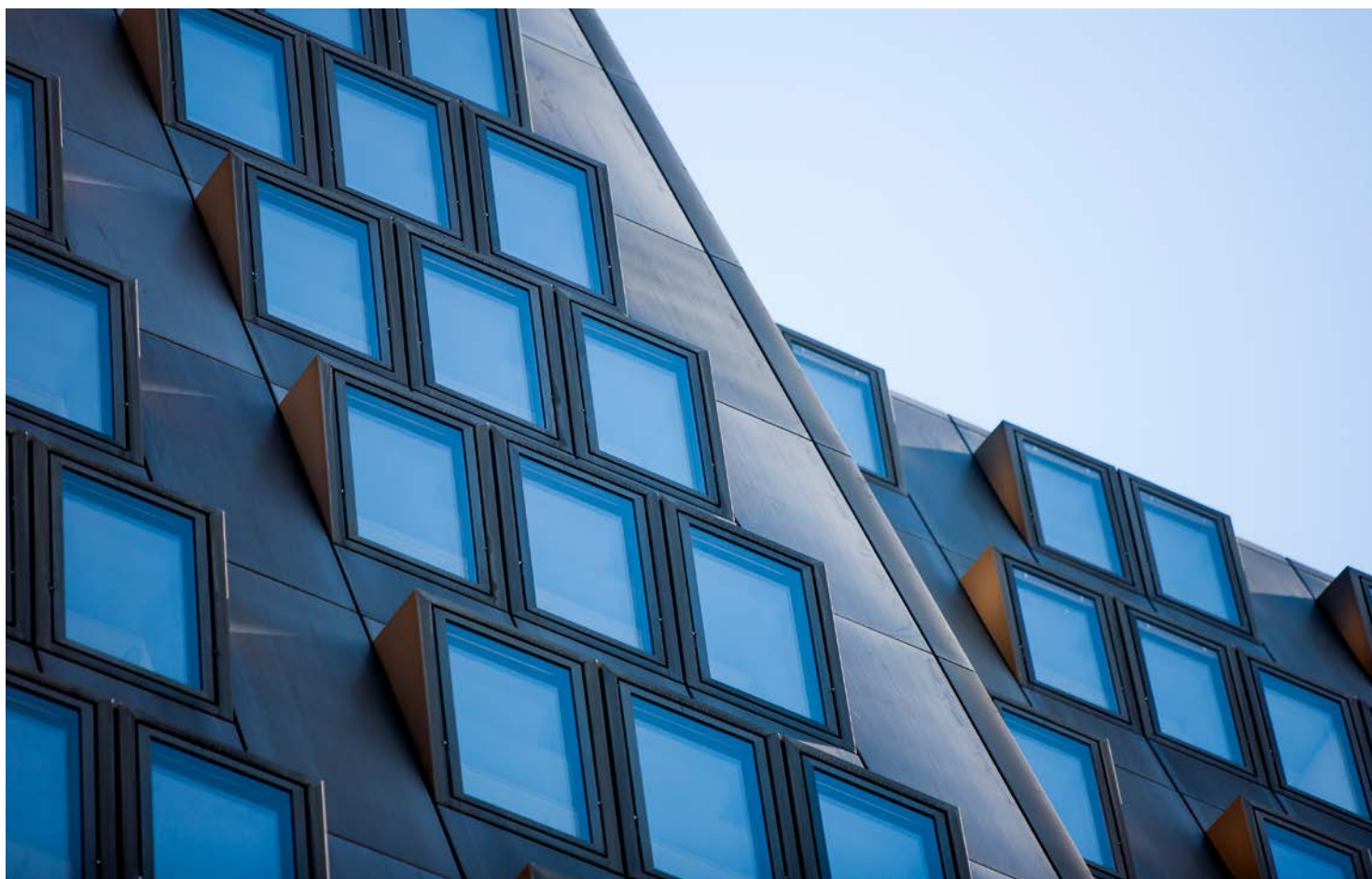




Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023

Reihe BUND 2025/43

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen. Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

Prüfkompetenz des Rechnungshofes

Zur Überprüfung der Gebarung des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und anderer durch Gesetz bestimmter Rechtsträger ist der Rechnungshof berufen. Der Gesetzgeber versteht die Gebarung als ein über das bloße Hantieren mit finanziellen Mitteln hinausgehendes Verhalten, nämlich als jedes Verhalten, das finanzielle Auswirkungen (Auswirkungen auf Ausgaben, Einnahmen und Vermögensbestände) hat. „Gebarung“ beschränkt sich also nicht auf den Budgetvollzug; sie umfasst alle Handlungen der prüfungsunterworfenen Rechtsträger, die finanzielle oder vermögensrelevante Auswirkungen haben.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Dezember 2025

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, S. 8: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Prüfungsziel	9
Kurzfassung	9
Zentrale Empfehlungen	13
Zahlen und Fakten zur Prüfung	15
Prüfungsablauf und -gegenstand	17
Charakteristika des österreichischen Gesundheitssystems	20
Gesundheitsausgaben und Ergebnisse	20
Risikofaktoren und chronische Krankheiten	25
Gesundheitspolitische Ziele zur Stärkung des ambulanten Bereichs	29
Entwicklung der Versorgungsstrukturen	32
Entwicklung besetzter Planstellen bei der ÖGK	32
Entwicklung der besetzten, gebundenen und unbesetzten Planstellen	36
Entwicklung innerhalb der gebundenen Planstellen	39
Versorgungswirkung einer Planstelle	41
Entwicklung Allgemeinmedizin in Wien	44
Wahlärztinnen und Wahlärzte	45
Primärversorgungseinheiten	50
Inanspruchnahme der ärztlichen Ressourcen	57
Wartezeiten	58
Steuerung der Patientenwege	61
Entwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen	63
Entwicklung der Ergebnisse der ÖGK	63
Ursachen für die finanzielle Lage der ÖGK	66
Möglichkeiten zur Steuerung der finanziellen Lage der ÖGK	69
Private Gesundheitsausgaben und Kostenbeteiligungen	73

Leistungsgeschehen in der ärztlichen Hilfe	78
Analyse nach Vertragspartnerbereichen	78
Vertragsarztbereich: Rechtsgrundlagen und vertragliche Rahmenbedingungen	79
Entwicklung in Wien nach Fachgebiet	84
Einheitlicher Gesamtvertrag, Versorgungsaufträge und Vergütungssystem	90
Mögliche Ursachen für den Konsultationsanstieg bei Vertragsärzten	94
Ärzteeinkommen	99
Institute	101
Physiotherapeutische Leistungen	106
Sonstige Verlagerungen zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten	108
Steuerungsmaßnahmen	112
Überblick und rechtliche Änderungen	112
Höhere Ausgabenobergrenzen und zusätzliche Mittel	114
Anpassung von ÖSG und RSG	116
Zusätzliche Planstellen	124
Telemedizin	127
Transparenz und Steuerungsprozesse	129
Resümee	130
Schlussempfehlungen	134
Anhang	140
Ressortbezeichnung und -verantwortliche	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der Planstellendichte im niedergelassenen Bereich _____	32
Tabelle 2:	ÖSG-Planrichtwerte 2020 bis 2025 und 2030 sowie Versorgungsdichte 2020 bis 2023 _____	33
Tabelle 3:	Entwicklung besetzter, gebundener und ungewollt unbesetzter Planstellen 2020 bis 2024 _____	37
Tabelle 4:	Zusammensetzung gebundener Planstellen 2020 und 2024 _____	39
Tabelle 5:	Anzahl der Quartalerstpatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt im Jahr 2022 _____	41
Tabelle 6:	Entwicklung der besetzten Planstellen sowie der Ärztinnen und Ärzte 2009 bis 2023 _____	42
Tabelle 7:	Entwicklung besetzter und unbesetzter Planstellen 2020 bis 2024 in Wien _____	44
Tabelle 8:	Versorgungswirkung der Wahlärztinnen und Wahlärzte _____	46
Tabelle 9:	Höhen der zur Kostenerstattung eingereichten Wahlarzt-Honorare 2020 bis 2023 _____	47
Tabelle 10:	Ausgaben der ÖGK für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Honorarhöhen für Wahlärztinnen und Wahlärzte je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten _____	48
Tabelle 11:	In Primärversorgungseinheiten versorgte Bevölkerung _____	52
Tabelle 12:	Inanspruchnahme der ärztlichen Ressourcen _____	57
Tabelle 13:	Entwicklung ausgewählter Positionen der Erfolgsrechnung der ÖGK 2018 bis 2023 _____	63
Tabelle 14:	Gebbarungsvorschaurechnung ÖGK 2024 bis 2029 (erstellt im Februar 2025) _____	64
Tabelle 15:	Ursachenanalyse zum Abgang der ÖGK _____	66

Tabelle 16: (Voraussichtliche) Veränderungen der Erträge und Aufwendungen der ÖGK im volkswirtschaftlichen Kontext 2018 bis 2028	67
Tabelle 17: Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen 2018 bis 2023 nach Vertragspartner	78
Tabelle 18: Aufwand und Effizienzpotenziale für ausgewählte Leistungsbündel in Wien	85
Tabelle 19: Bevölkerungsveränderungen und e-card-Konsultationen pro Person nach Altersgruppe	96
Tabelle 20: e-card-Konsultationen und o-card-Steckungen 2019 bis 2023	97
Tabelle 21: Entwicklung der ärztlichen Medianeinkünfte im Vergleich	99
Tabelle 22: MRT- und CT-Leistungen intramural und extramural 2022 im Vergleich zu 2016	104
Tabelle 23: Veränderungen Einzeltherapiestunden Physiotherapie Wahlbereich 2019 bis 2023	107
Tabelle 24: Kenndaten zu Leistungserbringung und Kosten der Sektoren im Gesundheitssystem 2018 bis 2023	109
Tabelle 25: Besuche im niedergelassenen Bereich und in Spitalsambulanzen 2018 bis 2023	110
Tabelle 26: Unterschiede in der ärztlichen Inanspruchnahme in Regionen außerhalb der Bandbreite; 2023	121
Tabelle 27: Aufteilung 100 zusätzlicher Planstellen nach Land und Fachgebiet	124
Tabelle 28: Besetzungsstand der 100 zusätzlichen Planstellen (14. Jänner 2025)	125
Tabelle 29: Auswirkung der zusätzlichen 100 Planstellen auf die Einhaltung der Bandbreiten laut ÖSG	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich und im EU-Schnitt _____	21
Abbildung 2:	Nicht erforderliche Spitalsaufnahmen wegen unzureichender ambulanter Versorgung _____	22
Abbildung 3:	Entwicklung wesentlicher Risikofaktoren für die Gesundheit _____	25
Abbildung 4:	Entwicklung chronischer Beschwerden in Österreich und im EU-Schnitt _____	26
Abbildung 5:	Entwicklung der Primärversorgungseinheiten 2015 bis 2025 _____	51
Abbildung 6:	Aufwandsüberhang Vertragsarztbereich nach Land 2018 bis 2023 _____	80
Abbildung 7:	Mengeneffekt 2018 bis 2023 nach Land _____	81
Abbildung 8:	Entwicklung der e-card-Konsultationen und der Bevölkerung _____	94
Abbildung 9:	Einfluss des Alters auf die ärztliche Inanspruchnahme _____	95
Abbildung 10:	Ärztliche Medianeinkünfte 2015, 2019 und 2022 (in EUR) nach Fachgebiet _____	100
Abbildung 11:	Entwicklung der MRT-Kontakte 2016 bis 2022 _____	102
Abbildung 12:	Entwicklung der CT-Kontakte 2016 bis 2022 _____	103
Abbildung 13:	Gesundheitspolitische Ziele, Instrumente und Maßnahmen 2024 bis 2028 _____	112
Abbildung 14:	Abweichung der ambulanten Versorgungsdichten 2023 von den ÖSG-Planrichtwerten _____	119
Abbildung 15:	Problemstellungen und Lösungsansätze für die ärztliche Versorgung bei der ÖGK _____	133

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruserkrankung)
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EDV	elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
MRT	Magnetresonanztomographie

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
TZ	Textzahl
u.a.	unter anderem
VfGH	Verfassungsgerichtshof
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

**ÄRZTLICHE VERSORGUNG IM
NIEDERGELASSENEN BEREICH
2018 BIS 2023**

Das österreichische Gesundheitssystem wurde im Zeitraum 2018 bis 2023 im europäischen Vergleich erneut teurer; die Lebenserwartung und die vermeidbare Sterblichkeit verschlechterten sich jedoch. Der RH beurteilte die beabsichtigte Transformation im Gesundheitssystem im Sinne einer Stärkung der ambulanten Versorgung als noch nicht ausreichend gelungen: Während die Belagstage im stationären Bereich zurückgingen, konnte der ambulante Bereich zwar die Leistungen erhöhen; dies war aber nicht finanziell nachhaltig abgesichert und führte zu Verschlechterungen bei Wartezeiten und Planstellendichte sowie zu höheren Wahlarztanteilen. Die Entwicklung der Primärversorgungseinheiten gewann – aufgrund der hohen Förderungen – zwar deutlich an Dynamik, ihr Versorgungsgrad war mit rd. 5 % aber noch gering.

Die ÖGK verzeichnete von 2018 bis 2023 einen laufend steigenden Abgang, verbrauchte den Großteil ihrer Rücklagen und wird voraussichtlich 2025 ein negatives Reinvermögen erreichen. Hauptursache dafür war etwa eine höhere Frequenz der abgerechneten Leistungen im Vertragsärztebereich sowie bei Physiotherapie und CT- und MRT-Leistungen, diese zum Teil auch aufgrund einer Verlagerung aus den Spitälern. Der Frequenzanstieg trug zum Teil zu einer Verbesserung der Versorgung

bei, es gab aber auch Hinweise auf sachlich nicht nachvollziehbare Mengensteigerungen. Ein für Steuerung, Leistungsgerechtigkeit und Systemakzeptanz bei Patientinnen und Patienten sowie der Ärzteschaft wichtiger einheitlicher Gesamtvertrag gelang nicht.

Die 2024 beschlossenen Steuerungsmaßnahmen und die im Finanzausgleich 2024 bis 2028 bereitgestellten Mittel werden nicht ausreichen, um die Abgänge der ÖGK abzudecken bzw. die Versorgungsziele zu erreichen. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit entfaltete im niedergelassenen Bereich aufgrund methodischer Schwächen nur geringe Steuerungswirkung. Nach wie vor fehlte Transparenz, insbesondere hinsichtlich der Diagnosen und Leistungen. Die Steuerungsprozesse waren nicht effektiv, da eine Verbindung der finanziellen Entscheidungen mit den Versorgungs-, Struktur- und Ergebniszielen fehlte.

Aus Sicht des RH waren wesentliche Änderungen nötig, um die ambulante Versorgung in Österreich nachhaltig als Sachleistungssystem aufrechtzuerhalten: Änderungen beim Wartezeitenmanagement, der Steuerung der Patientenwege, den Kostenbeiträgen, bei den Zahlungsströmen für den spitalsambulant und niedergelassenen Bereich nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“, bei den Gesamtverträgen sowie für die gezielte Integration von Telemedizin in die Versorgungsstrukturen.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von September 2024 bis Februar 2025 die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich bei der Österreichischen Gesundheitskasse, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Ziel der Gebarungsüberprüfung war, die Entwicklung der Versorgungsstruktur, des Aufwands und des Leistungsgeschehens der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich zu analysieren sowie die Zweckmäßigkeit der diesbezüglichen Steuerungsmaßnahmen zu beurteilen. Der überprüfte Zeitraum umfasst die Jahre 2018 bis 2023.

Kurzfassung

Versorgungsstrukturen

Das österreichische Gesundheitssystem hatte 2021 im EU-Vergleich bezogen auf die Bevölkerung die zweithöchsten Ausgaben; 2015 waren noch fünf Länder teurer gewesen. Trotzdem entwickelten sich die Lebenserwartung und die vermeidbare Sterblichkeit schlechter als im EU-Vergleich. Chronische Beschwerden stiegen in Österreich stärker als im EU-Schnitt (TZ 3), vermeidbare Spitalsaufnahmen waren häufiger.

Dies wies auf die Notwendigkeit hin, die Primärversorgung zu stärken. (TZ 2) Entsprechende Bemühungen sahen Bund, Länder und Sozialversicherungsträger bereits seit 2017 vor und sie beschlossen 2024, diese fortzusetzen. Gleichzeitig verfolgten sie das Ziel einer finanziellen Konsolidierung. (TZ 4) Tatsächlich ging die Zahl der besetzten Planstellen bezogen auf die Bevölkerung im Zeitraum 2019 bis 2023 zurück: um 5,1 % in der Allgemeinmedizin, um 0,5 % in allgemeinen Fachgebieten. (TZ 5, TZ 6, TZ 7)

Die Aussagekraft der Planstellendichte (Anzahl der besetzten Planstellen in Relation zur Bevölkerung) war wie schon im Zeitraum 2009 bis 2019 eingeschränkt, etwa weil die Öffnungszeiten und die Zahl der auf der Planstelle tätigen Ärztinnen und Ärzte verschieden waren. Bessere Daten lagen weiterhin nicht vor. (TZ 8)

Der Wahlarztanteil in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung stieg zwischen 2018 und 2022 weiter an. Er war vor allem in der Frauenheilkunde (rd. 26 %) und in der Psychiatrie (rd. 20 %) besonders hoch. Die bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) eingereichten Honorare für Wahlarztleistungen beliefen sich im Jahr 2023 auf 551,45 Mio. EUR. (TZ 10)

Der Aufbau von Primärversorgungseinheiten gewann zwischen 2019 und 2023 an Dynamik, ihre Versorgungswirkung war 2023 jedoch mit 5,2 % der Bevölkerung noch gering. Das Gesundheitsministerium schätzte das im Jänner 2025 gebundene Fördervolumen auf mehr als 45 Mio. EUR. Erste Evaluierungen zeigten eine hohe Ärzte- und Patientenzufriedenheit, aber noch kein schlüssiges Bild für Ergebnisqualität und Folgekosten. (TZ 11)

Die Zahl der e-card-Konsultationen je Fall stieg im Zeitraum 2019 bis 2023 deutlich, in der Allgemeinmedizin um 12,3 %, in den allgemeinen Fachgebieten um 6,7 % (TZ 12). Ein systematisches Wartezeiten-Monitoring war – entgegen einer Empfehlung des RH aus 2021 – noch nicht eingerichtet. Patientenbefragungen gaben Hinweise auf eine Verschlechterung der Wartezeiten im Zeitraum 2015 bis 2022. (TZ 13) Ein den niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich umfassendes Konzept zur Steuerung der Patientenwege gab es nicht. Die ÖGK setzte die Vorabewilligungen bei Physiotherapie und CT- sowie MRT-Untersuchungen aus, ohne alternative Konzepte umzusetzen. (TZ 14)

Finanzen

Während das Betriebsergebnis der Gebietskrankenkassen im Jahr 2018 noch annähernd ausgeglichen war, verschlechterte es sich für die ÖGK im Jahr 2023 auf -435,82 Mio. EUR. Nach vorläufigen Berechnungen betrug es im Jahr 2024 -549,84 Mio. EUR, für 2025 erwartete die ÖGK -909,59 Mio. EUR. Obwohl die ÖGK in der Eröffnungsbilanz 2020 noch Rücklagen von 1,342 Mrd. EUR auswies, erwartete sie 2025 ein negatives Reinvermögen. (TZ 15) Die zentrale Ursache dafür war, dass die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (+39,3 %) stärker stiegen als die Erträge (+29,1 %). Die Steigerung der Inanspruchnahme konnte nicht mehr durch das Wirtschaftswachstum finanziert werden. (TZ 16)

Die Steuerungsprozesse für das Gesundheitssystem waren zu wenig koordiniert: Während die ÖGK seit November 2024 einen erheblichen Konsolidierungsbedarf sah, sah der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2023 mit Planungshorizont 2030 einen deutlichen Ausbau der ambulanten Versorgung vor. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung im Frühjahr 2025 war unklar, wie die unterschiedlichen Ziele der unterschiedlichen Planungsprozesse miteinander in Einklang zu bringen waren. (TZ 17)

Im Unterschied zu anderen Leistungen und Versicherungsträgern war bei der ÖGK für ärztliche Hilfe keine Kostenbeteiligung der Versicherten vorgesehen. Diese wendeten jedoch bereits erhebliche private Mittel auf; die eingereichten Wahl-arzthonorare betrugen 551,45 Mio. EUR (2023). Eine Steuerung im Sinne sozialer Staffelung oder im Sinne einer Anreizwirkung für optimierte Patientenwege war bei dieser Form der Einbeziehung privater Mittel jedoch nicht gegeben. (TZ 18)

Leistungsgeschehen in der ärztlichen Hilfe

In Wien löste ein 2018 für drei Jahre abgeschlossener Vertrag besonders hohe Aufwandssteigerungen im Bereich der Vertragsärzte aus. Auch in Kärnten, Nieder-österreich und der Steiermark lagen die Aufwandssteigerungen über der Beitragssteigerung. Es zeigten sich sachlich kaum nachvollziehbare Unterschiede der abgerechneten Leistungen zwischen den Ländern, Auffälligkeiten in der Abrechnung und überproportionale Steigerungen bei einzelnen Leistungen. Das Controlling bzw. die Abrechnungskontrolle der ÖGK war kaum in der Lage, der Entwicklung zeitnah entgegenzuwirken. (TZ 20, TZ 21)

Angesichts der großen Unterschiede zwischen den Ländern wäre der im § 341 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz geforderte einheitliche Gesamtvertrag für eine erhöhte Leistungsgerechtigkeit, Systemakzeptanz (bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei Patientinnen und Patienten) und die Steuerung wichtig. Allerdings hielt der RH eine Umsetzung angesichts der organisatorischen (Zustimmung der Landesärztekammern) und der finanziellen Rahmenbedingungen ohne besondere Anstrengungen für nicht realistisch. (TZ 22) Das Medianeinkommen der Vertrags-ärztinnen und Vertragsärzte war seit 2015 etwa doppelt so stark gestiegen wie das Medianeinkommen der unselbstständig Erwerbstätigen, aber auch deutlich stärker als jenes der selbstständig Erwerbstätigen. (TZ 24)

Die Steigerung der e-card-Konsultationen lag wesentlich über den durch Bevölkerungswachstum und steigendes Durchschnittsalter zu erwartenden Entwicklungen. Mögliche Ursachen dafür waren die Einführung telemedizinischer Leistungen, Auslagerungen aus Krankenanstalten oder vermehrte Inanspruchnahme nach der COVID-19-Pandemie. Patientenbefragungen zeigten, dass auch Doppeluntersuchungen zunahmen. (TZ 23)

Da Leistungen vermehrt ambulant statt stationär erbracht wurden, war die Zuordnung von Leistungen zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich von wachsender Bedeutung. Im Bereich der CT- und MRT-Institute stiegen die Untersuchungen im niedergelassenen Bereich deutlich, im intramuralen Bereich (den Krankenanstalten) gingen sie zurück. (TZ 25) Insgesamt waren im Jahr 2023 z.B. rund drei Viertel aller Leistungen in Spitalsambulanzen als nicht genau zugeordnet klassifiziert, weshalb eine Interpretation von Leistungsverchiebungen kaum möglich war. Eine übergreifende Optimierung im Sinne des „Best Point of Service“ war durch die pauschale Finanzierung stark erschwert, diesbezüglich wäre eine Reform erforderlich. (TZ 27)

Im Bereich der freiberuflichen Physiotherapie führte eine mit Wirksamkeit von 2022 abgeschlossene Rahmenvereinbarung zu einem höheren Kostenzuschuss und in Verbindung mit dem Aussetzen der Bewilligungspflicht zu einer Mengensteigerung. Die ÖGK hatte diese Entwicklung beim Abschluss der Rahmenvereinbarung nicht erwartet. (TZ 26)

Übergreifende Steuerungsmaßnahmen

Im Jahr 2024 beschlossen Bund und Länder den Einsatz zusätzlicher öffentlicher Mittel für das Gesundheitssystem, der Bundesgesetzgeber novellierte das Vertragspartnerrecht und die Zielsteuerungspartner aktualisierten den ÖSG. (TZ 28)

Die Mittel reichten aber nicht aus, um eine ausgeglichene Gebarung der ÖGK sicherzustellen. (TZ 29) Die Planung war wie in der Vorperiode weitgehend regional kaum differenziert; die Bandbreiten waren erheblich und die Umsetzungsquote gering. (TZ 30) Der Bundesgesetzgeber beschloss, ab 1. Jänner 2024 zusätzlich 100 neue Planstellen zu schaffen. Die örtliche Zuordnung der Planstellen schuf mehr Planstellen in laut ÖSG bereits üerversorgten anstatt in unterversorgten Regionen. (TZ 31)

Ein wichtiges Entwicklungsfeld für die Zukunft war die Telemedizin. Im Jahr 2023 waren 2,3 % aller Konsultationen im niedergelassenen Bereich der Telemedizin zuzuordnen. Die ÖGK prüfte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Erstellung eines eigenen Angebots. Weder der Umfang noch die Steuerung dieser Leistungen war konzipiert. Auch im ÖSG waren telemedizinische Leistungen noch nicht berücksichtigt. (TZ 32)

Eine wirksame Steuerung erforderte eine wesentliche Verbesserung der Transparenz über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die erbrachten Leistungen und die Umsetzung der Versorgungsstrukturen. Dabei waren sowohl die Verfügbarkeit der Daten als auch deren Zugänglichkeit und die Verantwortung für die Interpretation und die Klarheit der Konsequenzen zu verbessern. (TZ 33)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, den Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Eine nachhaltige Finanzierung der ÖGK wäre sicherzustellen. Dabei wären nach Ausschöpfung der versorgungspolitisch sinnvollen Effizienzpotenziale bei der ÖGK Maßnahmen zu entwickeln, die die Verflechtungen der Gebarung der ÖGK mit der Gebarung des Bundes, der Länder und der übrigen Sozialversicherungsträger, alle Finanzierungsmöglichkeiten und die versorgungs- und strukturpolitischen Ziele berücksichtigen. (TZ 17)
- Gemeinsam mit den Ländern wäre eine Neuregelung der Zahlungsströme für den spitalsambulant und niedergelassenen Bereich nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ anzustreben, um eine übergreifende Optimierung der verfügbaren Finanzressourcen zu ermöglichen und unzweckmäßige Leistungsverchiebungen zu vermeiden. (TZ 27)
- Gemeinsam mit den Ländern und den Ärztekammern wären zeitnah, prioritär und mit Nachdruck gesamtvertraglich zeitgemäße Versorgungsaufträge für den niedergelassenen Bereich, einheitliche Leistungsdefinitionen und eine klare Abgrenzung gegenüber Spitalsambulanzen zu regeln. (TZ 22)
- Unter Berücksichtigung des Datenschutzes wäre die Transparenz über die für den Bereich der niedergelassenen und ambulanten Versorgung maßgeblichen Kenndaten deutlich zu verbessern, indem Datengrundlagen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zur Umsetzung der vorgesehenen Versorgungsstrukturen und zum Leistungsgeschehen geschaffen, analysiert, bewertet und publiziert werden. (TZ 33)
- Es wären Instrumente zur Steuerung der Patientenwege (TZ 14), ein Wartezeitenmanagement (TZ 13) und die Einbeziehung privater Mittel (TZ 18) zu prüfen; seitens der ÖGK wäre Telemedizin (TZ 32) zu nutzen und eine zielgerichtete Versorgung zu ermöglichen.



Ärztliche Versorgung im
niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023				
Rechtsgrundlagen (Auswahl)	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. 189/1955 i.d.g.F. Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I 191/2023 Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz, BGBl. I 152/2023 Primärversorgungsgesetz, BGBl. I 131/2017 i.d.g.F. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.			
Kennzahl	Veränderung im überprüften Zeitraum		wesentliche Entwicklungen	
Rahmenbedingungen				
	2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023	Die Bevölkerung wächst und altert. Chronische Beschwerden nehmen zu.
	Anzahl		in %	
Bevölkerung	8.837.707	9.130.697	3,3	
altersbedingte Steigerung der Inanspruchnahme niedergelassener ÄrztInnen	–	–	1,4	
	2014	2019	Veränderung 2014 bis 2019	
	Anzahl		in %	
chronische Beschwerden je 100 EinwohnerInnen laut europäischer Gesundheitsumfrage	131	140	7,2	
Leistungsgeschehen				
	2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023	Die Anzahl der Konsultationen steigt deutlich.
	Anzahl in Mio.		in %	
e-card-Konsultationen (Allgemeinmedizin, allgemeine und technische Fachgebiete)	81,66	90,82	11,2	
Versorgungsstrukturen				
	2020	2024	Veränderung 2020 bis 2024	Besetzte Planstellen bleiben hinter dem Bevölkerungswachstum zurück.
	Anzahl		in %	
besetzte Planstellen	6.811	6.825	0,2	
Primärversorgungseinheiten	23	77	234,8	
Versorgungsfelder außerhalb der ÖSG-Bandbreite	2017	2023	Veränderung 2017 bis 2023	Die Einhaltung des ÖSG hat sich verschlechtert.
	Anteil		in %	
	42,5	49,3	16,1	
finanzielle Lage der Österreichischen Gesundheitskasse				
	2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023	Aufwendungen für ärztliche Hilfe steigen stärker als die Beiträge; das ist ein maßgeblicher Grund für die Verschlechterung des Betriebsergebnisses.
	in Mrd. EUR		in %	
Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3,554	4,951	39,3	
Beiträge	11,907	15,214	27,8	
Betriebsergebnis	-0,066	-0,436	–	

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Quellen: Ärztekostenstatistik; ÖGK; Statistik Austria



Ärztliche Versorgung im
niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von September 2024 bis Februar 2025 die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich bei der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**), dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Ministerium**)¹. Gespräche fanden auch mit dem Bundesministerium für Finanzen (in der Folge: **Finanzministerium**) statt. Ziel der Gebarungsüberprüfung war, die Entwicklung der Versorgungsstruktur, des Aufwands und des Leistungsgeschehens für die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich zu analysieren sowie die Zweckmäßigkeit der diesbezüglichen Steuerungsmaßnahmen zu beurteilen. Die Überprüfung berücksichtigte auch die Ziele der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung, insbesondere das Ziel 3 (gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten).

(2) Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2018 bis 2023; ergänzend ging der RH auch auf aktuelle Entwicklungen ein.

Ähnliche Fragestellungen wie im vorliegenden Bericht hatte der RH bereits in seinem Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) für den Zeitraum 2009 bis 2019 analysiert. Er bezeichnet diesen Bericht in der Folge als **Versorgungsbericht**.

(3) (a) Zu dem im Juli 2025 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Ministerium und die ÖGK im September 2025 sowie der Dachverband im Oktober 2025 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2025.

(b) Die Stellungnahme des Ministeriums enthielt neben Ausführungen zu den einzelnen TZ auch Ausführungen zur Kurzfassung. Der RH gibt diese Ausführungen in TZ 11 wieder.

Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme wiederholt auf die bereits 2024 erfolgten Einigungen zur Gesundheitsreform und zum Finanzausgleich. Weitere Änderungen sah das Ministerium insbesondere als Ziele für die nächsten Finanzausgleichsverhandlungen.

(c) Der RH merkte gegenüber dem Ministerium an, dass diese Einigungen zwar ähnliche Ziele wie die Empfehlungen des RH verfolgten (Stärkung der niederschweligen Versorgung, Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung). Der RH hatte im Bericht jedoch festgestellt, dass die bestehenden Einigungen nicht ausreichen werden, um

¹ Seit der Bundesministeriengesetz-Novelle BGBl. I 10/2025, in Kraft getreten am 1. April 2025, ressortieren die Angelegenheiten des Sozial- und Gesundheitswesens zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge ebenfalls: **Ministerium**).

die Ziele zu erreichen und die Nachhaltigkeit der Gebarung der ÖGK wiederherzustellen.

Aus Sicht des RH wäre daher – auch angesichts der finanziellen Lage sowohl des Bundes als auch der Länder und der ÖGK – eine möglichst zeitnahe und umfassende Adressierung der Empfehlungen durch das Ministerium gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung erforderlich (siehe insbesondere TZ 5 (besetzte Planstellen), TZ 17 (nachhaltige Finanzierung der ÖGK), TZ 22 (einheitlicher Gesamtvertrag) und TZ 27 (Finanzierung der Spitalsambulanzen)).

(4) Im Bericht werden nachstehend erläuterte Begriffe verwendet:

Planung ärztlicher Ressourcen –
Planstelle/ärztliche ambulante Versorgungseinheit:

Eine *Planstelle* gibt im Wesentlichen eine Vertragsstelle für einen Kassenarzt oder eine Kassenärztin an. Die Planstelle kann durch mehrere Personen in Jobsharing ausgeübt werden; in besonderen Situationen sind verschiedene Vertretungslösungen möglich, zum Teil können auch angestellte Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden. Die Zahl der tätigen Personen stimmt also nicht notwendigerweise mit der Zahl der Planstellen überein. Mehrere Planstellen können in einer Gruppenpraxis zusammengeschlossen sein; daher weicht auch die Zahl der Ordinationen von der Zahl der Planstellen ab. Darüber hinaus müssen Planstellen nicht tatsächlich besetzt sein.

Im Konzept der *ärztlichen ambulanten Versorgungseinheit* (ÄAVE) werden ärztliche Ressourcen gewichtet: Ärztinnen und Ärzte, die viele Personen versorgen, gehen daher stärker in diese Zählung ein als jene, die wenige Personen versorgen. Der RH geht im vorliegenden Bericht insbesondere von der besetzten Planstelle als maßgeblicher Größe zur Messung des verfügbaren Angebots aus.

Kennzahlen zur Inanspruchnahme:

Mit der *Zahl der Patientinnen und Patienten* werden Personen gezählt, die mindestens einmal im Jahr ein bestimmtes Fachgebiet konsultieren (unabhängig davon, wie oft und wie viele Ärztinnen und Ärzte sie konsultieren).

Fälle geben an, wie oft mindestens einmal im Quartal eine bestimmte Ärztin oder ein bestimmter Arzt aufgesucht wurde. Die Kennzahl ergab sich vor Einführung der e-card aus der Zahl der verwendeten Krankenscheine und stellt eine Hilfsgröße für die Messung verschiedener medizinischer Anlässe (Erkrankungen) dar.

e-card-Konsultationen messen den einzelnen Kontakt in der Ordination und bilden insofern das Behandlungsgeschehen ab.

Einzelleistungen bilden jene Positionen ab, die neben einer Fallpauschale separat verrechnet werden können (z.B. Untersuchungen, operative Eingriffe oder die Verwendung bestimmter Geräte). Es können also auf eine e-card-Konsultation mehrere Einzelleistungen entfallen. Im überprüften Zeitraum gab es keine Daten zu Diagnosen, es war daher nicht bekannt, welche und wie viele Erkrankungen der Leistungserbringung zugrunde lagen.

Versorgungsstufen:

Diese umfassen

- die Primärversorgung: insbesondere Allgemeinmedizin und Primärversorgungseinheiten,
- die Sekundärversorgung: fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich oder in einer Spitalsambulanz,
- die Tertiärversorgung: stationäre Behandlung im Krankenhaus.

Ein Großteil der Fälle kann in der jeweils niedrigeren Versorgungsstufe versorgt werden, höhere Versorgungsstufen verursachen höhere Kosten. Die Versorgungsstufen können durch verschiedene Anbieterstrukturen (z.B. Einzelordinationen oder Primärversorgungseinheiten) erbracht werden. Primärversorgung umfasst nicht nur ärztliche Dienstleistungen, sondern auch Leistungen anderer Gesundheitsberufe, etwa Ernährungs- oder Pflegeberatung.

Ärztliche Fachgebiete:

In Österreich unterscheidet die Statistik zwischen

- Allgemeinmedizin,
- allgemeinen Fachgebieten, z.B. Frauenheilkunde oder Innere Medizin, und
- technischen Fachgebieten: Labormedizin, Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin und Physikalische Medizin. Diese unterstützen Diagnose und Behandlung und sind häufig durch einen hohen Anteil an Gerätekosten bzw. Automatisierung in der Leistungserbringung gekennzeichnet.

Charakteristika des österreichischen Gesundheitssystems

Gesundheitsausgaben und Ergebnisse

- 2.1 (1) Österreich hatte 2021 laut OECD mit 4.663 EUR pro Person (kaufkraftbereinigt) die zweithöchsten Gesundheitsausgaben in der EU und lag dabei 16 % höher als der EU-Schnitt von 4.028 EUR pro Person. 2015 war Österreich an sechster Stelle gelegen; Österreich hatte inzwischen Schweden, Irland, die Niederlande und Luxemburg überholt. Die Mehrausgaben im Vergleich zum EU-Schnitt waren beim stationären Bereich höher (27 %) als bei Heilmitteln und Heilbehelfen (6 %) sowie bei ambulanten Leistungen (13 %). Der Anteil der Ausgaben für Primärversorgung war in Österreich besonders niedrig: Im Jahr 2022 hatte Österreich mit 10 % der Gesundheitsausgaben die viertniedrigste Quote. Gerade im ambulanten Bereich waren die privaten Ausgaben höher als im EU-Vergleich. Insgesamt war das österreichische System noch auf stationäre Versorgung und wenig auf die Primärversorgung ausgerichtet.

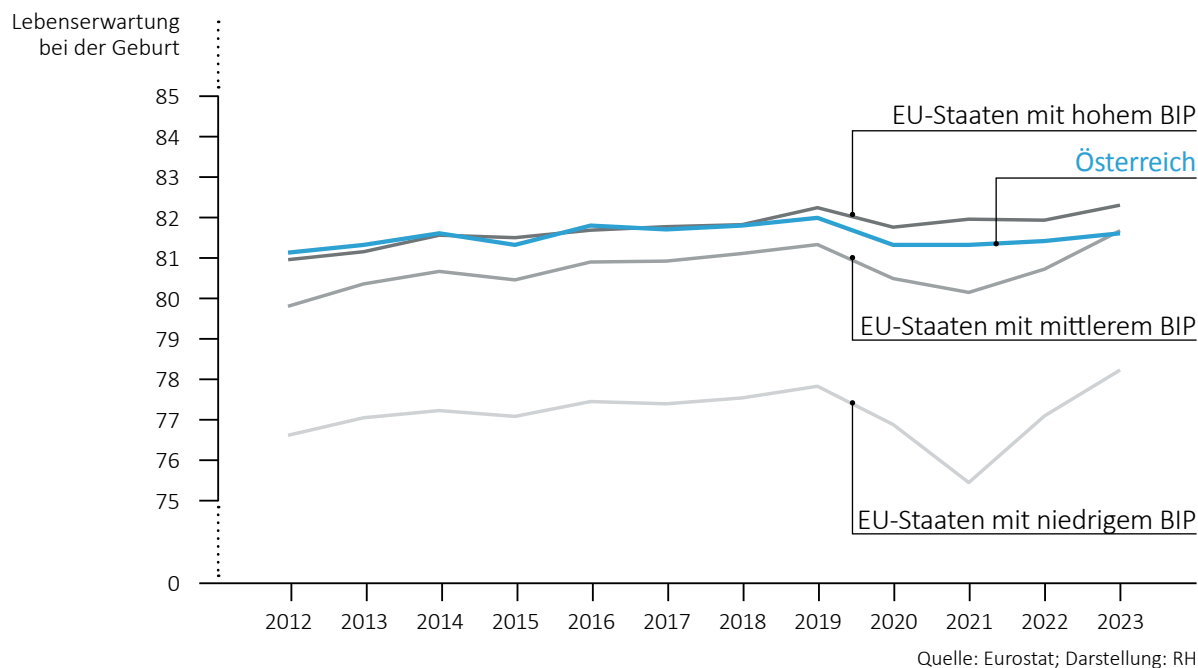
In allen EU-Ländern verschoben sich Leistungen vom stationären Bereich zur ambulanten Versorgung. Österreich wies vor allem zwei Besonderheiten auf:

- Mit 75 % war bereits 2019 die Quote der Inanspruchnahme von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten im EU-Vergleich am höchsten (EU-Schnitt: 52 %).
- 47 % der Bevölkerung hatten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -angeboten; dies aufgrund von Defiziten in der „Gesundheitskompetenz“ insbesondere bei digitalen Informationen und bei der Navigation im Gesundheitssystem.

(2) Die Lebenserwartung war in Österreich traditionell etwas höher als im EU-Schnitt (z.B. 2018: 81,8 zu 81,0 Jahren). In den Jahren 2020 und 2021 – während der COVID-19-Pandemie – ging die Lebenserwartung sowohl in Österreich als auch in der EU zurück. Diese Entwicklung war im EU-Schnitt stärker ausgeprägt als in Österreich. 2022 und 2023 stieg die Lebenserwartung wieder an, in Österreich allerdings deutlich langsamer als im EU-Schnitt. 2023 lag die Lebenserwartung in Österreich bei 81,6 Jahren und damit etwa gleich hoch wie im EU-Schnitt mit 81,5 Jahren.

Die folgende Abbildung veranschaulicht die Entwicklung seit 2019:

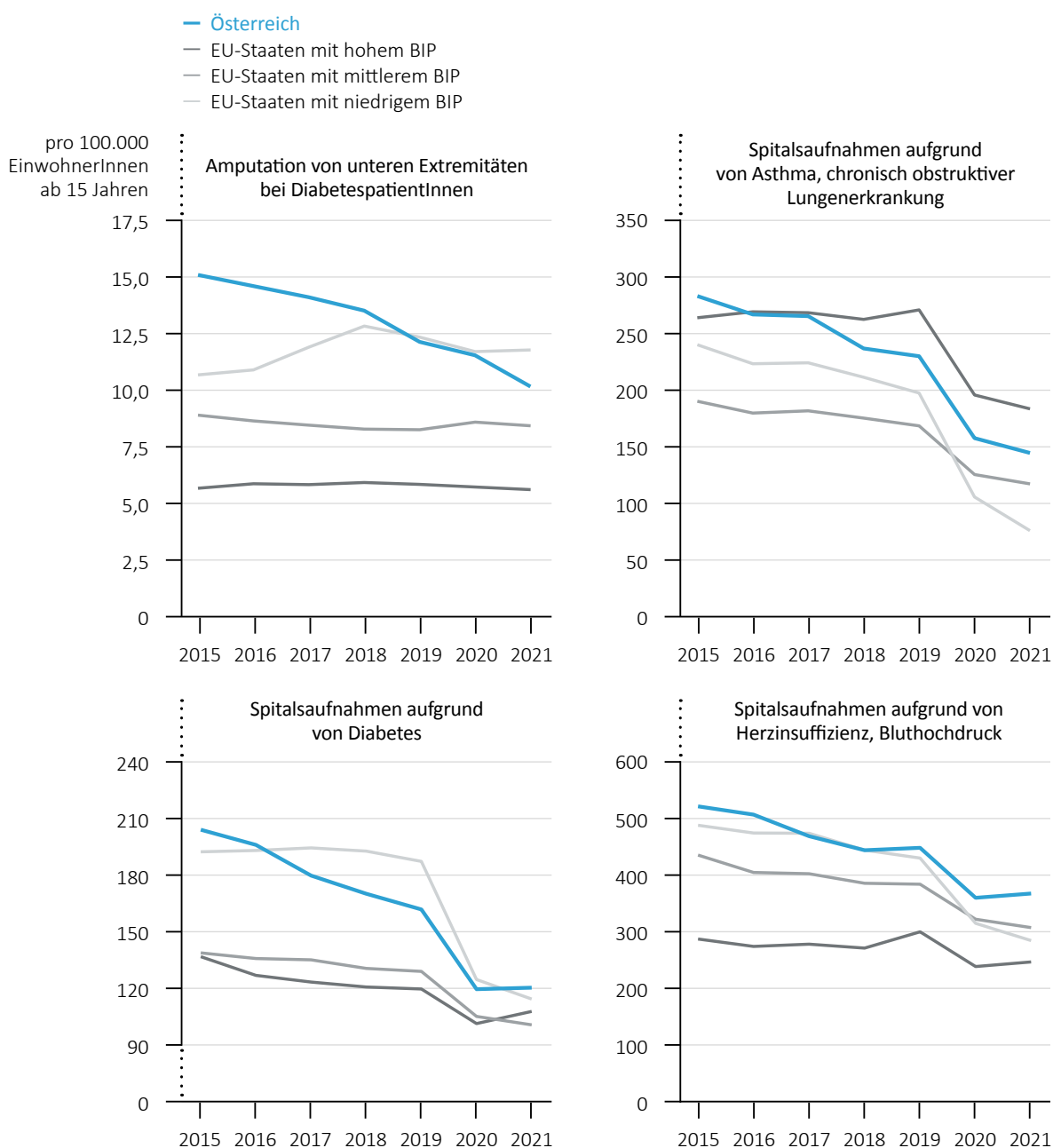
Abbildung 1: Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich und im EU-Schnitt



Die OECD klassifizierte eine Reihe von Todesursachen als vermeidbar, einerseits durch Prävention, andererseits durch bessere Behandlung. So waren z.B. die Todesursachen Wundstarrkrampf und Herzinfarkte unter dem 75. Lebensjahr als vermeidbar eingestuft. In Österreich verstarben im Jahr 2021 rd. 92.000 Menschen; davon galten rd. 20.000 als vermeidbar – 14.000 durch Prävention, rd. 6.000 durch bessere Behandlung. Der Schnitt der EU-Staaten mit hohem BIP – dazu gehört auch Österreich – lag hier besser als Österreich: Hätte Österreich deren Wert, wären in Österreich rd. 2.600 weniger vermeidbare Sterbefälle aufgetreten. Seit 2011 hatte sich Österreich in diesem Vergleich wesentlich verschlechtert.

(3) Eine wichtige Kennzahl für die Qualität der ambulanten Behandlung sind stationäre Spitalsaufnahmen aufgrund sogenannter „Ambulatory Care sensitive Conditions“, die bei guter ambulanter Behandlung vermeidbar wären. Diese waren in Österreich häufiger als im internationalen Vergleich, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 2: Nicht erforderliche Spitalsaufnahmen wegen unzureichender ambulanter Versorgung



Einzelne fehlende Werte wurden mit nächstgelegenen Jahren imputiert bzw. interpoliert.

Quellen: Eurostat; OECD; Darstellung: RH

- 2.2 Der RH wies darauf hin, dass das österreichische Gesundheitssystem 2021 bezogen auf die Bevölkerung die zweithöchsten Ausgaben in der EU hatte; 2015 waren noch fünf Länder vor Österreich gelegen. Die Lebenserwartung hatte sich im EU-Vergleich insbesondere in den letzten Jahren verschlechtert und lag 2023 nur mehr 0,1 Jahre über dem EU-Schnitt – 2018 war sie in Österreich noch 0,8 Jahre über dem EU-Schnitt gelegen. Auch die Entwicklung der vermeidbaren Sterblichkeit war im internationalen Vergleich ungünstiger. Die Spitalsaufnahmen aufgrund von Ambulatory Care sensitive Conditions, der geringe Anteil der Primärversorgung (10 % der Gesundheitsausgaben), die hohe Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen sowie der Anteil der Personen mit Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen (47 %) wiesen auf Verbesserungsbedarf hin.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, bei der Ausrichtung der österreichischen Gesundheitspolitik die Primärversorgung und die Gesundheitskompetenz zu stärken und dabei die durch den internationalen Vergleich aufgezeigten Besonderheiten, insbesondere die „Ambulatory Care sensitive Conditions“ zu berücksichtigen.

Der RH verwies zur Gesundheitskompetenz auf seinen Bericht „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Reihe Bund 2023/1, TZ 9).

- 2.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass sich im Rahmen der umfassenden Gesundheitsreform Bund, Länder und Sozialversicherung im Zusammenhang mit der Primärversorgung u.a. auf folgende Maßnahmen geeinigt hätten:
- Optimierung der Patientenströme und -wege nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am „Best Point of Service“; dazu sei die Gesundheitsberatung 1450 als niederschwellige, digitale Kontaktstelle bei Gesundheitsfragen und gesundheitlichen Problemen einzusetzen sowie die Primärversorgung (inklusive ihrer Lotsenfunktion) als allgemeine und direkt zugängliche Kontaktstelle im Sinne einer umfassenden Grundversorgung zu stärken,
 - Einsatz von Mitteln zur Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, sowie zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und von überregional erforderlicher Infrastruktur,
 - Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch raschen flächendeckenden Ausbau von Primärversorgungseinheiten und die Entwicklung von ambulanten Fachversorgungsstrukturen als eine Priorität der integrativen Versorgungsplanung.

Der Bund stelle der Sozialversicherung in den Jahren 2024 bis 2028 jährlich 300 Mio. EUR u.a. für den Ausbau und Aufbau des niedergelassenen Bereichs vorrangig in Form von vergemeinschafteten, größeren Einheiten wie Primärversorgungseinheiten und multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Einheiten im fachärztlichen Bereich durch die Schaffung von zusätzlichen Kassenarztstellen zur

Verfügung. Darüber hinaus sei im Österreichischen Aufbau- und Resilienzplan ein Projekt in Höhe von 100 Mio. EUR verankert, um Primärversorgungseinheiten auszubauen. Bis 2026 seien in diesem Projekt EU-Mittel von 90 Mio. EUR für einmalige Förderungen in der Primärversorgung vorgesehen. In den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) der Länder seien bis Ende 2025 insgesamt 133 Primärversorgungseinheiten vorgesehen, von denen mit Stand Anfang Juli 2025 bereits über 100 in Betrieb seien.

(2) Der Dachverband nahm die Empfehlung in seiner Stellungnahme zur Kenntnis. Eine Stärkung der Primärversorgung als auch der Gesundheitskompetenz der Versicherten stelle einen unerlässlichen Baustein im Gesundheitswesen dar. Daher sei dies auch im Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 verankert, mit dem gemeinsam mit Bund und Ländern, auch insbesondere im Rahmen des Themas Patientenwege, an Lösungen gearbeitet werde.

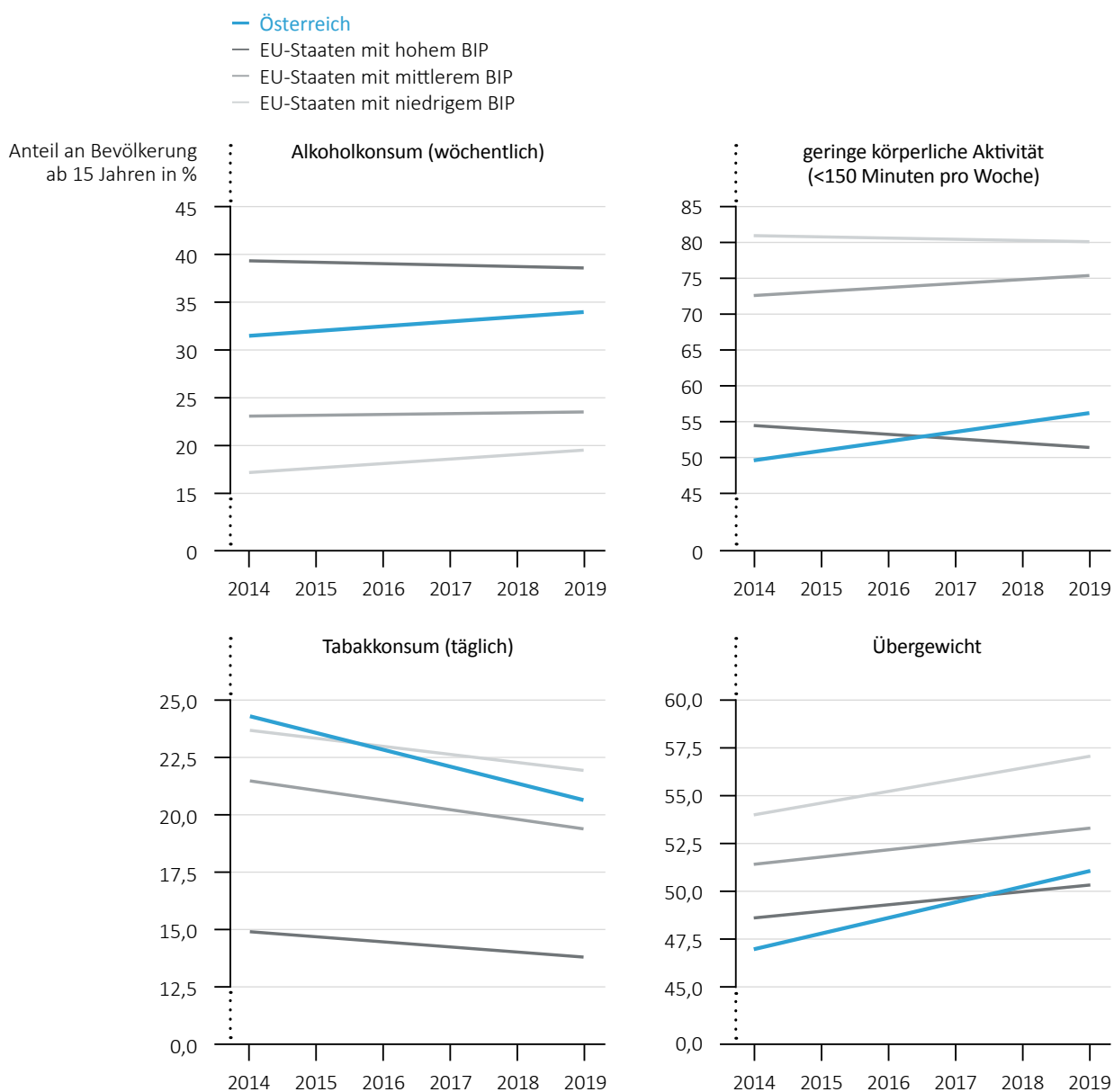
(3) Die ÖGK nahm die Empfehlung in ihrer Stellungnahme zustimmend zur Kenntnis. Die Stärkung der Primärversorgung und Gesundheitskompetenz werde auch in der Bundes-Zielsteuerung berücksichtigt und u.a. im Rahmen des Auf- und Ausbaus der Primärversorgung insbesondere in Form von Primärversorgungseinheiten sowie der Optimierung von Patientenströmen und -wegen thematisiert.

- 2.4 Der RH merkte zu den Hinweisen von Ministerium, Dachverband und ÖGK auf die im Jahr 2024 beschlossenen Maßnahmen an, dass er in TZ 11 (Primärversorgungseinheiten), TZ 14 (Patientenwege) und TZ 29 (zusätzliche Mittel) die Beschlüsse bzw. den Umsetzungsstand als (noch) nicht zufriedenstellend bzw. die eingesetzten Mittel als insgesamt nicht ausreichend beurteilt hatte. Er hielt daher zusätzliche Maßnahmen für notwendig und verblieb bei seiner Empfehlung.

Risikofaktoren und chronische Krankheiten

- 3.1 (1) Zur Einschätzung der Risikofaktoren stellte die OECD im Wesentlichen auf Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel ab. Dabei lagen nur Daten aus Befragungen vor, die zuletzt im Jahr 2019 stattfanden (die nächste Befragung war für 2025 geplant). Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklungstendenz und den Vergleich mit dem EU-Schnitt für die vier Risikofaktoren:

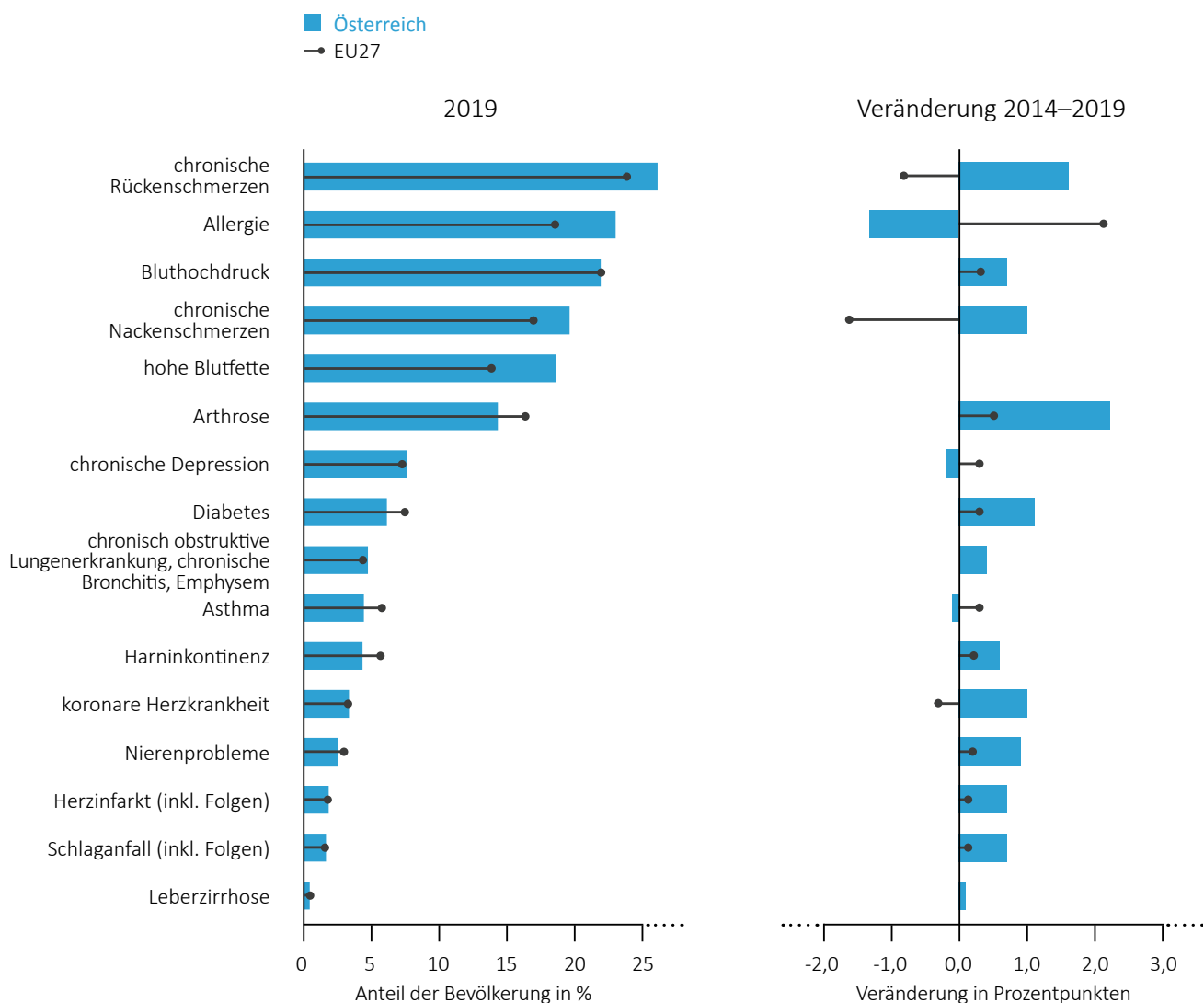
Abbildung 3: Entwicklung wesentlicher Risikofaktoren für die Gesundheit



Während in Österreich der Tabakkonsum sank, verschlechterten sich Alkoholkonsum, Bewegung und Übergewicht.

(2) Österreich hatte gegenüber dem EU-Schnitt einen höheren Anteil der Bevölkerung mit chronischen Krankheiten (61 % zu 56 %). Mangels standardisierter Diagnosen im niedergelassenen Bereich waren dabei nur Daten aus Befragungen der Bevölkerung (zuletzt 2019, geplant wieder für 2025) bekannt. Evaluierungen zeigten eine Unterschätzung der Belastung bei chronischen Erkrankungen ohne Schmerzsymptomatik (z.B. Diabetes und Bluthochdruck). Im Zeitraum 2014 bis 2019 war ein Anstieg insbesondere bei Rücken- und Nackenschmerzen, Arthrose und Diabetes (von 5 % auf 6 % der Bevölkerung) zu beobachten:

Abbildung 4: Entwicklung chronischer Beschwerden in Österreich und im EU-Schnitt



Quelle: Eurostat; Darstellung: RH

In Österreich kamen 2019 rechnerisch rd. 140 chronische Beschwerden auf 100 Einwohnerinnen und Einwohner über 15 Jahre (EU rd. 137), 2014 waren es noch rd. 131 gewesen (EU rd. 136). Seit 2014 stiegen die chronischen Beschwerden um 7,2 % an, während sie im EU-Schnitt im Wesentlichen gleich blieben.

Der österreichische Gesundheitsbericht 2022 gab eine rückläufige Inzidenz bei bestimmten Krebsarten und bei Herzinfarkten an, allerdings führte die Auswertung der Krebsstatistik 2022 zu einer Prognose einer bis 2030 um 15 % steigenden Anzahl von Krebserkrankungen. Im Bereich der psychischen Gesundheit gab es – entgegen den Ergebnissen der Befragung – auch Anzeichen für eine deutlich steigende Belastung, so war die Zahl der Krankenstandstage aufgrund von psychischen Erkrankungen deutlich gestiegen.

Aus Sicht der ÖGK zeigten die Daten insgesamt eine steigende Anzahl von chronischen Krankheiten, waren aber nicht ausreichend, um konkrete Planungen darauf zu basieren. Sie wies darauf hin, dass sich ein zusätzlicher Behandlungsbedarf auch durch Fortschritte in der Medizin, geänderte Standards (z.B. Definition niedrigerer Normalwerte bestimmter Laborparameter) oder geändertes Patientenverhalten (höheres Risikobewusstsein, geringere Gesundheitskompetenz) ergeben konnte.

(3) Im Jahr 2024 regelte der Gesetzgeber eine verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, die ab 2026 wirksam werden wird. Damit könnte sich die Datenlage wesentlich verbessern.²

- 3.2 Der RH wies darauf hin, dass in Österreich die Beschwerden aus chronischen Krankheiten im Zeitraum 2014 bis 2019 anstiegen. Nach Ansicht des RH sprach dies dafür, dass zukünftig auch eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu erwarten sein wird.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, die steigende Belastung durch Beschwerden aufgrund chronischer Krankheiten und die damit verbundene steigende Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in der Gesundheitsstrukturplanung zu berücksichtigen.

Der RH wies darauf hin, dass die verfügbaren Daten überwiegend auf eine Befragung der Bevölkerung zurückgingen und zur Zeit der Gebärungsüberprüfung bereits sechs Jahre alt waren. Wie viele zusätzliche Behandlungsfälle daraus resultieren würden, war kaum ableitbar.

² Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (BGBl. I 191/2023) regelte, dass gemäß § 6 Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. 745/1996 i.d.g.F.) in Verbindung mit § 51 Abs. 1a Ärztegesetz (BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.) die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister eine Klassifikation zu verordnen hat. Vor dem Hintergrund der notwendigen Vorbereitungsarbeiten treten die entsprechenden Bestimmungen erst mit 1. Jänner 2026 in Kraft (Gesundheitsdokumentations-Verordnung, BGBl. II 367/2024).

Er empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern die ab 2026 auch im niedergelassenen Bereich vorliegenden Diagnosedaten frühzeitig und umfassend zu nutzen, um den Anforderungen an das Gesundheitssystem vorausschauend gerecht werden zu können.

- 3.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit die integrative Versorgungsplanung den Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden, abgestuften Versorgung für Menschen mit chronischen Krankheiten als eine Priorität vorsehe. Daran arbeite das Ministerium gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit mit Nachdruck. Das Thema chronische Krankheiten sei ein Schwerpunkt bei den laufenden Arbeiten zu den Patientenwegen.

Die ab 2026 vorliegenden Diagnosedaten aus dem niedergelassenen Bereich würden – wie auch sonstige vorhandene Daten – entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen³ u.a. zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung verwendet.

- (2) Der Dachverband verwies in seiner Stellungnahme zur empfohlenen Berücksichtigung der steigenden Belastung durch chronische Krankheiten auf die Stellungnahme der ÖGK.

Die Empfehlung zur Nutzung der Diagnosedaten begrüßte der Dachverband. Er erachte eine Übermittlung der Diagnose- und auch der Leistungsdaten an den Dachverband als unerlässlich, da diese nur in Kombination nützlich seien. Der Dachverband verfüge bereits über die notwendige Infrastruktur, um die Diagnosedaten zu verarbeiten, und könne diese in der Folge auch anderen relevanten Partnern im Gesundheitssystem zur Verfügung stellen.

- (3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlungen zustimmend zur Kenntnis. Chronische Krankheiten (u.a. chronischer Schmerz, Diabetes mellitus und chronische Wundversorgung) würden bereits im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (**ÖSG**) und der Ausarbeitungen der RSG berücksichtigt.

Zur Nutzung von Diagnosedaten verwies die ÖGK auf die Stellungnahme des Dachverbands. Die Nutzung der Diagnosedaten werde bei der Bedarfsplanung berücksichtigt. Es müsse sichergestellt werden, dass die gesetzlich definierte Diagnosecodierung im Zuge der Abrechnung übermittelt werde, um ökonomische und versorgungspolitische Analysen durchführen zu können. Die ÖGK sehe insbesondere in der Bedarfsplanung sowie Steuerung des ambulanten Bereichs ein großes Potenzial in

³ § 1 Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen

den Diagnosedaten. Die Empfehlung bilde die Grundlage, um auch insbesondere den Empfehlungen zum Vertragspartnercontrolling (TZ 20) und zu den Effizienzpotenzialen in der Abrechnungskontrolle (TZ 21) entsprechen zu können.

Gesundheitspolitische Ziele zur Stärkung des ambulanten Bereichs

- 4.1 (1) Die gesundheitspolitischen Ziele in Österreich wiesen unterschiedliche Schwerpunkte auf: Einerseits war im niedergelassenen Bereich die Konsolidierung der finanziellen Lage ein wichtiges Thema. Sowohl das Kassensanierungsprogramm 2009 bis 2012 als auch die Gesundheitsreform 2012 bzw. das 2017 in Kraft getretene Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz⁴ enthielten Bestimmungen über eine Dämpfung der Ausgaben für ärztliche Hilfe bzw. ihre Bindung an die Höhe der Beitragsentwicklung. Andererseits strebten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger in den Bundes-Zielsteuerungsverträgen 2017 und 2022 eine Stärkung des ambulanten Bereichs und der Primärversorgung an. Zusätzliche Mittelflüsse an den niedergelassenen Bereich waren grundsätzlich nur vorgesehen, soweit für konkrete Projekte eine Einigung mit den Ländern erreicht werden konnte.
- (2) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 enthielt die Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Ärztinnen und Ärzten und zur Stärkung der Sachleistungsversorgung sowie die Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitorings. Die Stärkung der ambulanten Versorgung wurde auf Basis einzelner Indikatoren definiert (insbesondere Entwicklung der Primärversorgungseinrichtungen, der Krankenhaushäufigkeit und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung). Eine umfassende Zieldefinition zu Versorgungsstrukturen (Planstellen), erbrachten Leistungen, erzielten Ergebnissen und Aufwendungen war darin nicht enthalten.
- (3) Nach Veröffentlichung des Versorgungsberichts des RH im Jahr 2021 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission, die Arbeitsgruppe „Attraktivierung der Allgemeinmedizin“ zu beauftragen, die vom RH im Bericht vorgeschlagenen Punkte zu analysieren. Zusätzlich wurde in der Arbeitsgruppe der RH-Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42) thematisiert. Grundsätzlich gab es eine breite Zustimmung zu den Vorschlägen des RH. Sie würden einen wichtigen Beitrag für die Verhandlungen der künftigen Zielsteuerungsperiode darstellen.
- (4) Im Jahr 2018 beschloss der Gesetzgeber eine Reform der Sozialversicherungsträger und insbesondere die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK.

⁴ BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.

Eine wesentliche Zielsetzung der Reform lag in der Vereinheitlichung der Leistungen zwischen den Ländern. Im Zuge einer durch Einsparungen in der Verwaltung erzielbaren „Patientenmilliarde“ sollten Leistungen erhöht werden. In den Jahren 2020 und 2021 standen Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie im Vordergrund (Testungen, Impfungen, Behandlung von schweren Erkrankungen).

(5) Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2022–2023 wurden die bestehenden Zielsetzungen im Wesentlichen verlängert. Letztlich mündeten sie in die Regelungen des Finanzausgleichs 2024 bis 2028 und des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024–2028, in den ÖSG 2023 und in verschiedene Maßnahmen des Bundesgesetzgebers (siehe TZ 28 ff.).

(6) Die OECD erachtete folgende Elemente als charakteristisch für das österreichische Gesundheitssystem:

- die marktorientierte Dienstleistung, d.h., dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte überwiegend selbstständig tätig und nicht vom Staat angestellt sind,
- die umfassende allgemeine öffentliche Krankenversicherung und
- das weitgehende Fehlen einer Steuerung der Patientenwege durch die freie Wahl der Behandlungsstufe – Primärversorgung, Fachversorgung, Spitalsambulanz.

Auf Basis des internationalen Vergleichs empfahl sie keine grundlegende Umgestaltung dieser Elemente, sondern eine schrittweise Verbesserung von Steuerungselementen. Dazu verwies sie insbesondere auf Anreize für die Gesundheitsdienstleister – sowohl betreffend die Qualität als auch die Frequenz der Leistungen –, auf die weitere Stärkung von Primärversorgung und auf die Kontinuität der Betreuung.

(7) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeiteten mehrere internationale Organisationen⁵ an Frameworks für eine Steuerung der Gesundheitssysteme (Health System Performance Assessment Frameworks) anhand von

- Ressourcen (Finanzierung und Personal),
- Struktur- und Prozesselementen (z.B. Planstellen und Krankenhausstandorte) und
- Outcomes (sowohl Gesamtwerte wie Lebenserwartung als auch Kosten-Nutzen-Überlegungen für einzelne Leistungen).

Österreich hatte einige Aspekte davon in das Monitoring zur Gesundheitszielsteuerung aufgenommen und beobachtete die internationale Entwicklung. Ein eigenes umfassendes Steuerungssystem war noch nicht in Arbeit. Wesentlicher Bestandteil derartiger Systeme war neben der Erfassung und Auswertung entsprechender Daten

⁵ OECD, World Health Organization (WHO)

auch ein Steuerungsprozess zur zielgerichteten Reaktion auf die festgestellten Entwicklungen.

- 4.2 Der RH hielt die bisherige Ausrichtung der österreichischen Gesundheitspolitik auf eine Stärkung des ambulanten Bereichs und der Primärversorgung angesichts der Ergebnisse der internationalen Vergleiche für richtig. Er wies jedoch darauf hin, dass das gleichzeitig verfolgte Ziel einer finanziellen Konsolidierung der Krankenversicherungsträger dazu im Widerspruch stehen konnte.

Der RH wies darauf hin, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 die Ziele auf Basis einzelner Indikatoren ohne umfassende Berücksichtigung von Versorgungsstrukturen (Planstellen), erbrachten Leistungen, erzielten Ergebnissen und Aufwendungen und somit unvollständig festsetzte. Er untersucht daher in der Folge, inwieweit diese Ziele im niedergelassenen Bereich im überprüften Zeitraum umgesetzt werden konnten. Er analysiert dazu die Versorgungsstrukturen (TZ 5 bis TZ 14), die finanzielle Entwicklung (TZ 15 bis TZ 18) und die erbrachten Leistungen (TZ 19 bis TZ 27). Eine Gesamtbeurteilung der unterschiedlichen Bereiche findet sich im Resümee (TZ 34).

Der RH erachtete es für eine wirksame Steuerung als wesentlich, der Gesundheitspolitik die gesundheitliche Ausgangslage (z.B. Verbreitung chronischer Erkrankungen) und die Ergebnisse (Lebenserwartung, Ambulatory Care sensitive Conditions) zugrunde zu legen sowie die finanziellen Rahmenbedingungen mitzubetrachten. Er verwies dazu auf die internationalen Bemühungen, Health System Performance Assessment Frameworks zu entwickeln.

Der RH empfahl dem Ministerium, gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern das Gesundheitszielsteuerungssystem so weiterzuentwickeln, dass es die gesundheitliche Ausgangslage (Krankheitslast), die Ergebnisse und die finanziellen Rahmenbedingungen verbindet, und dabei internationale Erfahrungen mit Health System Performance Assessment Frameworks zu berücksichtigen.

- 4.3 Das Ministerium nahm die Empfehlung in seiner Stellungnahme zur Kenntnis.

Entwicklung der Versorgungsstrukturen

Entwicklung besetzter Planstellen bei der ÖGK

- 5.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der besetzten Planstellen in Relation zur Bevölkerung (Planstellendichte). Dabei wird der bereits im Versorgungsbericht dargestellten Entwicklung 2009 bis 2019 nunmehr die Entwicklung bis 2023 gegenübergestellt:

Tabelle 1: Entwicklung der Planstellendichte im niedergelassenen Bereich

Kennzahl	Allgemeinmedizin					allgemeine Fachgebiete				
	2009	2019	2023	Veränderung		2009	2019	2023	Veränderung	
				2009 bis 2019	2019 bis 2023				2009 bis 2019	2019 bis 2023
	Anzahl			in %		Anzahl			in %	
Bevölkerung (in Mio.)	8,34	8,88	9,13	6,4	2,9	8,34	8,88	9,13	6,4	2,9
besetzte Planstellen	3.946	3.773	3.685	-4,4	-2,3	2.939	3.042	3.112	3,5	2,3
je 1.000 EinwohnerInnen	0,47	0,43	0,40	-10,2	-5,1	0,35	0,34	0,34	-2,7	-0,5

Quellen: ÖGK; Statistik Austria

Im Bereich der Allgemeinmedizin ging bei wachsender Bevölkerung die Zahl der besetzten Planstellen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner weiter zurück (um 5,1 % von 2019 bis 2023). Im Bereich der allgemeinen Fachgebiete stieg die Zahl der besetzten Planstellen um 2,3 %, sank aber bezogen auf die Bevölkerung um 0,5 %. Insgesamt ergab sich bei den besetzten Planstellen bezogen auf die Bevölkerung ein Rückgang um rd. 3 %. Unter Berücksichtigung der ab 2024 zusätzlich eingerichteten 100 Planstellen (TZ 31) betrug der Rückgang noch 1,6 %.

- (2) Planrichtwerte für den ambulanten Bereich gab es im ÖSG und in den RSG (TZ 30) erstmals für den Planungshorizont 2020.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Planrichtwerte für 2020 bis 2025 und für 2030 und – soweit bereits verfügbar – die Entwicklung der Ist-Werte (in % des Planrichtwerts 2020):

Tabelle 2: ÖSG-Planrichtwerte 2020 bis 2025 und 2030 sowie Versorgungsdichte 2020 bis 2023

Fachgebiet	Entwicklung	Niveau im Vergleich zu Planrichtwerten 2020						
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2030 ²
		in %						
Allgemeinmedizin	ÖSG-Planrichtwert	100,0	100,0	100,1	100,1	100,2	100,2	100,2
	Versorgungsdichte ¹	92,9	93,2	90,1	92,1 ³	–	–	–
allgemeine Fachgebiete	ÖSG-Planrichtwert	100,0	102,4	104,7	107,1	109,4	111,8	118,9
	Versorgungsdichte ¹	108,7	110,4	111,7	108,7	–	–	–
Summe	ÖSG-Planrichtwert	100,0	101,4	102,8	104,2	105,6	107,0	111,1
	Versorgungsdichte ¹	102,1	103,2	102,7	101,8	–	–	–

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Quellen: Dachverband; ÖSG

¹ Versorgungsdichte nach der Betrachtungsweise des ÖSG ohne Wien in % des Planrichtwerts 2020

² Aufgrund einer veränderten Methodik für den Planungshorizont 2030 könnte – im Unterschied zur vorigen Planungsperiode – die geplante Zunahme auch durch eine erhöhte Inanspruchnahme von bestehenden Planstellen des niedergelassenen Bereichs erreicht werden.

³ inklusive Erstversorgungsambulanzen in Spitälern

Die ÖSG-Planrichtwerte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachgebiete stiegen zwischen 2020 und 2025 um sieben Prozentpunkte an, die Ist-Werte bis 2023 gingen jedoch leicht zurück. Während im Jahr 2020 die Ist-Werte die Planrichtwerte noch um zwei Prozentpunkte überschritten, lagen sie 2023 um mehr als zwei Prozentpunkte darunter. Für die Zukunft würde daher die Einhaltung der Planrichtwerte einen deutlichen Ausbau erfordern. Im Bereich der Allgemeinmedizin lag der Ist-Wert im gesamten Zeitraum unter dem Planwert; die Unterschreitung des ÖSG-Planrichtwerts nahm zwischen 2020 und 2023 leicht zu. Bis 2030 war im ÖSG in den allgemeinen Fachgebieten eine weitere Erhöhung der Versorgungsdichte vorgesehen; dazu konnte aufgrund einer veränderten Methode ihrer Berechnung auch eine gesteigerte Inanspruchnahme im niedergelassenen Bereich beitragen.

- 5.2 Der RH wies darauf hin, dass im Zeitraum 2019 bis 2023 die Zahl der besetzten Planstellen bezogen auf die Bevölkerung in der Allgemeinmedizin (um 5,1 %) und bei den allgemeinen Fachgebieten (um 0,5 %) zurückging. In der Allgemeinmedizin wurden die ÖSG-Planrichtwerte im Zeitraum 2020 bis 2023 laufend unterschritten; insgesamt war bis 2030 ein deutlicher Ausbau vorgesehen.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, im Sinne der angestrebten Stärkung der Primärversorgung und unter Bedachtnahme auf die finanzielle Lage dem Rückgang der besetzten Planstellen insbesondere in der Allgemeinmedizin bezogen auf die Bevölkerung entgegenzuwirken.

- 5.3 (1) Laut Stellungnahme des Ministeriums sähen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung vor, die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten durch Gesamtverträge zu regeln.

Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 habe eine verstärkte Verzahnung der gesamtvertraglichen Stellenplanung mit dem RSG normiert: Der von den Zielsteuerungspartnern auf Landesebene einvernehmlich festgelegte RSG sehe u.a. eine Kapazitätsplanung für den ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung vor. Die zwischen den Gesamtvertragsparteien zu vereinbarende Stellenplanung habe in der Folge die örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, der Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten entsprechend den verbindlich erklärten Teilen des RSG zu konkretisieren.

Eine flächendeckende Versorgung mit Vertragsärztinnen und -ärzten sei ein wesentliches Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung; um dies sicherstellen zu können, sei bereits eine Reihe von Maßnahmen gesetzt worden. Dies umfasse neben einer guten und angemessenen Honorierung die Schaffung von Primärversorgungszentren sowie Lehr- und Übergabepraxen, die Möglichkeit einer Anschubfinanzierung, flexible Zusammenarbeitsformen im Sinne eines ärztlichen Teamworks – sie sollten insbesondere Teilzeitarbeit ermöglichen –, aber auch das aktive Ansprechen von Ärztinnen und Ärzten, die noch nicht im Kassensystem arbeiteten, um sie über die Vorteile und Möglichkeiten eines Kassenvertrags zu informieren.

Laut Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁶ sei zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs vereinbart worden, für die Periode 2024 bis 2028 jährlich zusätzliche öffentliche Mittel in Höhe von 300 Mio. EUR bzw. über die Laufzeit 1,500 Mrd. EUR zweckzuwidmen. Diese Mittel seien insbesondere für den Ausbau des niedergelassenen Bereichs, vorrangig in Form von größeren Einheiten („quantitativer“ Ausbau) wie Primärversorgung und multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Einheiten im fachärztlichen Bereich durch die Schaffung von zusätzlichen Kassenarztstellen, und zum Ausbau der Leistungserbringung („qualitativer“ Ausbau einschließlich telemedizinischer Leistungen) zu verwenden. Auch die Bestrebungen, die telemedizinische Leistungserbringung auszubauen, sollten der Entlastung des niedergelassenen Bereichs dienen.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Versorgungsleistung nicht ausschließlich anhand der Anzahl der Planstellen gemessen werden könne. Deren Entwicklung spiegle nicht unbedingt die tatsächliche Anzahl an tätigen Ärztinnen und Ärzten im Kassensystem, deren Versorgungswirksamkeit oder Verfügbarkeit wider. In den letzten Jahren würden insbesondere die Primärversorgungs-

⁶ BGBl. I 105/2008 i.d.g.F.

einheiten und Gruppenpraxen wachsen. Es sei im Bericht nicht berücksichtigt, wie viele Ärztinnen und Ärzte tatsächlich auf diesen Planstellen tätig seien. Seit 2019 seien deutlich mehr Kassenärztinnen bzw. Kassenärzte je Einwohnerin bzw. Einwohner tätig. Auch sei davon auszugehen, dass die durchschnittlichen Öffnungszeiten in den letzten Jahren gestiegen seien, u.a. infolge der Pensionierung jener Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund von Altverträgen mit Mindestöffnungszeiten von zwölf bzw. 15 Stunden pro Woche aus dem System ausgeschieden seien. Strukturen mit starkem Zuwachs, wie Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten, würden längere Öffnungszeiten aufweisen. Auch seien, wie z.B. in Wien (TZ 9), Anreize gesetzt worden, die Öffnungszeiten der Planstellen auszuweiten.

(3) Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die bisher entwickelten Instrumente zur Erhöhung des Besetzungsstandes gestärkt und ausgebaut werden sollten, um das vom RH angeführte Ziel zu erreichen. Jedoch seien bei der Besetzung von Planstellen auch externe Faktoren zu berücksichtigen, welche die ÖGK nicht direkt beeinflussen könne. Die Anzahl der besetzten Planstellen lasse – unter Verweis auf die Stellungnahme des Dachverbands – keine direkte Aussage über die Versorgungswirksamkeit zu.

5.4 (1) Zum Vorbringen des Ministeriums führte der RH aus, dass er kaum erkennen konnte, wie die – überwiegend auch in der Analyse des RH – beschriebenen Maßnahmen den seit 2009 andauernden Rückgang der besetzten Planstellen bezogen auf die Bevölkerung tatsächlich umkehren sollten. Der RH hob insbesondere seine Einschätzung zur finanziellen Lage der ÖGK hervor und wiederholte, dass es unklar blieb, wie die Versorgung angesichts des Konsolidierungsbedarfs gestärkt und verbessert werden sollte (TZ 29). Aus Sicht des RH waren daher zusätzliche Maßnahmen notwendig.

(2) Der RH merkte gegenüber dem Dachverband und der ÖGK an, dass die Anzahl der Planstellen im Gesamtvertrag vereinbart wurde und daher die zentrale Steuerungskennzahl war. Wenn sich – nach Ansicht des Dachverbands und der ÖGK – deren Aussagekraft verringerte, wären treffsichere Kennzahlen zu entwickeln und den Vereinbarungen bzw. Ausschreibungen zugrunde zu legen. Bis dahin hielt der RH die Planstelle weiterhin für die maßgebliche Steuerungskennzahl.

(3) Gegenüber dem Dachverband ergänzte der RH, dass er die Anzahl der tätigen Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt hatte (TZ 8). Aufgrund von Datenproblemen bei der erfassten Anzahl der tätigen Ärztinnen und Ärzte und mangels genauer Kenntnis ihrer Arbeitszeiten war jedoch – auch nach Einschätzung der ÖGK – dieser Wert nicht valide. Der RH verwies auf seine Empfehlung in TZ 8, die Steuerung der Versorgungswirkung einer Planstelle zu verbessern, z.B. durch Vereinbarungen über die tatsächlichen Öffnungszeiten, durch quantitative Versorgungsaufträge und durch genauere Vorgaben für Anstellungen und Vertretungen.

Entwicklung der besetzten, gebundenen und unbesetzten Planstellen

6.1 (1) Nachdem der RH im Zuge der Versorgungsprüfung empfohlen hatte, ein zeitna-
hes und standardisiertes Monitoring der besetzten und unbesetzten Planstellen
einzuführen, etablierte die ÖGK 2020 ein Berichtswesen. Sie bezeichnete Planstel-
len als „gebunden“,

- deren Besetzung bereits entschieden, aber noch nicht umgesetzt war,
- deren Vertrag innerhalb eines Quartals vor dem Stichtag niedergelegt wurde,
- für die eine Alternativlösung (z.B. Mitbetreuung über eine Spitalsambulanz) verein-
bart war,
- die für Primärversorgungseinheiten oder Gruppenpraxen „reserviert“ waren oder
- die noch im Gesamtvertrag vereinbart, aber als nicht mehr notwendig angesehen
wurden.

Aus Sicht der ÖGK bestand in diesem Bereich kein Handlungsbedarf. Lediglich die
verbleibenden unbesetzten Planstellen stellten in diesem Sinn eine Abweichung
vom Sollzustand dar; der RH bezeichnet diese Kategorie in der Folge als ungewollt
unbesetzt. Sowohl die gebundenen Planstellen als auch die ungewollt unbesetzten
Planstellen waren nicht versorgungswirksam.

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Planstellen:

Tabelle 3: Entwicklung besetzter, gebundener und ungewollt unbesetzter Planstellen 2020 bis 2024

Fachgebiet	Kategorie	1. Oktober 2020		1. Juli 2024		Veränderung 2020 bis 2024	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Allgemeinmedizin	Planstellen	4.066	–	4.007	–	-59	-1,5
	davon						
	besetzt	3.742	92	3.675	92	-68	-1,8
	unbesetzt (nicht versorgungswirksam)	324	8	332	8	9	2,6
	davon						
	gebunden	262	6	253	6	-9	-3,4
	ungewollt unbesetzt	62	2	80	2	18	28,2
allgemeine Fachgebiete	Planstellen	3.000	–	3.095	–	94	3,1
	davon						
	besetzt	2.811	94	2.881	93	70	2,5
	unbesetzt (nicht versorgungswirksam)	189	6	213	7	24	12,8
	davon						
	gebunden	144	5	134	4	-10	-6,8
	ungewollt unbesetzt	46	2	80	3	34	74,4
alle Fachgebiete (inklusive technische)	Planstellen	7.350	–	7.378	–	27	0,4
	davon						
	besetzt	6.811	93	6.825	93	14	0,2
	unbesetzt (nicht versorgungswirksam)	540	7	553	7	13	2,4
	davon						
	gebunden	432	6	393	5	-39	-9,0
	ungewollt unbesetzt	108	1	159	2	51	47,8

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

Die Zahl der Planstellen in der Allgemeinmedizin ging von 1. Oktober 2020 bis 1. Juli 2024 um 59 zurück. In den allgemeinen Fachgebieten stieg sie um 94; insgesamt erhöhte sich die Zahl der Planstellen um 27. Bezogen auf die Bevölkerung nahmen die Planstellen in allen Fachgebieten um 2,5 % ab.

Der Anteil der nicht versorgungswirksamen Stellen blieb in allen Fachgebieten mit 7 % aller Planstellen etwa gleich. Dabei stieg der Anteil der ungewollt unbesetzten Planstellen an den nicht versorgungswirksamen Planstellen von 20 % auf 29 %. Ihr

Anteil an allen Planstellen erhöhte sich von 1,5 % (108 von 7.350) auf 2,2 % (159 von 7.378).

(3) Der Anteil der ungewollt unbesetzten Planstellen an allen Planstellen unterschied sich im Jahr 2024 je Land deutlich: Er war am höchsten in Tirol bei den allgemeinen Fachgebieten mit 7,7 %, in Kärnten war dagegen keine Planstelle ungewollt unbesetzt. Im Vergleich der Fachgebiete war der Anteil unbesetzter Planstellen am höchsten

- in der Dermatologie im Burgenland (33 %: zwei von sechs Planstellen ungewollt unbesetzt) und in Niederösterreich (28 %: elf von 39 Planstellen ungewollt unbesetzt)
- sowie in der Frauenheilkunde im Burgenland (21 %: drei von 14 Planstellen ungewollt unbesetzt).

Österreichweit nahm zwischen 2020 und 2024 die Zahl der besetzten Planstellen in der Frauenheilkunde (-5 %), der Chirurgie (-5 %) und der Dermatologie (-3 %) ab; in der Neurologie bzw. Psychiatrie (+9 %) nahm sie zu.

- 6.2 Der RH beurteilte die Einführung des Planstellenmonitorings in der ÖGK positiv. Er wies darauf hin, dass die Zahl der Planstellen (summiert über alle Fachgebiete) bezogen auf die Bevölkerung österreichweit von 1. Oktober 2020 bis 1. Juli 2024 um 2,5 % zurückging. Der Anteil der nicht versorgungswirksamen Stellen blieb mit 7 % etwa gleich. Der Anteil der ungewollt unbesetzten Planstellen an allen Planstellen stieg von 1,5 % auf 2,2 % (um 47,2 %).

[Der RH empfahl der ÖGK, besondere Anstrengungen zu unternehmen, um die ungewollt unbesetzten Planstellen zu besetzen.](#)

Nach Ansicht des RH entsprach der Anstieg der Planstellen in der Neurologie bzw. Psychiatrie den versorgungspolitischen Zielen im Bereich psychische Gesundheit. Angesichts der Rückgänge bei Chirurgie, Dermatologie und Frauenheilkunde hielt er eine Beobachtung der Entwicklung der Wahlarzt-Inanspruchnahme und der Fallzahlen für geboten.

[Der RH empfahl dem Dachverband und der ÖGK, im Zuge der weiteren Gesundheitsplanung den Bedarf in der Chirurgie, Dermatologie und Frauenheilkunde besonders zu beobachten und gegebenenfalls die Versorgungsstrukturen zu verbessern.](#)

- 6.3 (1) Der Dachverband verwies auf die Stellungnahme der ÖGK.

(2) Die ÖGK verwies in ihrer Stellungnahme zum Thema ungewollt unbesetzte Planstellen auf ihre Ausführungen in [TZ 5](#) (Vorliegen externer Faktoren außerhalb des

Einflussbereichs der ÖGK) und auf die gebundenen Planstellen, deren künftige Verwendung im Bericht dargestellt sei.

Zur Zeit der Stellungnahme fänden die Planungen in Rahmen der RSG statt. Dabei würden alle Fächer und damit auch die Fächer Chirurgie, Dermatologie und Frauenheilkunde hinsichtlich Versorgungsbedarf und -struktur detailliert analysiert. Für diese Fachgebiete würden auch alternative Versorgungsformen, z.B. Ambulatorien und Frauengesundheitszentrum, angedacht, um der mangelnden Nachfrage nach einem Kassenvertrag entgegenzuwirken. Ergänzend verwies die ÖGK auf ihre Stellungnahme zu TZ 7 (Alternativlösungen bei ungewollt unbesetzten Planstellen).

Entwicklung innerhalb der gebundenen Planstellen

7.1 Die folgende Tabelle zeigt Änderungen innerhalb der gebundenen Planstellen (TZ 6):

Tabelle 4: Zusammensetzung gebundener Planstellen 2020 und 2024

	Kategorie	1. Oktober 2020	1. Juli 2024	Veränderung 2020 bis 2024
		Anzahl		
	gebundene Planstellen	432	393	-39
	davon			
alle Fachgebiete (inklusive technische)	in Besetzung	116	177	61
	mit Alternativlösung	25	27	2
	reserviert	104	146	42
	kein Bedarf	188	44	-143

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

Vereinbarte Planstellen ohne Bedarf gingen von rd. 188 um rd. 143 auf rd. 44 zurück, was die ÖGK durch eine Aktualisierung der Stellenpläne erklärte. Dagegen stieg die Zahl der Planstellen in Besetzung von 116 um 61 auf 177. Dies lag an einem Generationenwechsel bei den Ärztinnen und Ärzten durch Pensionierungen und Nachbesetzungen.⁷ Reservierte Planstellen stiegen aufgrund des Ausbaus der Gruppenpraxen bzw. der Primärversorgungseinheiten um 42 auf 146. Bei längerfristig unbesetzten Planstellen versuchte die ÖGK, Alternativlösungen (z.B. eine Versorgung in Spitalsambulanzen) zu vereinbaren. Dazu sammelte sie Modelle bereits umgesetzter oder geprüfter Varianten unter der Bezeichnung „variety box“. Die Zahl der umgesetzten Alternativlösungen war etwa gleich geblieben, wohingegen die Zahl der ungewollt unbesetzten Planstellen um 47,8 % gestiegen war.

⁷ Die Zahl der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte war gegenüber dem Versorgungsbericht zurückgegangen. Dies galt jedoch nicht für alle Fachgebiete: In der Dermatologie und bei der Augenheilkunde war die Zahl gestiegen.

- 7.2 Der RH verwies darauf, dass der Generationenwechsel bei den Ärztinnen und Ärzten und die Strukturverschiebung von Einzelpraxen zu Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten zwischen 2020 und 2024 zum Anstieg der in Besetzung befindlichen (rd. 177) und reservierten (rd. 146) Planstellen auf insgesamt rd. 323 Stellen beitrugen.

Der RH empfahl dem Dachverband und der ÖGK, die aufgrund der anstehenden Pensionierungen zu erwartenden Besetzungsprozesse und die aufgrund der Strukturverschiebung zu Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten länger gebundenen Stellen bei der Gesundheitsplanung adäquat zu berücksichtigen, da nur die tatsächlich besetzten Stellen versorgungswirksam werden können.

Der RH hielt fest, dass die Zahl der Alternativlösungen, trotz der Sammlung der rechtlichen Möglichkeiten in der „variety box“, nicht wesentlich erhöht werden konnte, wohingegen die Zahl der ungewollt unbesetzten Planstellen um 47,8 % anstieg.

Er empfahl der ÖGK, Maßnahmen zu entwickeln, wie im Falle ungewollt unbesetzter Planstellen zusätzliche Alternativlösungen zur Patientenversorgung eingesetzt werden können.

- 7.3 (1) Der Dachverband verwies auf die Stellungnahme der ÖGK.

(2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie die Altersstruktur der Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich laufend analysiere und die notwendigen Ableitungen treffe. Um die durch Besetzungsprozesse und Strukturverschiebungen bedingten vorübergehenden, zeitlich begrenzten Versorgungsbedarfe abzudecken, entwickle sie laufend neue Instrumente zur Erhöhung der Versorgungswirksamkeit bestehender Planstellen (z.B. Bruchstellenpraxis,⁸ Anstellung mit Zusatzbedarf).

Die Empfehlung zu Alternativlösungen bei unbesetzten Planstellen nahm die ÖGK zustimmend zur Kenntnis. Sie setze laufend innovative Alternativlösungen bei unbesetzten Planstellen um. Seit ihrer gesetzlichen Ermächtigung, allein über Ausschreibungen von Vertragsarztstellen entscheiden zu können, sei dieses Ansinnen erfolgreicher umzusetzen. So sei z.B. erst kürzlich anstelle einer mehrmals erfolglosen Ausschreibung von länger vakanten Stellen ein Ambulatorium für Dermatologie ausgeschrieben worden, das drei vakante Stellen in einer Versorgungsregion abdecken solle. Die nunmehr verbindliche Planung im RSG in Verbindung mit dem Entfall der individuellen Bedarfsprüfung für Ambulatorien werde künftig die Entwick-

⁸ Anmerkung RH: Eine Bruchstellenpraxis ist eine Form der Gruppenpraxis, bei der eine bestehende einzelne vertragsärztliche Stelle bei zusätzlichem Bedarf um einen Bruchteil einer ganzen Planstelle erweitert wird. Sie ermöglicht eine flexiblere Versorgung und eine effizientere Nutzung von Räumlichkeiten und Geräten.

lung von Alternativlösungen erleichtern. Aktuell werde die Umsetzbarkeit von Ärztebereitstellungs-Diensten⁹ und von neuen Telemedizin-Angeboten geprüft.

Versorgungswirkung einer Planstelle

- 8.1 (1) Die Versorgungswirkung einer Planstelle wies eine erhebliche Bandbreite auf. Die folgende Tabelle zeigt für das Jahr 2022 Kennzahlen zur Anzahl der Quartalerstpatientinnen und -patienten, die von einer Ärztin bzw. einem Arzt in Österreich behandelt wurden:¹⁰

Tabelle 5: Anzahl der Quartalerstpatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt im Jahr 2022

Fachgebiet	Minimum	1. Quartil	Median	3. Quartil	Maximum
Anzahl QuartalerstpatientInnen					
Allgemeinmedizin	165	5.109	6.461	8.031	31.133
Augenheilkunde	1.051	5.381	6.891	8.469	26.797
Chirurgie	1.133	2.010	2.838	3.973	8.951
Dermatologie	998	5.560	6.973	8.796	21.753
Frauenheilkunde	99	3.817	4.909	5.958	13.039
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1.530	4.644	5.811	7.373	17.770
Innere Medizin	400	3.356	4.520	5.742	10.696
Kinder- und Jugendheilkunde	1.079	4.599	5.957	8.017	20.240
Kinder- und Jugendpsychiatrie	429	769	1.146	1.440	2.733
Lungenheilkunde	298	4.125	4.904	6.160	11.512
Neurologie	698	3.257	3.915	4.604	27.773
Orthopädie	921	3.283	4.263	5.378	11.481
Psychiatrie	941	1.896	2.830	3.827	7.709
Urologie	1.471	4.625	5.659	6.887	12.788

Quelle: Dachverband

Innerhalb der Fachgebiete war die Bandbreite erheblich: So gab es Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die nur 165 Quartalerstpatientinnen und -patienten im Jahr 2022 behandelt hatten, und andere, die über 31.000 behandelt hatten. Ein Viertel der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner behandelte mehr als 8.031 Personen, ein Viertel behandelte weniger als 5.109. Auch zwischen den Ländern gab es Unterschiede: Beispielsweise behandelte eine Ärztin bzw. ein Arzt

⁹ Anmerkung RH: Dabei stellt die ÖGK im Rahmen von Pilotprojekten Ärztinnen und Ärzte stundenweise an, um Praxen zu betreuen, die länger nicht nachbesetzt werden konnten.

¹⁰ Bei den Quartalerstpatientinnen und -patienten werden e-card-Konsultationen nach Jahr, Quartal, Patientpseudonym, Träger, Vertragspartner, Ordinationsstandort, Fachgebiet und Behandlungsfallcode (Regelfall, Vorsorgeuntersuchung etc.) getrennt gezählt. Bei Ärztinnen und Ärzten sind nur Einzelpraxen mit nur einem Ordinationsstandort, ganzjährigem kurativem Vertrag, mindestens einer kurativen Konsultation pro Jahr und einem Vertrag mit allen Sozialversicherungsträgern berücksichtigt.

der Frauenheilkunde im Burgenland im Durchschnitt rd. 70 % mehr Quartalserstpatientinnen und -patienten als in der Steiermark.

(2) Für diese unterschiedlichen Versorgungswirkungen waren mehrere Gründe relevant. So konnten die tatsächlichen Öffnungszeiten unterschiedlich sein. Auf einer Planstelle konnten auch mehrere Personen arbeiten. Die folgende Tabelle zeigt, dass 2009 auf 3.946 besetzten Planstellen für Allgemeinmedizin 4.000 Ärztinnen und Ärzte tätig waren; im Jahr 2023 waren es auf 3.685 Planstellen 4.160 Ärztinnen und Ärzte. Einerseits gab es vermehrt Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten; andererseits führte die Flexibilisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu mehr Anstellungsverhältnissen bzw. Vertretungslösungen:

Tabelle 6: Entwicklung der besetzten Planstellen sowie der Ärztinnen und Ärzte 2009 bis 2023

Kennzahl	Allgemeinmedizin					allgemeine Fachgebiete				
	2009	2019	2023	Veränderung		2009	2019	2023	Veränderung	
				2009 bis 2019	2019 bis 2023				2009 bis 2019	2019 bis 2023
				Anzahl	in %				Anzahl	in %
besetzte Planstellen	3.946	3.773	3.685	-4,4	-2,3	2.939	3.042	3.112	3,5	2,3
EinwohnerInnen je besetzte Planstelle	2.114	2.353	2.478	11,3	5,3	2.838	2.918	2.935	2,8	0,6
auf Planstellen tätige ÄrztInnen ¹	4.000	4.005	4.160	0,1	3,9	2.993	3.252	3.507	8,7	7,8
EinwohnerInnen je ÄrztIn	2.085	2.217	2.195	6,3	-1,0	2.787	2.730	2.604	-2,0	-4,6

¹ inklusive Vertretungen und Anstellungen

Quelle: ÖGK

Die Arbeitszeit der tätigen Ärztinnen und Ärzte war nicht bekannt. Die Tabelle zeigt, dass sowohl in der Allgemeinmedizin als auch in den allgemeinen Fachgebieten eine besetzte Planstelle 2023 mehr Personen zu versorgen hatte als 2019, eine Ärztin bzw. ein Arzt dagegen weniger.

(3) Der RH hatte im Versorgungsbericht empfohlen, Versorgungsaufträge zu definieren – etwa Vorgaben oder Vereinbarungen über die Anzahl der zu behandelnden Personen – und dabei auch deren quantitativen Umfang zu beschreiben. Eine damit befasste Arbeitsgruppe der Zielsteuerungspartner hielt Mengenfestlegungen für nicht möglich. Die ÖGK befürwortete die Empfehlung des RH, entsprechende Vereinbarungen mit den Ärztekammern seien jedoch nicht möglich gewesen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es weiterhin keine quantitativen Versorgungsaufträge.

- 8.2 Wie bereits zur Zeit des Versorgungsberichts aus 2021 war die Versorgungswirkung besetzter Planstellen sehr unterschiedlich, da sich die tatsächlichen Öffnungszeiten und die Zahl der tatsächlich tätigen Ärztinnen und Ärzte (bzw. deren Arbeitszeit) unterscheiden konnten. Aufgrund zusätzlicher rechtlicher Möglichkeiten (Jobsharing, Anstellungs- und Stellvertretungsmöglichkeit) war das Ausmaß der Versorgungswirkung noch unbestimmter. Die Steuerungsmöglichkeit über Planstellen war daher weiterhin gering.

Der RH empfahl der ÖGK, die Steuerung der Versorgungswirkung einer Planstelle zu verbessern, z.B. durch Vereinbarungen über die tatsächlichen Öffnungszeiten, durch quantitative Versorgungsaufträge und durch genauere Vorgaben für Anstellungen und Vertretungen.

- 8.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis. Bereits zur Zeit der Stellungnahme nutze sie die Versorgungswirksamkeit der Vertragspartner für die Planung, nicht ausschließlich deren Anzahl. Damit werde sichergestellt, dass es durch wenig versorgungswirksame Vertragspartner nicht zu einer regionalen Unterversorgung komme. Die ÖGK nahm den Vorschlag zur Weiterentwicklung hin zu einem quantitativen Versorgungsauftrag zur Kenntnis und sagte zu, diesen zu prüfen.

Es sei ein Ziel der ÖGK, die tatsächlichen Öffnungszeiten zu verbessern, wobei sich Verhandlungen hierzu oft herausfordernd gestalteten. Bei Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen und Ambulatorien seien lange Öffnungszeiten bereits gut erreicht. In einigen Ländern seien genaue Vorgaben für Anstellungen und Vertretungen vereinbart worden. Es sei das Ziel, diese auch in den weiteren Ländern mit der Ärztekammer zu verhandeln bzw. im angestrebten Gesamtvertrag zu verankern.

Entwicklung Allgemeinmedizin in Wien

- 9.1 Bei der Allgemeinmedizin war der österreichweite Rückgang um 59 Planstellen von 2020 bis 2024 (**TZ 6**) nur auf Wien (Rückgang um 80 Planstellen) zurückzuführen. Die folgende Tabelle zeigt diese Entwicklung:

Tabelle 7: Entwicklung besetzter und unbesetzter Planstellen 2020 bis 2024 in Wien

	Kategorie	1. Oktober 2020	1. Juli 2024	Veränderung 2020 bis 2024
		Anzahl		
Allgemein- medizin	Planstellen	880	800	-80
	davon			
	besetzt	705	676	-29
	ungewollt unbesetzt	6	1	-5
	davon			
	gebunden			
	in Besetzung	33	56	23
	reserviert	28	62	34
	kein Bedarf	108	5	-103
	Summe	169	123	-46

Quelle: ÖGK

Die Zahl der besetzten Planstellen ging weniger stark zurück (-29) als jene der Planstellen (-80), da 103 Planstellen ohne Bedarf bereinigt wurden. Trotz der steigenden Zahl der Planstellen in Besetzung bzw. der reservierten Planstellen war die Zahl der gebundenen Planstellen somit um 46 gesunken.

Die ÖGK führte aus, dass in Wien dennoch eine in dieser Auswertung nicht ersichtliche Verbesserung der Versorgung eingetreten sei.¹¹ Es sei gelungen, durch finanzielle Anreize (Bonus) die Öffnungszeiten der bestehenden Planstellen zu erhöhen (im Ausmaß von rd. 45 Planstellen). Um wie viel die tatsächlichen Öffnungszeiten verlängert wurden, war allerdings nicht bekannt; Voraussetzung für die Gewährung des Bonus war die Erhöhung der vereinbarten Öffnungszeit. Im Zeitraum 2020 bis 2024 stieg die Bevölkerung in Wien um rd. 5 %.

- 9.2 Der RH wies darauf hin, dass 2024 gegenüber 2020 in der Allgemeinmedizin in Wien unter Berücksichtigung der vereinbarten Verlängerung der Öffnungszeiten rd. 16 Planstellenäquivalente zusätzlich besetzt waren (29 Planstellen entfielen, dafür kamen durch zusätzliche Öffnungszeiten 45 Planstellenäquivalente hinzu); die 16 Planstellenäquivalente entsprachen einer Steigerung um rd. 2 % gegenüber den 705 besetzten Planstellen 2020. Der RH wies allerdings auch darauf hin, dass die

¹¹ Weitere rd. 13 Planstellenäquivalente seien durch Erstversorgungsambulanzen in Spitälern geschaffen worden; diese sind in der Tabelle bereits berücksichtigt.

tatsächliche Verlängerung der Öffnungszeiten nicht bekannt war. Weiters wies er darauf hin, dass auch die errechneten zusätzlichen Planstellenäquivalente unter dem Bevölkerungswachstum (5 %) blieben.

Wahlärztinnen und Wahlärzte

- 10.1 (1) Zur Ermittlung der Versorgungswirkung des Wahlarztbereichs gab es im überprüften Zeitraum – wie bereits im Versorgungsbericht – lediglich Daten aus den zum Kostenersatz eingereichten Wahlarzthonoraren.

Laut einer Befragung der ÖGK 2024 reichten 75 % der Personen, die wahlärztliche Leistungen in Anspruch nahmen, die Honorarnoten bei der ÖGK ein. Etwas über die Hälfte der Anspruchsberechtigten nahmen in den letzten zwölf Monaten Wahlärztinnen oder Wahlärzte in Anspruch.

Der Gesetzgeber beschloss im Rahmen des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024, dass Wahlärztinnen und Wahlärzte Honorarnoten für ihre Patientinnen und Patienten an die Sozialversicherungsträger übermitteln müssen. Diese Verpflichtung trat am 1. Juli 2024 in Kraft. Die Krankenversicherungsträger stellten dafür eine Softwarelösung zur Verfügung. Aufgrund unverhältnismäßigen Aufwands war von dieser Übermittlungspflicht ausgenommen, wer weniger als 300 verschiedene Personen pro Jahr behandelte. Die nicht ausgenommenen Wahlärztinnen und Wahlärzte wurden weiters gesetzlich verpflichtet, ab 1. Jänner 2026 die e-card-Infrastruktur zu verwenden.

Die folgende Tabelle zeigt anhand von zwei Kennzahlen die Versorgungswirkung der Wahlärztinnen und Wahlärzte:

Tabelle 8: Versorgungswirkung der Wahlärztinnen und Wahlärzte

Fachgebiet	Anteil Kostenerstattungen an Aufwendungen für ärztliche Hilfe der ÖGK		Anteil Wahlarztbereich an ÄAVE ¹ (ohne Spitalsambulanzen)	
	2018	2023	2018	2023
	in %			
Allgemeinmedizin	1,3	1,4	1,8	1,9
allgemeine Fachgebiete:				
Augenheilkunde	7,7	9,7	10,7	13,0
Chirurgie ²	10,1	9,5	20,3	14,1
Dermatologie	10,7	13,8	12,8	17,4
Frauenheilkunde	20,0	21,4	24,4	25,7
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	3,4	5,2	5,2	6,9
Innere Medizin	10,4	11,6	11,4	13,8
Kinder- und Jugendheilkunde	8,3	11,3	10,8	13,5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6,3	6,4	7,5	5,3
Lungenheilkunde	1,6	2,5	2,3	3,7
Neurologie	8,5	9,4	13,3	12,6
Orthopädie und Unfallchirurgie	9,6	10,0	12,6	14,2
Psychiatrie	27,3	24,8	28,4	19,5
Urologie	5,3	6,5	7,4	8,9
Summe allgemeine Fachgebiete	10,0	11,5	13,8	14,7
Summe	5,8	6,8	7,5	8,3

¹ ärztliche ambulante Versorgungseinheit; entspricht der durchschnittlichen Versorgungsleistung einer Ärztin bzw. eines Arztes im jeweiligen Fachgebiet

² enthält auch Kinder- und Jugendchirurgie und Plastische Chirurgie

Quellen: Dachverband; ÖGK

Der Versorgungsanteil des Wahlarztbereichs machte 2023 je nach verwendeter Kennzahl 7 % bzw. 8 % aus. In der Allgemeinmedizin lag er gemessen an den ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (**ÄAVE**) unter 2 %, in den allgemeinen Fachgebieten bei rd. 15 %; damit lag er insgesamt rd. 0,8 Prozentpunkte höher als im Jahr 2018, in der Allgemeinmedizin um 0,1 Prozentpunkte, in den allgemeinen Fachgebieten um 0,9 Prozentpunkte. Der Anstieg hatte sich gegenüber dem Versorgungsbericht verlangsamt: In den sieben Jahren von 2011 bis 2018 waren die ÄAVE im Wahlarztbereich in den allgemeinen Fachgebieten um 143,2 ÄAVE gestiegen; in den fünf Jahren von 2018 bis 2023 um 41,7 ÄAVE bzw. 8 %.

Einen hohen Anteil an der Versorgung 2023 hatte der Wahlarztbereich gemessen an den ÄAVE insbesondere in der Frauenheilkunde (rd. 26 %), der Psychiatrie (rd. 20 %

und damit weniger als 2018) und der Dermatologie (rd. 17 % und damit mehr als 2018).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Höhen der zur Kostenerstattung bei der ÖGK eingereichten Wahlarzt-Honorare nach Ländern 2020 bis 2023:

Tabelle 9: Höhen der zur Kostenerstattung eingereichten Wahlarzt-Honorare 2020 bis 2023

Länder und Österreich gesamt	2020	2021	2022	2023	Veränderung 2020 bis 2023
	in Mio. EUR				in %
Burgenland	8,49	9,01	13,50	14,25	68
Kärnten	24,12	24,39	25,20	33,20	38
Niederösterreich	55,85	79,39	85,28	89,54	60
Oberösterreich	51,39	56,23	82,21	77,16	50
Salzburg	22,14	26,50	28,07	35,35	60
Steiermark	54,17	49,44	62,93	69,52	28
Tirol	51,65	55,43	57,96	73,27	42
Vorarlberg	20,48	23,81	23,10	25,40	24
Wien	80,76	124,18	117,02	133,75	66
Österreich	369,04	448,37	495,26	551,45	49
	in EUR je Anspruchsberechtigte/n				in %
Burgenland	39,61	41,47	60,98	63,76	61
Kärnten	55,34	55,59	57,03	74,90	35
Niederösterreich	44,83	63,33	66,98	70,05	56
Oberösterreich	40,75	44,31	64,00	59,70	46
Salzburg	47,45	56,84	59,16	73,91	56
Steiermark	54,30	49,30	61,98	68,10	25
Tirol	86,88	93,36	95,83	120,08	38
Vorarlberg	62,13	72,21	69,32	75,82	22
Wien	46,59	71,23	66,08	74,21	59
Österreich	50,70	61,30	66,75	73,68	45

Quelle: ÖGK

Die Wahlarzthonorare gemäß den bei der ÖGK eingereichten Rechnungen erreichten im Jahr 2023 551,45 Mio. EUR. Unter Zugrundelegung der von der ÖGK durch eine Kundenbefragung erhobenen Einreichquote von 75 % ergäbe sich für die Honorare ein Gesamtbetrag von 735,26 Mio. EUR. Ob und in welchem Ausmaß dabei auch von der ÖGK nicht erstattbare Leistungen (z.B. ästhetische Leistungen) enthalten waren, war nicht feststellbar.

Insgesamt betrugen die Erstattungen für Wahlärztinnen und -ärzte im Jahr 2018 133,81 Mio. EUR und im Jahr 2023 208,85 Mio. EUR.

Die Ausgaben der Anspruchsberechtigten waren zwischen den Ländern unterschiedlich; je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten reichten sie von knapp 60 EUR in Oberösterreich bis rd. 120 EUR in Tirol.

Die folgende Tabelle enthält die Ausgaben der ÖGK für Vertragsärztinnen und -ärzte je Land und die Honorarhöhen (Rechnungsbeträge) der eingereichten Wahlarztrechnungen:

Tabelle 10: Ausgaben der ÖGK für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Honorarhöhen für Wahlärztinnen und Wahlärzte je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten

Länder und Österreich gesamt	Ausgaben bzw. Honorarhöhe je Anspruchsberechtigte/n 2023			
	Vertragsarztbereich	Wahlarztbereich	Summe	Wahlarztbereich
	in EUR je Anspruchsberechtigte/n			in %
Burgenland	338,38	63,76	402,13	16
Kärnten	374,46	74,90	449,36	17
Niederösterreich	399,65	70,05	469,70	15
Oberösterreich	327,03	59,70	386,73	15
Salzburg	349,13	73,91	423,03	17
Steiermark	319,59	68,10	387,69	18
Tirol	351,79	120,08	471,88	25
Vorarlberg	364,27	75,82	440,09	17
Wien	462,79	74,21	537,00	14
Österreich	379,36	73,68	453,04	16

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

Österreichweit entsprachen die Honorare für den Wahlarztbereich 16 % der Gesamtausgaben für den niedergelassenen Bereich. Der Anteil der Zahlungen für Nicht-Kassenleistungen war nicht bekannt.

(3) Nur wenige Personen in Österreich gaben 2022¹² an, dass sie eine benötigte Behandlung nicht erhielten. Allerdings waren z.B. die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Personen mit niedriger und hoher formaler Bildung erheblich (rund sechs Jahre bei Männern, rund vier Jahre bei Frauen).

¹² Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen in der EU (EU-SILC)

- 10.2 Der RH wies auf den steigenden Anteil der wahlärztlichen Versorgung hin. Er hielt diesen gemessen am Versorgungsanteil insbesondere in der Frauenheilkunde (25,7 %) und der Psychiatrie (19,5 %) für hoch und verwies auf den Anstieg in der Dermatologie, in der auch die Anzahl der ungewollt unbesetzten Stellen deutlich gestiegen war. Der RH wies weiters darauf hin, dass die Höhe der Wahlarzthonorare rd. 16 % der Aufwendungen für den niedergelassenen Bereich entsprach, der Anteil an der Versorgungswirkung gemessen am Versorgungsanteil jedoch nur bei rd. 8 % lag. Dies könnte einerseits auf deutlich höhere Tarife im wahlärztlichen Bereich, andererseits auf nicht erstattbare Leistungen der Sozialversicherung (z.B. ästhetische Leistungen) hinweisen.

Der RH empfahl dem Dachverband und der ÖGK, insbesondere in den Bereichen Dermatologie, Frauenheilkunde und Psychiatrie auf eine ausreichende Sachleistungsversorgung zu achten.

- 10.3 (1) Der Dachverband schloss sich in seiner Stellungnahme der Empfehlung an.

Die Tabellen im Bericht bzw. die daraus abgeleiteten Ergebnisse sollten jedoch ergänzt bzw. angepasst werden, um Missverständnisse zu vermeiden:

- In Tabelle 10 würden Ausgaben im Vertragsbereich den eingereichten Honoraren aus dem Wahlarztbereich, somit der gesamten Einreichsumme (der Rechnung), gegenübergestellt. Damit seien aber auch jene Leistungen im Wahlarztbereich in diesen Zahlen enthalten, die nicht erstattungsfähig sind, z.B. auch Leistungen der ästhetischen Medizin, etwa Laserbehandlungen oder Muttermalentfernungen aus ausschließlich optischen Gründen.
- Ebenfalls würden – wie vom RH angemerkt – die Kosten die gesamte Honorarhöhe enthalten, also jene Summen, die die einzelne Wahlärztin bzw. der einzelne Wahlarzt am Markt frei festlegen könne.
- Für eine zweckentsprechendere Gegenüberstellung sollten – wie in Tabelle 8 des Berichts – die Kostenerstattungsbeträge und nicht die Wahlarztgesamthonorare herangezogen werden. Dies gelte auch für die Ausführungen zu den privaten Gesundheitsausgaben in TZ 18.

Bei der Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und Wahlärzten könne der Anteil der Patientinnen und Patienten, die Leistungen über die Sachleistung hinaus bezögen (z.B. Leistungen der ästhetischen Medizin, Zweitmeinungen und Komfortangebot analog der intramuralen Sonderklasse), aus den vorhandenen Daten nicht abgeleitet werden.

(2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, laufend an der Verbesserung der Sachleistungsversorgung in den genannten Fachgruppen zu arbeiten. Sie verwies auf die Stellungnahmen zu TZ 5 (Stärkung der Instrumente zur Erhöhung des Besetzungsstandes, Abhängigkeit von externen Faktoren) und TZ 6 (laufende RSG-Planungen).

- 10.4 Der RH betonte gegenüber dem Dachverband, dass er bewusst beide Vergleiche (Anteil an der Versorgungswirkung bezogen auf die Kostenerstattung (Tabelle 8) und Anteil an den Ausgaben insgesamt (Tabelle 10)) darstellt und auf den Unterschied der beiden Größen hinweist. Aufgrund der Situation der Gesamtverträge und der (nicht) aufgenommenen Leistungen (TZ 22) sowie der Entwicklung der (un)besetzten Planstellen (TZ 5) war davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und Wahlärzten auch – aber nicht nur – über das Maß des Notwendigen hinausgehende „Komfortleistungen“ betraf. Die ausschließliche Analyse der Kostenerstattungsbeträge würde ignorieren, dass die Patientinnen und Patienten, die mangels zeitnahen Termins bei einer Kassenärztin oder einem Kassenarzt oder mangels aktueller Gesamtverträge eine Leistung bei einer Wahlärztin bzw. einem Wahlarzt beanspruchen, dafür höhere Entgelte als Kostenerstattungen zu zahlen haben. Die Gründe für die privaten Gesundheitsausgaben (mangelndes – zeitnahes – öffentliches Angebot oder „Luxusleistung“) waren jedoch von wesentlicher Bedeutung für die Ableitung weiterer Maßnahmen. Die Vorleistung dafür waren die vom RH empfohlene realistische Analyse der Angebotsstrukturen im Vergleich zur Bedarfslage (TZ 30) und die Einigung auf die im Gesamtvertrag zu regelnden Leistungen bzw. Versorgungsaufträge (TZ 22).

Primärversorgungseinheiten

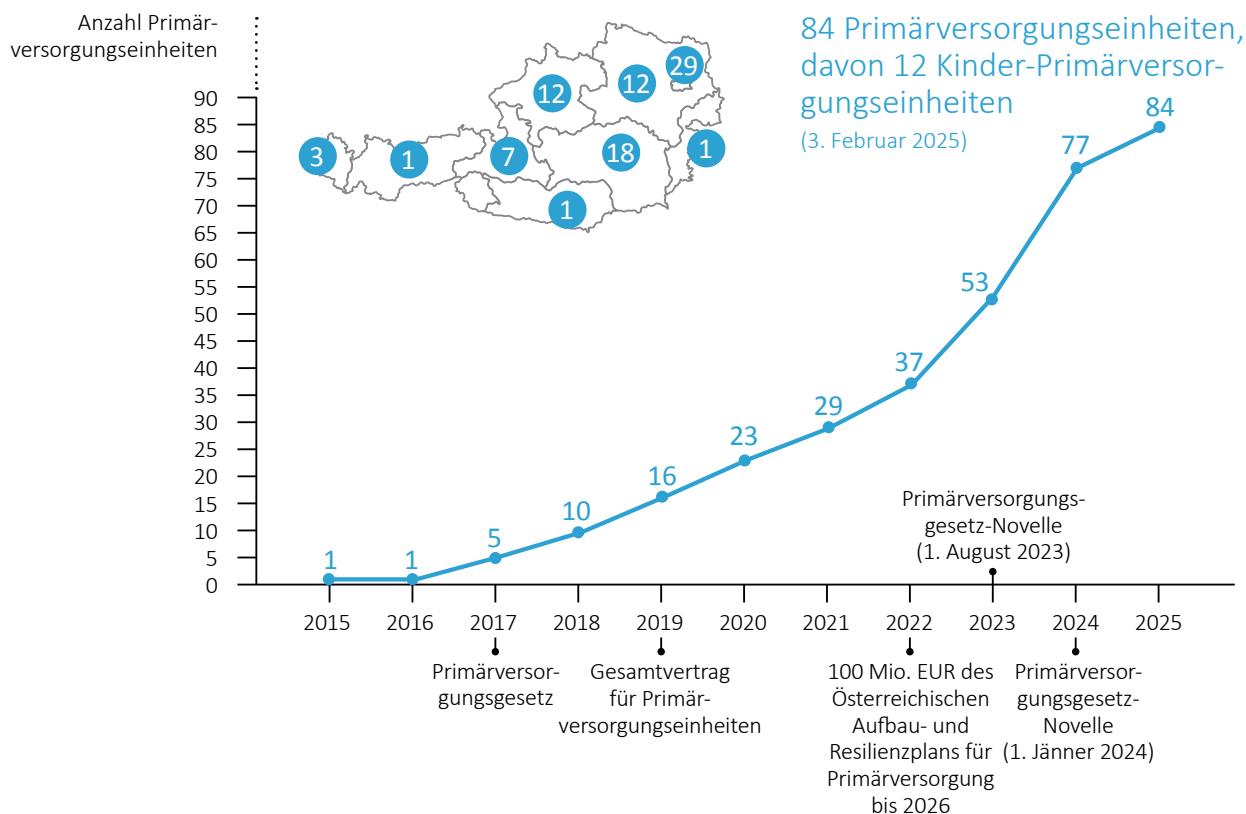
- 11.1 (1) Bereits 2013 vereinbarten Bund, Länder und Sozialversicherung, eine flächendeckende Primärversorgung einzuführen: Ende 2014 sollten auf Bundesebene die rechtlichen Rahmenbedingungen vorliegen, bis Ende 2016 1 % der Bevölkerung in zehn bis 20 Primärversorgungseinheiten versorgt werden. Nach dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 waren bis Ende 2021 75 Primärversorgungseinheiten zu realisieren und 5 % der Bevölkerung zu versorgen.

(2) Tatsächlich wurde erst mit dem Primärversorgungsgesetz 2017¹³ eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen; ein bundesweiter Primärversorgungs-Gesamtvertrag erst 2019. Bis Oktober 2024 hatten sechs Länder (Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien) jeweils unterschiedliche Honorarvereinbarungen dazu abgeschlossen (siehe dazu auch den RH-Bericht „Ambulante Versorgung in Kärnten“, Reihe Bund 2023/35, TZ 20 ff.).

¹³ BGBl. I 131/2017 i.d.g.F.

(3) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der Primärversorgungseinheiten bis Februar 2025 und deren Verteilung auf die Länder mit Stand 3. Februar 2025:

Abbildung 5: Entwicklung der Primärversorgungseinheiten 2015 bis 2025



Dem Zielwert von 75 Primärversorgungseinheiten standen Ende 2021 erst 29 errichtete Primärversorgungseinheiten gegenüber. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2022–2023 verschob die Zielerreichung der 75 Primärversorgungseinheiten auf Ende 2023; bis dahin wurden 53 realisiert.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der in Primärversorgungseinheiten versorgten Bevölkerung in den Jahren 2017 bis 2023:

Tabelle 11: In Primärversorgungseinheiten versorgte Bevölkerung

Länder und Österreich gesamt	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Anteil der Bevölkerung in %						
Burgenland	–	–	1,45	2,18	2,80	2,69	2,39
Kärnten	–	–	–	–	1,37	1,59	1,75
Niederösterreich	–	0,24	1,32	2,24	5,10	4,51	5,98
Oberösterreich	0,90	1,90	2,02	2,08	2,94	3,76	4,97
Salzburg	–	–	–	–	2,20	2,31	2,97
Steiermark	–	1,32	2,96	4,80	6,55	6,65	6,64
Tirol	–	–	–	–	–	–	–
Vorarlberg	–	–	–	–	–	–	1,17
Wien	0,90	1,08	1,60	1,76	2,97	4,53	8,72
Österreich	0,36	0,85	1,37	1,87	3,29	3,67	5,17

Quelle: GÖG

Ende 2023 wurden 5,2 % der Bevölkerung in Primärversorgungseinheiten versorgt. Für den Zeitraum 2024 bis 2028 verwies der Bundes-Zielsteuerungsvertrag lediglich auf die noch zu erstellenden RSG; eine konkrete Angabe über die Anzahl der angestrebten Primärversorgungseinheiten gab es nicht.

(4) Bis 3. Februar 2025 stieg die Zahl auf 84 Primärversorgungseinheiten an, davon zwölf Kinder-Primärversorgungseinheiten. In jedem Land gab es mindestens eine Primärversorgungseinheit. Diese Dynamik war insbesondere auf Förderungen sowie auf gesetzliche Änderungen zurückzuführen.

(a) Um den Ausbau zu beschleunigen, novellierte der Gesetzgeber im Jahr 2023 das Primärversorgungsgesetz¹⁴: Für Primärversorgungseinheiten waren nicht mehr mindestens drei Ärztinnen bzw. Ärzte erforderlich, sondern es genügten zwei. Zur Beschleunigung des Auswahlverfahrens konnten sich alle Bewerber gleichzeitig bewerben, wobei bestehenden Vertragspartnern weiterhin ein Vorrang einzuräumen war. Weiters waren Primärversorgungseinheiten auch für Kinder- und Jugendheilkunde möglich, Frauenheilkunde konnte einbezogen werden.

(b) Das Ministerium leitete im Rahmen der Aufbau- und Resilienzfazilität der EU ein Projekt für die Attraktivierung der Primärversorgung mit Investitionen von insgesamt 100 Mio. EUR. Das Projekt war bis 2026 konzipiert und ermöglichte die Abdeckung

¹⁴ BGBl. I 81/2023

von bis zu 50 % der Projektkosten. Bei der Gründungsförderung für neue Primärversorgungseinheiten betrugen die Zuschüsse je Primärversorgungseinheit bis zu 1,6 Mio. EUR, bei bestehender Primärversorgung¹⁵ bis zu 0,5 Mio. EUR.

Nach Angaben des Ministeriums lagen die bis Jänner 2025 genehmigten Förderungen bei insgesamt 21,5 Mio. EUR. Unter Berücksichtigung 51 weiterer eingelangter Projektanträge waren insgesamt Förderungen von mehr als 45 Mio. EUR zu erwarten. Zusätzliche Projekte waren in Entwicklung. Die Honorierungsvereinbarungen der ÖGK sahen teilweise zusätzliche Anschubfinanzierungen für die Gründung vor, z.B. für Umzugskosten, Zubauten oder EDV-Anwendungen. Zum Teil beteiligten sich an der Vergütung auch die Länder, insbesondere soweit spitalsentlastende Maßnahmen vorgesehen waren.

Eine Kalkulation der insgesamt entstehenden Zusatzaufwendungen für Primärversorgungseinheiten lag nicht vor.

(5) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 hielt fest, dass gemäß den RSG mit Planungshorizont 2025 insgesamt 133 Primärversorgungseinheiten vorgesehen waren. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war eine Aktualisierung der RSG mit Planungshorizont 2030 im Gange. Dafür war noch keine neue Zielvorgabe vereinbart.

(6) Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fanden mehrere Evaluierungen statt, die unterschiedliche Zeiträume und unterschiedliche Einheiten betrafen.¹⁶ Sie zeigten u.a. folgende Ergebnisse:

- Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit waren hoch.
- Es gab Hinweise – allerdings nicht in allen Evaluierungen –, wonach die in Primärversorgungseinheiten Versorgten weniger stationäre Aufenthalte benötigten und weniger fachärztliche Konsultationen in Anspruch nahmen als Versorgte bei Ordinationen in einer Kontrollgruppe¹⁷.
- In Niederösterreich betrugen die fachärztlichen Kosten der Betreuten für das Jahr 2021 in den Primärversorgungseinheiten 257 EUR, bei den Kontrollgruppen 266 EUR. Die durchschnittlichen Medikamentenkosten lagen mit 615 EUR unter jenen in der Kontrollgruppe mit 873 EUR. In der Steiermark lagen derartige Untersuchungen nicht vor.

¹⁵ für bestehende Primärversorgungseinheiten sowie für Vertragsgruppenpraxen und Vertragsambulatorien, die wesentliche Kriterien einer Primärversorgungseinheit erfüllen

¹⁶ in der Steiermark (Evaluierung von elf „Gesundheitszentren“, Zeitraum 2018 bis 2020), in Niederösterreich (Evaluierung von drei Primärversorgungseinheiten, Zeitraum 2018 bis 2022), Evaluierung der Primärversorgungszentren Mariahilf und Enns

¹⁷ Der Effekt zeigte sich in der Steiermark und in Niederösterreich, nicht aber in einer oberösterreichischen Stadtgemeinde. Für die Kontrollgruppen wurden vergleichbare Ordinationen (etwa nach Versorgungswirkung und regionalen Gesichtspunkten) ausgewählt, die Versorgten konnten jedoch ein unterschiedliches Ausmaß an Erkrankungen aufweisen.

- Der Anteil der im Disease Management betreuten Diabetikerinnen und Diabetiker war in den Primärversorgungseinheiten höher als in den Kontrollgruppen.
- Während der COVID-19-Pandemie konnten die Primärversorgungseinheiten die Patientenversorgung in besonders hoher Kontinuität sicherstellen.

Die Evaluierungsberichte waren aufgrund von Unterschieden in der Methodik, im Umfang und in den Beobachtungszeiträumen schwer zu vergleichen. Die ÖGK arbeitete zur Zeit der Gebärungsüberprüfung an einem Monitoring der Versorgungswirksamkeit und der Qualität nach einheitlichen Kennzahlen.

- 11.2 Der RH wies darauf hin, dass sich die Zahl der Primärversorgungseinheiten im überprüften Zeitraum dynamisch entwickelte, jedoch der Ist-Stand von 84 im Februar 2025 noch um 37 % unter dem Planwert für 2025 von 133 Primärversorgungseinheiten lag. Der RH beurteilte kritisch, dass auch zwölf Jahre nach der Vereinbarung einer flächendeckenden Versorgung in drei Ländern eine Honorarordnung für Primärversorgungseinheiten fehlte.

Der RH wies darauf hin, dass mit mehr als 45 Mio. EUR (Stand Jänner 2025) ein erhebliches Fördervolumen für Primärversorgungseinheiten zu erwarten war. Die gesetzlichen Erleichterungen, insbesondere die Reduktion der Mindestgröße auf zwei Ärztinnen bzw. Ärzte, vereinfachten zwar den Aufbau der Strukturen, reduzierten aber gegebenenfalls auch die Leistungsfähigkeit. Der RH anerkannte die in den Evaluierungen erkennbaren positiven Effekte, beurteilte aber kritisch, dass ein Überblick über die Kosten (Förderungen des Bundes, der Länder und höhere Tarife) und den Nutzen nach einem einheitlichen Monitoring- bzw. Evaluierungskonzept fehlte. Dabei sollten auch die Auswirkungen unterschiedlicher Umsetzungsmodelle (z.B. Anzahl der Teilnehmenden) untersucht werden. Aus Sicht des RH wäre auch die Veränderung der Folgekosten (Folgebehandlungen, Medikamente und Therapien bei anderen Gesundheitsberufen) mit zu berücksichtigen. Der RH hielt auch künftig ein klares Ziel für die Anzahl von Primärversorgungseinheiten für nötig.

Er empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK,

- gemeinsam mit den Ländern ein klares Ziel für die angestrebte Zahl von Primärversorgungseinheiten zu entwickeln und
- die Kosten, die Versorgungswirksamkeit und die erreichten Vorteile der Primärversorgungseinheiten zu monitoren, um rechtzeitig die Rahmenbedingungen anpassen zu können.

- 11.3 (1) Das Ministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 als Zielwert für den weiteren Ausbau von Primärversorgungseinheiten die Anzahl gemäß den RSG festgelegt habe. Diese würden zur Zeit der Stellungnahme für die Laufzeit nach 2025 erstellt.

Bisher hätten die Länder und die Sozialversicherung die Primärversorgungseinheiten evaluiert. Erste Evaluierungsergebnisse aus Wien, Niederösterreich und der Steiermark würden zeigen, dass

- Primärversorgungseinheiten sehr gut ausgelastet seien und von der Bevölkerung positiv aufgenommen würden (neun von zehn der befragten Patientinnen bzw. Patienten würden Primärversorgungseinheiten weiterempfehlen),
- Primärversorgungseinheiten zu einer Reduktion von fachärztlichen Kontakten, Ambulanzbesuchen und stationären Aufenthalten führen könnten, und
- mehr präventive Gesundheitsversorgung (z.B. in Form von Disease Management Programmen) umgesetzt und weniger Polypharmazie beobachtet werde.

Das Ministerium wiederholte die vom RH beschriebenen Fördermaßnahmen im Rahmen des Österreichischen Aufbau- und Resilienzplans. Es sei davon auszugehen, dass das Fördervolumen von insgesamt 90 Mio. EUR zur Gänze ausgeschöpft werde. Für die Inanspruchnahme dieser einmaligen EU-Förderungen müsse eine Doppelförderung ausgeschlossen sein. Sollten EU-Förderungen beansprucht werden, dürften dieselben Kosten nicht durch eine andere Finanzierung gefördert werden.

(2) Der Dachverband nahm die Empfehlung, ein Ziel für die angestrebte Anzahl an Primärversorgungseinheiten festzulegen, zur Kenntnis und verwies auf die Stellungnahme der ÖGK. Die Planung der Primärversorgungseinheiten finde im Rahmen der RSG-Planungsarbeiten – zur Zeit der Stellungnahme für die RSG 2030 – statt.

Die in den Primärversorgungseinheiten tätigen ÄÄVE bereite der Dachverband seit dem Datenjahr 2022 auf; diese seien in den neuen RSG 2030 anzuführen.

Erste Evaluierungen zu den Primärversorgungseinheiten lägen bereits vor. Der Dachverband habe gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**), unter Beteiligung der ÖGK, der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau eine Studie zu den Erfahrungen der bisherigen Primärversorgungseinheiten durchgeführt und daraus Handlungsoptionen hinsichtlich der erreichten Vorteile entwickelt.

(3) Auch die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung, ein Ziel für die angestrebte Zahl an Primärversorgungseinheiten festzulegen, zur Kenntnis. Zur Zeit der Stellungnahme fänden Verhandlungen zu den RSG 2030 statt. Daraus ergebe sich ein Gesamtzielbild für die geplante Anzahl der Primärversorgungseinheiten. Eine Umsetzung sei aber von den finanziellen Möglichkeiten der Sozialversicherung abhängig. Wesentliche Voraussetzung für den Ausbau der Primärversorgungseinheiten sei die finanzielle Beteiligung der Länder.

Die ÖGK arbeite am Aufbau eines bundesweiten Monitorings der Primärversorgungseinheiten und deren Versorgungswirksamkeit.

- 11.4 Zum Vorbringen von Ministerium und Dachverband, die Anzahl von Primärversorgungseinheiten über die RSG festzulegen, verwies der RH auf das Spannungsfeld zwischen dem Ziel, die Primärversorgung zu stärken, und den finanziellen Rahmenbedingungen. Die Delegation der Zielsetzung auf die regionale Ebene barg das Risiko, dass durch regional unterschiedliche Zugänge die Erreichung des Ziels von Vereinheitlichungen im Leistungsangebot weiter erschwert wird.

Zu den Evaluierungen erneuerte der RH seine Kritik, dass ein einheitliches Evaluierungskonzept fehlte und konkrete Kosten nicht einbezogen waren. Die vom Dachverband genannten Aktivitäten zum Monitoring erfassten nicht die für die Beurteilung wesentlichen Gesamtkosten und den Gesamtnutzen. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung, die Kosten, die Versorgungswirksamkeit und die erreichten Vorteile der Primärversorgungseinheiten zu monitoren, um rechtzeitig die Rahmenbedingungen anpassen zu können.

Inanspruchnahme der ärztlichen Ressourcen

12.1 (1) Die Patientenzahlen in der Allgemeinmedizin (+0,6 %) und in den allgemeinen Fachgebieten (-0,8 %) blieben 2018 bis 2023 etwa gleich. Einzelne Fachgebiete entwickelten sich gegenläufig: Im Bereich der Psychiatrie und Neurologie (+6 %) und der Inneren Medizin (+7 %) stiegen die Patientenzahlen deutlich, in der Augenheilkunde (-5 %), der Dermatologie (-7 %) und der Frauenheilkunde (-8 %) gingen sie zurück. Auch in den technischen Fachgebieten war ein Anstieg zu verzeichnen (+4 %).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Inanspruchnahme ärztlicher Ressourcen gemessen in Fällen und in e-card-Konsultationen sowie in Relation zur Bevölkerung und zu den ärztlichen Ressourcen (Leistungsdichte):

Tabelle 12: Inanspruchnahme der ärztlichen Ressourcen

Kennzahl	Allgemeinmedizin					allgemeine Fachgebiete				
	2009	2019	2023	Veränderung		2009	2019	2023	Veränderung	
				2009 bis 2019	2019 bis 2023				2009 bis 2019	2019 bis 2023
	Anzahl in Mio.			in %		Anzahl in Mio.			in %	
Fälle insgesamt	16,28	17,08	17,49	4,9	2,4	11,38	12,46	12,58	9,4	1,0
Fälle	Anzahl					Anzahl				
• je EinwohnerIn	1,95	1,92	1,91	-1,5	-0,4	1,36	1,40	1,38	2,8	-1,8
• je besetzte Planstelle	4.127	4.526	4.734	9,7	4,9	3.874	4.096	4.059	5,7	-1,3
• je Ärztin/Arzt	4.071	4.263	4.193	4,7	-1,4	3.804	3.831	3.601	0,7	-6,4
e-card-Konsultationen insgesamt	Anzahl in Mio.					Anzahl in Mio.				
	52,05 ¹	55,79	62,67	7,2 ¹	12,3	18,90 ¹	20,19	21,55	6,8 ¹	6,7
e-card-Konsultationen	Anzahl					Anzahl				
• je EinwohnerIn	6,24 ¹	6,28	6,86	0,7 ¹	9,2	2,27 ¹	2,27	2,36	0,4 ¹	3,8
• je besetzte Planstelle	13.190 ¹	14.786	17.009	12,1 ¹	15,0	6.429 ¹	6.636	6.925	3,2 ¹	4,4
• je Ärztin/Arzt	13.012 ¹	13.930	15.065	7,0 ¹	8,1	6.313 ¹	6.208	6.144	-1,7 ¹	-1,0
• je Fall	3,20 ¹	3,27	3,58	2,2 ¹	9,7	1,66 ¹	1,62	1,71	-2,4 ¹	5,7

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Dachverband; ÖGK; Statistik Austria

¹ e-card-Konsultationen für das Jahr 2010; Veränderungen von 2010 bis 2019

Die Anzahl der Fälle bezogen auf die Bevölkerung ging von 2019 bis 2023 sowohl in der Allgemeinmedizin als auch in den allgemeinen Fachgebieten zurück. Dagegen stieg die Zahl der e-card-Konsultationen bezogen auf die Bevölkerung in der Allgemeinmedizin deutlich (9,2 %), in den allgemeinen Fachgebieten geringer (3,8 %). Je Fall waren im Jahr 2023 wesentlich mehr e-card-Steckungen zu verzeichnen als noch 2019 (um 9,7 % mehr in der Allgemeinmedizin, um 5,7 % mehr in den allgemeinen

Fachgebieten). Dadurch stieg auch die Zahl der e-card-Konsultationen je besetzte Planstelle (Leistungsdichte). In der Allgemeinmedizin war dieser Anstieg mit 15,0 % erheblich, in den allgemeinen Fachgebieten mit 4,4 % geringer.

- 12.2 Der RH wies darauf hin, dass sich die Inanspruchnahme ärztlicher Ressourcen und die Leistungsdichte von 2019 bis 2023 deutlich änderten. Am auffälligsten war der Anstieg der e-card-Konsultationen bezogen auf die Bevölkerung – er war in der Allgemeinmedizin mit 9,2 % erheblich. Dies war auch deshalb auffällig, weil die Fälle zurückgingen und die Zahl der Patientinnen und Patienten etwa gleich blieb (+0,6 % in der Allgemeinmedizin bzw. -0,8 % in den allgemeinen Fachgebieten). Der RH geht auf die Gründe dafür in TZ 23 ein.

Wartezeiten

- 13.1 (1) Ein wichtiges Thema für die Bevölkerung waren Wartezeiten auf einen Termin. Die Beurteilung der Wartezeiten war dadurch erschwert, dass Routinetermine und dringende Termine unterschiedlich zu betrachten waren. Bereits im Versorgungsbericht hatte der RH festgestellt (TZ 21), dass in der österreichischen Rechtsordnung kein Recht auf einen Termin innerhalb einer bestimmten Frist bestand. Ein bundesweites, systematisches Monitoring zu den Wartezeiten und konkrete gesamtvertragliche Regelungen hatten weitgehend gefehlt.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 sah vor, „zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abzubauen“. Als Maßnahme dafür sollten bis Juni 2022 Entscheidungsgrundlagen für ein sektorenübergreifendes Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitoring vorbereitet werden. Die maßgebliche Kenngröße für das Ziel war die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich. Der Monitoringbericht zur Zielsteuerung Gesundheit 2023 führte dazu nur aus, dass die Zufriedenheit im Jahr 2019 gegenüber 2016 leicht angestiegen war.

(2) Ende 2024 gab es noch kein österreichweites systematisches Monitoring der Wartezeiten. Auch eine Methode, die Terminanfragen nach Dringlichkeit strukturieren könnte, lag nicht vor. Es gab jedoch Hinweise auf eine Verschlechterung bei der Dauer der Wartezeiten:

(a) Die Ärztekammer für Wien veröffentlichte im April 2024 eine auf „mystery calls“ bei 850 Befragten basierende Studie, nach der die Wartezeiten in Wien im Vergleich zur Vorstudie 2012 gestiegen waren. In der Allgemeinmedizin nahmen 29 % der behandelnden Ärztinnen und Ärzte keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf, problematisch sei dies auch in der Frauen- sowie der Kinder- und Jugendheilkunde und in der Psychiatrie.

(b) Die ÖGK führte im Jahr 2023 eine Umfrage bei 653 Personen durch. Hohe Zufriedenheit bestand bei Wartezeiten auf Facharzttermine bis zu einer Woche, kritisch beurteilten die Patientinnen und Patienten Wartezeiten ab zwei Monaten. 36 % bekämen einen Termin innerhalb einer Woche, 18 % müssten mehr als zwei Monate warten. Überdurchschnittlich lange Wartezeiten bestanden in der Frauen- und Augenheilkunde sowie in der Dermatologie. Fachärztinnen und Fachärzte würden überwiegend ohne Überweisung konsultiert.

(c) Für das Jahr 2022 lag eine im Auftrag des Ministeriums durchgeführte Befragung von 1.530 Personen im Kontext der Nachbetreuung nach einem Spitalsaufenthalt vor. Auch dabei zeigte sich gegenüber 2015 eine Erhöhung der Wartezeiten.

(3) Die ÖGK führte aus, eine Optimierung des Terminvergabesystems und angemessene Wartezeiten je nach Dringlichkeit unter Berücksichtigung der Auslastung der Vertragspartner anzustreben (z.B. durch Verbesserung des Ordinationsmanagements). Beides müsse jedoch mit den Ärztekammern gesamtvertraglich umgesetzt werden, Vorgaben durch die ÖGK seien nicht vorgesehen. Eine Möglichkeit wäre ein Monitoring wie in Oberösterreich. Dabei geben Ärztinnen und Ärzte auf der Website der Ärztekammer für Oberösterreich bekannt, ob sie die vertraglichen Wartezeitenziele erreichen und noch neue Patientinnen und Patienten betreuen können. Diese Information werde über ein Ampelsystem transparent gemacht, von der ÖGK ausgewertet und bei Bedarfsprüfungen berücksichtigt.

(4) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 enthielt unter Ziel 4 Maßnahme 7 folgendes Ziel: „Konzeptionierung und Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen für ein Termin-Managementsystem sowie eines Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleisterinnen mit Fokus auf den extramuralen Bereich“. Das Ziel sollte Ende 2026 erreicht sein.

- 13.2 Der RH beurteilte kritisch, dass die Zielsteuerungspartner (Bund, Länder, Sozialversicherung) ein österreichweites Wartezeiten-Monitoring nicht einführten, obwohl bereits 2017 dazu ein Ziel vereinbart wurde. Er beurteilte positiv, dass mit Zeithorizont Ende 2026 ein Terminmanagement und ein System zur Erfassung von Öffnungszeiten als Ziel vereinbart waren. Er hielt die Wartezeiten auf Arzttermine für eine wesentliche Kennzahl, um die Sachleistungsversorgung beurteilen zu können.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, zeitnah und flächendeckend ein Wartezeiten-Monitoring und Terminmanagement einzuführen.

- 13.3 (1) Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Sozialversicherungsträger ein Wartezeiten-Monitoring und Terminmanagement im Rahmen der Selbstverwaltung selbst einzuführen hätten und dies nicht in den unmittelbaren Einflussbereich des Ministeriums falle. Die Sozialversicherungsträger unterständen nicht dem Weisungsrecht des Ministeriums und das Aufsichtsrecht umfasse diese Angelegenheit nur eingeschränkt. Dennoch sei es im Bereich der CT- und MRT-Untersuchungen gelungen, ein flächendeckendes Monitoring einzuführen. Dafür stelle der Dachverband für die Versicherten eine Wartezeitenabfrage für CT- und MRT-Untersuchungen zur Verfügung, die nach Eingabe des aktuellen Standorts die im näheren Umkreis befindlichen CT- und MRT-Institute, die Untersuchungen anbieten, mit den Wartezeiten anzeige.

Auch im Regierungsprogramm 2025–2029 sei verankert, dass Wartezeiten durch klare Versorgungspfade nach bundeseinheitlichen Standards verkürzt werden sollten. Weiters sollten die Telemedizin ausgebaut, direkte Online-Terminbuchungen ermöglicht und die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 lege fest, die Steuerung von Patientenströmen und -wegen nach dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ zu optimieren, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten.

Darüber hinaus sollten laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 die notwendigen Rahmenbedingungen für ein Terminmanagementsystem sowie ein System zur Erfassung von Öffnungszeiten und Leistungsangeboten aller im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleister geschaffen werden. Es liege im Interesse der Sozialversicherungsträger, den Versicherten eine optimale Versorgung zu gewährleisten und dabei die Wartezeiten so gering wie möglich zu halten.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands habe die Sozialversicherung im Bereich CT und MRT ein trägerübergreifendes Programm zur Verbesserung der Wartezeiten gestartet. Dieses umfasse neben den neuen MRT-Geräten auch die Weiterentwicklung des Wartezeiten-Monitorings. Dieses Monitoring beziehe alle Vertragspartner ein und prüfe, ob auf deren Websites Wartezeiten aufschienen. Diese Information werde gesammelt auf der Website der Sozialversicherung veröffentlicht. Zukünftige Verbesserungen würden die Aktualisierungsfrequenz der Wartezeiten durch die Vertragspartner sowie eine detailliertere Darstellung der Wartezeiten nach Indikationsgruppen umfassen, da derzeit nur ein gesammelter Durchschnittswert über alle Indikationen dargestellt werde. Eine externe Qualitätssicherung der Wartezeiten habe ergeben, dass die Wartezeiten nach Indikationen teils stark unterschiedlich seien.

Zum Thema Terminmanagement verwies der Dachverband auf die Stellungnahme der ÖGK.

(3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis. Auch sie sehe das Monitoring der Wartezeiten als notwendig an und werde dafür ein Konzept erstellen. Gemeinsam mit den Systempartnern Bund und Länder werde darüber hinaus an der Errichtung einer Terminservicestelle gearbeitet. Für die verpflichtende Teilnahme daran bedürfe es einer gesetzlichen Regelung. Die Terminservicestelle solle künftig die Terminsuche und -buchung über die Gesundheitsberatung 1450 ermöglichen und zu mehr Transparenz und angemesseneren Wartezeiten führen.

- 13.4 Der RH begrüßte gegenüber dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK die zugesagten Schritte und insbesondere die bereits umgesetzten Maßnahmen im Bereich CT und MRT.

Er merkte kritisch an, dass – obwohl bereits seit 2017 (also seit acht Jahren) das Ziel eines Wartezeitenmanagements verankert war – sich dieses Projekt bei der ÖGK noch im Stadium der Konzepterstellung befand. Angesichts der notwendigen Vereinbarungen mit den Ärztinnen und Ärzten und der auch im Bereich CT und MRT erkennbaren Gestaltungserfordernisse (z.B. Differenzierung nach Indikationen) hielt der RH eine rasche Umsetzung für essenziell.

Steuerung der Patientenwege

- 14.1 (1) Für die Aufwendungen der ÖGK war wichtig, wie sich Patientinnen und Patienten verhielten: Nicht notwendige Arztbesuche konnten Zusatzkosten verursachen, der Verzicht auf notwendige Arztbesuche dagegen zu Folgeschäden und höheren Kosten führen. Eine Umfrage zeigte, dass über die Hälfte der Befragten Schwierigkeiten hatten, die richtigen Anbieter im Gesundheitssystem für ihre Fragestellungen zu finden. Die Erbringung von Leistungen am Best Point of Service war daher ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik seit 2012.

(2) Wesentliche Teilaspekte der Entscheidung zum Besuch einer bestimmten Versorgungsstruktur waren Vorabinformationen im Internet, Auskünfte über die Gesundheitsberatung 1450 und die Anleitung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Maßgeblich konnte aber auch sein, dass der Krankenversicherungsträger Leistungen vorab genehmigen musste, weiters Disease Management Programme, Kostenbeteiligungen, Case Manager und Einschreiberegungen.

Ein umfassendes (niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich kombinierendes) Konzept, wie die Steuerung der Patientenwege erfolgen sollte, gab es nicht.

(3) Das Instrument der Vorabgenehmigungen setzte die ÖGK zunehmend weniger ein: CT- und MRT-Untersuchungen sowie Physiotherapie waren nicht mehr bewilligungspflichtig. Die Konsultation von Fachärztinnen und Fachärzten war weitgehend nicht an die Überweisung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gebunden. In einzelnen Bereichen versuchte die ÖGK, durch Disease Management Programme die Leistungserbringer und die Patientinnen und Patienten zu bestimmten Schritten zu bewegen. Diese Programme waren aber erst in Grundzügen vorhanden. Selbst in dem am weitesten fortgeschrittenen Programm zu Diabetes waren österreichweit nur 26 % der Betroffenen integriert. Selbstbehalte für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe galten in der ÖGK nicht (TZ 18).

- 14.2 Der RH merkte kritisch an, dass kein umfassendes Konzept für die Steuerung des Patientenverhaltens vorlag. Sowohl unter Kostengesichtspunkten als auch zur Versorgung der Bevölkerung und Erreichung der Gesundheitsziele konnten Maßnahmen zur Optimierung der Patientenwege sinnvoll sein. Mehrere Instrumente der Steuerung der Patientenwege, insbesondere Vorabbewilligungen bei Physiotherapie und CT- sowie MRT-Untersuchungen, setzte die ÖGK aus, ohne alternative Konzepte umzusetzen.

[Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern Steuerungsmaßnahmen zur Optimierung der Patientenwege unter Berücksichtigung der Versorgung und ökonomischer Aspekte vorzusehen.](#)

- 14.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass optimale Patientenwege helfen würden, Ressourcen optimal zu nutzen, Überlastungen zu vermeiden und die Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten. Daher sei ein wesentlicher Schwerpunkt der umfassenden Gesundheitsreform die Optimierung der Patientenwege nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am Best Point of Service. Dazu sei die Gesundheitsberatung 1450 als niederschwellige, digitale Kontaktstelle bei Gesundheitsfragen und gesundheitlichen Problemen einzusetzen sowie die Primärversorgung als allgemeine und direkt zugängliche Kontaktstelle im Sinne einer umfassenden Grundversorgung zu stärken. An der Optimierung der Patientenwege werde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit intensiv gearbeitet. Ergänzend verwies das Ministerium auf seine Stellungnahme zu TZ 18 (Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten an der Sachleistungsversorgung).

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands werde in der Zielsteuerungsperiode 2024–2028 gemeinsam mit dem Bund und den Ländern an Möglichkeiten zur Verbesserung der Patientenpfade und -navigation gearbeitet. Im Rahmen eines übergreifenden Projekts würden für eine Vielzahl von Bereichen Konzepte und in weiterer Folge Umsetzungsschritte entwickelt, wie die Gesundheitskompetenz, digitale Erstanlaufstellen, Gesundheitsberatung 1450, Telemedizin, Lotsenfunktion und

die weitere Stärkung der Primärversorgung. Dabei handle es sich um einen äußerst komplexen Themenbereich mit einer Vielzahl an Abhängigkeiten.

(3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis. Auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024–2028 hätten Bund, Länder und Sozialversicherung ein umfassendes Projekt zur Steuerung der Patientenwege aufgesetzt. Ein Grobkonzept sei bereits erarbeitet worden und nun in ein Umsetzungskonzept überzuführen.

Entwicklung der finanziellen Rahmenbedingungen

Entwicklung der Ergebnisse der ÖGK

- 15.1 (1) Während das Betriebsergebnis der Gebietskrankenkassen mit -65,93 Mio. EUR im Jahr 2018 noch annähernd ausgeglichen war, verschlechterte es sich für die ÖGK im Jahr 2023 auf -435,82 Mio. EUR. Im Februar 2025 rechnete die ÖGK für 2024 mit einem vorläufigen Betriebsergebnis von -549,84 Mio. EUR. Die folgende Tabelle gibt im Vergleich der Jahre 2018 und 2023 einen Überblick über die Entwicklung der wesentlichen Positionen der Erfolgsrechnung der ÖGK:

Tabelle 13: Entwicklung ausgewählter Positionen der Erfolgsrechnung der ÖGK 2018 bis 2023

Position	2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023	
	in Mio. EUR			in %
Summe der Beiträge	11.906,59	15.213,63	3.307,04	27,8
Summe der Erträge	14.263,65	18.413,59	4.149,94	29,1
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3.553,62	4.950,96	1.397,34	39,3
Heilmittel (Arzneien)	2.835,15	3.750,93	915,78	32,3
Überweisung an den Krankenanstaltenfonds	3.704,08	4.725,31	1.021,23	27,6
sonstige Versicherungsleistungen	3.840,98	4.917,99	1.077,01	28,0
Summe Versicherungsleistungen	13.933,83	18.345,18	4.411,36	31,7
Verwaltungsaufwand	286,16	387,80	101,64	35,5
Summe der Aufwendungen	14.329,58	18.849,40	4.519,82	31,5
Betriebsergebnis	-65,93	-435,82	-369,88	<100
Bilanzgewinn/Bilanzverlust	133,84	-399,52	-533,36	–

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

Insbesondere die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (+39,3 %) stiegen stärker als die Erträge (+29,1 %).

(2) Die ÖGK erwirtschaftete seit dem Jahr 2020 Verluste, bis 2023 insgesamt 779,62 Mio. EUR. Ihre Rücklagen von 1,342 Mrd. EUR (zum 1. Jänner 2020) reduzierten sich auf 0,670 Mrd. EUR zum 31. Dezember 2023. Die Gebarungsvorschaurechnung vom Februar 2025 zeigte eine weitere Verschlechterung:

Tabelle 14: Gebarungsvorschaurechnung ÖGK 2024 bis 2029 (erstellt im Februar 2025)

Position	Prognosewert						Anstieg zum Vorjahr				
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2025	2026	2027	2028	2029
	in Mrd. EUR						in %				
Summe der Erträge	20,180	21,009	21,662	22,304	22,936	23,581	4,1	3,1	3,0	2,8	2,8
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	5,481	5,870	6,086	6,290	6,499	6,716	7,1	3,7	3,3	3,3	3,3
Heilmittel	4,016	4,271	4,480	4,660	4,846	5,040	6,3	4,9	4,0	4,0	4,0
Krankenanstalten	5,168	5,367	5,545	5,712	5,875	6,040	3,9	3,3	3,0	2,8	2,8
Summe Versicherungsleistungen	20,168	21,312	22,086	22,810	23,543	24,299	5,7	3,6	3,3	3,2	3,2
Verwaltungsaufwand	0,436	0,468	0,478	0,487	0,501	0,510	7,3	2,3	1,7	3,1	1,7
Summe Aufwendungen	20,730	21,919	22,704	23,437	24,185	24,949	5,7	3,6	3,2	3,2	3,2
Betriebsergebnis	-0,550	-0,910	-1,041	-1,132	-1,249	-1,369	65,4	14,5	8,7	10,3	9,6

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

Laut Gebarungsvorschaurechnung würde sich das Betriebsergebnis der ÖGK von -0,550 Mrd. EUR (2024) auf -0,910 Mrd. EUR (2025) und weiter auf -1,369 Mrd. EUR (2029) verschlechtern. Die Gebarungsvorschaurechnung enthielt bereits eine Absenkung des prognostizierten Anstiegs der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen von 7,1 % im Jahr 2025 auf 3,7 % im Jahr 2026 und 3,3 % ab dem Jahr 2027.

(3) Entsprechend der vorläufigen Erfolgsrechnung 2024 erwartete die ÖGK ein Reinvermögen von 150,00 Mio. EUR zum 31. Dezember 2024 und für Ende 2025 ein negatives Reinvermögen von 761,60 Mio. EUR. Im März 2025 verwies die ÖGK auf das Vorhaben im Regierungsprogramm 2025–2029, die Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten von 5,1 % auf 6 % zu erhöhen. Unter Berücksichtigung eines unveränderten Hebesatzes von 1,78 erwartete sie daraus – gemäß einer Modellrechnung für das ganze Jahr 2025 – Mehreinnahmen von rd. 786 Mio. EUR, bei einem geplanten Inkrafttreten mit 1. Juni 2025 den aliquoten Betrag. Die ÖGK führte aus, an einem Sanierungsplan zu arbeiten; darin werde sie eigene und gesetzliche Maßnahmen aufzeigen, die zu einer ausgeglichenen Gebarung beitragen würden. Konkrete Zahlen legte sie im März 2025 noch nicht vor. Ebenso wenig könne

sie angeben, wann ein negatives Reinvermögen vorliege. Die Zahlungsfähigkeit sei insofern gesichert, als durch einen Kreditrahmen bei der Österreichischen Bundesfinanzierungsagentur und durch die vorübergehende Vereinnahmung von Sozialversicherungsbeiträgen auch für die anderen Sparten (z.B. die Pensionsversicherung) ausreichend Liquidität bestehe.

- 15.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass sich die finanzielle Lage der ÖGK im Zeitraum 2018 bis 2023 deutlich verschlechtert hatte und die ÖGK bis 2029 eine weitere drastische Verschlechterung erwartete. Die ÖGK erwartete für das Jahr 2025 ein Betriebsergebnis von -0,910 Mrd. EUR und ein negatives Reinvermögen, womit im Laufe des Jahres 2025 eine Überschuldung eintreten könnte. Der RH kritisierte diese Entwicklung als nicht nachhaltig. Die Aufnahme von Fremdmitteln hielt er für problematisch, solange kein klarer Sanierungsplan mit einem Pfad für eine ausgeglichene Gebarung vorlag. Der RH geht in den nachfolgenden TZ auf die Ursachen (TZ 16) und Konsequenzen dieser Entwicklung (TZ 17) ein.

Er empfahl der ÖGK, ihre Möglichkeiten zur Wiederherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung unter Wahrung ihres gesetzlichen Versorgungsauftrags auszuschöpfen. Verbleibende Finanzierungsdefizite wären frühzeitig als Handlungsbedarf zu identifizieren und das weitere Vorgehen mit dem Ministerium und dem Finanzministerium abzustimmen. Vor der weiteren Aufnahme von Fremdmitteln wäre bei Eintreten einer Überschuldung ein klares Sanierungskonzept zur Erreichung einer nachhaltigen Gebarung zu erstellen (TZ 17).

- 15.3 Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie innerhalb des Spannungsfelds zwischen gesetzlichem Versorgungsauftrag gemäß § 133 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (**ASVG**)¹⁸ und einnahmenorientierter Ausgabenpolitik gemäß § 16 Abs. 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz nur eingeschränkte Möglichkeiten habe, eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen. Wie der RH selbst festgestellt habe, seien die wesentlichen Einnahmequellen, insbesondere die Beiträge, gesetzlich geregelt bzw. von der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung abhängig. Der Leistungsanspruch der Anspruchsberechtigten sei ebenfalls gesetzlich geregelt und gerichtlich durchsetzbar. Im Zuge der Gebarungsvorschaurechnungen halte die ÖGK laufend Kontakt mit den Aufsichtsbehörden bzw. berichte in den Sitzungen des Verwaltungsrats regelmäßig.

Die ÖGK habe auf das prognostizierte Defizit von rd. 900 Mio. EUR im Jahr 2025 mit einer umfassenden Finanzkonsolidierung reagiert. Der ab November 2024 gestartete Prozess habe im April 2025 in ein vom Verwaltungsrat beschlossenes Maßnahmenportfolio gemündet. Zur Sicherstellung der Zielerreichung sei ein standardisierter Monitoringprozess etabliert worden. Zusätzlich erhalte die ÖGK mit

¹⁸ BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

dem Budgetsanierungsmaßnahmengesetz 2025 Teil II¹⁹ und dem Budgetbegleitgesetz 2025²⁰ neue finanzielle Mittel.

- 15.4 Der RH verwies gegenüber der ÖGK auf das Risiko, dass trotz der gesetzten Schritte (Budgetsanierungskonzept, Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für die Pensionistinnen und Pensionisten) die finanzielle Konsolidierung der ÖGK nicht sichergestellt war. Die Gebarungsvorschaurechnung für 2025 sah im August 2025 ein Defizit von rd. 546 Mio. EUR voraus, für 2026 ein Defizit von rd. 398 Mio. EUR. Der RH erachtete es daher als erforderlich, ein umfassenderes Konzept zur Sanierung zu erstellen (siehe auch [TZ 18](#)).

Ursachen für die finanzielle Lage der ÖGK

- 16.1 (1) Die Hauptursache für die Verschlechterung der finanziellen Lage der ÖGK 2018 bis 2023 war, dass die Aufwendungen höher stiegen als die Erträge. Dies lag insbesondere an der Entwicklung der Aufwandsposition ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen und an dem gegenüber den Vorjahren niedrigeren Wirtschaftswachstum.

(2) Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hatten eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik anzustreben, d.h., ihre Ausgaben sollen nicht mehr steigen als ihre Einnahmen. Die folgende Tabelle zeigt die wesentlichen Aufwandspositionen der ÖGK in den Jahren 2018 und 2023 und deren Aufwandsüberhang. Als Aufwandsüberhang wird jener Teil der Aufwandssteigerung bezeichnet, um den von 2018 bis 2023 die Aufwendungen stärker stiegen als die Erträge:

Tabelle 15: Ursachenanalyse zum Abgang der ÖGK

Aufwandsposition	2018	2023 bei Steigerung wie Erträge ¹	Ist-Stand 2023	Aufwandsüberhang
Aufwendungen in Mio. EUR				
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3.553,62	4.587,53	4.950,96	363,43
Heilmittel (Arzneien)	2.835,15	3.660,03	3.750,93	90,90
Überweisung an den Krankenanstaltenfonds	3.704,08	4.781,76	4.725,31	-56,45
sonstige Versicherungsleistungen	3.840,98	4.958,49	4.917,99	-40,50
Summe Versicherungsleistungen	13.933,83	17.987,81	18.345,18	357,37
Verwaltungsaufwand	286,16	369,41	387,80	18,39
Sonstiges	109,60	116,42	116,42	0
Summe Aufwendungen	14.329,58	18.473,64	18.849,40	375,76

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK; Berechnung: RH

¹ Aufwendungen unter der Annahme einer Steigerung von 29,1 % (analog den Erträgen)

¹⁹ BGBl. I 20/2025

²⁰ BGBl. I 25/2025

Die Position „ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“ machte mit 363,43 Mio. EUR den überwiegenden Teil des Aufwandsüberhangs von 375,76 Mio. EUR aus.

(3) Wesentlich für die Ergebnisentwicklung der ÖGK war auch die Entwicklung des realen Wirtschaftswachstums in Österreich: In der im Versorgungsbericht betrachteten Periode 2012 bis 2018 stiegen die Krankenversicherungsbeiträge um 24,6 %, das BIP um 21,0 % und der Verbraucherpreisindex um 9,8 %. Es lag somit – auf Basis eines Wirtschaftswachstums – ein erhebliches reales Beitragswachstum vor, das die gestiegenen Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen mitfinanzierte. Wie die folgende Tabelle zeigt, stellten sich die Veränderungen für die Jahre 2018 bis 2023 und die voraussichtlichen Veränderungen 2024 bis 2028 anders dar:

Tabelle 16: (Voraussichtliche) Veränderungen der Erträge und Aufwendungen der ÖGK im volkswirtschaftlichen Kontext 2018 bis 2028

	2019	2020	2021	2022	2023	2018 bis 2023	2024	2025	2026	2027	2028
	Veränderung jeweils zum Vorjahr in %										
BIP (nominell)	3,3	-3,9	6,8	10,3	5,6	23,5	3,6	2,5	3,4	3,3	3,1
Verbraucherpreisindex	1,5	1,4	2,8	8,6	7,8	23,9	3,0	2,3	2,0	2,0	2,0
Krankenversicherungsbeiträge	4,1	2,9	4,2	6,1	7,8	27,8	8,4	4,3	3,3	3,0	2,8
Erträge	4,1	3,8	5,0	6,0	7,4	29,1	9,6	4,1	3,1	3,0	2,8
Aufwendungen	5,3	2,0	5,3	7,7	8,0	31,5	10,0	5,7	3,6	3,2	3,2
davon											
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	6,8	-1,0	10,3	8,6	10,1	39,3	10,7	7,1	3,7	3,3	3,3
davon											
Tarifsteigerungen	4,4	3,3	2,2	4,2	5,2	20,7	–	–	–	–	–
Mengensteigerungen	2,4	-4,9	9,1	2,2	4,6	13,7	–	–	–	–	–

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: ÖGK; Statistik Austria

Die Steigerung des BIP war zwischen 2018 und 2023 nicht mehr – wie noch in der Periode 2012 bis 2018 – höher als jene des Verbraucherpreisindex; der Anstieg der Beitragseinnahmen lag mit 27,8 % über jenem des BIP (23,5 %) und des Verbraucherpreisindex (23,9 %). Die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen stiegen dagegen deutlich stärker um 39,3 %; dies lag nicht an den Tarifsteigerungen – diese verblieben mit 20,7 % unter dem Anstieg des Verbraucherpreisindex –, sondern an den Mengensteigerungen. Damit konnte die gestiegene Inanspruchnahme in dieser Periode nicht durch das reale Wirtschaftswachstum finanziert werden.

(4) Die mengenmäßige Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ging im Jahr 2020 um 4,9 % aufgrund der COVID-19-Pandemie zurück. Dies wurde aber bereits im Jahr 2021 mit einer Mengensteigerung von 9,1 % wieder überkompensiert. Im Jahr 2023 erhöhten sich die Mengen um 4,6 %.

In den Jahren 2022 und 2023 war die Inflation hoch. Die Beiträge stiegen als Folge von Gehaltsabschlüssen aber erst später. Dies galt auch für die Ärztehonore, für die zum Teil mehrjährige Abschlüsse vorlagen. Daher rechnete die ÖGK aufgrund der Gehaltsentwicklung auf Basis der Inflation der Vorjahre mit einer hohen Beitragssteigerung von 8,4 % (2024) bzw. 4,3 % (2025), aber auch mit einer entsprechenden Steigerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen von 10,7 % (2024) bzw. 7,1 % (2025).

- 16.2 Der RH wies darauf hin, dass die Entwicklung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Zeitraum 2018 bis 2023 wesentlich zur Verschlechterung der finanziellen Lage der ÖGK beitrug.

Er empfahl der ÖGK, in Zukunft einen Anstieg der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen ohne nachhaltige Finanzierung nach Möglichkeit zu vermeiden.

Der RH wies darauf hin, dass im überprüften Zeitraum 2018 bis 2023 – im Unterschied zum Zeitraum 2012 bis 2018 – die Entwicklung des BIP und der Krankenversicherungsbeiträge nicht wesentlich über dem Verbraucherpreisindex lag. Die steigende Inanspruchnahme bzw. die Einführung neuer Leistungen konnte daher nicht aus einem realen Wirtschafts- bzw. Beitragswachstum finanziert werden.

Der RH empfahl der ÖGK, im Falle ungünstiger Wirtschafts- bzw. Beitragsprognosen frühzeitig abzuklären, wie auf den geringeren Anstieg der verfügbaren Mittel reagiert werden sollte, und Maßnahmen betreffend die Versorgungspolitik, etwaige zusätzliche Finanzierungsquellen und Vertragspartnerverhandlungen zu setzen.

- 16.3 (1) Laut Stellungnahme des Dachverbands teile er die Einschätzung des RH, dass sich die Notwendigkeit von Einsparungen einerseits und die in der Zielsteuerung vereinbarten Zielsetzungen andererseits widersprächen. Er verwies auf den laufenden politischen Diskurs.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung, einen Anstieg der Aufwendungen für ärztliche Hilfe zu vermeiden, zur Kenntnis. Sie führe die Verhandlungen laufend nach dem Prinzip der einkommenorientierten Ausgabenpolitik. Die vereinbarten Tarifierhöhungen 2022–2024 seien unter der Inflationsrate gelegen. Der treibende Faktor für die Aufwandsentwicklung der letzten Jahre sei die Frequenz-

entwicklung. Maßnahmen würden sich in Zukunft auf die Mengenentwicklung stützen.

Die ÖGK handle im Rahmen der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Der geforderte Leistungsausbau stehe jedoch im Spannungsverhältnis zu notwendigen Finanzkonsolidierungen (siehe auch Stellungnahme zu TZ 15).

Möglichkeiten zur Steuerung der finanziellen Lage der ÖGK

- 17.1 (1) Die ÖGK hatte als Selbstverwaltungsträger die Beiträge einzuheben und die Ausgaben abzuwickeln sowie durch Vertragsabschlüsse, Stellenpläne und Kontrolle der Abrechnung sicherzustellen, dass nur die erforderlichen Ausgaben getätigt wurden.

Die wesentlichen Einnahmequellen, insbesondere die Beiträge, waren gesetzlich geregelt bzw. von der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung abhängig. Der Leistungsanspruch der Anspruchsberechtigten war ebenfalls gesetzlich geregelt und gerichtlich durchsetzbar. Bereiche, in denen die ÖGK durch ihre Satzung oder Krankenordnung die Höhe ihrer Ausgaben bzw. den Umfang der Leistungen regeln konnte, waren finanziell wenig bedeutend. Bei wesentlichen Ausgabenpositionen, insbesondere bei der ärztlichen Hilfe und gleichgestellten Leistungen, war es Aufgabe der ÖGK, Verträge mit privaten Anbietern abzuschließen und dabei Preise zu vereinbaren, eine ökonomische Leistungserbringung sicherzustellen und die Abrechnung zu kontrollieren. Eine besondere Rolle spielten dabei Vereinbarungen mit den Ärztekammern.

(2) Versorgungspolitische Ziele (z.B. ein Ausbau der Primärversorgung) waren durch die Bundes-Zielsteuerungsverträge vorgegeben, die grundsätzlich alle vier Jahre zwischen Sozialversicherung, Bund und Ländern zu vereinbaren waren. Die Strukturplanung (insbesondere die Planstellendichte) war im ÖSG als Rahmen und in den RSG zu regeln; ab 2026 sollten diese Regelungen verbindlich sein (TZ 28).

Die gemeinsame Festlegung von versorgungs- und strukturpolitischen Zielsetzungen ergab sich sachlich daraus, dass zwischen den Ländern als Spitalsbetreibern und der ÖGK zahlreiche Wechselwirkungen bestanden.

(3) In mehreren Bereichen gab es direkte Verbindungen zwischen der Gebarung der ÖGK und jener des Bundes, der Länder und anderer Sozialversicherungsträger: So waren z.B. die Krankenversicherungsbeiträge der Pensionistinnen und Pensionisten gesetzlich geregelt und zum Teil durch die Pensionsversicherungsanstalt (finanziert

auch durch einen Bundesbeitrag) abzudecken; sie wurden somit im Ergebnis teilweise vom Bund finanziert. Es bestanden auch Verflechtungen mit der Gebarung anderer Sozialversicherungsträger: Indem die Pensionsversicherungsanstalt den Krankenversicherungsträgern den Aufwand ersetzte (in Form einer gesetzlich geregelten pauschalierten Vergütung), der ihnen durch die Einhebung der Beiträge entstand, und indem die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (**AUVA**) die Aufwendungen für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – ebenfalls pauschaliert – ersetzte. Aufgrund der pauschaliert geregelten Vergütung durch die ÖGK für Spitalsleistungen der Länder galt dies auch zwischen ÖGK und den Ländern. 2019 reduzierte der Gesetzgeber die pauschale Vergütung der AUVA an die ÖGK für die Behandlung von Arbeitsunfällen, was die ÖGK mit Einnahmenausfällen von 212,50 Mio. EUR zwischen 2019 und 2023 bewertete. Änderungen im Bereich der Förderungen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz²¹ durch den Bund bewertete sie im selben Zeitraum mit Einnahmenausfällen von 133,60 Mio. EUR.

Die Prozesse zur Definition der Versorgungsziele (Zielsteuerungsvereinbarungen), der Versorgungsstrukturen (ÖSG und RSG) und der finanziellen Planung der ÖGK (Voranschläge und Gebarungsvorschaurechnungen) waren jeweils voneinander unabhängig. Während die ÖGK seit November 2024 einen erheblichen Konsolidierungsbedarf sah, sah der ÖSG 2023 mit Planungshorizont 2030 einen deutlichen Ausbau der ambulanten Versorgung vor. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 ging davon aus, dass mit zusätzlichen jährlichen Mitteln von 227,10 Mio. EUR für die ÖGK wesentliche zusätzliche Leistungen finanzierbar waren (**TZ 29**). Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Frühjahr 2025 war unklar, wie die unterschiedlichen Ziele und Prozesse miteinander in Einklang zu bringen waren.

- 17.2 Der RH wies darauf hin, dass es grundsätzlich die Aufgabe der ÖGK als Selbstverwaltungsträger war, nachhaltig zu wirtschaften. Allerdings waren wesentliche Rahmenbedingungen für die Erträge und Aufwände direkt gesetzlich geregelt und es bestanden zahlreiche Verflechtungen der Gebarung der ÖGK mit jener des Bundes, der Länder und der anderen Sozialversicherungsträger. Die versorgungspolitischen Ziele und die Strukturplanung legte die ÖGK nicht alleine fest, sondern gemeinsam mit dem Bund und den Ländern.

Der Entfall von Leistungen der ÖGK, sofern dies der ÖGK kurzfristig möglich war, könnte gesamtwirtschaftlich wenig zielführend sein und etwa zur Inanspruchnahme teurerer Akteure wie der Spitäler führen. Auch versorgungspolitisch konnten unmittelbar aufwandssenkende Maßnahmen (z.B. die Nichtnachbesetzung freiwerdender Stellen in unterversorgten Gebieten) nicht zweckmäßig sein.

²¹ BGBl. 746/1996 i.d.g.F.

Der RH war daher der Ansicht, dass die Wiederherstellung der finanziell nachhaltigen Gebarung der ÖGK zunächst in der Verantwortung der ÖGK lag. Diese hatte durch das Monitoring der Erträge und Aufwendungen die notwendige Übersicht zu behalten und auf eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Gebarung zu achten. Allerdings war durch die gesetzliche Regelung der Beiträge und der Leistungen, durch die Festlegung versorgungs- und strukturpolitischer Ziele und die gesetzliche Regelung von Pauschalzahlungen eine wechselseitige Verflechtung gegeben.

Der RH hielt daher abgestimmte Maßnahmen für erforderlich, mit denen unter Berücksichtigung der Verflechtungen der Gebarung der ÖGK mit jener des Bundes, der Länder und der übrigen Sozialversicherungsträger die ÖGK finanziell nachhaltig saniert werden sollte. Dies entband jedoch die ÖGK nicht, den ihr möglichen Beitrag zur Sanierung ihrer finanziellen Lage zu leisten.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, eine nachhaltige Finanzierung der ÖGK sicherzustellen. Dabei wären nach Ausschöpfung der versorgungspolitisch sinnvollen Effizienzpotenziale bei der ÖGK Maßnahmen zu entwickeln, die die Verflechtungen der Gebarung der ÖGK mit der Gebarung des Bundes, der Länder und der übrigen Sozialversicherungsträger, alle Finanzierungsmöglichkeiten und die versorgungs- und strukturpolitischen Ziele berücksichtigen.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Steuerungsprozesse zur Versorgungsstruktur (ÖSG, RSG), die Zielsteuerungsvereinbarungen und die finanzielle Planung der ÖGK (Gebarungsvorschaurechnungen) zu wenig koordiniert waren: Während die ÖGK seit November 2024 einen erheblichen Konsolidierungsbedarf sah, sah der ÖSG 2023 mit Planungshorizont 2030 einen deutlichen Ausbau der ambulanten Versorgung vor. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Frühjahr 2025 war unklar, wie die unterschiedlichen Ziele der unterschiedlichen Planungsprozesse miteinander in Einklang zu bringen waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern sicherzustellen, dass die finanziellen, versorgungs- und strukturpolitischen Steuerungsprozesse für den ambulanten Bereich inhaltlich abgestimmt werden.

- 17.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die finanzielle Stabilität und Leistungsfähigkeit der ÖGK eines seiner zentralen Anliegen sei. Die mit dem Budgetsanierungsmaßnahmengesetz 2025 Teil II festgelegte Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionistinnen und Pensionisten von 5,1 % auf 6 % sei ein wichtiger Schritt zur Konsolidierung der Finanzen der Krankenversicherungsträger. Gleichfalls pflichte das Ministerium dem RH bei, dass auch die ÖGK sinnvolle Effizienzpotenziale in ihrem eigenen Bereich realisieren müsse. Der Verwaltungsrat der ÖGK habe am 29. April 2025 ein Maßnahmenpaket zur Finanzkonsolidierung beschlossen.

Die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit sei im Jahr 2013 insbesondere mit dem Ziel eingeführt worden, dass Bund, Länder und Sozialversicherung die gesamte Gesundheitsversorgung gemeinsam steuern. Zur Umsetzung sei u.a. der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 abgeschlossen worden, der zahlreiche operative Ziele und Maßnahmen beinhalte. Daher werde mit der Zielsteuerung-Gesundheit ein Steuerungsprozess sichergestellt, der auch den ambulanten Bereich umfasse.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands stelle der RH die Aufgaben der Selbstverwaltung betreffend eine nachhaltige und tragfähige Gebarung korrekt dar. Die ÖGK sei einnahmen- und ausgabenseitig durch den Gesetzgeber determiniert. Der Dachverband teile die Einschätzung des RH, dass die erwähnten gesetzgeberischen Maßnahmen Auswirkungen auf die Finanzierung der ÖGK hätten.

Die Determiniertheit zeige sich auch im Bereich der niedergelassenen Versorgung. Es sei vordringliche und zentrale Aufgabe der ÖGK und aller Sozialversicherungsträger, die (Sachleistungs-)Versorgung zu gewährleisten. Dabei seien auch die Entwicklung der Bevölkerung und die Bedarfe zu berücksichtigen. Sogar sei die ÖGK – wie alle Krankenversicherungsträger – auch hier nicht frei in ihrer Planung, sondern von externen Faktoren, wie dem demografischen Wandel und dem wissenschaftlichen Fortschritt, determiniert und sie könne nur in engen Grenzen steuernd eingreifen. Es sei darauf hinzuwirken, die bestehenden und komplexen Verflechtungen möglichst zu reduzieren und einen Handlungsspielraum zu schaffen.

Die Empfehlung zur Abstimmung der Steuerungsprozesse nahm der Dachverband zur Kenntnis. Dementsprechende Planungen könnten nur unter der Voraussetzung des entsprechenden Mittelflusses stattfinden (TZ 27).

(3) Die ÖGK verwies auf ihre Stellungnahme zu TZ 15 (Budgetsanierungskonzept und gesetzliche Budgetmaßnahmen).

Die Empfehlung zur Abstimmung der Steuerungsprozesse nahm sie zur Kenntnis. Die Abstimmung der Versorgungsstruktur zwischen intra- und extramuralem Sektor finde im Rahmen der laufenden RSG-Planungen statt. Diese seien nach neuem Modell (siehe u.a. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz und ÖSG) gemeinsam von Ländern und Sozialversicherungsträgern zu erstellen und in der Folge verbindlich zu verordnen. Darüber hinaus behandle die Zielsteuerung die Abstimmung der Steuerungsprozesse für den ambulanten Bereich schwerpunktmäßig.

17.4 Der RH erwiderte dem Ministerium und der ÖGK, dass die bereits gesetzten Schritte (Budgetsanierungskonzept, Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für die Pensionistinnen und Pensionisten) eine finanzielle Konsolidierung der ÖGK noch nicht sicherstellten. Die Gebarungsvorschaurechnung für 2025 sah im August 2025 ein Defizit von rd. 546 Mio. EUR voraus, für 2026 ein Defizit von rd. 398 Mio. EUR.

Der RH erachtete es daher als erforderlich, ein umfassenderes Konzept zur Sanierung zu erstellen (siehe auch TZ 15).

Private Gesundheitsausgaben und Kostenbeteiligungen

18.1 (1) Gemäß ASVG²² hatte der Dachverband jährlich für die Krankenversicherungsträger (mit Genehmigung des Ministeriums) zu verordnen, ob und in welcher Höhe bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe Kostenbeiträge der Versicherten zu entrichten waren. Er hatte dabei auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse Bedacht zu nehmen. Nach einer Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes (**VfGH**)²³ war unklar, ob der Dachverband selbst direkt Normen für Versicherte erlassen konnte. Das Ministerium hatte 2015 gegenüber dem RH ausgeführt, dass die Bestimmungen „derzeit totes Recht“ seien. Der Dachverband teilte dem RH im Jänner 2025 mit, dass mit derselben Begründung die Verordnung nie erlassen worden sei. Tatsächlich galten daher für Anspruchsberechtigte der ÖGK grundsätzlich keine Kostenbeteiligungen für ärztliche Hilfe. Gemäß § 31c Abs. 3 Z 1 ASVG war lediglich eine jährliche e-card-Gebühr (für 2025: 13,80 EUR) vom Dienstgeber einzuheben.

(2) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau hatte nach § 63 Abs. 4 Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz²⁴ unter Bedachtnahme auf die ökonomische Bereitstellung der ärztlichen Hilfe und die eigene finanzielle Leistungsfähigkeit einen Kostenbeitrag der bzw. des Versicherten bis zu 20 % einzuheben, den sie 2016 auf 10 % absenkte. In welchen Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe dieser Behandlungsbeitrag zu bezahlen war, hatte sie in der Satzung – ebenfalls unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Bereitstellung der ärztlichen Hilfe und auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit – festzusetzen. Bei besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit konnte sie von der Einhebung absehen.

Für die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen galt nach § 86 Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz²⁵ eine ähnliche Bestimmung (maximal 30 % Kostenanteil, Festlegung in der Satzung, Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt, die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten und gesundheitspolitische Zielvorgaben). Sie halbierte die grundsätzlich vorgesehene Kostenbeteiligung von 20 % in Abhängigkeit von der Erreichung von Gesundheitszielen durch den Versicherten.

²² bis 31. Dezember 2019 gemäß § 31 Abs. 5a ASVG, danach gemäß § 31 ASVG

²³ VfGH 10. Oktober 2003, G 222/02 G1/03

²⁴ BGBl. 200/1967 i.d.g.F.

²⁵ BGBl. 560/1978 i.d.g.F.

(3) Eine trägerübergreifende Evaluierung der Wirkungen der unterschiedlichen Kostenbeteiligungen gab es nicht. Eine vom Dachverband in Auftrag gegebene Studie hielt 2018 Folgendes fest: Unter dem Blickwinkel einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung sollten Selbstbehalte in Abwägung mit den Kosten ihrer Einhebung als Steuerungsinstrument verwendet werden, indem der evidenzgestützte Weg durch das Gesundheitswesen weitgehend frei (d.h. solidarisch finanziert) gestaltet wird, individuell gewünschte Abweichungen jedoch mit einem Selbstbehalt versehen werden. Ein so differenziertes Selbstbehaltesystem könne Anreizwirkungen ausnutzen, ohne die Versicherten übermäßig zu belasten.

(4) Bei anderen Leistungen als der ärztlichen Hilfe galten auch für die Anspruchsberechtigten der ÖGK Selbstbehalte bzw. Kostenbeteiligungen. Dies betraf z.B.

- Heilmittel: etwa Rezeptgebühren von 7,55 EUR im Jahr 2025 unabhängig von den Kosten des Heilmittels mit der Möglichkeit einer Befreiung bei Überschreiten einer Obergrenze bzw. bis zu einem bestimmten Einkommen, oder
- Heilbehelfe: 10 % der Kosten, mindestens aber 43 EUR, außer für Kinder und Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind.

(5) Im Jahr 2023 entfielen rd. 8 % der Versorgung auf den Wahlarztbereich (TZ 10), bei dem Eigenbeiträge zu leisten waren. Die Honorarhöhen dafür entsprachen im Jahr 2023 rd. 16 % der Aufwendungen für den niedergelassenen Bereich.

- 18.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass der Dachverband die in § 31 ASVG vorgesehene Verordnung über Kostenbeteiligung nicht erließ. Obwohl der Dachverband Bedenken gegen die Zulässigkeit einer solchen Verordnung hatte, war eine legistische Klärung bisher nicht erfolgt. Der Gesetzgeber war 2019 mit der Anpassung der Bestimmung an die Reform der Sozialversicherungsträger offenbar von einer Geltung der Norm ausgegangen.

Der RH empfahl dem Ministerium und dem Dachverband, darauf hinzuwirken, dass der Auftrag an den Dachverband, Kostenbeiträge gemäß § 31 ASVG zu verordnen, legistisch klargestellt wird. Dabei wäre zu klären, wer für die Entscheidung über Selbstbehalte für ärztliche Hilfe zuständig ist.

(2) Der RH hielt es für sachgerecht, zu prüfen, ob Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten an der Sachleistungsversorgung für die Finanzierung und Sicherstellung einer angemessenen Versorgung zweckmäßig waren.

Er wies darauf hin, dass bereits erhebliche private Ausgaben erfolgten: Die Höhe der eingereichten Honorarnoten für den Wahlarztbereich entsprach 16 % der Aufwendungen für den niedergelassenen Bereich. Diese privaten Ausgaben waren für die ÖGK weder hinsichtlich der Preise noch hinsichtlich der Leistungen steuerbar.

Angesichts des im ÖSG bis 2030 geplanten Ausbaus der ambulanten Versorgung und der finanziellen Lage der ÖGK bestand aus Sicht des RH ohne Gegenmaßnahmen das Risiko, dass der Wahlarztbereich weiter steigt und Lücken in der Sachleistungsversorgung entstehen könnten.

Er merkte an, dass auch in anderen Bereichen (z.B. Heilmittel oder Heilbehelfe) Kostenbeteiligungen der Versicherten vorgesehen waren und andere Versicherten-
gruppen, wie Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige, auch für ärztliche Hilfe Kostenbeteiligungen trugen.

Er hob hervor, dass Kostenbeteiligungen versorgungspolitisch problematisch sein konnten, dies aber auch für eine aus finanziellen Gründen eingeschränkte Sachleistungsversorgung galt.

Der RH hielt es daher nicht für zweckmäßig, Selbstbehalte mit Verweis auf soziale Überlegungen zu vermeiden, aber gleichzeitig das Entstehen von Lücken in der Sachleistungsversorgung in Kauf zu nehmen. Stattdessen wären private Zahlungen von Patientinnen und Patienten in das Versorgungssystem nach finanziellen, administrativen, versorgungspolitischen und sozialen Kriterien optimal zu gestalten. Der RH hielt dabei Selbstbehalte im Rahmen der Sachleistungsversorgung für besser steuerbar als Zahlungen im Wahlarztbereich.

Er empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, zu prüfen, ob Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten unter finanziellen, administrativen, versorgungspolitischen und sozialen Aspekten für die Finanzierung und Sicherstellung einer angemessenen, bedarfsgerechten Sachleistungsversorgung zweckmäßig wären. Dabei könnten auch Aspekte der Steuerung der Patientenwege berücksichtigt werden.

- 18.3 (1) Laut Stellungnahme des Ministeriums kämen internationale und nationale Studien wiederholt zum Ergebnis, dass Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten keine steuernde bzw. lenkende Wirkung hätten. Daher seien die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung übereingekommen, die Optimierung der Patientenwege durch positive Anreize zu unterstützen, etwa durch den Ausbau der Gesundheitsberatung 1450, durch die Weiterentwicklung der Online-Gesundheitsportale, durch telemedizinische Leistungen und Terminservices (online oder über die Gesundheitsberatung 1450). Unter anderem sollten diese Tools Patientinnen und Patienten besser durch das Gesundheitssystem lotsen, die Bevölkerung besser über Gesundheitsthemen informieren sowie im Endeffekt Wartezeiten verkürzen. Auch die Stärkung der Primärversorgung, insbesondere der Primärversorgungseinheiten, sowie die Forcierung der Lotsenfunktion in der Primärversorgung und der integrierten Versorgung seien zentrale Elemente (siehe dazu auch Stellungnahme zu TZ 14).

Die Ermächtigung, Kostenbeiträge zu verordnen, habe der Dachverband bisher nicht genutzt. Da das Regierungsprogramm 2020–2024 festgelegt habe, Selbstbehalte für Arztbesuche im ASVG nicht auszuweiten, sei nicht mit einer – für die Wirksamkeit der Verordnung notwendigen – Zustimmung des zuständigen Bundesministers zu rechnen gewesen. Das Ministerium habe Bedenken gegen die Zulässigkeit einer entsprechenden Verordnung durch den Dachverband. Seit der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK stelle sich auch die Frage der Sinnhaftigkeit, Kostenbeiträge durch den Dachverband statt durch die ÖGK festzulegen. In der Vergangenheit habe das Ministerium wiederholt versucht, die Bestimmung zu bereinigen. Es habe dafür aber keine politische Mehrheit gegeben.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass er die Empfehlung zur legislativen Klarstellung unterstütze. Aufgrund der Judikatur des VfGH bestünden – wie ausgeführt – Zweifel an der Zulässigkeit einer Entscheidungsbefugnis des Dachverbands, die unmittelbar die Versicherten der ÖGK betreffe. Aus den dargestellten Gründen sollte – sofern die Einführung von Kostenbeiträgen vom Gesetzgeber beabsichtigt sei – wie bei den anderen Krankenversicherungsträgern eine Kompetenz der ÖGK selbst geschaffen werden.

Die Empfehlung zur Prüfung von Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten nahm der Dachverband zur Kenntnis und verwies auf die bereits bestehende nationale und internationale Studienlage zu Kostenbeteiligungen.

(3) Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass das Verhältnis zwischen der Steuerungswirkung und den Auswirkungen einer finanziellen Belastung für die bzw. den einzelnen Versicherten abzuwägen sei. Dies gelte insbesondere bei der Kombination von Kostenbeteiligungen und vorgegebenen Patientenpfaden. Bei nicht zeitkritischen Krankentransporten und Krankentransporten seien ab 1. Juli 2025 sozial verträgliche Selbstbehalte eingeführt worden. Zeitkritische Transporte (Rettungstransporte, Erste Hilfe, Unfall) seien davon ausgenommen. Diese Maßnahme solle das System und die Struktur verbessern. Darüber hinaus solle bei den Versicherten und den verordnenden Stellen ein Umdenken dahingehend bewirkt werden, eine Krankentransport bzw. einen Krankentransport nur bei entsprechender Indikation anzufordern. Bei der Einhebung von Kostenanteilen seien vulnerable Gruppen wie Chemo-, Strahlen- und Dialysepatientinnen und -patienten, Kinder unter 15 Jahren sowie rezeptbefreite Anspruchsberechtigte ausgenommen. Von den Anspruchsberechtigten sei für eine Krankentransport ein Kostenanteil in Höhe der einfachen Rezeptgebühr und für einen Krankentransport die doppelte Rezeptgebühr zu entrichten. Weiters verwies die ÖGK auf ihre Ausführungen zu [TZ 14](#) (Maßnahmen zur Steuerung der Patientenwege) und [TZ 15](#) (Wiederherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der ÖGK).

- 18.4 Der RH verwies gegenüber dem Ministerium und dem Dachverband zur Studienlage und den sozialen Auswirkungen von Kostenbeteiligungen erneut auf die bereits bestehenden Kostenbeteiligungen für verschiedene Personenkreise (z.B. Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige) und auch für die ÖGK-Versicherten in anderen Leistungsbereichen (z.B. Heilmittel). Er war der Ansicht, dass die Abwägung jeweils anhand der konkreten Versorgungs- und Finanzierungslage zu treffen war, und wiederholte dazu seine Einschätzung, dass die nachhaltige Finanzierung der ÖGK noch risikobehaftet war (**TZ 17**). Ohne Kostenbeteiligungen war eine alternative Sicherstellung der Versorgungs- und Finanzierungslage notwendig. Andernfalls drohte aus Sicht des RH eine Verschlechterung in beiden Bereichen, die bisher ebenfalls zu einem – allerdings ungesteuerten – Anstieg der privaten Gesundheitsausgaben führte.

Leistungsgeschehen in der ärztlichen Hilfe

Analyse nach Vertragspartnerbereichen

- 19.1 Die Rechnungsabschlussposition ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen fasst Aufwendungen der ÖGK für unterschiedliche Vertragspartner zusammen. Darunter fallen insbesondere der vertrags- und wahlärztliche Bereich, Spitalsambulanzen, Institute (z.B. CT-, MRT- und Laborinstitute), Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger sowie die Bereiche Psychotherapie und Psychologie sowie Physiotherapie und Logopädie. Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Aufwendungen gegenüber den Erträgen entwickelten:

Tabelle 17: Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen 2018 bis 2023 nach Vertragspartner

Aufwandsbereich der ÖGK	2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023		2023 bei Steigerung wie Erträge ¹	Aufwands- überhang
	in Mio. EUR		in %		in Mio. EUR	
VertragsärztInnen	2.103,42	2.887,57	784,14	37,3	2.715,41	172,16
WahlärztInnen	133,81	208,85	75,04	56,1	172,74	36,11
Spitalsambulanzen	472,19	582,97	110,78	23,5	609,58	-26,60
Institute	420,58	623,76	203,18	48,3	542,95	80,81
Eigene Einrichtungen	128,99	167,30	38,32	29,7	166,52	0,79
Psychotherapie und Psychologie	59,86	94,76	34,90	58,3	77,27	17,49
Physiotherapie und Logopädie	138,47	253,18	114,71	82,8	178,76	74,42
Sonstiges	96,29	132,56	36,27	37,7	124,31	8,26
Summe	3.553,62	4.950,96	1.397,34	39,3	4.587,53	363,43

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

¹ Aufwendungen unter der Annahme einer Steigerung von 29,1 % (analog den Erträgen) im Zeitraum 2018 bis 2023

Der Aufwandsüberhang von 363,43 Mio. EUR war im Wesentlichen auf drei Bereiche rückführbar:

- den Vertragsarztbereich mit 172,16 Mio. EUR (und den Wahlarztbereich mit 36,11 Mio. EUR),
- die Institute mit 80,81 Mio. EUR und
- die Physiotherapie und Logopädie mit 74,42 Mio. EUR.

- 19.2 Der RH wies darauf hin, dass im überprüften Zeitraum vor allem die Bereiche Vertragsärztinnen und -ärzte, Institute sowie Physiotherapie und Logopädie den Aufwandsüberhang verursachten. Er analysiert daher diese Bereiche im Folgenden im Detail.

Der RH empfahl der ÖGK, bei den Bemühungen um die finanzielle Konsolidierung den Vertragsarztbereich, die Institute sowie den Bereich Physiotherapie und Logopädie besonders zu berücksichtigen.

- 19.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis und verwies auf die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik. Sie habe bereits Maßnahmen gesetzt, um im Bereich Folgekosten eine Ausgabendämpfung zu erwirken. Diese würden hinkünftig intensiviert. Etwa sei zur Bewusstseinsbildung bereits ein Rundschreiben zur ökonomischen Verschreibweise im Bereich Physiotherapie an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergangen. Weiters habe sie die Verrechenbarkeit der Vitamin D-Serumspiegelbestimmung auf medizinisch notwendige Indikationen eingeschränkt.

Vertragsarztbereich: Rechtsgrundlagen und vertragliche Rahmenbedingungen

- 20.1 (1) Die Aufwendungen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergaben sich aus den Honorarvereinbarungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und der zuständigen Landesärztekammer sowie aus dem Umfang der von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten abgerechneten Leistungen.

Seit 2010 regelte das ASVG in § 342 Abs. 2a acht Ziele für Honorarabschlüsse, z.B. eine nachhaltig ausgeglichene Gebarung der Versicherungsträger, eine hochwertige Versorgung sowie eine angemessene Honorarentwicklung. Eine Priorisierung dieser Ziele unterblieb. Ab 2012 regelten die Zielsteuerungsverträge, dass die Gesamtausgaben durch die Gesamteinnahmen gedeckt sein mussten (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik), ab 2017 war dies im § 16 Bundes-Zielsteuerungsgesetz auch gesetzlich normiert.

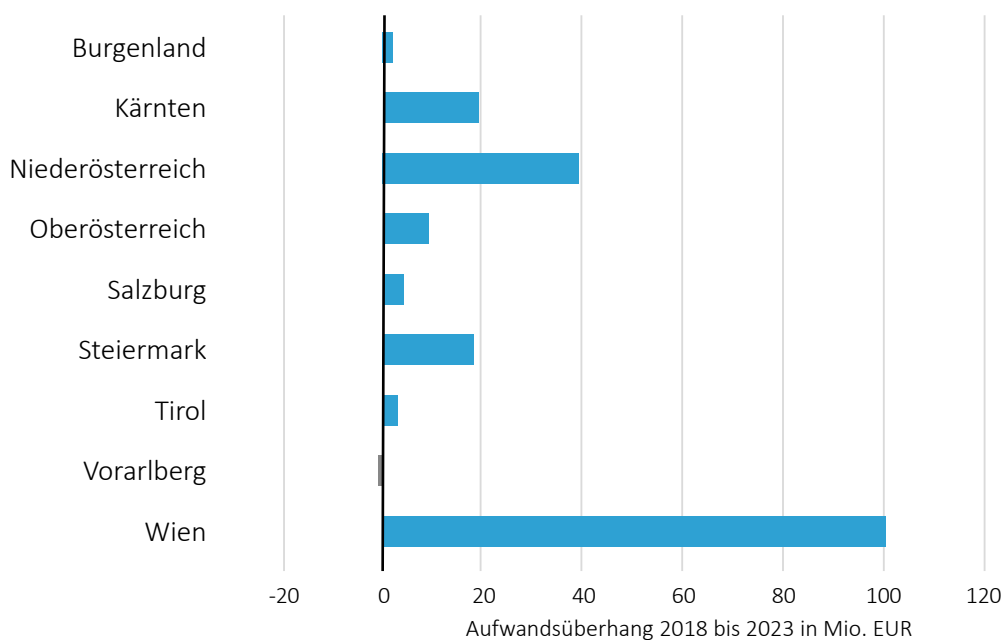
Honorarvereinbarungen schlossen bis 2019 die einzelnen Gebietskrankenkassen ab.²⁶ Ab 2020 waren die Gesamtverträge österreichweit einheitlich vom Verwaltungsrat der ÖGK mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen. Die Honorarvereinbarungen konnten jedoch auf Landesebene mit der zuständigen Landesärztekammer verhandelt werden. Die damalige Bundesregierung verband mit der 2018 beschlossenen Kassenfusion das Ziel, die Leistungen ohne Verschlechterung zu vereinheitlichen. Spezifische finanzielle Vorgaben für die Honorarver-

²⁶ Die Gremien des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger mussten ebenfalls zustimmen, die Aufsichtsbehörden konnten bei Rechtswidrigkeit oder grober Unwirtschaftlichkeit der Beschlüsse diese verhindern. Im Dezember 2018 beschloss der Nationalrat die Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK, die am 1. Jänner 2020 wirksam wurde. Zwischen August 2018 und März 2019 galt eine gesetzliche „Ausgabenbremse“. Honorarabschlüsse, durch die das Honorarvolumen (inklusive Frequenzentwicklung) stärker stieg als die prognostizierten Beiträge, waren demnach unzulässig.

handlungen dazu gab es ebenso wenig wie eine gesonderte Finanzierung für eine Leistungsharmonisierung. Zwar enthielt die Wirkungsorientierte Folgenabschätzung zur Kassenreform die Annahme, dass durch Einsparungen in der Verwaltung von 2020 bis 2023 rd. 1 Mrd. EUR für Leistungen an die Versicherten frei würden („Patientenmilliarde“). Wie der RH in seinem Bericht „Reform der Sozialversicherungsträger – Fusion“ (Reihe Bund 2022/41) dargestellt hatte, war diese Erwartung weder realistisch noch umsetzbar.

(2) Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchen Ländern die Aufwände stärker stiegen als die Erträge:²⁷

Abbildung 6: Aufwandsüberhang Vertragsarztbereich nach Land 2018 bis 2023



Quelle: ÖGK; Darstellung: RH

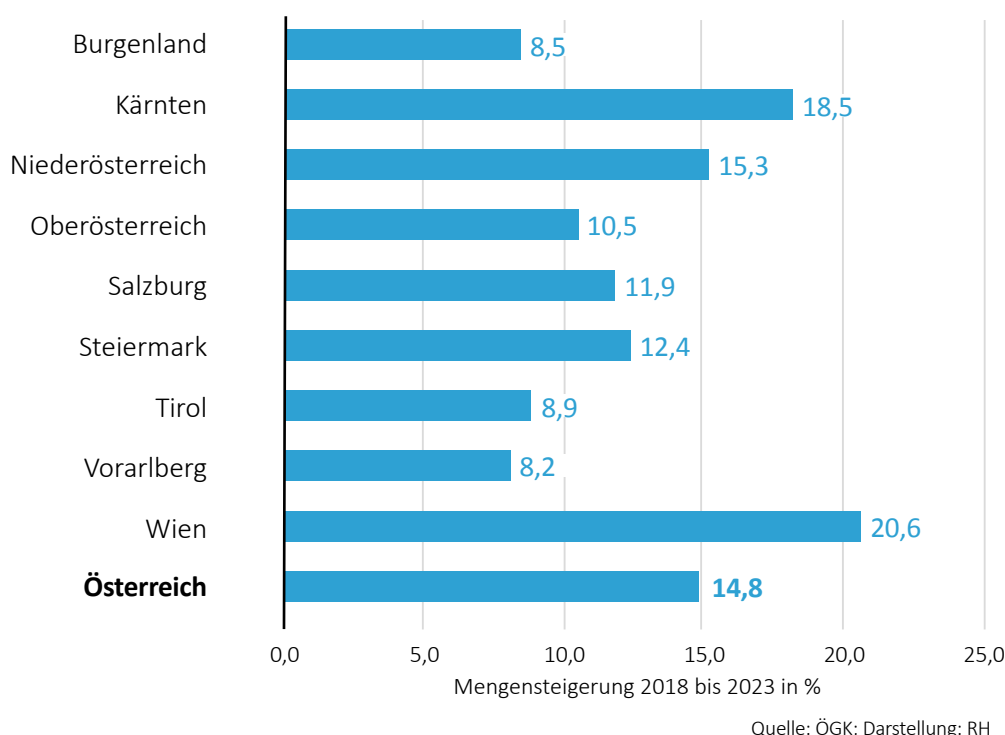
In Wien (18 % des Aufwands 2018) war der Aufwandsüberhang am größten, gefolgt von Niederösterreich (11 %), Kärnten (17 %) und der Steiermark (8 %).

(3) Eine Analyse der dem jeweiligen Selbstverwaltungsgremium bei der Beschlussfassung vorgelegten Kalkulationen im Vorfeld der Vertragsabschlüsse zeigte, dass die kalkulierten Tarifsteigerungen im Zeitraum 2018 bis 2023 fachgruppenübergreifend zwischen 18,19 % (Salzburg) und 23,46 % (Kärnten) lagen und damit unter der Entwicklung des Verbraucherpreisindex (23,86 %).

²⁷ Es kommt dabei zu Abweichungen von der Gesamtsumme, da unterschiedliche Entwicklungen in Fremdkassen, Vorsorge- und Mutterkindpass-Untersuchungen bereinigt wurden. Diese sind in der Leistungsstatistik enthalten, aber in der Finanzbuchhaltung auf anderen Konten verbucht.

14,79 Prozentpunkte des Aufwandsanstiegs (von 39,3 %, siehe Tabelle 17) waren durch eine Veränderung des Leistungsgeschehens bedingt. Allerdings waren weder die Patientenzahlen noch die Fallzahlen entsprechend gestiegen. Ein erheblicher Anstieg war bei den e-card-Konsultationen festzustellen; zusätzlich wurden mehr oder teurere Leistungen pro Konsultation verrechnet („Mengeneffekt“). Ein Vergleich nach Ländern – die Honorarordnungen und damit die Tarifsteigerungen wurden je Land vereinbart – zeigt folgendes Bild:

Abbildung 7: Mengeneffekt 2018 bis 2023 nach Land



In Wien betrug die kalkulierte Mengensteigerung rd. 21 %. Demgegenüber lag sie im Burgenland, in Tirol und in Vorarlberg jeweils unter 9 %.

Die Berechnung der Tarifentwicklung der ÖGK basierte auf einer angenommenen Frequenzentwicklung zur Zeit des Vertragsabschlusses. Eine abweichende tatsächliche Frequenzentwicklung ordnete sie im Nachhinein der Mengensteigerung zu. Die Betrachtung vermengte daher die Dimensionen einer Prognose-Ist-Analyse und einer Preis-Mengen-Analyse.

(4) Die Gesamtverträge regelten eine Quartalsabrechnung ärztlicher Leistungen, sodass die Aufwendungen für die ÖGK mit deutlicher Zeitverzögerung bekannt wurden. Die abgerechneten Konsultationen je Fall und die Einzelleistungen lagen weitgehend im Ermessen der Vertragspartner. Inhaltliche Versorgungsaufträge fehl-

ten in den Gesamtverträgen, die Leistungen waren uneinheitlich definiert und daher schwer vergleichbar. Laut ÖGK würden die Ärztinnen und Ärzte zunehmend elektronische Abrechnungsoptimierungen nutzen.

Obwohl die ÖGK anlässlich der Quartalsabrechnungen der einzelnen Vertragspartner und im Zuge der meist jährlichen Verhandlungen über die Honorarvereinbarungen die Leistungserbringung der Ärztinnen und Ärzte je Land analysierte, fehlte ein österreichweiter Gesamtüberblick. Die Preis-Mengen-Analyse auf Basis der Finanzdaten wies die ÖGK ab 2023 für die Länder nicht mehr aus.

Einzelleistungen analysierte die ÖGK nicht nach Finanzdaten, sondern nach Daten aus der Vertragspartnerabrechnung. Diese unterschieden sich von den Finanzdaten hinsichtlich

- der erfassten Leistungen; z.B. waren Vorsorgeuntersuchungen auf anderen Finanzkonten gebucht,
- der regionalen Zuordnung: Abrechnungsdaten nach Standort des Vertragspartners, Finanzdaten nach Zuordnung des Anspruchsberechtigten, und
- der erfassten Zahlungen; z.B. waren Pauschalzahlungen nur in den Finanzdaten, nicht aber in den Abrechnungsdaten erfasst.

Somit fehlten der ÖGK wesentliche Grundlagen zum Controlling der verrechneten Leistungen. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung überarbeitete die ÖGK ihren Controlling-Prozess. Ein wichtiger Aspekt war dabei die zeitnahe Berücksichtigung von e-card-Daten, die Berücksichtigung von Finanz- und Abrechnungsdaten und die Trennung der maßgeblichen Ausgabenhebel (z.B. Preisentwicklung, neue Leistungen, Inanspruchnahme).

20.2 Der RH wies darauf hin, dass insbesondere in Wien, aber auch in Kärnten, Niederösterreich und der Steiermark im Zeitraum 2018 bis 2023 die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen deutlich über der Beitragssteigerung lagen.

Er verwies auf seine Empfehlung an die ÖGK in **TZ 16**, in Zukunft einen Anstieg der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen ohne nachhaltige Finanzierung nach Möglichkeit zu vermeiden.

Der RH wies darauf hin, dass auf Basis der von der ÖGK verwendeten Entscheidungsgrundlagen für die Vertragsabschlüsse der Anstieg der Aufwendungen wesentlich auf Mengensteigerungen zurückzuführen war. Die Tarifsteigerungen waren demgegenüber hinter der Inflation zurückgeblieben.

Die Mengensteigerung war jedoch nicht auf eine steigende Patientenzahl oder mehr Fälle, sondern auf steigende e-card-Konsultationen je Fall und die verrechneten Einzelleistungen je Fall zurückzuführen. Die Unterschiede zwischen den Ländern wiesen nach Auffassung des RH darauf hin, dass nicht ausschließlich geänderte medizinische Bedarfe oder Behandlungsmöglichkeiten für den Anstieg verantwortlich waren: Es war nicht plausibel, dass solche Veränderungen länderspezifisch auftraten. Insofern hielt der RH den Informationsstand der ÖGK über die Entwicklung des Aufwands für ärztliche Hilfe für nicht ausreichend.

Der RH erachtete die eingesetzten Instrumente (Stellenplan, Tarife) zur Steuerung dieser Aufwandstreiber und das Controlling der ÖGK als nicht für vollständig. Die ÖGK beobachtete die Entwicklung der Einzelleistungen nicht zeitnah und differenziert genug.

Der RH empfahl der ÖGK, ihr Controlling der Leistungen im Vertragsarztbereich zu verbessern, sodass Entwicklungen der verrechneten Leistungen im Ländervergleich zeitnah und ausreichend differenziert erkannt und Maßnahmen zu ihrer Steuerung gesetzt werden können.

Der RH analysiert in der Folge für Wien die Entwicklung nach Fachgebiet und Leistungsbündel.

- 20.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Das Controlling im Vertragsarztbereich werde laufend ausgebaut. Ein lückenloser Ländervergleich von abgerechneten Leistungen sei – aufgrund der Unterschiedlichkeit der Verträge und Honorierungssysteme – nur mit hohem Ressourceneinsatz möglich. Ein einheitlicher Gesamtvertrag mit einheitlichem Leistungsspektrum würde dazu beitragen, dass Ländervergleiche möglich seien und Maßnahmen zur Steuerung rascher gesetzt werden könnten.

Entwicklung in Wien nach Fachgebiet

21.1 (1) Die Wiener Gebietskrankenkasse schloss im Jahr 2018 für drei Jahre einen Gesamtvertrag ab. Die dabei prognostizierte Honorarsteigerung für die Jahre 2018, 2019 und 2020 lag jeweils deutlich über der prognostizierten Beitragseinnahmesteigerung. Sie begründete dies insbesondere mit einer Kofinanzierung durch das Land Wien, mit einer Attraktivierung der Vertragsarztstätigkeit insbesondere in der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde sowie mit der Umsetzung der Leistungsharmonisierung zwischen den Ländern. Der RH hatte im Versorgungsbericht die durch die Einführung neuer Leistungen bewirkte Leistungsverbesserung anerkannt, jedoch darauf hingewiesen, dass die Honorarsteigerungen die nachhaltige Gebarung der ÖGK gefährden konnten. Er hatte empfohlen, die Honorarabschlüsse an der insgesamt nachhaltig ausgeglichenen Gebarung der Krankenversicherung zu orientieren.

(2) Die Wiener Gebietskrankenkasse hatte keine Zusage des Landes Wien, langfristig einen bestimmten Anteil der Zusatzaufwendungen abzudecken. Die Landes-Zielsteuerungskommission beschloss lediglich eine Kofinanzierung bestimmter, zeitlich befristeter Projekte. In den Jahren 2019 und 2020 ergaben sich daraus Zuzahlungen von insgesamt rd. 13 Mio. EUR für die genannten Leistungen. Im Jahr 2021 leistete das Land Wien keine Kofinanzierung, ab 2022 eine Kofinanzierung für neue Projekte mit weiteren Verbesserungen der Versorgung. Die Zuzahlungen blieben unter den Aufwendungen der ÖGK für die 2018 vereinbarten zusätzlichen Leistungen.

(3) Im Einzelnen zeigten sich zwischen Fachgebieten unterschiedliche Entwicklungen:

- Es gab Fachgebiete, in denen vor allem die Anzahl der Fälle stieg (z.B. Innere Medizin, Lungenheilkunde, Orthopädie, Psychiatrie und Urologie).
- In anderen Fachgebieten vereinbarte die ÖGK hohe Tarifsteigerungen (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde); es gab auch Fachgebiete, bei denen die Tarife geringer als die Inflation stiegen (z.B. Innere Medizin, Orthopädie).
- In der Augen- und der Frauenheilkunde führte die ÖGK wichtige Einzelleistungen neu ein.
- In der Chirurgie und Dermatologie war die Steigerung der abgerechneten Beträge hauptsächlich durch mehr abgerechnete, bereits bestehende Einzelleistungen bedingt.

(4) Die folgende Tabelle zeigt jene 17 Leistungsbündel, die zum Aufwandsüberhang wesentlich beitrugen.²⁸ Bei einigen Leistungsbündeln sah der RH Effizienzpotenziale:

Tabelle 18: Aufwand und Effizienzpotenziale für ausgewählte Leistungsbündel in Wien

Fachgebiet	Leistungsbündel	Aufwand 2023	Effizienzpotenzial laut Analyse RH
		in Mio. EUR	
Allgemeinmedizin	höhere Grundvergütung	131,56	Zielvereinbarungen zur Endversorgungsquote
	besondere Vergütung 3. – 9. Konsultation	36,81	
	Heilmittelberatungsgespräch	2,39	
Augenheilkunde	optische Kohärenztomographie	11,92	mögliche Senkung der Inanspruchnahme ¹
Chirurgie	Koloskopie	12,33	–
	Wundversorgung	1,54	
Dermatologie	Auflichtuntersuchung (Muttermarkkontrolle)	3,61	geringere Steigerung der Inanspruchnahme ¹
	Entfernung oberflächlicher Geschwülste	2,20	
Frauenheilkunde	Ultraschall	8,08	–
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Endoskopie und Regiezuschlag	13,41	mögliche Senkung der Inanspruchnahme ¹
	Audiometrie und Tympanometrie	13,06	
Innere Medizin	Herzdiagnostik (darunter Echokardiographie)	32,53	geringere Inanspruchnahme ¹
	Endoskopie	10,06	
Orthopädie	Manualtherapie	9,69	geringere Inanspruchnahme ¹
	Infiltrationen/Injektionen	18,41	–
	Sensibilität/Motorik	6,12	geringere Inanspruchnahme ¹
Psychiatrie	psychiatrische Basisleistungen	11,21	Anpassung der Abrechnungsmodalitäten
Summe ausgewählte Leistungsbündel		324,91	

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK; Berechnung und Zusammenstellung: RH

¹ Die Analyse der Effizienzpotenziale ergibt sich aus dem Vergleich der Tarife und Mengen zwischen den Ländern.

(a) Im Bereich der Allgemeinmedizin erhöhte die Wiener Gebietskrankenkasse im Vertragsabschluss 2018 das Honorar erheblich. Dies erfolgte über verschiedene Tarifpositionen (Anhebung des Hausarztzuschlags, „Sachleistungsversorgungs- und Öffnungszeitenbonus“ für Vertragspartner, die ihre Öffnungszeiten erweiterten, Vergütung für zusätzliche Konsultationen innerhalb eines Falls und für Heilmittelberatungsgespräche).²⁹ Damit sollte die Allgemeinmedizin attraktiver werden, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und die Primärversorgung zu stärken.

²⁸ Die Analyse in den anderen Ländern war dadurch erschwert, dass im überprüften Zeitraum die Leistungen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern aus der Verrechnungsgemeinschaft mit den Gebietskrankenkassen herausfielen und daher umfangreiche Bereinigungen erforderlich gewesen wären.

²⁹ Auch in Niederösterreich gab es hohe Honorarsteigerungen in der Allgemeinmedizin. Sie führten zu einem Aufwandsüberhang von rd. 18 Mio. EUR (rund der Hälfte des gesamten Aufwandsüberhangs in Niederösterreich).

Dies basierte auf der Annahme, dass eine wesentliche Zahl von Beschwerden durch die Allgemeinmedizin abschließend betreut werden könne. Im überprüften Zeitraum zeigte sich jedoch kein Rückgang in der fachärztlichen Versorgung. Konkrete Ziele zu Überweisungs- bzw. Endversorgungsquoten gab es nicht.

(b) Optische Kohärenztomographie ermöglicht es, Schnittbilder des Augenhintergrundes in hoher Auflösung aufzunehmen. Dies dient der Diagnostik (z.B. altersabhängige Makuladegeneration) und der Verlaufskontrolle nach einer Behandlung. Diese Leistung erfordert eine gesonderte technische Ausstattung und wurde 2019 in die Honorarordnung für Wien aufgenommen. In vier anderen Ländern (Burgenland, Niederösterreich, Steiermark und Tirol) war die Leistung nicht Bestandteil der Honorarordnung, sondern sie wurde öfter in Spitalsambulanzen erbracht. In Oberösterreich durfte die Leistung nur in 6 % der Fälle erbracht werden, in Kärnten in 15 %, in Wien hingegen in 100 % der Fälle. Tatsächlich gab es in Wien je Anspruchsberechtigte und Anspruchsberechtigten um rund die Hälfte mehr Verrechnungen der optischen Kohärenztomographie als im Durchschnitt der anderen Länder.

(c) Bei einer Koloskopie (Darmspiegelung) wird der Dickdarm mit einem speziellen Endoskop untersucht. Werden während der Spiegelung verdächtige Schleimhautstellen entdeckt, lassen sie sich direkt entfernen. Die Untersuchung ist eine wichtige Maßnahme im Bereich der Darmkrebsvorsorge. Hier war der Anstieg in Wien ähnlich hoch wie im übrigen Bundesgebiet, auch die Preise waren nicht auffällig.

Im Bereich der Wundversorgung wurde nach Auskunft der ÖGK ein vorher bestehendes Versorgungsdefizit in Wien mit der Finanzierung eines eigenen Zentrums ausgeglichen.

(d) Die starke Erhöhung der Entfernung von Geschwülsten im Bereich der Dermatologie war nicht nachvollziehbar: Die Zahl der Operationen zur Entfernung oberflächlicher Geschwülste stieg von rd. 15.000 im Jahr 2018 auf rd. 47.000 im Jahr 2023.

Für Auflichtuntersuchungen (Muttermalkontrollen) waren die Tarife und die Leistungsbeschreibung in den Ländern unterschiedlich. Teilweise war die Verrechnung der Kontrolle einzelner Muttermale vorgesehen, teilweise die Verrechnung einer Ganzkörperuntersuchung. Die ÖGK gab in Wien pro Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten im Jahr 2023 22,75-mal so viel für diese Leistung aus wie im übrigen Bundesgebiet, im Jahr 2018 2,2-mal so viel. Wien war das Land mit den höchsten Aufwendungen.³⁰

³⁰ In den Ländern gab es unterschiedliche Limits; sowohl zur Anzahl der Muttermale als auch der Personen, die diese Leistung in Anspruch nehmen konnten (in Wien z.B. 1-mal pro Patient und Jahr, im Burgenland nur in 25 % der Fälle).

(e) Gynäkologischer Ultraschall war vor 2019 in Wien keine Kassenleistung und privat zu bezahlen; 2019 nahm die Wiener Gebietskrankenkasse die Leistung für Wien als eines der letzten Länder in ihren Leistungskatalog auf. In Oberösterreich durften nur 21 % der Fälle verrechnet werden, im Burgenland 53 %; in Wien war kein Limit vereinbart. In Wien entfiel 2023 rechnerisch auf 17 % der Anspruchsberechtigten ein gynäkologischer Ultraschall, in den anderen Ländern im Schnitt auf 13,5 % der Anspruchsberechtigten.

(f) Audiometrie und Tympanometrie dienen der Überprüfung der Gehörfunktion. Die Leistung wurde in Wien rd. 526.000-mal (0,29-mal je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten) verrechnet, im übrigen Bundesgebiet rd. 899.000-mal (0,16-mal je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten). Die Anzahl der Überprüfungen stieg in Wien zwischen 2018 und 2023 um rd. 178.000, im übrigen Bundesgebiet um rd. 89.000. Während in Wien keine Limits vereinbart waren, galt z.B. im Burgenland ein Limit von 8 % der Fälle, in Kärnten von 25 % der Fälle.

Aufwendungen je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten für Endoskopieleistungen in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde stiegen zwischen 2018 und 2023 in Wien um 57 % an, im übrigen Bundesgebiet um 40 %. Im Jahr 2023 wurde der ÖGK in Wien die Leistung 0,33-mal je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten verrechnet, im übrigen Bundesgebiet 0,11-mal.

(g) Echokardiographie kann über verschiedene Herzerkrankungen Aufschluss geben. Je nach eingesetzten Geräten und Verfahren waren in den Ländern unterschiedliche Tarife und Zählungen möglich. In Wien war der aufgewendete Betrag je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten für diese Leistung zwischen 2018 und 2023 um 50 % gestiegen, in den anderen Ländern um 41 %. Die Aufwendungen je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten lagen in Wien um 57 % höher als im übrigen Bundesgebiet.

(h) Bei der Manualtherapie werden Muskeln und Gelenke mobilisiert. Die Leistung wurde in Wien je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten knapp siebenmal so oft verrechnet wie in Niederösterreich. Der vergütete Betrag je Leistung lag in Niederösterreich nach Anwendung der Limits bei 11,65 EUR, in Wien bei 16,08 EUR, obwohl die Tarife annähernd gleich hoch waren. Ein medizinischer Grund für die unterschiedliche Häufigkeit der Leistungserbringung in Wien und in Niederösterreich war nicht ersichtlich.

(i) Psychiatrische Basisleistungen waren im Honorarkatalog als 20-minütige und halbstündige Gespräche bezeichnet. Sie wurden so häufig verrechnet, wie sie – hochgerechnet auf die Anzahl der Vertragspartner – tatsächlich nicht erbringbar war. Nach dem Wortlaut der vertraglichen Vereinbarung war für die Verrechnung

aber kein tatsächlich halbstündiges Gespräch erforderlich. Die ÖGK sah einen Bedarf, die Vereinbarung zu präzisieren bzw. die Verrechnungspraxis anzupassen.

(5) Die für die Analyse der Leistungen notwendigen Daten waren ausschließlich in der ÖGK verfügbar; sie erforderten Expertise zu verschiedenen Vertragswerken, um die richtigen (unterschiedlich bezeichneten) Tarifpositionen und die Abrechnungspraxis gegenüberzustellen.

- 21.2 Der RH beurteilte mehrere Entwicklungen als versorgungspolitisch sinnvoll, z.B. die Aufnahme des gynäkologischen Ultraschalls in den Leistungskatalog in Wien und das Zentrum für Wundversorgung. Er merkte aber auch an, dass in Wien vielfach keine oder sehr hohe Limits für der ÖGK zu verrechnende ärztliche Leistungen vorgesehen waren; die Frequenzen und die Wachstumsraten einzelner Leistungsbündel lagen oft wesentlich über dem Schnitt des übrigen Bundesgebiets. Bei mehreren Leistungen sah der RH daher Ansatzpunkte für eine ökonomische Optimierung, die durch Maßnahmen der Mengensteuerung implementiert werden sollten.

Der RH empfahl der ÖGK, die vom RH identifizierten Effizienzpotenziale in der Abrechnungskontrolle und bei der Gestaltung der Honorarordnungen zu nutzen; die Effizienzpotenziale betrafen Auffälligkeiten beim Niveau und beim Anstieg bestimmter Leistungen sowie die Vereinbarung und das Controlling von Versorgungszielen.

Der RH wies darauf hin, dass die notwendigen Daten für die Identifikation von Auffälligkeiten in der Leistungserbringung nur der ÖGK zur Verfügung standen und die Gegenüberstellung der Leistungserbringung in den Ländern aufgrund der unterschiedlichen Honorierungssysteme Expertise in mehreren Vertragswerken erforderte.

Er empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, eine breitere Zugänglichkeit der aggregierten Verrechnungsdaten zu prüfen, um mehr Transparenz über Preis- und Mengenunterschiede zu schaffen (siehe auch TZ 33).

Der RH wies weiters darauf hin, dass die unterschiedlichen Abrechnungspositionen, Leistungsdefinitionen, Tarife und Limits mehrerer wichtiger Leistungen zwischen den Ländern sachlich nicht nachvollziehbar waren. Er sah darin das Risiko einer Fehlversorgung und eines Vertrauensverlusts sowohl bei den Versicherten als auch bei den Vertragspartnern; er untersucht daher in der folgenden TZ die Bemühungen um einen einheitlichen Gesamtvertrag.

- 21.3 (1) Das Ministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Eine höhere Transparenz wäre für diverse Steuerungsprozesse hilfreich. Der RH habe jedoch bereits selbst auf die Komplexität aufgrund der unterschiedlichen Vertragswerke und die dadurch für die Analyse notwendige Expertise hingewiesen.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Vergleichbarkeit der aggregierten Verrechnungsdaten für Analysezwecke zur Zeit der Stellungnahme aufgrund der Heterogenität der Verrechnungsdaten nicht gegeben sei. Ein einheitlicher Leistungskatalog der ÖGK sei eine Grundvoraussetzung für ein Monitoring. Ergänzend verwies der Dachverband auf die Stellungnahme der ÖGK.

(3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Nutzung der Effizienzpotenziale zustimmend zur Kenntnis. Auffälligkeiten würden im Rahmen des Vertragspartnercontrollings identifiziert. Bei Bedarf setze die ÖGK Maßnahmen im Rahmen der Abrechnungs- und Vertragspartnerkontrolle bzw. diskutiere mit den Ärztekammern. Ein wichtiges Instrument seien Limitierungen und Degressionen, die die Ärztekammern jedoch in vielen Fällen ablehnen würden. Die ÖGK verwies weiters auf ihre Stellungnahme zu TZ 20 (Ausbau des Vertragspartnercontrollings).

Die ÖGK werde für den gesamten Bereich der Ärzteverrechnung ein umfassendes und gezieltes Controlling aufbauen, das für die Performancemessung und das Monitoring, die Planung und Verhandlung eine qualitätsvolle Grundlage bilde. Ergänzend verwies die ÖGK auf die Stellungnahme des Dachverbands.

- 21.4 Der RH führte gegenüber dem Dachverband und der ÖGK aus, die Bedenken zur Vergleichbarkeit der Verrechnungsdaten nachvollziehen zu können. Er hielt aber die Unterschiede für wesentliche Ansatzpunkte bei kritischen Rückfragen. Dadurch könnte die öffentliche Wahrnehmung, dass eine Vereinheitlichung notwendig war, unterstützt werden. Transparenz in der Verrechnung war aus Sicht des RH eine Voraussetzung für gezielte Reformen und auch für das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in eine Sicherstellung der notwendigen Versorgung durch die Krankenversicherung.

Einheitlicher Gesamtvertrag, Versorgungsaufträge und Vergütungssystem

22.1 (1) Zwischen der ÖGK und den jeweiligen Landesärztekammern bestanden neun unterschiedliche Gesamtverträge mit verschiedenen Honorarordnungen. Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz 2018³¹ sah vor, dass von der ÖGK ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen war (§ 341 Abs. 1 ASVG). Details – etwa eine gesetzliche Frist dafür, die dafür aufzubringenden Mittel oder eine Priorisierung von Leistungswesen oder Vergütung – waren nicht geregelt. Bis zum Abschluss eines bundeseinheitlichen Gesamtvertrags sollten die Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen weitergelten. Wie in **TZ 21** dargestellt, bestanden vor allem bei Leistungen, die 2018 bis 2023 besonders zur Aufwandssteigerung beitrugen, erhebliche Unterschiede.

(2) Im Juli 2021 übergab die Österreichische Ärztekammer einen Vorschlag für einen einheitlichen Leistungskatalog an die ÖGK. Die ÖGK prüfte im Zuge eines „Vorprojekts“ von Februar 2022 bis Juli 2023, welche neuen Leistungen darin enthalten waren und welche Auswirkungen die Honorierung haben könnte.

(3) In der Folge teilte die Österreichische Ärztekammer der ÖGK mit, dass sie den Katalog der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen präferiere. Der Dachverband wertete jene Positionen aus, die wesentliche Änderungen erfordern würden. Dies betraf rd. 500 von 1.700 Leistungen. Laut ÖGK würden durch die Übernahme dieses Leistungskatalogs der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen je nach Variante Mehrkosten von 356,65 Mio. EUR bis 1,25 Mrd. EUR entstehen. Im Juni 2024 begann die ÖGK ein bis Ende 2026 konzipiertes Projekt mit dem Ziel der Unterzeichnung eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrags. Es sollten ein einheitlicher Versorgungsauftrag pro Fachgruppe sowie ein neues, einheitliches Honorierungsmodell erstellt, verhandelt, getestet und adaptiert werden. Das Projekt umfasste mehrere Teilbereiche, insbesondere die Erarbeitung eines einheitlichen Gesamtvertragstexts, einheitlicher Versorgungsaufträge, eines einheitlichen Honorierungsmodells und die Finanzierung.

(4) Ende 2022 hatte der RH in seinem Bericht „Reform der Sozialversicherungsträger – Fusion“ (Reihe Bund 2022/41) dargestellt, dass konkrete Pläne nicht genannt werden konnten, welche Unterschiede in den Leistungen der fusionierten Träger in welchem Zeitraum zu beseitigen seien bzw. welches Vorgehen dazu anzustreben sei (z.B. Stichtagslösungen, schrittweises Vorgehen). Der RH hatte damals eine Einigung der Landesärztekammern auf einen Mittelwert als unwahrscheinlich beurteilt, eine Angleichung auf dem höchsten Niveau als nicht finanzierbar. Der

³¹ BGBl. I 100/2018

Gesetzgeber hatte zwar die Struktur der Sozialversicherungsträger reformiert, die Zuständigkeit der Landesärztekammern als Verhandlungspartner jedoch unverändert gelassen. Der RH hatte dem Ministerium empfohlen, im Falle einer Nichteinigung über einen einheitlichen Gesamtvertrag auch die Umgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (Regelung der Verhandlungs- und Vertragspartner auf Ärzte- und ÖGK-Seite) zu erwägen und gegenüber dem Gesetzgeber durch Vorlage einer Gesetzesnovelle darauf hinzuwirken. Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 änderte dies nicht.

- 22.2 Der RH wies darauf hin, dass ein einheitlicher Gesamtvertrag seit 2019 nicht erreicht wurde und bis Anfang 2025 auch keine Annäherung (etwa eine schrittweise Angleichung von Honorarordnungen oder eine Angleichung von einzelnen Fachgebieten) stattfand.

Der RH war der Auffassung, dass dadurch sowohl die Systemakzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei den Versicherten als auch die Steuerbarkeit der ÖGK beeinträchtigt wurden. Es war nicht plausibel, warum bestimmte Leistungen beim selben Versicherungsträger bei gleichen Beiträgen nur in einzelnen Ländern verfügbar waren bzw. dass wesentliche versorgungsrelevante Leistungen vertraglich nicht verrechenbar waren. Nach Einschätzung des RH war dies sowohl für potenzielle Vertragspartner als auch für Versicherte ein Grund, außerhalb der öffentlichen Krankenversicherung Alternativen zu suchen.

Der RH wies außerdem erneut darauf hin, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Verhandlungslösung erschwerten, weil die Zustimmung nicht nur der Österreichischen Ärztekammer, sondern jeder Landesärztekammer notwendig war.

Der RH hielt die Vereinbarung eines Gesamtvertrags mit zeitgemäßen Versorgungsaufträgen, einheitlichen Leistungsdefinitionen und einer klaren Abgrenzung gegenüber Spitalsambulanzen für eine zentrale Aufgabe der österreichischen Krankenversicherung und der österreichischen Gesundheitspolitik. Er hielt fest, dass dieses Ziel seit 2019 nicht erreicht wurde, und wies auf die schwierigen gesetzlichen Rahmenbedingungen hin. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung (Anfang 2025) war aufgrund der erwarteten Mehrkosten in Verbindung mit der finanziellen Lage der ÖGK ohne Änderung dieser Rahmenbedingungen nach Auffassung des RH weder ein einheitlicher Gesamtvertrag noch die verbindliche Vereinbarung von Versorgungsaufträgen zu erwarten.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, eine Regierungsvorlage zur Änderung der Rahmenbedingungen für den in § 341 Abs. 1 ASVG vorgesehenen einheitlichen Gesamtvertrag vorzubereiten, etwa mit einem Entfall der Zustimmung der einzelnen Landesärztekammern.

Der RH merkte an, dass die Frage, welche Leistungen die Krankenversicherungsträger finanzieren sollten, auch für die Spitalsambulanzen relevant war. Zusätzliche Leistungen, die Spitäler entlasteten, waren finanziell vor allem dann sinnvoll, wenn dies zu strukturellen Änderungen von Spitalsambulanzen führen konnte, z.B. reduzierte Schichten, reduzierte Besetzung oder Schließung. Das war für die ÖGK alleine kaum abzuschätzen. Eine Einbeziehung weiterer Leistungen in den niedergelassenen Bereich könnte auch das dort verfügbare Leistungsvolumen vergrößern, was wiederum die Akzeptanz bei den Ärztinnen und Ärzten für geänderte Rahmenbedingungen erhöhen konnte. Eine solche Neuaufstellung der Versorgungsaufträge und vertraglichen Rahmenbedingungen erforderte eine klare Zielsetzung, eine Projektorganisation und eine Einbindung der wesentlichen Entscheidungsträgerinnen und -träger.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern und den Ärztekammern zeitnah, prioritär und mit Nachdruck gesamtvertraglich zeitgemäße Versorgungsaufträge für den niedergelassenen Bereich, einheitliche Leistungsdefinitionen und eine klare Abgrenzung gegenüber Spitalsambulanzen zu regeln.

- 22.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass vor der Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die ärztlichen Gesamtverträge mit den Landesärztekammern abgeschlossen habe, seit 1. Jänner 2020 allerdings ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch die ÖGK mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen sei. Gemäß § 117b Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz 1998 sei die Österreichische Ärztekammer für den Abschluss von Verträgen mit den Sozialversicherungsträgern zuständig, wenn Ärztinnen bzw. Ärzte von zwei oder mehr Ärztekammern berührt seien.

Der Abschluss des Gesamtvertrags falle in den eigenen Wirkungsbereich der ÖGK. Der Bundesgesetzgeber könne den Abschluss daher nicht direkt beeinflussen. Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 bekenne sich zu einem bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag (§ 795 Abs. 5 ASVG). Der Finanzausgleich 2024 bis 2028 und das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 hätten wichtige Maßnahmen getroffen, die den Abschluss eines einheitlichen Gesamtvertrags fördern. Als wesentliche Maßnahme leiste der Bund über die Finanzausgleichsperiode jährlich 300 Mio. EUR bzw. insgesamt 1,500 Mrd. EUR zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs. Diese Mittel seien u.a. für den Abschluss eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrags der ÖGK samt harmonisierter Honorierung zu verwenden.

Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 regle inhaltliche Vorgaben für den Gesamtvertrag. Der Bereich, worüber sich die ÖGK und die Österreichische Ärztekammer zu einigen hätten, sei darin eingeschränkt worden. Der Maßstab für die ausreichende Versorgung, die durch die Verträge zu realisieren sei, sei insofern defi-

niert worden, als für die ausreichende Versorgung die verbindlichen Inhalte der ÖSG- und RSG-Verordnungen (§ 338 Abs. 2 ASVG) maßgeblich seien.

Auch die Stellenplanung erfolge in Zukunft im Wesentlichen über die RSG. Die Österreichische Ärztekammer und die ÖGK würden in Zukunft lediglich die konkrete örtliche Verteilung der Planstellen vereinbaren. Die Möglichkeit länderspezifischer Honorarvereinbarungen (§ 342 Abs. 2b und 2c ASVG) sei entfallen.

Sozialversicherungsrechtlich bestehe kein Zweifel an der Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer zum Abschluss des bundeseinheitlichen Gesamtvertrags. Dem Gesetzgeber sei bewusst gewesen, dass der Abschluss eines einheitlichen Gesamtvertrags nicht rasch zu bewältigen sei.

Die Vereinheitlichung stehe vor der Herausforderung, dass die unterschiedlichen Strukturen der regionalen Gesamtverträge über Jahrzehnte gewachsen seien. Diese würden sich im Leistungskatalog, in den Honoraren und sonstigen Bedingungen und Textierungen unterscheiden. Daher würden die vor 2020 gültigen regionalen Gesamtverträge bis zum Abschluss eines bundesweiten Gesamtvertrags weiter gelten (§ 718 Abs. 6 ASVG).

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit³² sei die Umsetzung des Ziels, die Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich qualitativ zu stärken, durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Sozialversicherungsträger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrags der ÖGK samt harmonisierter Honorierung vereinbart worden. Im Ziele- und Maßnahmenkatalog des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024–2028 sei als erste Maßnahme des Operativen Ziels 1 zum Strategischen Ziel 1 bis Ende 2026 die Entwicklung und die Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrags der ÖGK samt harmonisierter Honorierung vereinbart. Dazu richte die ÖGK ein Projekt ein.

(2) Der Dachverband und die ÖGK begrüßten in ihrer Stellungnahme die Empfehlungen. Laut Stellungnahme der ÖGK, auf die der Dachverband in seiner Stellungnahme verwies, seien gesamtvertraglich geregelte zeitgemäße Versorgungsaufträge, einheitliche Leistungsdefinitionen und eine klare Abgrenzung gegenüber Spitalsambulanzen Teil der Gespräche zum bundeseinheitlichen Gesamtvertrag.

- 22.4 Der RH entgegnete dem Ministerium, dass die Abschlusskompetenz für den Gesamtvertrag bei der Österreichischen Ärztekammer lag, aber die Verhandlungen über die – je Land unterschiedlichen – Honorarpositionen und -höhen und die interne Willensbildung weitgehend bei den Landesärztekammern lagen. Ihre Rolle war für

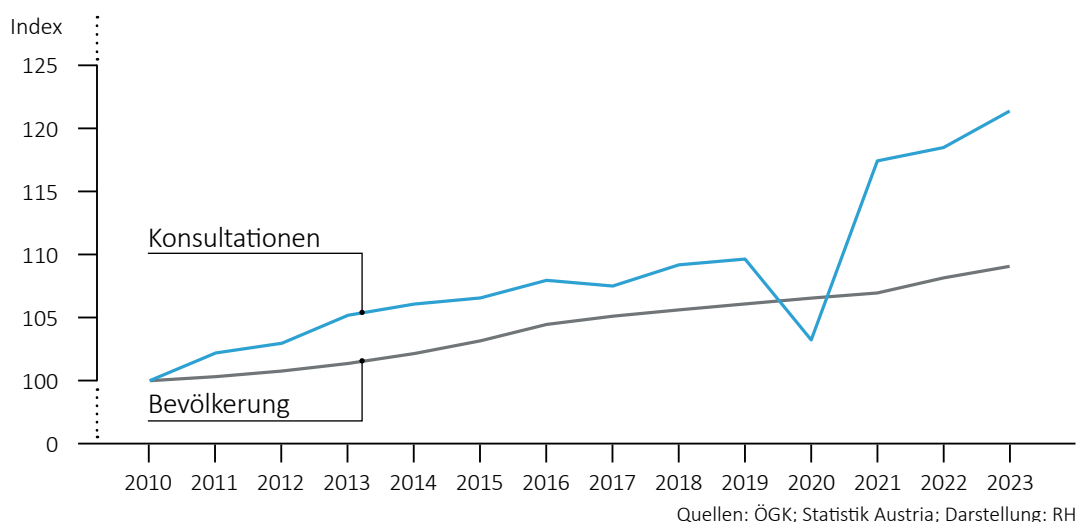
³² BGBl. I 1/2025

die tatsächliche Umsetzung eines einheitlichen Gesamtvertrags daher entscheidend. Der RH verwies auf die bereits getroffenen Maßnahmen, merkte aber erneut an, dass der Abschluss eines einheitlichen Gesamtvertrags auch nach bereits sechs Jahren noch nicht gelungen war. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung, eine Regierungsvorlage zur Änderung der Rahmenbedingungen für den in § 341 Abs. 1 ASVG vorgesehenen einheitlichen Gesamtvertrag vorzubereiten, etwa mit einem Entfall der Zustimmung der einzelnen Landesärztekammern.

Mögliche Ursachen für den Konsultationsanstieg bei Vertragsärzten

- 23.1 (1) Neben dem Anstieg einzelner Leistungen war auch ein erheblicher Anstieg der e-card-Konsultationen zu beobachten. Die folgende Abbildung stellt diese Entwicklung jener der Bevölkerung gegenüber:

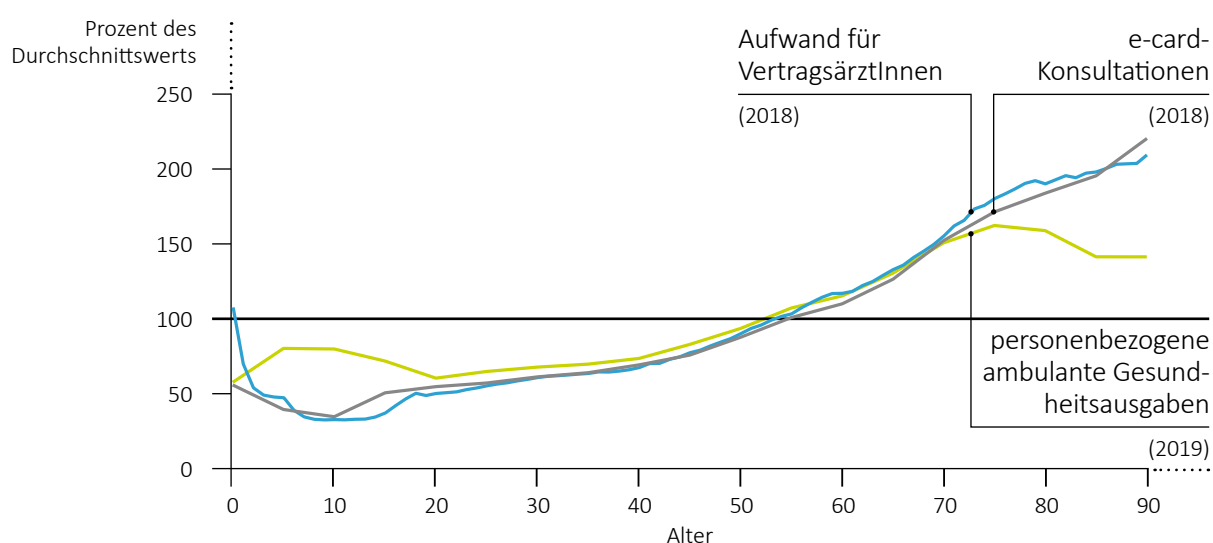
Abbildung 8: Entwicklung der e-card-Konsultationen und der Bevölkerung



Die e-card-Konsultationen erhöhten sich von 2010 bis 2019 geringfügig stärker als die Bevölkerung (jährlich um 0,4 % mehr). In den Jahren 2020 und 2021 war aufgrund der COVID-19-Pandemie eine besondere Entwicklung zu beobachten. In den Jahren 2022 und 2023 kam es jedoch zu einem weiteren Anstieg.

(2) Der RH untersuchte mögliche Ursachen dafür. Die folgende Abbildung zeigt, wie die Anzahl der e-card-Konsultationen, der Aufwand für Vertragsärztinnen und -ärzte und die personenbezogenen ambulanten Gesundheitsausgaben³³ vom Alter abhängen:

Abbildung 9: Einfluss des Alters auf die ärztliche Inanspruchnahme



Quellen: Dachverband; Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: RH

Abgesehen vom Kleinkindalter war für alle drei Indikatoren grundsätzlich ein Anstieg mit dem Lebensalter zu beobachten. In Verbindung mit der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung lässt sich daraus der Einfluss der Alterung der Bevölkerung auf die Inanspruchnahme berechnen.

Der beobachtete Anstieg des Aufwands (14,8 % ohne Tarifsteigerungen) bzw. der e-card-Konsultationen (12,8 % in der Allgemeinmedizin) war nicht überwiegend durch die demografische Entwicklung erklärbar: Für den Zeitraum 2018 bis 2023 war der Einfluss der Alterung lediglich für einen Anstieg von 1,4 % beim Aufwand für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie bei e-card-Konsultationen verantwortlich.

³³ umfasst auch spitalsambulante Leistungen, ambulante Rehabilitation und ambulante Langzeitpflege

(3) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Bevölkerung von 2018 bis 2023 nach Altersgruppen und die Inanspruchnahme von Konsultationen durch die jeweilige Altersgruppe:

Tabelle 19: Bevölkerungsveränderungen und e-card-Konsultationen pro Person nach Altersgruppe

Altersgruppe	Bevölkerung				Konsultationen pro EinwohnerIn			
	2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023		2018	2023	Veränderung 2018 bis 2023	
	Anzahl			in %	Anzahl			in %
0–4 Jahre	434.029	427.496	-6.533	-1,5	6,3	5,9	-0,4	-6,5
5–19 Jahre	1.283.356	1.334.454	51.098	4,0	4,6	5,0	0,3	7,3
20–49 Jahre	3.557.197	3.552.330	-4.867	-0,1	7,2	8,0	0,8	10,4
50–64 Jahre	1.905.241	2.016.442	111.201	5,8	11,3	12,0	0,7	6,3
65–79 Jahre	1.220.168	1.260.649	40.481	3,3	17,1	16,9	-0,3	-1,6
80 Jahre und darüber	437.716	539.326	101.610	23,2	22,5	23,4	0,9	4,2
Summe	8.837.707	9.130.697	292.990	3,3	9,8	10,5	0,7	6,8

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Dachverband; Statistik Austria

Bei Kleinkindern ging die Inanspruchnahme von Konsultationen um rd. 7 % pro Person zurück, in der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre sank sie leicht. In den weiteren Altersgruppen war ein Anstieg von rd. 4 % bis rd. 10 % beobachtbar.

Hypothesen der ÖGK zum Anstieg der Inanspruchnahme in beinahe allen Altersgruppen betrafen eine intensivere Betreuung durch Primärversorgungseinheiten, vermehrte Koordinierungs- und Überweisungstätigkeit aufgrund von Spitalsaufenthalten, Auslagerung von Leistungen aus Spitalsambulanzen, zusätzliche Konsultationen durch Telemedizin (etwa bei Krankschreibung) oder einen höheren Bedarf aufgrund von COVID-19-Folgeschäden und mehr Infektionskrankheiten. Patientenbefragungen zeigten, dass auch Doppeluntersuchungen zunahmen.

(4) Bei sogenannten o-card-Steckungen verrechnet eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt eine Leistung, ohne dass die e-card einer Patientin bzw. eines Patienten vorgewiesen wird.

Die folgende Tabelle stellt für den Zeitraum 2019 bis 2023 die e-card-Konsultationen den o-card-Steckungen gegenüber:

Tabelle 20: e-card-Konsultationen und o-card-Steckungen 2019 bis 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Allgemeinmedizin	in Mio.				
Konsultationen gesamt	55,79	53,19	61,19	61,70	62,67
davon					
e-card	51,72	30,32	40,05	46,45	52,16
o-card	4,07	22,86	21,14	15,26	10,51
	in %				
Anteil o-card	7	43	35	25	17
allgemeine Fachgebiete	in Mio.				
Konsultationen gesamt	20,19	18,56	20,14	20,57	21,55
davon					
e-card	19,47	12,05	15,10	17,98	19,25
o-card	0,72	6,51	5,04	2,59	2,30
	in %				
Anteil o-card	4	35	25	13	11

Quelle: ÖGK

Der starke Anstieg der o-card-Steckungen in der COVID-19-Pandemie war durch die Vermeidung von Kontakten bedingt. Im Jahr 2023 war die Zahl der e-card-Konsultationen etwa auf dem Niveau von 2019, die Zahl der o-card-Steckungen allerdings wesentlich höher als 2019. Dies könnte – insbesondere in der Allgemeinmedizin – auf eine verstärkte Verrechnung von Konsultationen ohne physische Präsenz der Patientinnen und Patienten hindeuten.

Eine Erklärung des starken Anstiegs der e-card-Konsultationen (siehe Abbildung 8) war aufgrund der fehlenden Diagnosedaten und der Probleme in der Erfassung der Einzelleistungen schwierig. Die ÖGK war daher auf die Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern angewiesen.

Durch Limits und Degressionen, Pauschalierungen und Vereinbarungen über Gesamtkostensteigerungen (z.B. in Vorarlberg) versuchte die ÖGK, das Risiko unvorhersehbarer Mengensteigerungen zu begrenzen und die Verantwortung für die Mengenentwicklung mit den Vertragspartnern zu teilen. Diese Regelungen konnten nach Bedarf fachrichtungs- oder einzelleistungsbezogen oder pauschal sein sowie kurz- oder langfristig vereinbart werden.

Bei wichtigen neuen Einzelleistungen waren keine Limits vereinbart (TZ 21). In verschiedenen Bereichen setzte die ÖGK eine Genehmigungspflicht aus und die ÖGK verlängerte die in der COVID-19-Pandemie eingeführte Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung.

Wie in TZ 20 und Abbildung 7 dargestellt, kam es im überprüften Zeitraum zu erheblichen mengenbedingten Aufwandssteigerungen.

- 23.2 Der RH wies darauf hin, dass der Anstieg der e-card-Konsultationen deutlich stärker war, als aufgrund des Wachstums und der Alterung der Bevölkerung zu erwarten gewesen wäre. Er kritisierte, dass diese Entwicklung noch nicht schlüssig analysiert war. Für eine angemessene gesundheitspolitische Reaktion war entscheidend, ob der Anstieg etwa durch administrative Prozesse – z.B. bei Überweisungen oder Krankschreibungen – oder durch eine Verschlechterung der Gesundheit der Bevölkerung bedingt war.

Der RH erachtete eine Analyse der Mengenentwicklung aufgrund der fehlenden Diagnosedaten und der Probleme in der Erfassung der Einzelleistungen für schwierig. Daher vereinbarte die ÖGK in vielen Bereichen mit den Vertragspartnern Maßnahmen zur Mengensteuerung.

Der RH hielt fest, dass die Instrumente der ÖGK, die das finanzielle Risiko von Mengensteigerungen verringern sollten, im überprüften Zeitraum nicht ausreichten und erhebliche mengenbedingte Aufwandssteigerungen nicht verhindern konnten.

Der RH empfahl dem Dachverband und der ÖGK, den starken Anstieg der e-card-Konsultationen zu analysieren und versorgungspolitisch nicht gewünschten Veränderungen (z.B. Prozessmängeln bei Überweisungen oder Krankschreibungen) gegenzusteuern.

- 23.3 (1) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass er bereits an webbasierten Analysetools arbeite, die bei der Ursachenforschung von Steigerungen im e-card-Bereich behilflich sein könnten. Ergänzend verwies er auf die Stellungnahme der ÖGK.

(2) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis; sie setze diese bereits um. Die ÖGK habe im Rahmen der Überprüfung des RH bereits Auswertungen zu den e-card-Konsultationen vorgelegt und strebe eine weitere Verfeinerung und Intensivierung der Analyse an.

- 23.4 Der RH begrüßte die Zusage der ÖGK und wies darauf hin, dass insbesondere jene Analysen zur Verbesserung der Versorgung und der finanziellen Lage der ÖGK beitragen könnten, die eine Gegensteuerung zu unerwünschten Entwicklungen ermöglichen.

Ärzteeinkommen

- 24.1 Das Institut für Höhere Studien erstellte im Auftrag des Dachverbands im Dezember 2024 Studien zum Ärzteeinkommen mit Fokus auf die Jahre 2019 und 2022 und verglich diese mit einer Vorgängerstudie zum Jahr 2015. Die jährlichen Medianeinkünfte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten³⁴ stiegen von rd. 143.000 EUR im Jahr 2015 auf rd. 178.000 EUR im Jahr 2019 und rd. 201.000 EUR im Jahr 2022 (insgesamt um 41 %). Die jährlichen Medianeinkünfte der Wahlärztinnen und Wahlärzte erhöhten sich von rd. 78.000 EUR im Jahr 2015 auf rd. 93.000 EUR im Jahr 2019 und rd. 101.000 EUR im Jahr 2022 (insgesamt um 29 %). Im Jahr 2022 erzielten die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte etwa doppelt so hohe Medianeinkünfte wie die Wahlärztinnen und Wahlärzte.

Die folgende Tabelle zeigt die prozentuelle Steigerung der ärztlichen Medianeinkünfte im Vergleich zum Verbraucherpreisindex:

Tabelle 21: Entwicklung der ärztlichen Medianeinkünfte im Vergleich

	2015	2019	2022
	in %		
Medianeinkünfte VertragsärztInnen	100	124	141
Medianeinkünfte WahlärztInnen	100	119	129
Verbraucherpreisindex	100	107	121
Medianeinkünfte unselbstständig Erwerbstätige Österreich	100	110	123
Medianeinkünfte selbstständig Erwerbstätige Österreich ¹	100	119	133

¹ ausschließlich selbstständig Erwerbstätige mit Tarifsteuer

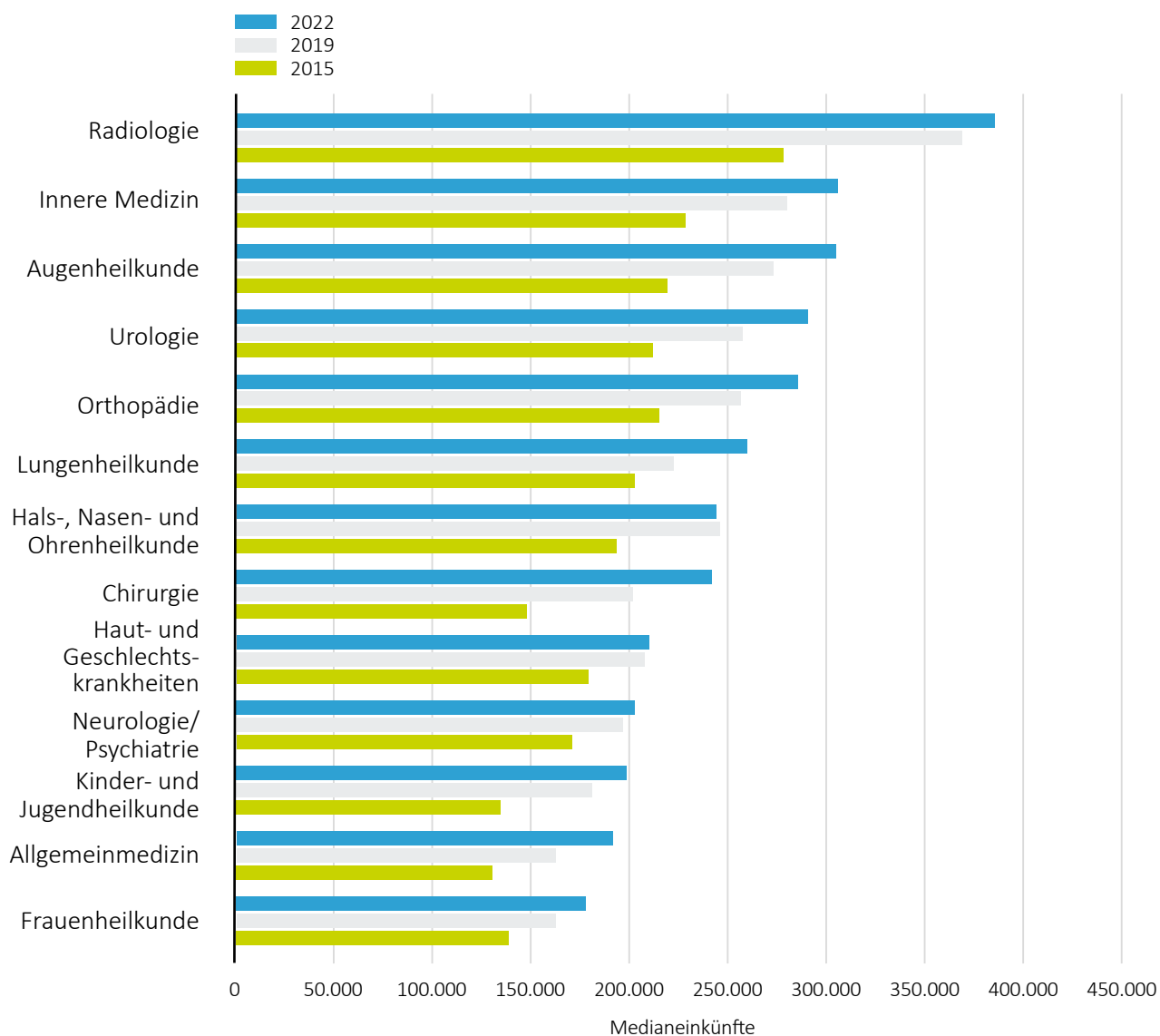
Quellen: Institut für Höhere Studien; Statistik Austria

Ärztinnen und Ärzte waren die Berufsgruppe mit den höchsten Einkommen (siehe RH-Bericht „Allgemeiner Einkommensbericht 2024“, Reihe Einkommen 2024/1, TZ 3.4.3). Sie verdienten in der Allgemeinmedizin rund dreimal so viel und in den Fachgebieten 4,5-mal so viel wie ein durchschnittlicher Vollzeitbeschäftigter. Im europäischen Vergleich lag diese Relation im Mittelfeld.

³⁴ Summe aus ärztlichen Einkünften aus selbstständiger Arbeit (vor Steuern – Einnahmen minus Ausgaben für Ordinationen) und unselbstständiger Arbeit (Bruttoeinkünfte minus Sozialversicherungsbeiträge). Ärztekammerumlage und Beiträge für den Wohlfahrtsfonds sind bereits abgezogen. Gewinne aus Kapitalgesellschaften sind nicht enthalten.

Die folgende Abbildung zeigt die Medianwerte der Einkünfte in den Jahren 2015, 2019 und 2022 nach Fachgebieten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Österreich:

Abbildung 10: Ärztliche Medianeinkünfte 2015, 2019 und 2022 (in EUR) nach Fachgebiet



Quelle: Institut für Höhere Studien; Darstellung: RH

Im Jahr 2022 lagen die Medianeinkünfte in den einzelnen Fachgebieten auf einer Bandbreite von rd. 386.000 EUR (Radiologie) bis rd. 178.000 EUR (Frauenheilkunde). Den höchsten Anstieg gegenüber 2019 verzeichneten die Chirurgie (+20 %), die Allgemeinmedizin (+18 %) und die Lungenheilkunde (+17 %).

- 24.2 Der RH hielt fest, dass die Steigerung der jährlichen Medianeinkünfte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Zeitraum 2015 bis 2022 nahezu doppelt so hoch war wie die Steigerung des Verbraucherpreisindex und des Medianeinkommens unselbstständig Erwerbstätiger. Sie lag auch deutlich höher als die Entwicklung der Einkünfte der selbstständig Erwerbstätigen mit Tarifsteuer. Im Jahr 2022 erzielten die Ärztinnen und Ärzte im Vertragsbereich etwa doppelt so hohe Medianeinkünfte wie jene im Wahlarztbereich. Auch die Steigerung war im Vertragsbereich deutlich höher als im Wahlarztbereich.

Der RH empfahl der ÖGK, bei den künftigen Honorarverhandlungen zu berücksichtigen, dass die Einkünfte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten von 2015 bis 2022 im Median doppelt so stark gestiegen waren wie der Verbraucherpreisindex.

- 24.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Tariflich seien bereits in den Jahren 2022–2024 Honorarerhöhungen unter dem Verbraucherpreisindex abgeschlossen worden. Die Einkommenshöhe und Einkommensentwicklung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Vergleich zum Verbraucherpreisindex seien ein zentrales Argument der ÖGK für einen Honorarabschluss, der mit den Mitteln der ÖGK finanzierbar sei. Allerdings befinde sich die ÖGK in einem Vertragssystem und sei damit auf die Zustimmung des Vertragspartners angewiesen.

Institute

- 25.1 (1) Der Aufwand für Institute setzte sich im Jahr 2023 zusammen aus Aufwendungen für

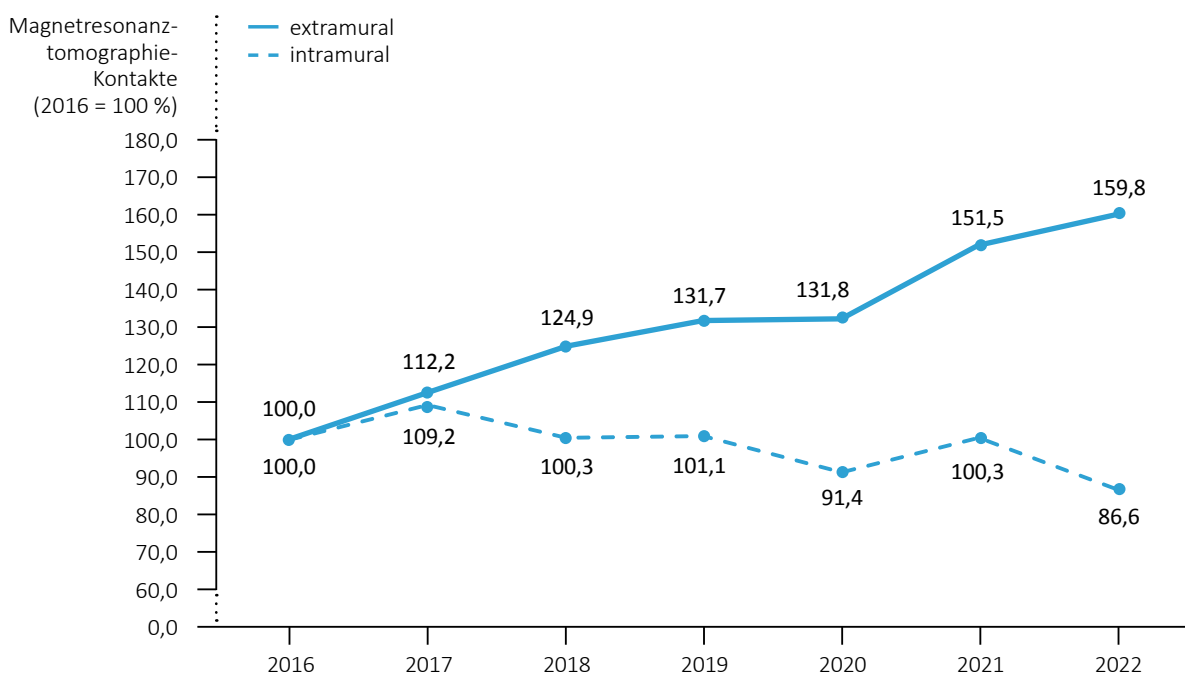
- CT und MRT: 211,14 Mio. EUR,
- Labor: 230,66 Mio. EUR,
- physikalische Medizin: 123,43 Mio. EUR und
- Sonstiges: 58,53 Mio. EUR.³⁵

Die Bereiche CT und MRT stiegen mit 47 % und der Bereich Labor mit 34 % von 2019 bis 2023 am stärksten.

³⁵ Die Kategorie „Sonstiges“ (z.B. Nuklearmedizin und Dialyse) bleibt in der Folge außer Betracht. Infolge der Kassenfusion war die Verbuchung (in Abgrenzung zu Spitalsambulanzen) nicht einheitlich, was Vergleiche verhinderte.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Kontakte für MRT von 2016 bis 2022 im niedergelassenen (extramuralen) und im intramuralen (Spitals-)Bereich:

Abbildung 11: Entwicklung der MRT-Kontakte 2016 bis 2022



Quelle: ÖGK; Darstellung: RH

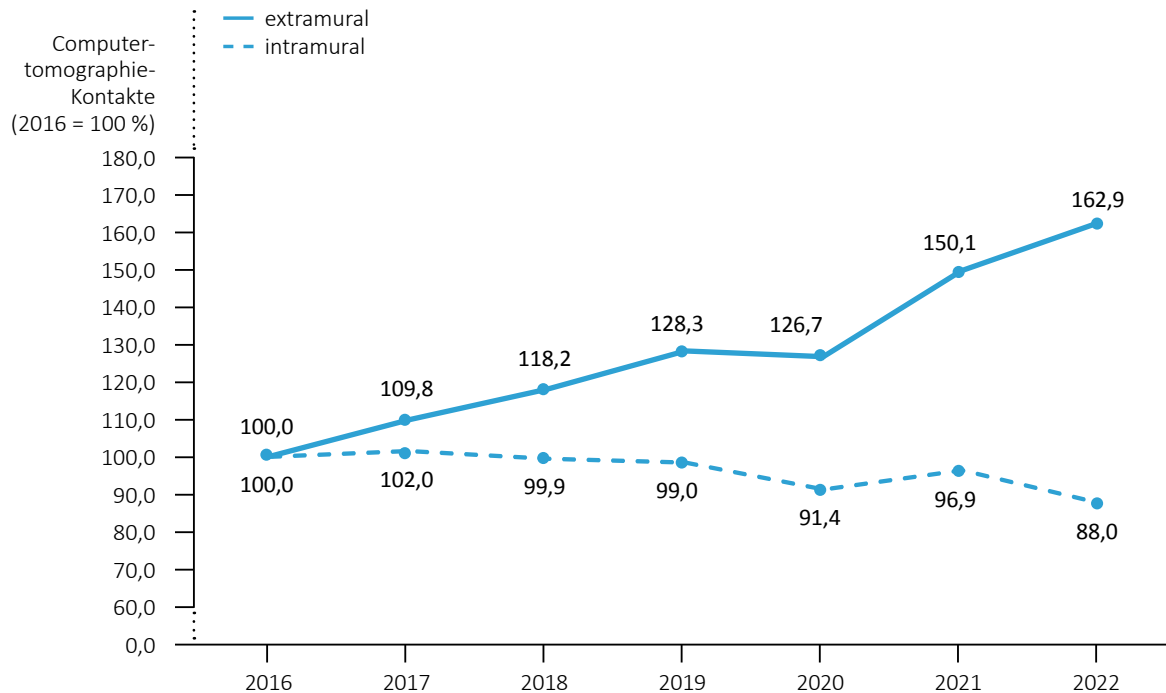
Die Zahl der Kontakte im Spital ging von 2016 bis 2022 um 13,4 % zurück, jene im niedergelassenen Bereich stieg dagegen um knapp 60 %.³⁶ Der insgesamt steigende Trend war laut einer Studie der GÖG europaweit zu beobachten; im EU-Schnitt war aber auch intramural (von 2015 bis 2021) ein Anstieg zu beobachten (um 27 %). Der Anteil extramuraler Leistungen lag in Österreich rund zwölf Prozentpunkte höher als im EU-Schnitt. Absolut gesehen lag Österreich hinsichtlich der Gerätedichte von 14 vergleichbaren Ländern an vierter, bei der Anzahl der Untersuchungen an erster Stelle.

Die Auslastung der Geräte war in Österreich hoch; sie lag intramural mit rd. 4.000 Untersuchungen je Gerät im EU-Schnitt; extramural lag sie mit rd. 14.700 deutlich über dem EU-Schnitt von rd. 8.300. Laut GÖG war aufgrund der in Österreich vorhandenen Daten nicht beurteilbar, inwieweit die hohe MRT-Inanspruchnahme im extramuralen Bereich auch auf Fehlzusweisungen zurückzuführen war, insbesondere weil keine Diagnosen für den Fachbereich Radiologie zur Verfügung standen.

³⁶ 2022 lag die Zahl der MRT-Kontakte österreichweit extramural bei rd. 900.000; intramural bei rd. 422.000; bei CT-Kontakten extramural rd. 418.000, intramural rd. 1.050.000.

(3) Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei den CT-Kontakten:

Abbildung 12: Entwicklung der CT-Kontakte 2016 bis 2022



Quelle: ÖGK; Darstellung: RH

Die Zahl der Untersuchungen im Spital ging um 12 % zurück, im niedergelassenen Bereich stieg sie um 63 %. Dagegen war im EU-Schnitt (von 2015 bis 2021) extra- und intramural jeweils ein Anstieg von 24 % zu beobachten.

Der Anteil extramuraler CT-Leistungen lag in Österreich rund acht Prozentpunkte höher als im EU-Schnitt. Die Auslastung der Geräte war in Österreich in beiden Sektoren höher als im EU-Schnitt: extramural 7.200 Untersuchungen je Gerät in Österreich gegenüber 5.800 im EU-Schnitt; intramural 8.100 gegenüber 6.900.

(4) Eine Analyse nach Ländern zeigte erhebliche Unterschiede:

Tabelle 22: MRT- und CT-Leistungen intramural und extramural 2022 im Vergleich zu 2016

Länder und Österreich gesamt	Leistungen 2022 im Vergleich zu 2016			
	Magnetresonanztomographie		Computertomographie	
	extramural	intramural	extramural	intramural
	2022 in % zu 2016			
Burgenland	108	219	154	133
Kärnten	167	69	157	89
Niederösterreich	165	102	186	103
Oberösterreich	162	100	138	106
Salzburg	137	83	126	84
Steiermark	181	71	178	97
Tirol	129	107	119	72
Vorarlberg	117	76	142	89
Wien	171	70	176	69
Österreich	160	87	163	88

Quelle: ÖGK

- MRT intramural: Während in Kärnten, Salzburg, der Steiermark, Vorarlberg und Wien MRT-Leistungen intramural deutlich zurückgingen, stiegen sie im Burgenland erheblich; in Niederösterreich, Oberösterreich und Tirol blieben sie annähernd gleich.
- MRT extramural: Im extramuralen Bereich stiegen die Leistungen dort besonders stark, wo sie intramural zurückgingen.

Aufgrund der Wartezeiten im niedergelassenen Bereich beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission im Herbst 2024 eine Ausweitung des Großgeräteplans um 13 CT- bzw. MRT-Geräte. Bis 1. Oktober 2025 sollte die Sozialversicherung ein besseres Zuweisungssystem realisieren; die Spitäler verpflichteten sich, daran teilzunehmen.

25.2 Der RH hielt fest, dass aufgrund der medizinischen Entwicklung insgesamt ein steigender Trend bei MRT- und CT-Untersuchungen vorlag. Er betonte, dass infolge der hohen Gerätekosten eine gute Auslastung wichtig war und verwies dazu auf die stark unterschiedlichen Auslastungen im extra- und intramuralen Bereich bei MRT-Untersuchungen. Er war der Ansicht, dass eine Verbesserung der Auslastung der Geräte einen Beitrag zur besseren Wirtschaftlichkeit leisten konnte.

Der RH merkte weiters an, dass Österreich im internationalen Vergleich bei der Anzahl der MRT-Untersuchungen an der Spitze lag und keine Daten vorlagen, um die medizinische Angemessenheit der Untersuchungen beurteilen zu können. Er unterstützte daher das Vorhaben, ein Zuweisungssystem zu schaffen.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern Maßnahmen zur Optimierung der Effizienz bei den CT- und MRT-Untersuchungen zu setzen; dabei wäre auch eine übergreifende Auslastungsoptimierung zwischen Spital und niedergelassenem Bereich zu berücksichtigen.

- 25.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die geltende Verordnung zum ÖSG dazu als Planungskriterien Folgendes vorgebe: Sofern aus gesundheitsplanerischer Sicht keine vollständige Auslastung des Großgeräts in der Fondsrankenanstalt zu erwarten sei, sei vorzusehen, dieses Großgerät zusätzlich zur Abdeckung eines ungedeckten extramuralen Versorgungsauftrags in der Versorgungsregion zu verwenden. Für solche Fälle sei eine Kooperations- und Finanzierungsvereinbarung mit der Sozialversicherung abzuschließen. Zu deren Grundzügen (insbesondere Grundlagen und Methodik der Tarifierung) sei bereits vor der Änderung des Großgeräteplans das Einvernehmen zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der Sozialversicherung herzustellen. So werde eine gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien (Kooperationen intra- und extramural) und Sicherstellung einer Mindestauslastung der Großgeräte (Wirtschaftlichkeitskriterium) angestrebt.

Darüber hinaus beschäftige sich die Sozialversicherung mit der Verbesserung der Zuweisung zu CT- und MRT-Untersuchungen.

- (2) Der Dachverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung und regte an, dass auch durch die Länder Maßnahmen zu treffen seien, damit die CT- und MRT-Geräte in den Rankenanstalten eine Mindestauslastung von 60 % im niedergelassenen Bereich erreichten.

- (3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Auf Basis eines Beschlusses der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 28. Juni 2024 sei gemeinsam mit den Ländern ein Programm aufgesetzt worden, um die CT- und MRT-Versorgung zu verbessern. Aus den Daten zeige sich, dass Untersuchungen vermehrt aus dem spitalsambulant in den niedergelassenen Bereich ausgelagert würden. Im Sinne des Prinzips „Geld folgt Leistung“ sei dieses Thema in den nächsten Verhandlungen zum Finanzausgleichsgesetz zu besprechen.

Physiotherapeutische Leistungen

- 26.1 (1) Im Jahr 2018 (vor der Kassenfusion) unterschieden sich die Tarife und Kostenzuschüsse zwischen den Ländern deutlich. In vier Ländern (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich und Steiermark) gab es keine Verträge mit freiberuflich Tätigen im Bereich Physiotherapie. In diesen Ländern leistete die ÖGK lediglich einen satzungsmäßigen Kostenzuschuss zwischen rd. 15 EUR und rd. 17 EUR für 30 Minuten Einzeltherapie. Wahlleistungen überwogen insgesamt deutlich: 2019 betrug der Aufwand für freiberuflich Tätige in der Physiotherapie 121 Mio. EUR, davon 98,5 Mio. EUR für den Wahlbereich.³⁷

Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2022 schloss die ÖGK eine österreichweite Rahmenvereinbarung, die eine Sachleistungsversorgung in allen Ländern zu einheitlichen Bedingungen herstellen sollte. Sie vereinbarte einen Tarif pro Stunde von 60,00 EUR. Die Planstellen orientierten sich an der Versorgung im Land Salzburg, das zuvor die höchste Dichte aufwies. Die ÖGK setzte weiters die Bewilligungspflicht für physiotherapeutische Leistungen bis 30. Juni 2025 aus. Den Mehraufwand dafür berechnete sie mit 20,2 Mio. EUR:

- Im Vertragsbereich erwartete die ÖGK einen Aufwand von 29,23 Mio. EUR, somit 6,75 Mio. EUR (+32 %) mehr als 2019.
- Die ÖGK ging davon aus, dass die zusätzlichen Sachleistungen die Wahlleistungen reduzieren würden. Durch den Abschluss der Rahmenvereinbarung war allerdings statt des satzungsmäßigen Kostenzuschusses (rd. 15 EUR bis rd. 17 EUR) österreichweit eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des Vertragstarifs zu leisten (2022: 48 EUR, 2023: 55 EUR). Daher kalkulierte die ÖGK im Wahlbereich einen Mehraufwand von 13,47 Mio. EUR gegenüber 2019.

(2) Tatsächlich kam es 2023 gegenüber 2019 zum beabsichtigten Ausbau der Sachleistungsversorgung (+36 % an Therapiestunden). Entgegen den Annahmen stieg jedoch auch der Wahlbereich. Den rd. 2,2 Mio. Einzeltherapiestunden des Jahres 2019 standen im Jahr 2023 – statt der erwarteten 2 Mio. – rd. 3,0 Mio. Einzeltherapiestunden gegenüber (+36 %). Der Anteil der Sachleistungsversorgung lag mit 13 % ähnlich wie vor der Rahmenvereinbarung.

³⁷ Auch die Ausgaben für andere Leistungserbringer im Bereich Physiotherapie (z.B. Institute) stiegen im überprüften Zeitraum deutlich an (von 17,46 Mio. EUR im Jahr 2019 auf 49,94 Mio. EUR im Jahr 2023). Aufgrund der unterschiedlichen Verbuchung, der Vielzahl der Verträge und der Zusammenführung im Zuge der Fusion konnte jedoch die ÖGK während der Gebarungsüberprüfung keine detaillierte Aufteilung zur Verfügung stellen.

(3) Die folgende Tabelle zeigt je Land die Auswirkung der Neuregelung auf die Durchschnittstarife und Menge der erbrachten Leistungen je Anspruchsberechtigte und Anspruchsberechtigten im Wahlbereich:

Tabelle 23: Veränderungen Einzeltherapiestunden Physiotherapie Wahlbereich 2019 bis 2023

Länder und Österreich gesamt	Einzeltherapiestunden je Anspruchsberechtigte/n		Veränderung	Durchschnittstarif Kostenerstattung		Veränderung
	2019	2023	2019 bis 2023	2019	2023	2019 bis 2023
	Anzahl		in %	in EUR		in %
Burgenland	0,22	0,28	27	33,61	53,20	58
Kärnten	0,27	0,37	37	33,67	53,09	58
Niederösterreich	0,27	0,27	-1	32,39	52,15	61
Oberösterreich	0,41	0,49	20	44,97	52,85	18
Salzburg	0,71	0,74	4	40,50	52,98	31
Steiermark	0,15	0,21	44	32,78	51,84	58
Tirol	0,50	0,69	39	37,14	52,86	42
Vorarlberg	0,63	0,75	19	43,84	53,21	21
Wien	0,12	0,20	68	29,84	51,77	74
Österreich	0,30	0,38	24	38,16	52,62	38

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖGK

In Salzburg wurden selbst nach der Vereinheitlichung der Regelung etwa dreimal so viele Therapiestunden erbracht wie in Niederösterreich oder in der Steiermark.

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung überlegte die ÖGK verschiedene Maßnahmen, um die Mengenentwicklung insbesondere im Wahlbereich einzudämmen, z.B. die Wiedereinführung einer Bewilligungspflicht, Vorgaben an die Zuweiser hinsichtlich Indikationsstellung und Behandlungsdauer sowie verstärkte Abrechnungskontrollen.

26.2 Der RH wies darauf hin, dass die ÖGK mit dem Abschluss der Rahmenvereinbarung für Physiotherapie in vier Ländern eine Versorgungslücke schloss und einheitliche Rahmenbedingungen schuf. Er beurteilte aber kritisch, dass sie die Mehrkosten dafür und insbesondere die Mengenentwicklung im Wahlbereich unterschätzte. Angesichts der höheren Zuzahlungen und der Aussetzung der Bewilligungspflicht war eine Mengensteigerung erwartbar gewesen. Der RH wies weiters darauf hin, dass der Anteil der Sachleistungsversorgung insgesamt bei rd. 13 % stagnierte und durch den Vertrag nicht wesentlich erhöht werden konnte. Auch die Unterschiede der Leistungserbringung zwischen den Ländern waren immer noch erheblich.

Der RH empfahl der ÖGK, die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Physiotherapie unter Bedachtnahme auf Kosten, Nutzen, gezielte Steuerung von Patientenwegen und ihre finanziellen Möglichkeiten festzulegen.

- 26.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis und verwies auf die Stellungnahme zu TZ 19 (Aufforderung an die Ärztinnen und Ärzte zur verstärkten Berücksichtigung von ökonomischer Verschreibung) und zu TZ 14 (Steuerung der Patientenwege).

Sonstige Verlagerungen zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten

- 27.1 (1) Die Aufgabenverteilung zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Spitalsambulanzen war zur Zeit der Geburtsüberprüfung auf drei Ebenen geregelt:

- § 26 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (**KAKuG**)³⁸ regelte, dass Spitalsambulanzen (außer Maßnahmen der ersten Hilfe oder Nachbehandlung) nur Leistungen erbringen sollten, die nicht im niedergelassenen Bereich erbracht werden konnten.
- Anlässlich der Umstellung der Spitalsfinanzierung im Jahr 1997 wurde jedoch vereinbart, dass das damalige Leistungsniveau (das die Grundlage für die Kalkulation des Finanzierungsbeitrags der Krankenversicherungsträger für die Spitalsfinanzierung war) aufrechterhalten werden sollte. Eine genaue Auflistung der Leistungen erfolgte damals nicht.
- Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurden Landes-Zielsteuerungskommissionen eingerichtet, die einvernehmlich abweichende Regelungen und entsprechende Verschiebungen in der Finanzierung vornehmen konnten.

(2) Sowohl die Spitalslandschaft als auch der Stand der Medizin veränderten sich seit der Umstellung der Spitalsfinanzierung 1997. Die Landes-Zielsteuerungskommissionen einigten sich nicht immer über finanzielle Rahmenbedingungen von Änderungen; Entscheidungen über die Stellenplanung, gesamtvertragliche Regelungen und die Spitalsorganisation erfolgten jeweils einseitig. Zahlreiche Akteure hielten fest, dass diese Entscheidungen im Sinne einer Gesamtoptimierung der Ressourcen problematisch waren.

³⁸ BGBl. 1/1957 i.d.g.F.

Die folgende Tabelle zeigt Kenndaten zu Leistungen und Kosten der verschiedenen Sektoren zwischen 2018 und 2023:

Tabelle 24: Kenndaten zu Leistungserbringung und Kosten der Sektoren im Gesundheitssystem 2018 bis 2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Veränderung 2018 bis 2023
	in Mio.						in %
Fälle VertragsärztInnen ÖGK ¹	36,15	36,42	32,22	36,09	36,73	37,62	4,1
e-card-Konsultationen	81,66	82,00	77,18	87,85	88,65	90,82	11,2
PatientInnen in Spitalsambulanzen	9,02	9,37	7,66	8,31	8,94	9,42	4,5
Frequenzen in Ambulanzen	18,39	19,12	15,50	17,34	18,29	19,21	4,5
Belagstage stationär	12,06	11,84	10,10	10,36	10,26	10,31	-14,5
	in Mrd. EUR						in %
von der ÖGK abgerechnete Beträge für VertragsärztInnen ¹	2,288	2,418	2,259	2,604	2,731	3,023	32,1
Endkosten Spitalsambulanzen	2,559	2,991	3,173	3,465	3,859	4,289	67,6
Endkosten stationär	10,707	10,925	11,318	11,700	12,545	13,605	27,1
Spitalkosten gesamt	14,362	15,110	15,738	16,430	17,845	19,405	35,1
Sozialversicherungszahlung Spitalsfinanzierung	5,629	5,855	5,977	6,248	6,609	7,108	26,3

¹ vor 2020: § 2-Kassen

Quelle: ÖGK

Folgendes war dazu hervorzuheben:

- Stationäre Belagstage gingen zurück, während mehr Leistungen ambulant erbracht wurden.
- Die Frequenzen in Ambulanzen stiegen ähnlich stark wie die Fälle im niedergelassenen Bereich. Die e-card-Konsultationen im Vertragsbereich der ÖGK stiegen jedoch deutlich stärker.
- Die Kosten der Spitäler stiegen insgesamt etwas stärker als die von der ÖGK abgerechneten Beträge für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte; die Kosten der Spitalsambulanzen stiegen deutlich stärker.
- Die Zahlungen der Sozialversicherung für die Spitäler erhöhten sich weniger als deren Kosten.

(3) Die folgende Tabelle zeigt die Veränderung der Besuche³⁹ in Spitalsambulanzen für ausgewählte Bereiche im Vergleich zu jenen im niedergelassenen Bereich:

Tabelle 25: Besuche im niedergelassenen Bereich und in Spitalsambulanzen 2018 bis 2023

Fachgebiet (Auswahl)	Besuche 2018				Besuche 2023				Veränderung extramuraler Anteil 2018 bis 2023
	extra- mural	intra- mural	Summe	Anteil extra- mural	extra- mural	intra- mural	Summe	Anteil extra- mural	
	in Mio.			in %	in Mio.			in %	in Prozent- punkten
Augenheilkunde	3,32	0,70	4,02	82,6	3,40	0,77	4,17	81,5	-1,0
Chirurgie ¹	0,58	1,52	2,10	27,7	0,63	1,44	2,08	30,4	2,7
Dermatologie	2,71	0,49	3,20	84,7	2,58	0,44	3,01	85,5	0,9
Frauenheilkunde	2,35	0,79	3,14	74,8	2,40	0,79	3,19	75,3	0,4
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1,93	0,43	2,36	81,7	2,07	0,44	2,51	82,5	0,7
Innere Medizin ¹	4,29	2,63	6,91	62,0	4,86	2,85	7,71	63,0	1,0
Kinder- und Jugendheilkunde	2,39	0,67	3,07	78,0	2,58	0,76	3,34	77,3	-0,8
Neurologie	0,57	0,31	0,88	64,7	0,74	0,30	1,04	70,9	6,2
Orthopädie	3,04	3,13	6,17	49,3	3,26	2,96	6,22	52,4	3,2
Psychiatrie	0,46	0,25	0,71	64,8	0,81	0,31	1,12	72,1	7,4
Radiologie	4,03	2,65	6,68	60,3	4,82	2,75	7,57	63,7	3,4
Urologie	1,30	0,33	1,64	79,6	1,51	0,35	1,86	81,2	1,6
Summe	26,96	13,90	40,86	66,0	29,66	14,16	43,82	67,7	1,7

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: DIAG

¹ inklusive Sonderfächer

In den meisten Fachgebieten (mit Ausnahme der Augenheilkunde und der Kinder- und Jugendheilkunde) stieg der Anteil der Besuche im niedergelassenen Bereich; in Summe betrug der Anstieg rund zwei Prozentpunkte. In beiden Sektoren (intra- und extramural) erhöhte sich insgesamt die Anzahl der Besuche.

(4) Seit 2013 gab es einen Katalog spitalsambulanter Leistungen. Die Datenerfassung ließ allerdings keine eindeutige Interpretation von Verschiebungen der Leistungen zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich zu. Im Jahr 2023 waren z.B. rund drei Viertel der Leistungen in Spitalsambulanzen als nicht genau zugeordnet klassifiziert (2018 waren es 91 %) (siehe dazu auch den RH-Bericht „Ambulante Versorgung in Kärnten“, u.a. Reihe Bund 2023/35, TZ 2 ff.).

³⁹ Summe aller ambulanten Kontakte einer Patientin oder eines Patienten pro Kalendertag unabhängig von der Anzahl der aufgesuchten Funktionseinheiten in der Krankenanstalt. Dies entspricht inhaltlich dem Begriff Frequenzen in Tabelle 24. Der Begriff Patient in Tabelle 24 zählt dagegen Personen je Fachgebiet nur einmal jährlich, unabhängig von der Anzahl der Besuche im Jahr.

- 27.2 Der RH kritisierte, dass Veränderungen im Leistungsgeschehen der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs sowie allfällige Verschiebungen zwischen den Sektoren aufgrund der bestehenden Datenlage nicht klar interpretierbar waren. Er sah darin ein wesentliches Steuerungsdefizit der österreichischen Gesundheitspolitik. Da für die notwendigen Entscheidungen (über Stellenplanung, Honorarordnungen oder die Leistungserbringung in Spitälern) Einigungen in den Landes-Zielsteuerungskommissionen nicht immer gelangen, konnten einseitige Veränderungen zur Verschlechterung der Gesamteffizienz und zu unzweckmäßigen Leistungsverchiebungen führen. Der RH war der Ansicht, dass aufgrund der Veränderungen seit 1997 und des wachsenden demografischen und finanziellen Drucks der Verweis auf die damalige Situation kein geeignetes Instrument mehr war, um die Aufteilung und Finanzierung der Leistungen zu regeln.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern eine Neuregelung der Zahlungsströme für den spitalsambulant und niedergelassenen Bereich nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ anzustreben, um eine übergreifende Optimierung der verfügbaren Finanzressourcen zu ermöglichen und unzweckmäßige Leistungsverchiebungen zu vermeiden.

- 27.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Neuregelung der Zahlungsströme für den spitalsambulant und niedergelassenen Bereich erst im Rahmen der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen möglich sei und der Zustimmung aller Länder und der Sozialversicherung bedürfe.

(2) Der Dachverband und die ÖGK begrüßten in ihren Stellungnahmen die Empfehlung. Laut ÖGK richte sich die Empfehlung auch an Bund und Länder als Vertragspartner des Finanzausgleichsgesetzes und sei in den Gremien der Bundes-Zielsteuerung zu behandeln.

- 27.4 Der RH merkte gegenüber dem Ministerium an, dass er es nicht als zweckmäßig erachtete, Überlegungen zu einer Neuregelung der Zahlungsströme für den spitalsambulant und niedergelassenen Bereich im Hinblick auf die finanziellen Rahmenbedingungen bis zum nächsten Finanzausgleich zu verschieben. Dies vor dem Hintergrund, dass das Risiko einer nicht nachhaltigen Finanzierung der ÖGK weiterhin bestand (TZ 17).

Steuerungsmaßnahmen

Überblick und rechtliche Änderungen

- 28.1 (1) Für die Periode 2024 bis 2028 setzten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger eine Reihe von Zielen, Instrumenten und Maßnahmen fest. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick darüber:

Abbildung 13: Gesundheitspolitische Ziele, Instrumente und Maßnahmen 2024 bis 2028

Instrumente:

- Stärkung der Selbstversorgung, Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“, Ausbau der Telemedizin
- Primärversorgung (Community Nurses, Primärversorgungseinheiten und andere Ordinationsformen)
- Optimierung der Fachversorgung (gemeinsame Betrachtung von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten und Spitalsambulanzen)
- bessere Versorgung chronisch Kranker (niederschwellige Angebote von Disease Management)
- Anpassung Vergütungssystem, einheitlicher Gesamtvertrag, Leistungskatalog, Versorgungsauftrag

strategische Ziele:

- Gesundheitssystem nachhaltig ausrichten
- hochqualitative Versorgung sicherstellen
- Privatisierung entgegenwirken

Maßnahmen:

- neue Rechtsgrundlagen
- zusätzliche öffentliche Mittel (Finanzausgleich, Förderung Primärversorgungseinheiten)
- neuer Österreichischer Strukturplan Gesundheit

+100
Planstellen

Quelle und Darstellung: RH

(2) Dazu beschlossen Bund und Länder eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Zielsteuerung Gesundheit, bundesgesetzliche Anpassungen wie das Vereinbarungs-umsetzungsgesetz 2024 folgten.

(a) Grundsätzlich war im ASVG weiterhin ein Vorrang von Gesamtverträgen vorgesehen, damit hatten die Krankenversicherungsträger die Versorgung vorrangig durch „Einkauf“ von Leistungen bei den Ärztekammern sicherzustellen.

Nunmehr sollten die Krankenversicherungsträger aber eine Vielfalt der Anbieter ohne beherrschende Eigentümerstrukturen sicherstellen. Dazu erleichterte das ASVG den Einsatz anderer Anbieter: Es war keine Bedarfsprüfung für Ambulatorien mehr vorgesehen, wenn dies im ÖSG und RSG vorgesehen war. Im Falle einer Bedarfsprüfung waren Wahlärztinnen und Wahlärzte nicht zu berücksichtigen; die Wirtschaftskammer Österreich und die Ärztekammern hatten keine Parteistellung, sondern nur die Möglichkeit zur Stellungnahme.

(b) Die Gesundheitsplanung wurde verbindlicher: Die Zahl der Planstellen war im ÖSG bzw. den RSG zu regeln, eine Vereinbarung mit der Ärztekammer war dazu nicht mehr nötig. Die bestehenden Stellenpläne galten bis zu einer Neuregelung weiter, längstens jedoch bis Ende 2025. Wenn Vertragsärztinnen und -ärzte ihre Verträge mit der ÖGK kündigten, erloschen auch die Verträge mit den übrigen Kassen, sobald die gekündigte Stelle nachbesetzt werden konnte. So sollten die Planstellen attraktiver werden.

(c) Der Gesetzgeber erleichterte Abweichungen von den Gesamtverträgen, um flexibel auf die Bedarfe eingehen zu können. Wurde eine Stelle zweimal erfolglos ausgeschrieben, waren ohne Zustimmung der Ärztekammer vorübergehend Verträge mit abweichenden Inhalten – z.B. Öffnungszeiten oder Honorierung – zulässig.

(d) Nachdem eine Einigung seit rd. 20 Jahren nicht zustande gekommen war, regelte der Gesetzgeber eine Verpflichtung zur nach einer vom Ministerium verordneten Klassifikation ab 1. Jänner 2025 (§ 51 Abs. 1a Ärztegesetz 1998, § 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen). Die in der Folge erlassene Verordnung sah dafür den 1. Jänner 2026 vor.

28.2 (1) Der RH hielt die Ziele für die Periode 2024 bis 2028 angesichts der Entwicklungen im überprüften Zeitraum für nachvollziehbar. Im Folgenden analysiert er, inwieweit die vorgesehenen Instrumente und Maßnahmen geeignet waren, die angestrebten Ziele zu erreichen.

(2) Der RH beurteilte die rechtlichen Änderungen des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024 positiv, da sie die Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sozialversicherungsträger erleichterten.

Höhere Ausgabenobergrenzen und zusätzliche Mittel

29.1 (1) Nach Überschreitungen der Ausgabenobergrenzen in den Jahren 2022 und 2023 erhöhten die Zielsteuerungspartner im Jahr 2024 die Ausgabenobergrenzen für die Länder und für die Krankenversicherung. Dieses seit 2013 bestehende Instrument sollte den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben dämpfen und an den Anstieg des BIP heranführen. Als Kenngröße wurde ein als steuerungsrelevant beurteilter Teil der öffentlichen Gesundheitsausgaben ausgewählt und dazu ein Zielwert festgelegt. Die Ausgabenobergrenzen stellten aber keine Finanzierungsgarantie dar; die Krankenversicherung musste mit ihren Einnahmen auskommen.

(2) Für 2017 bis 2021 hatten die Zielsteuerungspartner ein sinkendes Ausgabenwachstum von 3,6 % (2017) auf 3,2 % (2021) vereinbart. Für 2022 und 2023 schrieben sie die Steigerungsrate 2021 fort; Anpassungen erfolgten weder an die zusätzlichen Ausgaben für die COVID-19-Pandemie noch an die gestiegene Inflation.

Ab dem Jahr 2021 stiegen die tatsächlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben aber stark an. In den Jahren 2021 bis 2023 wurden die Ausgabenobergrenzen daher überschritten: im Jahr 2022 um 1.511,31 Mio. EUR (5,7 %), im Jahr 2023 um 3.129,88 Mio. EUR (11,3 %). Die ÖGK überschritt die vereinbarten Ausgabenobergrenzen im Jahr 2022 um 353,83 Mio. EUR oder 3,7 %, im Jahr 2023 um 927,64 Mio. EUR oder 9,5 %.

(3) Die Zielsteuerungspartner nahmen aufgrund der Inflation an, dass die Gesundheitsausgaben trotz Wegfalls der COVID-19-Ausgaben nicht sinken würden. Sie erhöhten daher im Zuge des Finanzausgleichs 2024 bis 2028 den Startwert für die Obergrenzen der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben (2023 von 27,572 Mrd. EUR auf 37,618 Mrd. EUR). Davon ausgehend sollte der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2024 nicht mehr als 6,7 % betragen und bis 2028 auf 4,4 % gedämpft werden.

(4) Im Rahmen des Finanzausgleichs 2024 bis 2028 stellte der Bund zusätzliche Mittel von rd. 5 Mrd. EUR für das Gesundheitssystem bereit: für Strukturmaßnahmen zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs jährlich 300,00 Mio. EUR (davon 227,10 Mio. EUR für die ÖGK) bzw. insgesamt 1,500 Mrd. EUR; zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen gesamt 3,020 Mrd. EUR.

Weitere Mittel sollten über eine Drittelfinanzierung (Bund, Länder, Sozialversicherung) für Digitalisierung und e-Health (255,00 Mio. EUR), für Gesundheitsförderung (300,00 Mio. EUR) und für Impfungen (450,00 Mio. EUR) zur Verfügung gestellt werden. Für 100 zusätzliche Vertragsarztstellen widmete der Bund 50,00 Mio. EUR jährlich, für einen „Startbonus“ einmalig 10,00 Mio. EUR. Für klinisch-psychologische Behandlung stellte der Bund im Jahr 2024 50,00 Mio. EUR und 2025 25,00 Mio. EUR zur Verfügung.

Die zusätzlichen Mittel des Finanzausgleichs für die ÖGK sollten über einen Fonds beim Dachverband ausbezahlt und abgerechnet werden. Ein Nachweis der Mittelverwendung für die Ziele einer Versorgungsverbesserung war fortlaufend („Journal“) und auch in monetär bewerteter Form vorgesehen.

(5) Die ÖGK erwartete für das Jahr 2024 – bereits unter Berücksichtigung dieser Mittel – einen Bilanzverlust von 515,41 Mio. EUR, für das Jahr 2025 von 906,65 Mio. EUR (TZ 15).

- 29.2 Der RH wies darauf hin, dass der Bilanzverlust der ÖGK (laut Voranschlag 2025 906,65 Mio. EUR) durch die zusätzlichen Mittel des Finanzausgleichs 2024 von 227,10 Mio. EUR jährlich nicht ausgeglichen wird. Es blieb unklar, wie die beabsichtigte Stärkung und Verbesserung der Versorgung (TZ 4) angesichts des Konsolidierungsbedarfs erfolgen sollten.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die Finanzzielsteuerung gerade in der Zeit der hohen Inflation und der COVID-19-Pandemie nicht zur Steuerung genutzt wurde und lediglich im Nachhinein die neuen Ausgabenobergrenzen an die faktischen Ausgaben angepasst wurden. Auch für die Zukunft (bis 2028) sind die Ausgabenobergrenzen für die ÖGK wesentlich höher, als es ihren tatsächlichen finanziellen Möglichkeiten entspricht.

Insgesamt hielt der RH daher die im Gesundheitssystem angewandten Steuerungsprozesse, insbesondere die versorgungspolitischen Ziele im Zielsteuerungsvertrag, die Finanzzielsteuerung, die Strukturplanung (ÖSG/RSG) und die Bemühungen zur nachhaltigen Gebarung der einzelnen Träger, für nicht ausreichend miteinander abgestimmt. Die ÖGK stellte aufgrund der Abrechnungsdaten Mitte des Jahres 2024 fest, dass entgegen ihren Erwartungen die Mengensteigerungen bei der ärztlichen Hilfe nach Ende der COVID-19-Pandemie nicht zurückgingen und erhebliche Mehraufwendungen entstanden. Die zusätzlichen Mittel im Finanzausgleich wurden bereits vorher, die Planungswerte im ÖSG mit Planungshorizont 2030 kurz danach festgelegt. Für den Jahresvoranschlag 2025 sah die ÖGK ein erhebliches Defizit und bis 2028 weiter steigende Defizite voraus, die im Jahr 2025 bereits das Reinvermögen aufbrauchen würden. Ohne zusätzliche Mittel war daher eine Gesundheitsstrukturplanung unter den ursprünglichen Rahmenbedingungen problematisch (TZ 30).

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Ministerium, den Dachverband und die ÖGK in TZ 17, sicherzustellen, dass die finanziellen, versorgungs- und strukturpolitischen Steuerungsprozesse für den ambulanten Bereich inhaltlich abgestimmt werden.

Anpassung von ÖSG und RSG

30.1 (1) Die österreichische Gesundheitsplanung für die ambulante Versorgung war – wie bereits im Versorgungsbericht dargestellt – in mehrere Schritte aufgeteilt:

(a) Der ÖSG legte österreichweite Richtwerte für die Ärztedichte je Fachgebiet fest. Er wurde laufend angepasst, und alle vier bis fünf Jahre grundlegend revidiert. Der Planungshorizont war jeweils auf fünf Jahre ausgelegt und lag zur Zeit der Gebärungsüberprüfung beim Jahr 2030 (**ÖSG 2023**). Wesentliche Festlegungen im ÖSG 2023 waren:

- Für die ambulante Versorgung bestanden gemeinsame Festlegungen insbesondere für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (inklusive Wahlärztinnen und Wahlärzte) und Spitalsambulanzen.
- Als Kenngröße legte der ÖSG „Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten“ fest, die sich für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus den je Fachgebiet österreichweit durchschnittlich versorgten Quartalserstpatientinnen und Quartalserstpatienten ergab. Diese Betrachtung bildete somit weder den Bedarf noch das Angebot, sondern die tatsächliche Inanspruchnahme ab. Für Spitalsambulanzen ergaben sich die Werte dagegen aus der Zahl der in der Kostenrechnung der Spitäler zugeordneten ärztlichen Vollzeitäquivalente. Die Aussagekraft dieser Werte wurde teilweise als gering eingeschätzt, da die Zuordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes zum ambulanten oder stationären Bereich von der Art der Erfassung abhing.
- Die Planrichtwerte wurden ohne regionale Differenzierung zwischen Zentralräumen und ländlichen Regionen mit einer Bandbreite von $\pm 30\%$ festgelegt.
- Die Planrichtwerte orientierten sich vor allem am österreichweiten Mittelwert des Ist-Stands, der anhand von demografischen Veränderungen und Experteneinschätzungen fortgeschrieben wurde.
- Regional war die Planung in 32 Versorgungsregionen gegliedert. Die Verteilung der Planstellen innerhalb der Regionen und die Patientenströme zwischen den Versorgungsregionen bzw. den Ländern waren nicht näher definiert.

(b) Auf Länderebene sollten RSG innerhalb der vom ÖSG vorgegebenen Bandbreite genauere Zielwerte festlegen. ÖSG und RSG waren nicht immer zeitlich abgestimmt: So wurden etwa die RSG für Kärnten, Salzburg und die Steiermark mit Planungshorizont 2025 vor der Aktualisierung der entsprechenden Planrichtwerte im ÖSG erstellt. Der RSG Vorarlberg mit Planungshorizont 2025 wurde dagegen erst im Jahr 2024 beschlossen. Abweichungen der RSG vom ÖSG waren möglich, jedoch zu begründen. Seit dem ÖSG 2017 sollten die RSG auch eine Verteilung auf die Sektoren Spitalsambulanz und niedergelassener Bereich enthalten.

(c) Die Anzahl der Planstellen und ihre örtliche Verteilung wurden im überprüften Zeitraum erst auf Ebene der Stellenpläne und damit als Teil des Gesamtvertrags zwischen der ÖGK und den Ärztekammern festgelegt. Die RSG waren diesen Verhandlungen zugrunde zu legen, aber dafür nicht verbindlich. Das änderte der Gesetzgeber – in Umsetzung auch einer Empfehlung des RH im Versorgungsbericht – mit Wirksamkeit 2026. Demnach ist die Zahl der Planstellen im RSG verbindlich, die Verteilung innerhalb der Versorgungsregion obliegt der Vereinbarung mit den Ärztekammern im Stellenplan.

(d) Die Umsetzung der Stellenpläne oblag den einzelnen Krankenversicherungsträgern durch die Ausschreibung und Besetzung der vorgesehenen Stellen.

(2) Eine öffentliche, transparente Berichterstattung über die Umsetzung der Gesundheitsplanung für die ambulante Versorgung fehlte. Insbesondere fehlten

- eine Analyse, wie weit die RSG die Richtwerte des ÖSG umsetzten (regionale Konkretisierung),
- eine Analyse, wie weit die Stellenpläne die RSG bzw. die Planrichtwerte des ÖSG umsetzten (vertragliche Umsetzung) und
- eine Analyse der Abweichung der tatsächlichen Stellenbesetzung von den Stellenplänen (faktische Umsetzung).

Das vorhandene RSG-Monitoring stellte nur auf Ebene der Länder, nicht für jede Versorgungsregion, den aktuellen Ist-Wert (in ÄAVE) dem geplanten Wert zum Planungshorizont gegenüber.

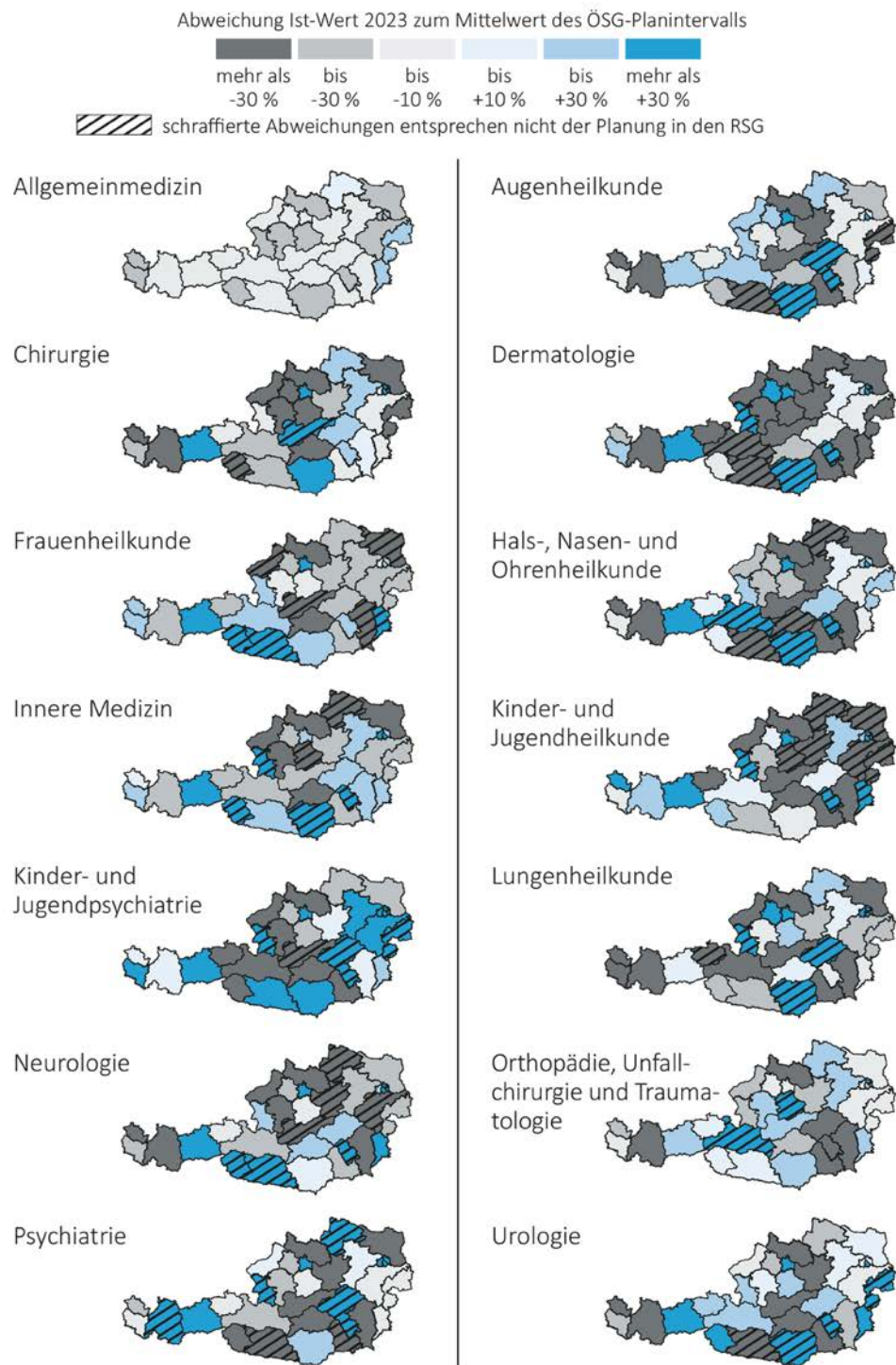
(3) Neben der Anzahl der Leistungsanbieter im niedergelassenen Bereich war auch zu überlegen, welche Leistungen diese bereitstellen sollten (qualitative und quantitative Versorgungsaufträge). Die Verträge zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärztinnen und Ärzten regelten nur eine Verrechnungsmöglichkeit, nicht aber eine Leistungsverpflichtung. Wie in **TZ 8** ausgeführt, war die Bandbreite der Versorgungswirkung der einzelnen Planstellen sehr unterschiedlich. Bereits der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 zielte darauf ab, Versorgungsaufträge zu definieren. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war dieses Ziel nur teilweise umgesetzt: Der ÖSG 2023 gab Basisleistungen und Spezialleistungen je Fachgebiet an, die jedoch noch nicht Bestandteil der Gesamtverträge waren. Unter welchen Voraussetzungen die Leistungen zu erbringen waren, war nicht geregelt (Richtlinien, Disease Management). Die ÖGK strebte an, einen verbindlichen Versorgungsauftrag mit der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen der Verhandlungen über den einheitlichen Leistungskatalog im Rahmen des Gesamtvertrags zu vereinbaren.

(4) Der RH hatte bereits im Versorgungsbericht kritisiert, dass die Strukturplanung trotz ihrer zentralen Rolle bei der Steuerung der Ärztedichte wesentliche Schwächen aufwies. Die Kennzahl der ÄAVE ging nicht spezifisch auf Bedarf und Angebot ein, durch die Orientierung am Ist-Stand fehlte ein sachlich begründeter Zielwert und durch die großen Bandbreiten war die Steuerungsrelevanz stark eingeschränkt. Ein wirksames Monitoring der Umsetzung fehlte weitgehend. Hinzu kam eine schwierige zeitliche Abstimmung zwischen der Erarbeitung des ÖSG, der Umsetzung in den RSG, der Vereinbarung der Stellenpläne und der tatsächlichen Stellenbesetzung. Zwar erhöhten die neuen Rechtsgrundlagen die Verbindlichkeit der Planung, ihre Methodik blieb aber weitgehend unverändert.

(5) Finanzielle Aspekte blieben in der Erstellung des ÖSG und des RSG formal unberücksichtigt; wie weit sie die Positionen der Akteure in der Einschätzung der Bedarfe beeinflussten, war aus der Dokumentation nicht zu entnehmen. Grundsätzlich hätten die Zielsteuerungspartner anhand des Bedarfs eine verbindliche Strukturplanung aufzusetzen, ohne auf die finanzielle Lage Bedacht zu nehmen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung hätte die ÖGK also ohne Rücksicht auf das prognostizierte Betriebsergebnis von -909,59 Mio. EUR für 2025 den 2023 auf Basis eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses erstellten ÖSG in die konkrete Planung der RSG umzusetzen. Im Hinblick auf eine ausgeglichene Gebahrung wären gegebenenfalls dagegen andere Planungsparameter anzulegen.

(6) Die folgende Abbildung zeigt, wie weit die Bandbreiten des ÖSG im Jahr 2023 eingehalten wurden:

Abbildung 14: Abweichung der ambulanten Versorgungsdichten 2023 von den ÖSG-Planrichtwerten



Quellen: Dachverband; GÖG; RSG; Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: RH

49,3 % der Versorgungsfelder (Kombination aus Versorgungsregion und Fachgebiet) lagen außerhalb der Bandbreiten des ÖSG (27,9 % unter der Bandbreite und 21,4 % über der Bandbreite). Dies, obwohl diese Bandbreiten mit ± 30 % der vorgesehenen Versorgungsdichte bereits erheblich waren. Bei 38,8 % der Versorgungsfelder wichen schon die RSG von der ÖSG-Bandbreite ab (26,1 % Unterschreitung, 12,7 % Überschreitung). In den übrigen Fällen (in der Abbildung schraffiert dargestellt) ergab sich die Abweichung daraus, dass der Ist-Stand die Vorgabe im RSG unter- oder überschritt (Überschreitungen waren häufiger als Unterschreitungen).

Die ÖGK verwies zu den erheblichen Abweichungen von den Bandbreiten auf die Pendlerbewegungen und die bestehenden strukturellen Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Der RH hatte dazu bereits im Versorgungsbericht empfohlen, dem durch eine regionale Differenzierung der Planwerte oder durch Berücksichtigung der Pendlerbewegung in den Bevölkerungszahlen Rechnung zu tragen, statt derart erhebliche Bandbreiten vorzusehen.

(7) Die folgende Tabelle zeigt für 2023,

- die Anzahl von Versorgungsregionen mit einer Ärztedichte außerhalb der Bandbreite des ÖSG,
- die Anzahl der Bevölkerung, die von diesen Versorgungsregionen umfasst war und
- inwieweit die Bevölkerung in diesen über- bzw. unterversorgten Regionen mehr oder weniger e-card-Konsultationen aufwies als die Bevölkerung in Regionen mit ÖSG-konformer Ärztedichte:

Tabelle 26: Unterschiede in der ärztlichen Inanspruchnahme in Regionen außerhalb der Bandbreite; 2023

Fachgebiet	Versorgungsregionen mit Ärztedichte unter der ÖSG-Bandbreite			Versorgungsregionen mit Ärztedichte über der ÖSG-Bandbreite		
	Versorgungsregionen	Bevölkerung	Abweichung Inanspruchnahme ¹	Versorgungsregionen	Bevölkerung	Abweichung Inanspruchnahme ¹
	Anzahl		in %	Anzahl		in %
Allgemeinmedizin	–	–	–	–	–	–
Augenheilkunde	8	1.610.941	-11,0	5	2.182.515	4,6
Chirurgie	11	2.208.573	-41,6	6	2.442.144	9,7
Dermatologie	16	3.216.849	-25,8	8	3.439.557	3,6
Frauenheilkunde	6	1.290.894	-24,8	5	1.140.147	4,8
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	11	2.239.396	-17,3	6	2.619.274	4,4
Innere Medizin	7	1.480.245	-39,4	7	3.217.882	4,8
Kinder- und Jugendheilkunde	13	3.009.859	-31,3	8	3.182.380	34,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	9	1.557.023	-22,4	14	5.697.697	4,8
Lungenheilkunde	11	2.310.136	-28,5	8	3.466.759	12,8
Neurologie	10	2.456.154	-22,2	8	2.850.910	10,5
Orthopädie, Unfallchirurgie und Traumatologie	6	1.510.996	-32,4	3	747.279	34,9
Psychiatrie	9	1.783.642	-22,4	10	4.020.637	6,8
Urologie	8	1.507.070	-19,7	8	2.776.751	1,1

¹ Beschrieben sind die Abweichung der e-card-Konsultationen bezogen auf die Bevölkerung, unabhängig davon, wo sie die Leistungen in Anspruch nehmen, gegenüber Einwohnerinnen und Einwohnern, die in Versorgungsregionen in der ÖSG-Bandbreite wohnen.

Quellen: Dachverband; ÖGK; Berechnung und Zusammenstellung: RH

Die Tabelle zeigt, dass die Anspruchsberechtigten in den Regionen mit einer Ärztedichte unterhalb der Bandbreite des ÖSG bestimmte Fachgebiete bis zu rd. 40 % weniger in Anspruch nahmen als die Bevölkerung in Regionen innerhalb der Bandbreite des ÖSG. Zum Beispiel gab es in der Augenheilkunde acht Versorgungsregionen mit 1,61 Mio. Menschen, deren Ärztedichte die ÖSG-Bandbreite unterschritt. In diesen acht Versorgungsregionen gab es 11 % weniger e-card-

Konsultationen bezogen auf die Bevölkerung als in Versorgungsregionen mit einer ÖSG-konformen Ärztedichte. Die Bevölkerung in unterversorgten Regionen konsultierte stattdessen auch keine Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Versorgungsregion, etwa in den jeweiligen Zentralräumen. In überversorgten Regionen war auch die Inanspruchnahme besonders hoch.

30.2 Der RH hob hervor, dass der ÖSG und der RSG die zentralen Planungsinstrumente auch für den niedergelassenen Bereich waren. Er beurteilte diese aber aus mehreren Gründen für noch nicht ausreichend zur Steuerung.

(a) **In räumlicher Hinsicht** war das Vorgehen nicht ausreichend differenziert. Einerseits fehlte die Planung für Patientenströme zwischen den Ländern (etwa zwischen Wien, Niederösterreich und Burgenland), andererseits hielt es der RH für unzumutbar, dass dieselben einheitlichen Planwerte für alle Versorgungsregionen galten. Hier wäre eine regionale Differenzierung, z.B. nach Zentralräumen und ländlichen Räumen, sinnvoll. So könnte die erhebliche Bandbreite zielgerichtet verringert und damit die Steuerungswirkung erhöht werden. Der RH hielt es zwar für wichtig, Patientenströme zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen. Dies sollte aber nicht durch große Bandbreiten der Zielvorgaben, sondern durch spezifische Ziele zur Eigenversorgung oder Fremdversorgung der jeweiligen Regionen geschehen.

(b) **In zeitlicher Hinsicht** erachtet der RH es für notwendig, die ÖSG- und RSG-Erstellung besser zu koordinieren. Er kritisierte, dass es durch die rollierende Planung mit Abständen von jeweils fünf Jahren zwischen den Planungshorizonten keine Stichtage für einen Soll-Ist-Vergleich gab. Während der Laufzeit einer Planung konnte auf den noch in der Zukunft liegenden Planungshorizont verwiesen werden, bei Erreichen des Planungshorizonts lag aber schon wieder eine neue Zielvorgabe vor. Der RH kritisierte auch als unzumutbar, dass ein langfristiger Planungshorizont fehlte, etwa zum Ausbau von Telemedizin oder von Primärversorgungsstrukturen. Dies führte beispielsweise dazu, dass Strukturen für Telemedizin im ÖSG 2023 mit dem Planungshorizont 2030 noch nicht berücksichtigt waren.

(c) **In inhaltlicher Hinsicht** hielt der RH mehrere Verbesserungen für notwendig:

- Die Erfassung des Leistungsgeschehens und der Kapazitäten im spitalsambulanten Bereich wäre zu präzisieren.
- Die Entwicklung der Nachfrage sollte prognostiziert werden, und getrennt davon in der Folge die Angebotsstrukturen. In der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden Planungslogik wurde hingegen die Inanspruchnahme geplant.

- Mittelfristig wäre eine Planung unter Berücksichtigung der Leistungen notwendig. Die finanziellen Probleme der ÖGK entstanden im überprüften Zeitraum nicht durch eine Erhöhung der Planstellen, sondern durch vermehrte Leistungserbringung auf den bestehenden Planstellen.
- Es war notwendig, bei der Planung einen direkten Bezug zwischen den geplanten Kapazitäten und den zugrunde liegenden Erkrankungen herzustellen.

(d) In **prozessualer Hinsicht** sah der RH den Bedarf für eine strengere Prüfung, ob bei der RSG-Erstellung der ÖSG eingehalten wurde: Abweichungen wären auf Ebene der Versorgungsregion zu prüfen und gegebenenfalls nachvollziehbar zu begründen. Die tatsächliche Umsetzung wäre ebenfalls auf Ebene der Versorgungsregion (statt wie bisher auf Länderebene) zu beurteilen. Weiters wäre zu klären, welche Konsequenzen eine Abweichung von den vorgesehenen Bandbreiten haben soll.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, die Planung des niedergelassenen Bereichs in räumlicher, zeitlicher, inhaltlicher und prozessualer Hinsicht zu verbessern.

- 30.3 (1) Das Ministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.
- (2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass Arbeitsgruppen des Bundes (derzeit Themengruppe Gesundheitsplanung) die Analysemethoden der ambulanten Versorgung in regelmäßigen Abständen diskutiert, analysiert und laufend an neue Gegebenheiten angepasst hätten und dies weiterhin tun würden. Der Dachverband arbeite neben Bund, Ländern, Sozialversicherung und GÖG in diesen Arbeitsgruppen bzw. Unterarbeitsgruppen mit.
- (3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis und sagte zu, diese im Rahmen der Bedarfsplanung bestmöglich zu berücksichtigen. Die RSG-Planung folge dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“. Im Rahmen der RSG-Planungen zur Zeit der Stellungnahme trachte die ÖGK danach, diesen Empfehlungen nachzukommen. Dieses Thema werde im Rahmen der Gremien der Bundes-Zielsteuerung behandelt.

Zusätzliche Planstellen

- 31.1 (1) Das Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz⁴⁰ sah ab 1. Jänner 2024 die Schaffung von 100 neuen Kassenplanstellen vor. Die Länderverteilung legte das Ministerium nach einem Bevölkerungsschlüssel fest. Die Verteilung auf die Fachgebiete war von den Krankenversicherungsträgern nach der Versorgungslage festzulegen. Mindestens die Hälfte der Planstellen war für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde vorzusehen, davon wieder die Hälfte für Primärversorgungseinheiten. Zur Abdeckung der Aufwendungen wurde ein mit Bundesmitteln dotierter Fonds beim Dachverband eingerichtet. Die Planstellenverteilung war zur Zeit der Gebärungsüberprüfung folgendermaßen geplant:

Tabelle 27: Aufteilung 100 zusätzlicher Planstellen nach Land und Fachgebiet

Land	Allgemein- medizin	Augen- heilkunde	Derma- tologie	Frauen- heilkunde	Kinder- und Jugend- heilkunde	Kinder- und Jugend- psychiatrie	Psychi- atrie	Primär- versorgungs- einheiten ¹	Summe
	Anzahl								
Burgenland	–	–	–	–	1	–	1	1	3
Kärnten	–	–	1	–	1	2	–	2	6
Niederösterreich	1	3	–	3	2	2	3	5	19
Oberösterreich	1	1	1	2	3	1	4	4	17
Salzburg	2	–	1	–	1	–	–	2	6
Steiermark	2	2	2	1	2	–	1	4	14
Tirol	2	–	–	2	1	–	2	2	9
Vorarlberg	1	–	1	–	–	–	1	1	4
Wien	3	2	2	2	4	1	3	5	22
Summe	12	8	8	10	15	6	15	26	100

¹ enthält Planstellen für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde

Quelle: ÖGK

Damit erfüllte die Verteilung die Vorgaben des Gesetzes und der Verordnung.

⁴⁰ BGBl. I 152/2023

(2) Den Besetzungsstand der 100 Planstellen zum Stand 14. Jänner 2025 zeigt nachfolgende Tabelle:

Tabelle 28: Besetzungsstand der 100 zusätzlichen Planstellen (14. Jänner 2025)

Status	Planstellen
	Anzahl
erfolgreich ausgeschrieben – mit Zusage an BewerberInnen	69
<i>davon</i>	
<i>ärztliche Tätigkeit begonnen</i>	52
<i>Beginn, sobald Infrastruktur und Personal vorhanden</i>	17
Bewerbungen eingelangt; Auswahl noch offen	8
in Ausschreibung, Interessenten vorhanden	3
reserviert für Primärversorgungseinheit, Gruppenpraxis oder Ambulatorium, laufende Gespräche	12
keine BewerberInnen bzw. Bewerbungen zurückgezogen; Änderung Fachgebiet oder Region wird geprüft	6
noch nicht ausgeschrieben, Änderung Fachgebiet oder Region wird geprüft	2

Quelle: ÖGK

Laut ÖGK hätten die Ärztinnen und Ärzte an den neuen Planstellen – da sie neu geschaffen wurden – keine Infrastruktur und kein Personal übernehmen können; daher könne ihre Besetzung länger dauern. Die ÖGK suche aktiv Interessierte und schreibe gegebenenfalls in einem anderen Bezirk oder in einem anderen Fachgebiet aus.

(3) Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Einhaltung der Bandbreiten des ÖSG durch die zusätzlichen 100 Planstellen veränderte:

Tabelle 29: Auswirkung der zusätzlichen 100 Planstellen auf die Einhaltung der Bandbreiten laut ÖSG

Fachgebiet	Auswirkung auf die Einhaltung der ÖSG-Bandbreiten					
	weiterhin Unterschreitung	keine Unterschreitung mehr	vorher und nachher in Bandbreite	vorher in Bandbreite, nachher Überschreitung	größere Überschreitung als vorher	betroffene Versorgungsregionen
	Anzahl Versorgungsfelder					
Allgemeinmedizin	–	–	15	–	–	15
Augenheilkunde	–	1	5	–	2	8
Dermatologie	1	–	–	1	5	7
Frauenheilkunde	–	1	4	1	3	9
Kinder- und Jugendheilkunde	4	1	5	–	7	17
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	–	1	–	4	6
Psychiatrie	–	1	7	–	7	15
Summe	6	4	37	2	28	77

Quellen: ÖGK; Dachverband; Berechnung und Zusammenstellung: RH

77 Versorgungsfelder (das bezeichnet die Kombinationen aus Versorgungsregion und Fachgebiet) waren betroffen. Nur in zehn der Versorgungsfelder, die zusätzliche Planstellen erhielten, waren vor der Zuweisung die Bandbreiten unterschritten (in Tabelle 29 die Spalten „weiterhin Unterschreitung“ und „keine Unterschreitung mehr“). Dagegen sollten 28 Versorgungsfelder, die die Bandbreiten des ÖSG bereits vorher überschritten hatten, neue Planstellen erhalten. Dabei handelte es sich überwiegend um Ballungszentren. Die ÖGK wies darauf hin, dass sie – anders als der ÖSG – auch die Auslastung der bestehenden Vertragspartner und die Aussicht auf die Besetzung der Planstellen berücksichtigte.

31.2 Der RH anerkannte, dass die Finanzierung zusätzlicher Planstellen einen Beitrag zur Stärkung der Sachleistungsversorgung leisten konnte. Er wies allerdings darauf hin, dass die Planung außerhalb der Stellenpläne und die Abrechnung über einen besonderen Fonds die Komplexität des Systems weiter erhöhten.

Der RH hielt fest, dass die ÖGK – gemessen an den ÖSG-Bandbreiten – mehr Planstellen in bereits übertensorgten Regionen als in unterversorgten Regionen schuf. Er verwies auf seine Ausführungen zur Verbesserung der Planungslogik des ÖSG (TZ 30).

Der RH empfahl dem Ministerium, auf die Integration der zusätzlichen Planstellen in die allgemeine Stellenplanlogik und die Regelfinanzierung hinzuwirken.

- 31.3 (1) Das Ministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Die Bundesregierung habe durch die Schaffung des Gesundheitsreformmaßnahmenfonds bereits vor und unabhängig vom Abschluss des Finanzausgleichs Maßnahmen treffen wollen, die die Versorgung der Bevölkerung möglichst rasch verbessern und das Gesundheitssystem nachhaltig stärken.
- (2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die zusätzlichen Planstellen im Zuge der RSG integriert würden.

Telemedizin

- 32.1 (1) In der Telemedizin werden Leistungen des Gesundheitswesens mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien bereitgestellt oder unterstützt. Die Leistungsbeziehenden und die Leistungserbringer sind dabei nicht am selben Ort. Möglich sind Telemonitoring (Überwachung des Gesundheitszustands), Teletherapie (Behandlung) oder Telekonzil (Austausch zwischen Leistungserbringenden, z.B. Fernbefundung).
- (2) Im überprüften Zeitraum war der Einsatz von Telemedizin noch nicht weit verbreitet: Die Zahl der von der ÖGK vergüteten telemedizinischen Leistungen lag 2019 bei rd. 58.000 Leistungen und stieg auf 2,15 Mio. Leistungen im Jahr 2023 (2,3 % der e-card-Konsultationen). 77 % davon fielen in nur zwei Ländern an (Vorarlberg und Wien). Eine Erhebung 2023 zeigte, dass 43 % der Befragten sich bei medizinischem Bedarf am Abend oder am Wochenende (kein Notfall) an den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden würden, 22 % an eine Krankenhausambulanz und 12 % an die Rettung. Nur 15 % würden mit der Gesundheitsberatung 1450 eine telemedizinische Beratung wählen. Laut einer weiteren Studie wurden nur 4 % der Arzttermine online vereinbart. Die Bevölkerung war jedoch aufgeschlossen: Über 60 % der Befragten würden virtuelle Arzttermine wahrnehmen.
- (3) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 enthielt das Ziel der Leistungserbringung am Best Point of Service nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“. Patientenwege sollten mit verstärktem Einsatz von Telemedizin gesteuert werden. Die Gesundheitsberatung 1450 sollte als niederschwellige, digitale Kontaktstelle bei Gesundheitsfragen dienen.

Sowohl international als auch im privaten Sektor in Österreich entwickelte sich ein telemedizinisches Angebot. Finanzierung und Angebot (Ersatz oder Ergänzung bestehender Strukturen) waren dabei unterschiedlich. Eine OECD-Studie betonte

die Notwendigkeit einer Wirkungsanalyse, wirtschaftlicher Anreize und der Integration in einen übergreifenden Behandlungspfad.⁴¹

Auch die ÖGK plante, die Telemedizin auszubauen. Der Verwaltungsrat beauftragte im Februar 2024 eine Markterkundung. Es sollten nicht nur Ordinationen telemedizinische Leistungen anbieten, sondern auch eigens geschaffene Einheiten ohne Präsenzangebot. So könnten Ärztinnen und Ärzte für die öffentliche Versorgung gewonnen werden, die gegenüber einer Kassenordination geringere Arbeitszeit und Anfangsinvestitionen wünschten. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung war weder der Umfang noch die Steuerung dieser Leistungen klar. Insbesondere blieb unklar, wie digitale und nicht digitale Leistungen koordiniert und Doppelleistungen vermieden werden sollten. Der ÖSG 2023 mit Planungshorizont 2030 enthielt keine Angaben über telemedizinische Ressourcen oder zur Anpassung bestehender Strukturen an Telemedizin.

- 32.2 Der RH beurteilte die Telemedizin als eine wesentliche Chance zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Laut ÖGK könnte dies einen besseren Zugang für die Patientinnen und Patienten schaffen, die Inanspruchnahme besser steuern, kostengünstigere Tarife ermöglichen und zusätzliches Personal gewinnen. Allerdings bestanden auch Risiken, z.B. der Aufbau von Parallelstrukturen, technische Fehlinvestitionen oder Qualitätsprobleme. Der RH hielt daher ein gut geplantes Vorgehen für essenziell. Welche Strukturen (z.B. öffentliche oder private Anbieter) aufgebaut werden, wird nach Auffassung des RH eine wichtige Rahmenbedingung für die künftige Versorgung schaffen.

Der RH empfahl der ÖGK, die Telemedizin bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als zentrales Thema zu berücksichtigen, unter Abwägung der Chancen und Risiken bzw. Kosten und Nutzen Sachleistungsstrukturen aufzubauen und mit dem Gesamtleistungsangebot zu koordinieren.

- 32.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis. Sie sehe Telemedizin als einen wesentlichen Innovationstreiber im österreichischen Gesundheitswesen. Die Empfehlung würde im Zuge der laufenden Projekte im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung berücksichtigt. Die ÖGK strebe an, in einem Vergabeverfahren bundesweite telemedizinische Leistungserbringung zu beschaffen. Künftig sollten über dieses System alle Versicherten in Österreich Zugang zur telemedizinischen Krankenbehandlung erhalten. Weitere telemedizinische Projekte würden pilotiert. Etwa finde zur Zeit der Stellungnahme im Bereich der Teledermatologie eine internationale Markterkundung statt, bei der sie die Empfehlung berücksichtige.

⁴¹ OECD, The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine (2023)

Transparenz und Steuerungsprozesse

- 33.1 Zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zu den erbrachten Einzelleistungen und zum Aufbau der geplanten Versorgungsstrukturen (Stellenbesetzung) fehlte die notwendige Transparenz; siehe dazu [TZ 3](#), [TZ 23](#) und [TZ 30](#). Zum Gesundheitszustand wurden die nötigen Daten noch nicht erhoben (ab 2026 war eine Erfassung gesetzlich vorgesehen), hinsichtlich der Einzelleistungen und der Versorgungsstrukturen wurden sie nicht in der relevanten Detaillierung ausgewertet und veröffentlicht.

Ein wesentlicher Aspekt der Transparenz betraf auch die Diskussion und Interpretation der Daten sowie deren Konsequenzen. So wurden im Österreichischen Gesundheitsbericht 2022 zwar Daten über die Ergebnisse von Befragungen publiziert, eine Schlussfolgerung über mögliche, längerfristig notwendige Konsequenzen (z.B. eine Erweiterung der Versorgungsstrukturen) blieb jedoch offen. Auch die Analyse der Leistungs- bzw. Abrechnungsdaten innerhalb der ÖGK resultierte nicht in einer öffentlichen Berichterstattung über Über-, Unter- oder Fehlversorgungen. Dasselbe galt für die Schlussfolgerungen aus der Analyse der Versorgungsstrukturen, z.B. zur Dringlichkeit von Alternativlösungen oder Anpassungen im Stellenplan.

- 33.2 Der RH hielt eine wesentliche Verbesserung der Transparenz der für den Bereich der niedergelassenen und ambulanten Versorgung maßgeblichen Kenndaten für erforderlich, und zwar sowohl hinsichtlich des Gesundheitszustands der Bevölkerung, hinsichtlich der erbrachten Leistungen und der Umsetzung der vorgesehenen Versorgungsstrukturen. Dies, um das Vertrauen sowohl der in der Versorgung tätigen Berufsgruppen als auch der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Dachverband und der ÖGK, unter Berücksichtigung des Datenschutzes die Transparenz über die für den Bereich der niedergelassenen und ambulanten Versorgung maßgeblichen Kenndaten deutlich zu verbessern, indem Datengrundlagen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zur Umsetzung der vorgesehenen Versorgungsstrukturen und zum Leistungsgeschehen geschaffen, analysiert, bewertet und publiziert werden.

- 33.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass § 11 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz die Einrichtung einer Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Primärdaten durch Bund, Länder und Sozialversicherung vorsehe. Die Daten sollten insbesondere verwendet werden:
- zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung,
 - für die Evaluierung von gesundheitspolitischen und Public-Health-Aktivitäten,

- für die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden, sektorenübergreifenden österreichischen Qualitätssystems insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität,
- für die Implementierung, Durchführung und Beobachtung (Monitoring) der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie
- für das Management von außergewöhnlichen Ereignissen, wie beispielsweise Pandemien und Epidemien.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands stelle er allen Zielsteuerungspartnern seit Frühjahr 2025 eine webbasierte Analyseplattform (das Dokumentationsdaten-Dashboard) zur Verfügung, um das Leistungsgeschehen sektorenübergreifend auswertbar zu machen. Dabei würden sowohl die Anforderungen als auch die Datenbasis regelmäßig mithilfe aller relevanten Partner im Gesundheitssystem reevaluiert und verbessert.

(3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zustimmend zur Kenntnis. Sie begrüße den „Health in all Policies“-Ansatz, den alle Systempartner mittragen müssten. Zur Zeit der Stellungnahme seien bereits einige Kenndaten öffentlich (z.B. Planstellen, Ärztekostenstatistik). Eine Veröffentlichung weiterer Daten werde geprüft.

Resümee

- 34 Aus der Gesamtbetrachtung der Charakteristika des österreichischen Gesundheitssystems (TZ 2 ff.), der Versorgungsstrukturen (TZ 5 ff.), der finanziellen Rahmenbedingungen (TZ 15 ff.), des Leistungsgeschehens (TZ 19 ff.) und der getroffenen Steuerungsmaßnahmen (TZ 28) traf der RH folgende Schlussfolgerungen:

(1) Die österreichische Gesundheitspolitik wollte – basierend auf internationalen Vergleichen (TZ 2) – die ambulante Sachleistungsversorgung stärken, definierte im Zielsteuerungsvertrag diese Stärkung aber unvollständig (TZ 4). Die tatsächliche Entwicklung war ambivalent:

- Die Aufwendungen der ÖGK für die ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen stiegen (TZ 15) und es wurden mehr Konsultationen und Leistungen verrechnet (TZ 12). Die Zahl der Belagstage in den Krankenanstalten ging zurück (TZ 27).
- Die Zahl der besetzten Planstellen bezogen auf die Bevölkerung ging aber weiter zurück (TZ 5). Es gab Hinweise auf Verschlechterungen bei den Wartezeiten (TZ 13). Primärversorgungseinheiten versorgten erst rd. 5 % der Bevölkerung (TZ 11). Ein schlüssiges Konzept zur Steuerung der Patientenwege fehlte (TZ 14).

- Die Entwicklung der finanziellen Lage der ÖGK war nicht nachhaltig, die Verluste stiegen stetig an und die Rücklagen waren 2024 bereits weitgehend aufgebraucht (TZ 15). Wesentliche Ursache war, dass der Anstieg der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen deutlich über dem Anstieg der Erträge lag (TZ 16). Die Mittel waren also selbst für die Aufrechterhaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen nicht ausreichend. Ein Sanierungsplan zur Wiederherstellung einer ausgeglichenen Gebarung war dringend erforderlich. (TZ 17)
- Das österreichische Gesundheitssystem wurde im überprüften Zeitraum im europäischen Vergleich erneut teurer; die Lebenserwartung und die vermeidbare Sterblichkeit verschlechterten sich jedoch. (TZ 2)

Insgesamt beurteilte der RH die beabsichtigte Transformation im Gesundheitssystem im Sinne einer Stärkung der ambulanten Versorgung als noch nicht ausreichend gelungen: Während die Belagstage im stationären Bereich zurückgingen, konnte der ambulante Bereich zwar die Leistungen erhöhen, dies war aber nicht finanziell nachhaltig abgesichert, führte zu Verschlechterungen bei Wartezeiten und Planstellendichte sowie zu höheren Wahlarztanteilen.

(2) Die ÖGK verzeichnete von 2018 bis 2023 einen laufend steigenden Verlust, verbrauchte den Großteil ihrer Rücklagen und wird voraussichtlich 2025 ein negatives Reinvermögen erreichen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren die Gebahrungsvorschaurechnungen stark negativ. Einen erheblichen Anteil der prognostizierten Defizite würden die im Regierungsprogramm 2025–2029 vorgesehenen höheren Beiträge für Pensionistinnen und Pensionisten abdecken (TZ 15). Mittelfristig hielt der RH Konsolidierungsmaßnahmen durch Steuerung der Patientenwege (gegebenenfalls unter Einbeziehung privater Mittel), eine Dämpfung der Tarifsteigerungen bei Vertragsärztinnen und -ärzten sowie eine verbesserte Steuerung der Mengenentwicklung auf Basis eines verbesserten Vertragspartnercontrollings der ÖGK für nötig (TZ 16 bis TZ 18). Weiters wären die Umsetzung des gesetzlich geforderten Gesamtvertrags (TZ 22), eine Neuregelung der Zahlungsströme für die Spitalsambulanzen und den niedergelassenen Bereich nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ (TZ 27) und die Abstimmung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit den finanziellen Rahmenbedingungen (TZ 29) erforderlich.

(3) Im überprüften Zeitraum standen die finanziellen Rahmenbedingungen der ÖGK in einem deutlichen Spannungsfeld zum Ziel, die Leistung im ambulanten Bereich auszubauen. Die Versorgungsziele und die finanziellen Mittel waren zu wenig miteinander koordiniert. Als Ergebnis wurden weder die Versorgungsziele eingehalten (TZ 30) noch eine ausgeglichene Gebarung erreicht (TZ 15). Auch für die Zukunft sah der ÖSG einen Ausbau der Versorgung vor (TZ 5), die ÖGK musste jedoch einsparen (TZ 15).

(4) Entscheidende Instrumente zur Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele waren die Gesamtverträge zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärztekammern und die Zuordnung von Leistungen zu niedergelassenem Bereich und Spitälern. Beide wiesen erhebliche Probleme auf:

(a) Die Gesamtverträge waren veraltet. Die Analyse der Einzelleistungen zeigte große Unterschiede in versorgungsrelevanten Teilen des Leistungskatalogs (TZ 21, TZ 25). Versorgungsaufträge fehlten nach wie vor. Eine Vereinheitlichung bzw. Erneuerung war seit 2019 nicht gelungen und aufgrund der finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen auch zukünftig unwahrscheinlich. Die Neufestlegung von Versorgungsaufträgen, Leistungskatalogen und Honorierungen war für die Sicherstellung der Versorgung (flächendeckendes Angebot) und die Systemakzeptanz bei Ärztinnen, Ärzten und Versicherten unabdingbar. Es war daher ein geeignetes rechtliches und wirtschaftliches Format zu finden, um diese Gestaltungsaufgabe zu lösen. (TZ 22)

(b) Immer mehr Leistungen erforderten keine stationäre Aufnahme mehr, sondern konnten ambulant erbracht werden. Die Zuordnung zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich erfolgte aber nach ungeeigneten Kriterien. Die Zielsteuerungsstruktur konnte zwar einzelne Projekte umsetzen, konnte aber nicht die Gesamtentwicklung ausreichend steuern. Es war daher unabdingbar, dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ in der Abgrenzung spitalsambulanter Leistungen und niedergelassener Leistungen verstärkt zu folgen. (TZ 27)

(5) Zuletzt waren die e-card-Konsultationen insbesondere mit o-cards deutlich gestiegen, ohne dass die Gründe dafür klar waren (TZ 23). Das Controlling und Management der ÖGK waren im überprüften Zeitraum nicht in der Lage, der problematischen Entwicklung der finanziellen Lage entgegenzuwirken (TZ 20). Die Weiterentwicklung der Abrechnungskontrolle war eine wichtige Herausforderung für die ÖGK (TZ 21).

(6) Der RH hielt angesichts der steigenden Bedeutung des ambulanten Sektors in der Gesundheitsversorgung (TZ 27), des wachsenden Kostendrucks (TZ 15) und der Hinweise auf Versorgungsdefizite (TZ 3) neben den bereits genannten Finanzierungs- und Steuerungsthemen auch eine Anpassung der für die Patientinnen und Patienten geltenden Rahmenbedingungen für erforderlich, um den öffentlichen Versorgungsauftrag erfüllen zu können. Dies betraf die Steuerung der Patientenwege (TZ 14), die Optimierung des Einsatzes privater Mittel (TZ 18) und ein Wartezeitenmanagement (TZ 13).

(7) Die Transparenz bezüglich der erbrachten Leistungen, der Wartezeiten und der Umsetzung der Strukturvorgaben war nötig, um das Vertrauen sowohl der in der Versorgung tätigen Berufsgruppen als auch der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. (TZ 33)

Die folgende Abbildung fasst die Problemstellungen und Lösungswege zusammen:

Abbildung 15: Problemstellungen und Lösungsansätze für die ärztliche Versorgung bei der ÖGK



Quelle und Darstellung: RH

Schlussempfehlungen

35 Zusammenfassend empfahl der RH

- der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**),
- dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**Ministerium**) und
- dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (**Dachverband**):

	ÖGK	Minis- terium	Dach- verband
(1) Bei der Ausrichtung der österreichischen Gesundheitspolitik wären die Primärversorgung und die Gesundheitskompetenz zu stärken und dabei die durch den internationalen Vergleich aufgezeigten Besonderheiten, insbesondere die „Ambulatory Care sensitive Conditions“ zu berücksichtigen. (<u>TZ 2</u>)	X	X	X
(2) Die steigende Belastung durch Beschwerden aufgrund chronischer Krankheiten und die damit verbundene steigende Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wären in der Gesundheitsstrukturplanung zu berücksichtigen. (<u>TZ 3</u>)	X	X	X
(3) Gemeinsam mit den Ländern wären die ab 2026 auch im niedergelassenen Bereich vorliegenden Diagnosedaten frühzeitig und umfassend zu nutzen, um den Anforderungen an das Gesundheitssystem vorausschauend gerecht werden zu können. (<u>TZ 3</u>)	X	X	X
(4) Gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern wäre das Gesundheitszielsteuerungssystem so weiterzuentwickeln, dass es die gesundheitliche Ausgangslage (Krankheitslast), die Ergebnisse und die finanziellen Rahmenbedingungen verbindet; dabei wären internationale Erfahrungen mit Health System Performance Assessment Frameworks zu berücksichtigen. (<u>TZ 4</u>)		X	
(5) Im Sinne der angestrebten Stärkung der Primärversorgung und unter Bedachtnahme auf die finanzielle Lage wäre dem Rückgang der besetzten Planstellen insbesondere in der Allgemeinmedizin bezogen auf die Bevölkerung entgegenzuwirken. (<u>TZ 5</u>)	X	X	X
(6) Es wären besondere Anstrengungen zu unternehmen, um die ungewollt unbesetzten Planstellen zu besetzen. (<u>TZ 6</u>)	X		

	ÖGK	Minis- terium	Dach- verband
(7) Im Zuge der weiteren Gesundheitsplanung wäre der Bedarf in der Chirurgie, Dermatologie und Frauenheilkunde besonders zu beobachten; gegebenenfalls wären die Versorgungsstrukturen zu verbessern. (TZ 6)	x		x
(8) Die aufgrund der anstehenden Pensionierungen zu erwartenden Besetzungsprozesse und die aufgrund der Strukturverschiebung zu Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten länger gebundenen Stellen wären bei der Gesundheitsplanung adäquat zu berücksichtigen, da nur die tatsächlich besetzten Stellen versorgungswirksam werden können. (TZ 7)	x		x
(9) Es wären Maßnahmen zu entwickeln, wie im Falle ungewollt unbesetzter Planstellen zusätzliche Alternativlösungen zur Patientenversorgung eingesetzt werden können. (TZ 7)	x		
(10) Die Steuerung der Versorgungswirkung einer Planstelle wäre zu verbessern, z.B. durch Vereinbarungen über die tatsächlichen Öffnungszeiten, durch quantitative Versorgungsaufträge und durch genauere Vorgaben für Anstellungen und Vertretungen. (TZ 8)	x		
(11) Insbesondere in den Bereichen Dermatologie, Frauenheilkunde und Psychiatrie wäre auf eine ausreichende Sachleistungsversorgung zu achten. (TZ 10)	x		x
(12) Gemeinsam mit den Ländern wäre ein klares Ziel für die angestrebte Zahl von Primärversorgungseinheiten zu entwickeln. (TZ 11)	x	x	x
(13) Die Kosten, die Versorgungswirksamkeit und die erreichten Vorteile der Primärversorgungseinheiten wären zu monitoren, um rechtzeitig die Rahmenbedingungen anpassen zu können. (TZ 11)	x	x	x
(14) Zeitnah und flächendeckend wären ein Wartezeiten-Monitoring und Terminmanagement einzuführen. (TZ 13)	x	x	x
(15) Gemeinsam mit den Ländern wären Steuerungsmaßnahmen zur Optimierung der Patientenwege unter Berücksichtigung der Versorgung und ökonomischer Aspekte vorzusehen. (TZ 14)	x	x	x
(16) Die Möglichkeiten zur Wiederherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der ÖGK wären unter Wahrung des gesetzlichen Versorgungsauftrags auszuschöpfen. Verbleibende Finanzierungsdefizite wären frühzeitig als Handlungsbedarf zu identifizieren und das weitere Vorgehen mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie dem Bundesministerium für Finanzen abzustimmen. Vor der weiteren Aufnahme von Fremdmitteln wäre bei Eintreten einer Überschuldung ein klares Sanierungskonzept zur Erreichung einer nachhaltigen Gebarung zu erstellen. (TZ 15)	x		

	ÖGK	Minis- terium	Dach- verband
(17) In Zukunft wäre ein Anstieg der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen ohne nachhaltige Finanzierung nach Möglichkeit zu vermeiden. (TZ 16)	x		
(18) Im Falle ungünstiger Wirtschafts- bzw. Beitragsprognosen wäre frühzeitig abzuklären, wie auf den geringeren Anstieg der verfügbaren Mittel reagiert werden sollte, und es wären Maßnahmen betreffend die Versorgungspolitik, etwaige zusätzliche Finanzierungsquellen und Vertragspartnerverhandlungen zu setzen. (TZ 16)	x		
(19) Eine nachhaltige Finanzierung der ÖGK wäre sicherzustellen. Dabei wären nach Ausschöpfung der versorgungspolitisch sinnvollen Effizienzpotenziale bei der ÖGK Maßnahmen zu entwickeln, die die Verflechtungen der Gebarung der ÖGK mit der Gebarung des Bundes, der Länder und der übrigen Sozialversicherungsträger, alle Finanzierungsmöglichkeiten und die versorgungs- und strukturpolitischen Ziele berücksichtigen. (TZ 17)	x	x	x
(20) Gemeinsam mit den Ländern wäre sicherzustellen, dass die finanziellen, versorgungs- und strukturpolitischen Steuerungsprozesse für den ambulanten Bereich inhaltlich abgestimmt werden. (TZ 17)	x	x	x
(21) Auf eine legistische Klarstellung zum Auftrag an den Dachverband, Kostenbeiträge gemäß § 31 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz zu verordnen, wäre hinzuwirken. Dabei wäre zu klären, wer für die Entscheidung über Selbstbehalte für ärztliche Hilfe zuständig ist. (TZ 18)		x	x
(22) Es wäre zu prüfen, ob Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten unter finanziellen, administrativen, versorgungspolitischen und sozialen Aspekten für die Finanzierung und Sicherstellung einer angemessenen, bedarfsgerechten Sachleistungsversorgung zweckmäßig wären. Dabei könnten auch Aspekte der Steuerung der Patientenwege berücksichtigt werden. (TZ 18)	x	x	x
(23) Bei den Bemühungen um die finanzielle Konsolidierung wären der Vertragsarztbereich, die Institute und der Bereich Physiotherapie und Logopädie besonders zu berücksichtigen. (TZ 19)	x		
(24) Das Controlling der Leistungen im Vertragsarztbereich wäre zu verbessern, sodass Entwicklungen der verrechneten Leistungen im Ländervergleich zeitnah und ausreichend differenziert erkannt und Maßnahmen zu ihrer Steuerung gesetzt werden können. (TZ 20)	x		

	ÖGK	Minis- terium	Dach- verband
(25) Die vom RH identifizierten Effizienzpotenziale in der Abrechnungskontrolle und bei der Gestaltung der Honorarordnungen wären zu nutzen; die Effizienzpotenziale betreffen Auffälligkeiten beim Niveau und beim Anstieg bestimmter Leistungen sowie die Vereinbarung und das Controlling von Versorgungszielen. (TZ 21)	X		
(26) Eine breitere Zugänglichkeit der aggregierten Verrechnungsdaten wäre zu prüfen, um mehr Transparenz über Preis- und Mengenunterschiede zu schaffen. (TZ 21)	X	X	X
(27) Eine Regierungsvorlage wäre vorzubereiten zur Änderung der Rahmenbedingungen für den in § 341 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz vorgesehenen einheitlichen Gesamtvertrag, etwa mit einem Entfall der Zustimmung der einzelnen Landesärztekammern. (TZ 22)		X	
(28) Gemeinsam mit den Ländern und den Ärztekammern wären zeitnah, prioritär und mit Nachdruck gesamtvertraglich zeitgemäße Versorgungsaufträge für den niedergelassenen Bereich, einheitliche Leistungsdefinitionen und eine klare Abgrenzung gegenüber Spitalsambulanzen zu regeln. (TZ 22)	X	X	X
(29) Der starke Anstieg der e-card-Konsultationen wäre zu analysieren; versorgungspolitisch nicht gewünschten Veränderungen (z.B. Prozessmängeln bei Überweisungen oder Krankschreibungen) wäre gegenzusteuern. (TZ 23)	X		X
(30) Bei den künftigen Honorarverhandlungen wäre zu berücksichtigen, dass die Einkünfte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten von 2015 bis 2022 im Median doppelt so stark gestiegen waren wie der Verbraucherpreisindex. (TZ 24)	X		
(31) Gemeinsam mit den Ländern wären Maßnahmen zur Optimierung der Effizienz bei den CT- und MRT-Untersuchungen zu setzen; dabei wäre auch eine übergreifende Auslastungsoptimierung zwischen Spital und niedergelassenem Bereich zu berücksichtigen. (TZ 25)	X	X	X
(32) Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Physiotherapie wären unter Bedachtnahme auf Kosten, Nutzen, gezielte Steuerung von Patientenwegen und ihre finanziellen Möglichkeiten festzulegen. (TZ 26)	X		
(33) Gemeinsam mit den Ländern wäre eine Neuregelung der Zahlungsströme für den spitalsambulant und niedergelassenen Bereich nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ anzustreben, um eine übergreifende Optimierung der verfügbaren Finanzressourcen zu ermöglichen und unzumutbare Leistungsverchiebungen zu vermeiden. (TZ 27)	X	X	X

	ÖGK	Minis- terium	Dach- verband
(34) Die Planung des niedergelassenen Bereichs wäre in räumlicher, zeitlicher, inhaltlicher und prozessualer Hinsicht zu verbessern. (TZ 30)	X	X	X
(35) Auf die Integration der zusätzlichen Planstellen in die allgemeine Stellenplanlogik und die Regelfinanzierung wäre hinzuwirken. (TZ 31)		X	
(36) Die Telemedizin wäre bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als zentrales Thema zu berücksichtigen, unter Abwägung der Chancen und Risiken bzw. Kosten und Nutzen wären Sachleistungsstrukturen aufzubauen und mit dem Gesamtleistungsangebot zu koordinieren. (TZ 32)	X		
(37) Unter Berücksichtigung des Datenschutzes wäre die Transparenz über die für den Bereich der niedergelassenen und ambulanten Versorgung maßgeblichen Kenndaten deutlich zu verbessern, indem Datengrundlagen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zur Umsetzung der vorgesehenen Versorgungsstrukturen und zum Leistungsgeschehen geschaffen, analysiert, bewertet und publiziert werden. (TZ 33)	X	X	X



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Dezember 2025

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang

Ressortbezeichnung und -verantwortliche

Tabelle A: Zuständiges Ministerium von 2018 bis Oktober 2025

Zeitraum	Bundesministerien- gesetz-Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018	BGBL. I 49/2016	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	18. Dezember 2017 bis 8. Jänner 2018: Mag. ^a Beate Hartinger-Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBL. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag. ^a Beate Hartinger-Klein
			22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner
			3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Brigitte Zarfl
			7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschöber
29. Jänner 2020 bis 31. März 2025	BGBL. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschöber
			19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein
			8. März 2022 bis 3. März 2025: Johannes Rauch
			3. März 2025 bis 2. April 2025: Korinna Schumann
seit 1. April 2025	BGBL. I 10/2025	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	seit 2. April 2025: Korinna Schumann

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH

R
—
H

