung von Prävention ist zu überlegen, z.B. ein gezielterer Einsatz von Kuraufhalten bzw. dafür sozial gestaffelte Kostenbeiträge. Der Rechnungshof erachtet es als zweckmäßig, eine Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten unter finanziellen, administrativen, versorgungspolitischen und sozialen Aspekten für die Finanzierung und Sicherstellung einer angemessenen, bedarfsgerechten Sachleistungsversorgung zu prüfen.

III. VERBESSERTE STEUERUNG ZUR SICHEREN ZIELERREICHUNG



Geeignete Steuerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten den notwendigen Strukturwandel begleiten. Nur so kann sichergestellt werden, dass das Gesundheitssystem die angestrebte bedarfsgerechte Versorgung auch tatsächlich gewährleistet bzw. anlassbezogen steuert.

Der Rechnungshof stellte in seinen Berichten fest, dass im bestehenden Gesundheitssystem eine **wirksame Steuerung nicht immer gewährleistet war**, etwa weil Zielvorgaben fehlen, mangels Daten nicht überprüft werden können, die Versorgungsplanung und die Finanzplanung nicht ausreichend abgestimmt sind, Ausbildungskapazitäten nicht ausreichend auf den fachrichtungsspezifischen Bedarf ausgerichtet sind und die Nichteinhaltung von Vorgaben bzw. Vereinbarungen ohne Konsequenzen bleibt.

Lösungsvorschläge des Rechnungshofes zur Steuerung

Aus Sicht des Rechnungshofes wären sieben Ansätze für eine verbesserte Steuerung im Gesundheitswesen zu verfolgen:

Performance-Indikatoren für das Gesundheitssystem einführen

1. Übergeordnetes Ziel des Gesundheitssystems muss es sein, eine effiziente und bedarfsgerechte, qualitätsvolle Versorgung zu gewährleisten. Das bedeutet: Versorgungsleistungen sollen bei einer optimierten Nutzung von Ressourcen die angestrebten Gesundheitsergebnisse erzielen. Um beobachten zu können, ob dies der Fall ist bzw. ob und wo nachjustiert werden muss, ist ein Rahmen für die Bewertung der Performance des Gesundheitssystems erforderlich. Ein solcher sollte auch in Österreich flächendeckend angewandt werden. Entsprechende fachliche Konzepte gibt es im internationalen Vergleich unter der Bezeichnung **Health System Performance Assessment Frameworks**, konzipiert etwa von der WHO (Health System Framework) oder der OECD (Health Quality Indicators).

Erhebung und Nutzung von Daten verbessern

2. Grundlage für eine Bewertung der Performance des Gesundheitssystems sind **Daten**. Hierbei ortete der Rechnungshof in zahlreichen seiner Berichte Optimierungspotenzial. Zentrale Informationen wie Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich standen bisher nicht zur Verfügung oder waren nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend zusammengeführt vorhanden. Die Elektronische Gesundheitsakte ELGA bleibt hinter ihren technischen Möglichkeiten zurück, Daten der Krankenanstaltenträger und der Krankenversicherungsträger werden nicht systematisch zusammengeführt. Dies trifft auch auf Bereichsdaten innerhalb der Krankenversicherung (Krankenstände, Heilmittel, Ärzteverrechnung etc.) zu, weshalb wesentliche

Entwicklungen (z.B. der Anstieg der e-card-Konsultationen) nicht erklärbar sind. Die nunmehr ab 2026 für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verbindliche Diagnosecodierung ist die Chance für eine substanzielle Weiterentwicklung.

Versorgungsplanung verbessern

3. Eine bessere Datengrundlage bietet die Möglichkeit, die Planungsprozesse zu verbessern und Planungsinstrumente wie die Strukturpläne Gesundheit präziser und verbindlicher zu machen. Der Rechnungshof musste im Rahmen seiner Berichte immer wieder feststellen, dass die **Versorgungsplanung zu große Spielräume erlaubt** (z.B. große Bandbreiten der Zielvorgaben für den niedergelassenen Bereich) **und/oder nicht ausreichend mit der Finanzplanung abgestimmt ist**. Letzteres führt mitunter dazu, dass Entscheidungen getroffen werden, die versorgungspolitisch problematisch sind, oder Versorgungsziele vorgegeben werden, die nicht ausreichend finanziert sind.

Personalbedarf planen und Ausbildung steuern

4. Um für die geplanten neuen Versorgungsstrukturen ausreichendes und richtig ausgebildetes Gesundheitspersonal zu haben, ist auch angesichts fachspezifisch teilweise bereits knapper Ressourcen stärker als bisher auf den Versorgungsbedarf Rücksicht zu nehmen. Das beinhaltet etwa eine stärkere Ausrichtung der **Ärzteausbildung** an den künftig erforderlichen Versorgungsleistungen (z.B. an einer an Bedeutung gewinnenden Primärversorgung oder an ausgewählten Bereichen medizinischer Sonderfächer).

Qualitätssicherung ausbauen und Ergebnisse transparent machen

5. Trotz zahlreicher Bemühungen und Initiativen ist im österreichischen Gesundheitssystem Qualitätssicherung noch nicht in allen erforderlichen Ebenen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) vollumfänglich vorhanden und wird nicht ausreichend transparent gemacht. Beispielsweise findet im niedergelassenen Bereich bis heute keine systematische Ergebnisqualitätsmessung statt. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen sollten mit einem Auf- bzw. Ausbau der systematischen Qualitätssicherung einhergehen.

Orientierung für Patientinnen und Patienten verbessern und deren Wege steuern

6. Die Österreicherinnen und Österreicher sind im Umgang mit ihrem Gesundheitssystem unsicher: Die (eigene) Gesundheitskompetenz wird als niedrig eingestuft. Die Patientinnen und Patienten wollen auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem besser unterstützt werden. Das betrifft neben den angesprochenen Aspekten der Transparenz etwa auch das Wartezeitenmanagement (jedenfalls für zeitkritische Behandlungen), aber auch erste Informationen (1450) und gegebenenfalls daran anknüpfende Anreize.

Zuständigkeiten klären und Verantwortungsübernahme gewährleisten

7. Trotz einer verstärkten Koordinierung der Partner in der Zielsteuerung Gesundheit (Bund, Länder, Sozialversicherung) sind grundlegende Veränderungen schwierig. Dies zeigt sich etwa am aktuellen Konflikt um die Abgeltung der durch Gastpatientenströme entstehenden Kosten. Aus Sicht des Rechnungshofs sollte angesichts eines neuen Zielbildes und entsprechenden Anpassungen in der Finanzierungsstruktur auch entschieden werden, wer im Prozess der Umsetzung dieses Zielbildes welche Rolle innehat und wer für welche Entscheidungen verantwortlich ist. Der Rechnungshof hält daher eine Aufgabenzuordnung im Kontext des hier vorgeschlagenen Konzepts auf Basis der für 2040 geplanten Versorgungsstrukturen und eine klare Regelung der Umsetzungsverantwortung für erfolgsrelevant.

Dies vor dem Hintergrund, dass Bund, Länder und Sozialversicherung wesentliche Entscheidungsträger mit unterschiedlichen Aufgaben und Interessen im Gesundheitswesen sind, eine Gesundheitsreform aber eine Einigung auf eine geänderte Versorgungsstruktur, Finanzierung und Steuerung erfordert.

15 LÖSUNGSVORSCHLÄGE FÜR DIE DREI HANDLUNGSFELDER IM ÜBERBLICK

Die 15 Lösungsvorschläge, die der Rechnungshof für die drei Handlungsfelder angeführt hat, richten sich an unterschiedliche Ebenen der Politik und Verwaltung. In der folgenden Tabelle werden die Vorschläge noch einmal zusammengefasst:

Versorgungsstrukturen	Finanzierung	Steuerung
<ul style="list-style-type: none"> • Zielbild für Versorgungsstrukturen mit Gewichtung der Sektoren • Festlegung der Standorte und Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen • Kommunikation, wie das österreichische Gesundheitssystem in Zukunft aussehen wird 	<ul style="list-style-type: none"> • Verteilung der Mittel nach Sektoren im Zielzustand • Transformationspfad mit Meilensteinen • Ausgestaltung konkreter Zahlungsströme nach regionalen Gesichtspunkten und leistungsbezogen • Maßnahmen zur Steuerung der Faktorkosten (z.B. Ärztegehälter und Medikamentenkosten) • gezielte Einbindung privater Mittel (z.B. Sonderklasse, Wahlarztsystem, Selbstbehalte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Performance-Indikatoren für das Gesundheitssystem einführen • Erhebung und Nutzung von Daten verbessern • Versorgungsplanung verbessern • Personalbedarf planen und Ausbildung steuern • Qualitätssicherung ausbauen und Ergebnisse transparent machen • Orientierung für Patientinnen und Patienten verbessern und deren Wege steuern • Zuständigkeiten klären und Verantwortungsübernahme gewährleisten

GESUNDHEITSSYSTEM 2040

*Kurz-, mittel- und langfristiger Plan
zur Umsetzung*

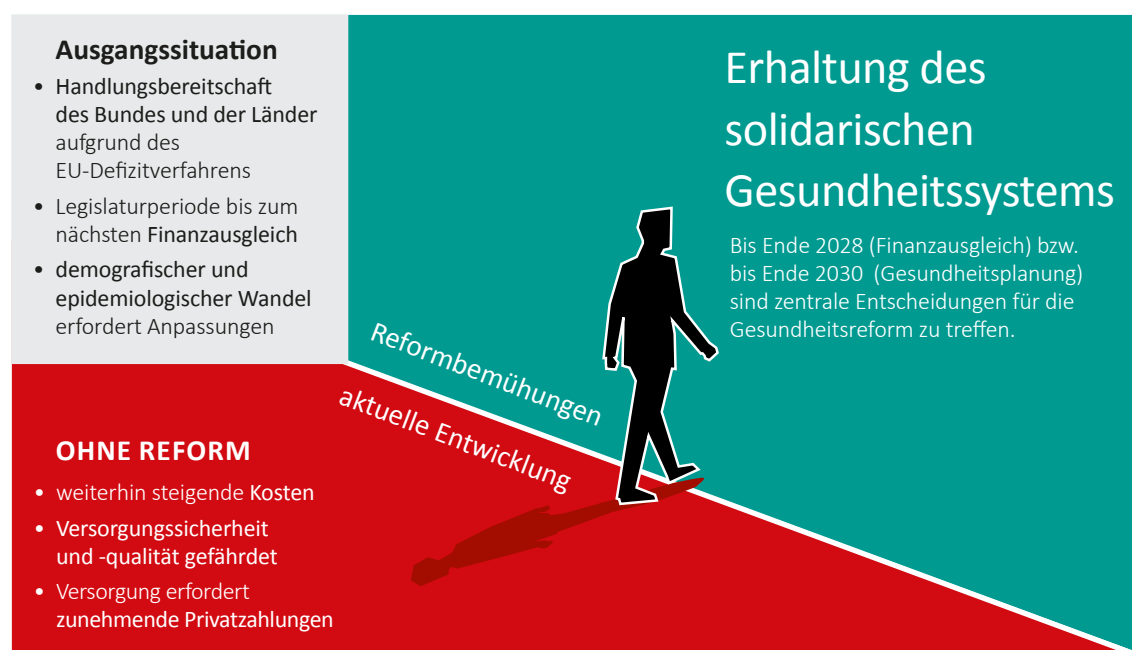


KURZ-, MITTEL- UND LANGFRISTIGER PLAN ZUR UMSETZUNG

(1) Aus Sicht des Rechnungshofes prägen zwei wesentliche Ereignisse den Zeitplan zur Reform: Die bevorstehenden Verhandlungen für den nächsten Finanzausgleich (voraussichtlich in Kraft ab 2029) und die Erstellung der nächsten Strukturpläne Gesundheit (bis voraussichtlich 2030).

Werden diese Schlüsselmomente nicht für eine weitreichende und umfassende Gesundheitsreform genutzt, ist deren tatsächliche Umsetzung in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.

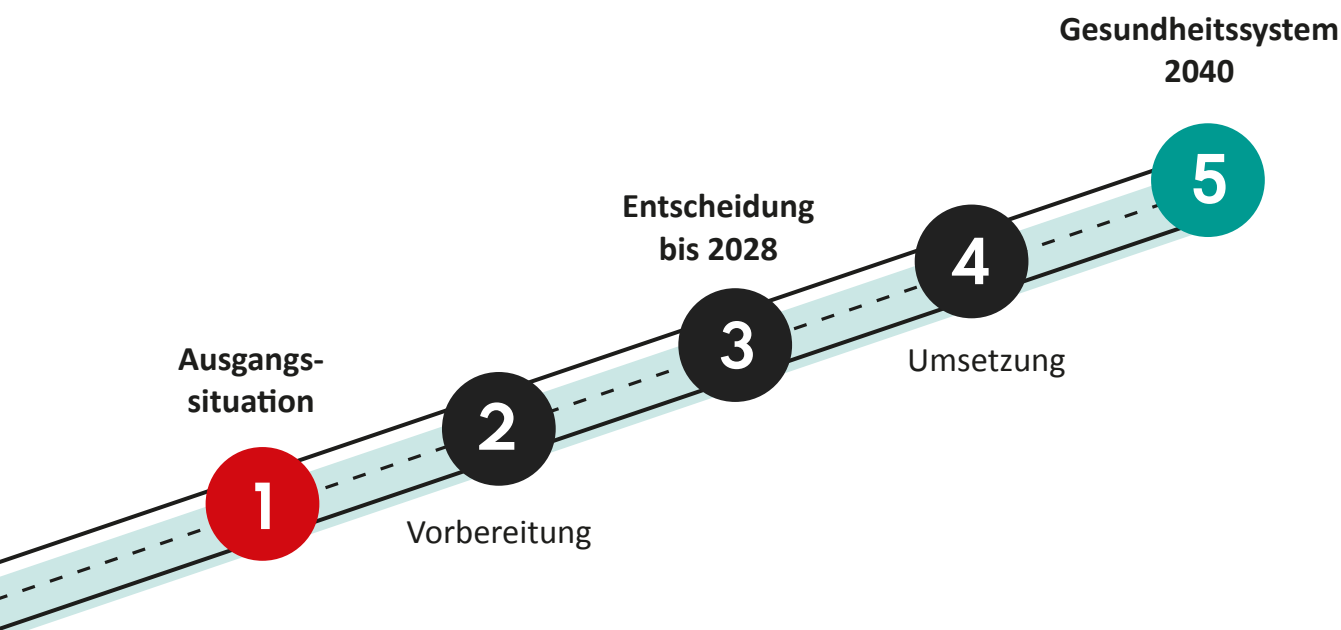
Zentrale Zeitfenster für die Gesundheitsreform



(2) Dem Rechnungshof ist bewusst, dass aktuell mehrere Reformprojekte und Verhandlungsrunden eingesetzt sind. Auf verschiedenen Ebenen wird an verschiedenen Teilaspekten und Details einer Reform gearbeitet.

Aus Sicht des Rechnungshofes sind jedoch eine klare Ausrichtung an der Zielstruktur der Gesundheitsversorgung und eine Umsetzung beginnend mit dem nächsten Finanzausgleich erforderlich. Die folgende Abbildung zeigt die dafür notwendige strukturierte Vorgehensweise: Bis 2028 besteht das Zeitfenster für Vorbereitungsmaßnahmen. Dann ist eine Richtungsentscheidung notwendig, die ein längerfristiges Ziel vorgibt.

Woran erkennen wir, ob die Gesundheitsreform auf einem guten Weg ist?



Quelle und Darstellung: RH

Österreich ist auf einem guten Weg zu einer Gesundheitsreform, wenn es gelingt, im Jahr 2028 einen Plan für den Zeithorizont bis 2040 festzulegen, der eine klare Zielstruktur, eine verbindliche Finanzierung dafür und konkrete Meilensteine für die Transformation enthält. Die zeitliche und inhaltliche Umsetzung der Zielstruktur sollte einer Rechenschaftspflicht unterliegen. Auch die zeitnahe Festlegung, wer dafür federführend die Verantwortung übernimmt, hält der Rechnungshof für maßgeblich.

So wichtig einzelne Reformelemente sind, darf aber bei der Vielzahl der Regelungsbereiche die Zielstruktur nicht aus den Augen verloren werden. Den finanziellen, strukturellen, demografischen, medizinischen und digitalen Herausforderungen kann nur mit einer weitreichenden, umfassenden und zeitnah beginnenden Reform des Gesundheitssystems begegnet werden. Eine Veränderung einzelner Aspekte, wie zusätzliche Finanzmittel bei Fortschreibung der Versorgungssysteme, oder bloße Kompetenzverschiebungen ohne strukturelle Reformen werden keine nachhaltige Stabilität des österreichischen Gesundheitswesens gewährleisten können.

Checkliste für eine Reform

ab sofort:

Übergangslösungen für Krankenversicherungen und Krankenanstalten, Vorbereitung benötigter Ausbildungen und Steuerungsprozesse

bis 2028:

Definition der Zielstruktur für 2040 und Festlegung eines Finanzierungsschemas im nächsten Finanzausgleich

bis 2030:

Erstellung der nächsten Strukturpläne Gesundheit mit einer

- bundesländerübergreifenden,
- regional stärker differenzierten Planung,
- die einen Soll-Zustand für eine gute medizinische Versorgung definiert.

bis 2040:

Umsetzung der weiterentwickelten Versorgungsstruktur und Berücksichtigung in den weiteren Finanzausgleichen



Abschluss der Umsetzung 2040

ENDNOTEN

- ¹ Die Statistik Austria folgt in ihrer Gesundheitsausgabenrechnung den Regeln des System of Health Accounts der OECD. Dessen Ziel ist die vollständige Erfassung aller Ausgaben im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung, weshalb hierfür unterschiedliche öffentliche aber auch private Quellen ausgewertet werden. Die laufenden Gesundheitsausgaben nach dem System of Health Accounts umfassen auch Ausgaben für Langzeitpflege: pflegerische Tätigkeiten sowie Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben>
(abgerufen am 13. April 2026).
- ² Die Statistik Austria folgt bei der Berechnung der konsolidierten Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen der COFOG-Klassifikation (Classification of Functions of Government) der OECD. Deren Ziel ist es, die Transaktionen – auf Basis staatlicher Verwaltungsdaten – bestimmten Staatsaufgaben zuzuordnen.
<https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/staatsausgaben-nach-aufgabenbereichen>
(abgerufen am 13. April 2026).
- ³ RH-Bericht: Wartezeiten auf ausgewählte Therapien und Eingriffe in Krankenanstalten (Reihe Bund 2018/58 und andere)
- ⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Country Health Profile 2025: Austria (2025)
- ⁵ Christoph Stegner, Thomas Cypionka, Good intentions and the costs of inaction: Financial protection in Austria, Health Policy OPEN 10 (2026)
- ⁶ RH-Berichte: Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung (Reihe Bund 2015/17) und Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung; Follow-up-Überprüfung (Reihe Bund 2018/65)
- ⁷ RH-Bericht: Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. – Versorgungsplanung und -struktur (Reihe Steiermark 2025/9)
- ⁸ Laut einer Untersuchung der London School of Economics aus dem Jahr 2017 wies Österreich die höchste Anzahl an stationären Aufenthalten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern aller untersuchten Staaten auf.
London School of Economics and Political Science (LSE Health), Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System (August 2017), <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/efficiency-review-of-austrias-social-insurance-and-healthcare-system.pdf>
(abgerufen am 13. April 2026).
Laut einem OECD-Vergleich von 42 Staaten für 2023 bzw. das letztverfügbare Jahr lag Österreich mit 193 Krankenhausesentlassungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern nach Bulgarien und Deutschland an dritter Stelle (OECD Health Statistics 2025).
https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/hospital-activity_8d89d2a3.html
(abgerufen am 13. April 2026)
- ⁹ RH-Bericht: Ambulante Versorgung in Kärnten (Reihe Kärnten 2023/5 und andere)
- ¹⁰ zuletzt im RH-Bericht: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023 (Reihe Bund 2025/43)
- ¹¹ RH-Bericht: Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH (Reihe Bund 2024/32)

- ¹² RH-Bericht: Reform der Sozialversicherungsträger – Fusion & Finanzielle Lage (Reihe Bund 2022/41 und 2022/42)
- ¹³ RH-Berichte wie beispielsweise Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie (Reihe Bund 2021/43 und andere), Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen (Reihe Bund 2026/3)
- ¹⁴ RH-Bericht: Ärzteausbildung (Reihe Bund 2015/9 und andere, Reihe Bund 2021/42)
- ¹⁵ RH-Bericht: Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung (Reihe Bund 2025/28)
- ¹⁶ RH-Bericht: Versorgung im Bereich der Zahnmedizin (Reihe Bund 2018/24)
- ¹⁷ RH-Bericht: Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark (Reihe Bund 2024/36 und andere)
- ¹⁸ RH-Bericht: Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen (Reihe Bund 2026/3)
- ¹⁹ RH-Bericht: Gesundheitsförderung und Prävention (Reihe Bund 2023/1)
- ²⁰ RH-Berichte: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich (Reihe Bund 2021/30), Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023 (Reihe Bund 2025/43)
- ²¹ RH-Bericht: Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung (Reihe Bund 2024/35)

FOTOS

- | | | | |
|-----------|--|---------------|-------------------------------|
| Umschlag: | iStock@Kwangmoozaa | S. 19: | iStock@Yozayo |
| S. 4: | iStock@Kwangmoozaa;
iStock@BrianAJackson;
Rechnungshof@PhillipSchuster;
iStock@Andrei Sauko; iStock@AndreyPopov | S. 20 und 21: | iStock@Yozayo |
| S. 5: | Rechnungshof@Achim Bieniek (2x) | S. 21: | iStock@Andrei Sauko |
| S. 6: | iStock@BrianAJackson | S. 22: | iStock@VILevi |
| S. 11: | iStock@andreswd | S. 24: | iStock@amriphoto |
| S.12: | Rechnungshof@PhillipSchuster | S. 26: | iStock@Pakorn Supajitsoontorn |
| S. 15: | iStock@JazzIRT | S. 29: | iStock@deepblue4you |
| S. 17: | iStock@Halfpoint | S. 30: | iStock@AndreyPopov |
| S. 18: | iStock@bernie_photo | S. 31: | iStock@Yutthana Gaetgeaw |
| | | S. 33: | iStock@ uchat longthara |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Entwicklung der realen Staatsausgaben pro Kopf insgesamt und nach Bereichen von 1995 bis 2024	8
Kostenentwicklung in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten	9
Entwicklung des Reinvermögens der ÖGK in Mio. EUR	10
Ausgewählte Berichte des Rechnungshofes im Gesundheitswesen von 2015 bis 2026	13
Ausgewählte österreichweite stationäre Kennzahlen von 2014 bis 2024	15
15 Lösungsvorschläge für drei Handlungsfelder im Überblick	29
Zentrale Zeitfenster für die Gesundheitsreform	31
Woran erkennen wir, ob die Gesundheitsreform auf einem guten Weg ist?	32
Checkliste für eine Reform	33

**H
I
R**

