

REFORMOPTIONEN ZUR SICHERUNG DER NACHHALTIGEN FINANZIERBARKEIT DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS¹

Zusammenfassung

Das österreichische Gesundheitssystem steht aufgrund stark steigender öffentlicher Gesundheitsausgaben unter wachsendem Reformdruck. 2025 lagen die öffentlichen Gesundheitsausgaben bei rund 50,5 Mrd Euro. Besonders stark wachsen die Kosten im Spitalsbereich, im niedergelassenen Bereich sowie bei pharmazeutischen und medizinischen Gütern. Haupttreiber sind die Alterung der Bevölkerung, zunehmende Multimorbidität, medizinisch-technischer Fortschritt, steigende Löhne und Preise sowie eine höhere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

Bis 2070 erwartet der Fiskalrat unter unverändertem Politikrahmen einen Anstieg der Gesundheitsausgaben um rund 2,6% des BIP. Damit würde das Gesundheitssystem einen immer größeren Teil der öffentlichen Einnahmen beanspruchen und die Finanzierung anderer staatlicher Aufgaben erschweren. Die Umsetzung von Reformen ist daher dringlich geboten. Reformen sollten dabei aus bereits kurzfristig entlastend wirkenden Maßnahmen und mittel- bis langfristig orientierten Strukturreformen bestehen.

- **Bereits kurzfristig budgetwirksame Reformoptionen**
 - Gemeinsamer Einkauf von medizinischen Geräten, Verbrauchsgütern und Arzneimitteln
 - Effizientere Nutzung von Großgeräten
 - Reduktion von Low-Value-Care
 - Verpflichtende Generika- und Biosimilar-Nutzung
 - Verpflichtender digitaler Austausch von Bilddaten und Befunden
 - Ambitionierte Ausgabenobergrenzen in der Zielsteuerung Gesundheit
 - Verbindliche Versorgungspfade
 - Umwidmung von Rückerstattungen im Wahlbereich zum Ausbau von Kassenstellen
 - Dokumentations- und Meldepflichten im Wahlbereich

- **Strukturreformen mit mittel- bis langfristiger Budgetwirkung**
 - Finanzierung und Planung aus einer Hand
 - Überregionale und bedarfsorientierte Versorgungsplanung
 - Effizienzsteigerung der Krankenanstalten
 - Forcierung der Ambulantisierung und Redimensionierung der stationären Versorgung
 - Reform der Honorararchitektur im niedergelassenen Bereich
 - Neue Arbeitsteilung im Gesundheitssystem
 - Harmonisierung von Leistungs- und Honorarkatalogen zwischen Krankenversicherungsträgern und Regionen
 - Stärkere Prävention und Gesundheitsförderung
 - Klare gesetzliche Definition des öffentlichen Leistungsanspruchs

¹ Autoren: Florian Bachner (Gesundheit Österreich GmbH) und Johannes Holler (Büro des Fiskalrates).
Disclaimer: Die seitens der Autoren zum Ausdruck gebrachte Meinung gibt nicht notwendigerweise die Meinung der Gesundheit Österreich GmbH bzw. des Fiskalrates wieder.

ANALYSERAHMEN

Der Nachhaltigkeitsbericht des Fiskalrates aus dem Vorjahr (FISK, 2025)² prognostizierte einen deutlichen Anstieg der langfristigen Gesundheitsausgaben. Dieser Anstieg ist etwa für die Hälfte der zu erwartenden langfristigen Finanzierungslücke verantwortlich. Aus diesem Grund wurden im Rahmen von zwei Fiskalrats-Workshops im August und November 2025 Organisation und Finanzierungsprobleme des Österreichischen Gesundheitswesens analysiert und mögliche Reformvorschläge erarbeitet (Holler, 2025)³. Das vorliegende Papier greift die dabei gewonnenen Einblicke auf und entwickelt einen Katalog von Reformmaßnahmen zur Dämpfung der öffentlichen Ausgabendynamik im Gesundheitsbereich. Die Auswahl der dargestellten Reformoptionen berücksichtigt ausschließlich Maßnahmen mit relevanter Budgetwirkung. Dabei wird in kurzfristig umsetzbare und budgetär bereits kurzfristig wirksame und strukturelle Maßnahmen mit mittel- bis langfristiger Budgetwirkung unterschieden. Der Katalog erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit und blendet weitgehend den Privatsektor aus.

1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN

Das österreichische Gesundheitssystem steht zunehmend unter finanziellem und strukturellem Reformdruck. Im Jahr 2025 beliefen sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich auf rund 50,5 Milliarden Euro⁴. Den größten Anteil daran machen Ausgaben für den intramuralen Bereich (Behandlungen in Krankenhäusern) aus, gefolgt von den Ausgaben für die extramurale Versorgung (niedergelassener Bereich), sowie für pharmazeutische und medizinische Güter.⁵

Der starke Anstieg der Gesundheitsausgaben über die letzten Jahrzehnte (Abbildung 1) war sowohl durch eine verstärkte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (z. B. aufgrund des technologischen Fortschritts und der erhöhten Gesundheitsnachfrage aufgrund des gestiegenen Einkommens) aber auch durch Preis- und Lohnerhöhungen maßgeblich geprägt. In den letzten Jahren haben sich die Ausgabenerhöhungen aufgrund der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft deutlich verstärkt. Neben der laufenden Zunahme des Anteils von älteren Personen an der Gesamtbevölkerung führt insbesondere die zunehmende Multimorbidität zu einer zusätzlichen Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen bzw. zu besonders hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Insgesamt stiegen die realen Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 2025 um rund 112% (Tabelle 1). Im Vergleich dazu erhöhten sich die gesamten realen Staatsausgaben exklusive Ausgaben für das Gesundheitswesen im gleichen Zeitraum nur um 34,2%.

² Fiskalrat (2025). „Bericht über die fiskalische Nachhaltigkeit 2025“ (FISK-Nachhaltigkeitsbericht).

³ Holler, J. (2025). „Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? Status quo und Reformoptionen“. FISK-Büro Kurzanalyse.

⁴ Laut COFOG-Klassifikation 07.Gesundheitswesen (Statistik Austria: <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/staatsausgaben-nach-aufgabenbereichen>).

⁵ Die verwendeten Ausgabenkategorien folgen der COFOG (Classification of the Functions of Government) Klassifikation.

Tabelle 1: Anstieg der realen Gesundheitsausgaben (in Preisen 2025)

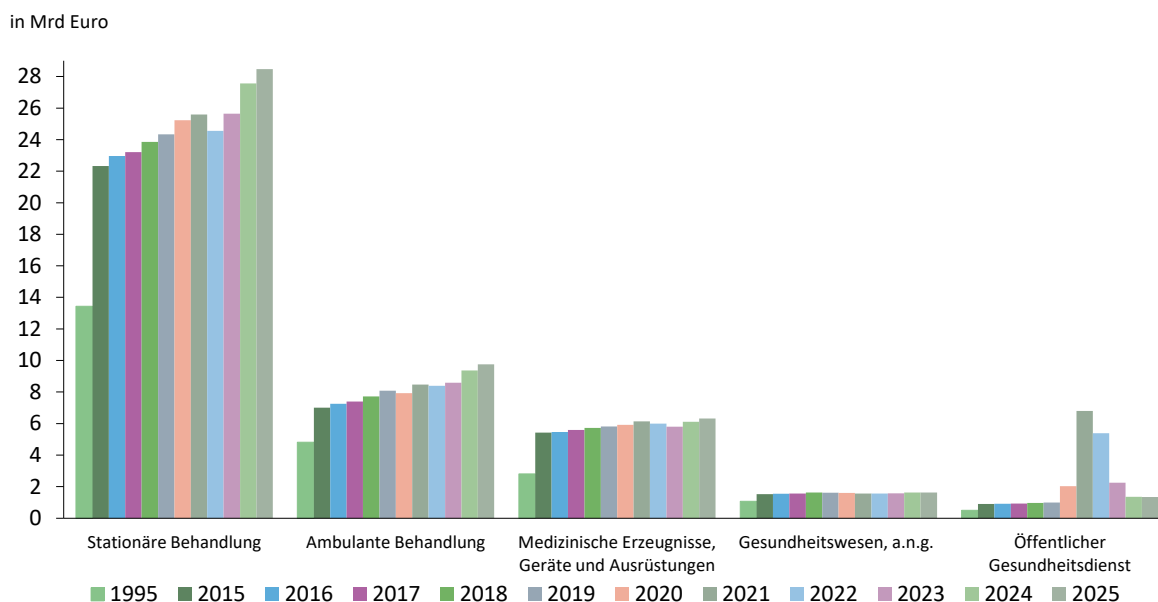
	1995 bis 2025 in %	2025 in Mrd Euro
Intramurale Versorgung	112	28,5
Extramurale Versorgung	102	9,8
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen	125	6,3
Forschung	216	3,0
Gesundheitswesen, a.n.g.	52	1,6
Öffentlicher Gesundheitsdienst	168	1,3
Summe Gesundheitsausgaben	114	50,5

Quelle: Statistik Austria, Fiskalrat.

Der quantitativ bedeutendste Anstieg der realen Gesundheitsausgaben war dabei im Spitalsbereich, gefolgt vom niedergelassenen Bereich und den Ausgaben für pharmazeutisch-medizinische Güter⁶ zu beobachten. Neben Mengeneffekten waren hierfür insbesondere auch Preiseffekte verantwortlich. So gab es etwa mehrfach außerordentliche Gehaltssprünge in Spitälern im Rahmen der Umsetzung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) und im Zuge der Pandemie sowohl für das pflegerische als auch für das ärztliche Personal, was die Stückkosten verteuerte. Technologisch ist ein steigender Anteil hochpreisiger Therapien zu nennen, vor allem im Bereich der Zelltherapien, Gentherapien oder Immuntherapien.

Pandemiebedingt stiegen die Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst stark an. Trotz eines starken Rückgangs dieser Ausgaben in den Folgejahren blieb das reale Niveau deutlich erhöht, was unter anderem auf Impfbudgets zurückzuführen ist. Die Verwaltungsausgaben (Gesundheitswesen a.n.g.) verzeichneten mit +53% im Vergleich den geringsten Anstieg der realen Ausgaben.

Abbildung 1: Reale Gesundheitsausgaben*



*COFOG Klassifizierung 07, in Preisen 2025. Quelle: Statistik Austria, Fiskalrat.

⁶ Der Anstieg der Ausgaben ist hier vorrangig durch den extramuralen Bereich (öffentliche Apotheken) getrieben.

Die COVID-19-Pandemie führte zwischen 2020 und 2022 zu erheblichen Veränderungen in der Nutzung von Gesundheitsleistungen und damit zu temporären Verschiebungen in der Struktur der Gesundheitsausgaben. Während die realen Ausgaben für stationäre Behandlungen in den ersten Pandemie Jahren weiter anstiegen, gingen die ambulanten Ausgaben im Jahr 2020 zunächst zurück. In der Folge führten verschobene planbare Eingriffe und ein Rückgang von Akutfällen im Jahr 2022 zu einem deutlichen Rückgang der stationären Ausgaben. Seit 2023 setzt sich jedoch wieder das zugrunde liegende deutliche langfristige Wachstum der realen Gesundheitsausgaben fort.

2024 fiel der Anstieg der Gesundheitsausgaben besonders stark aus. Vergleicht man das reale Wachstum der Ausgabenbereiche im Jahr 2024 mit den historischen prä-COVID-Werten von 2015 bis 2019, so wird das Ausmaß des gegenwärtigen Ausgabenanstiegs deutlich (Tabelle 2). Das reale Ausgabenwachstum aller Bereiche liegt deutlich über den historischen Werten. Dies ist kein Artefakt der ausgewählten Vergleichsperiode, sondern hält auch bei Betrachtung der Jahre 1995 bis 2019. Die abweichenden Wachstumsraten 2020 bis 2023 sind auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen und damit für die Analyse der grundlegenden Entwicklungen nicht von Bedeutung.

Tabelle 2: Wachstum der realen Gesundheitsausgaben nach COFOG-Klassifizierungen

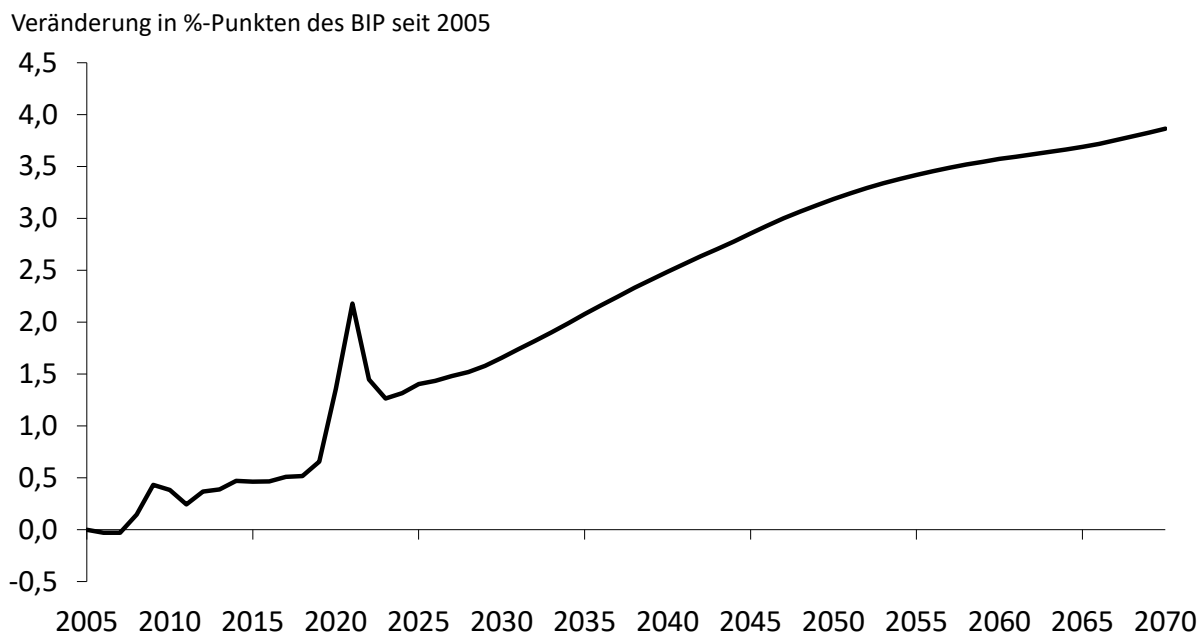
durchschnittliche Wachstumsraten	2015-2019	2020-2022	2023	2024
Stationäre Behandlung	2,5	0,3	2,7	8,2
Ambulante Behandlung	2,2	1,2	2,4	8,7
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen	3,1	1,0	-3,1	5,1
Gesundheitswesen, a.n.g.	1,7	-1,0	0,5	4,2
Öffentlicher Gesundheitsdienst	2,9	75,7	-58,5	-40,6
Summe Gesundheitsausgaben	2,6	3,9	-5,0	5,3

Quelle: Statistik Austria, Fiskalrat.

2. ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN

Die Veränderung der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten wird zu einem deutlichen Anstieg demografieabhängiger Ausgaben führen, insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Pflege. Der Fiskalrat geht davon aus, dass sich dabei vor allem die Gesundheitsausgaben besonders stark erhöhen werden (Nachhaltigkeitsbericht 2025). Unter Berücksichtigung des historischen Stückkostenwachstums sowie der demografischen Entwicklung, errechnet der Fiskalrat unter der Annahme eines unveränderten Politikrahmens („no-policy-change“) bis zum Jahr 2070 einen Anstieg der Gesundheitsausgaben um rund 2,6% des BIP (Grafik 2). Dieser deutliche Zuwachs bedeutet, dass künftig ein immer größerer Anteil der staatlichen Einnahmen für die Finanzierung des Gesundheitssystems aufgewendet werden muss. Dadurch entsteht ein wachsender Konkurrenzdruck zu anderen öffentlichen Aufgaben und damit ein zunehmendes Priorisierungs- und Finanzierungsproblem. Der Nachhaltigkeitsbericht des Fiskalrates berechnet bis zum Jahr 2070 eine deutliche Finanzierungslücke von 5,3% des BIP.

Abbildung 2: Langfristprognose der Gesundheitsausgaben bis 2070

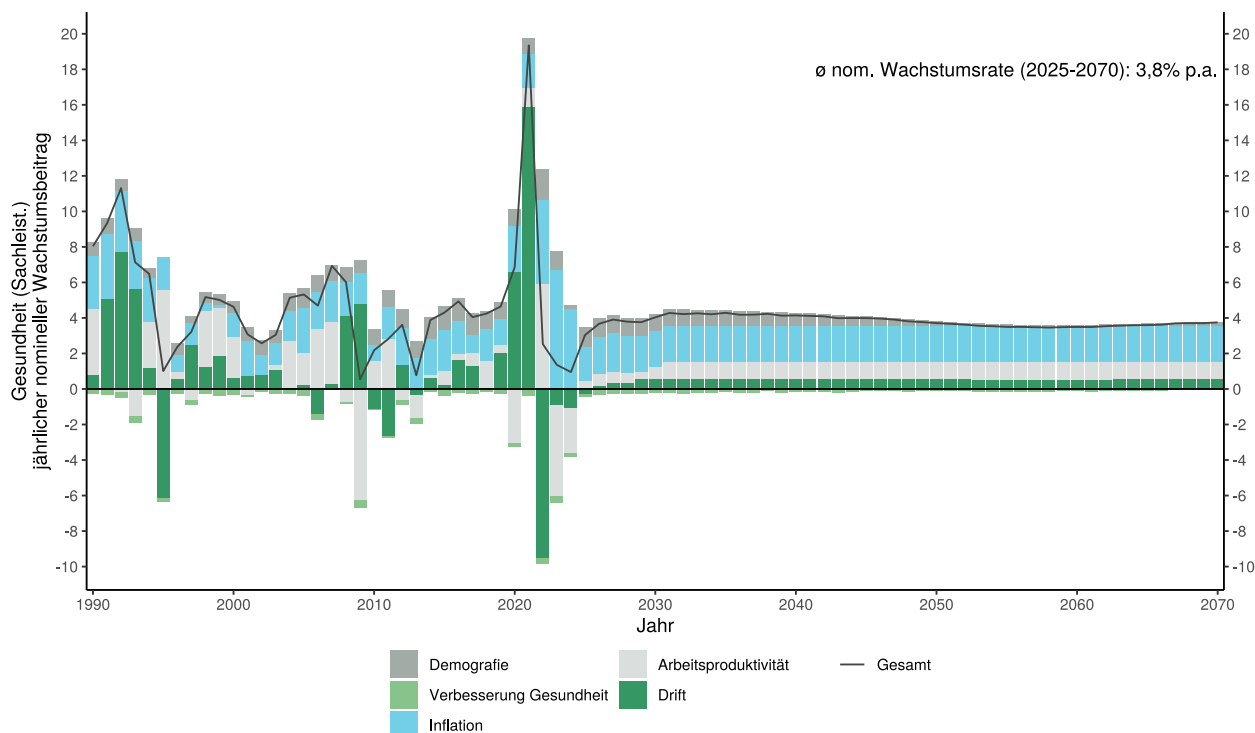


Quelle: FISK-Nachhaltigkeitsbericht 2025.

Der erwartete Anstieg der Gesundheitsausgaben wird durch den demografischen Struktureffekt, den Anstieg der altersspezifischen Kosten und Lohnerrhöhungen⁷ verursacht (Abbildung 3). Der demografische Struktureffekt (grauer Balken: Demographie) beschreibt dabei die Verschiebung der altersspezifischen Zusammensetzung der österreichischen Bevölkerung nach oben. Die beiden grünen Balken beschreiben die Veränderung der altersspezifischen Gesundheitsstückkosten. Diese nehmen aufgrund des medizinischen Fortschritts und den damit einhergehenden zusätzlichen bzw. immer teurer werdenden Behandlungen (dunkelgrüner Balken: „Drift“) deutlich zu, werden aber aufgrund der gleichzeitig angenommenen laufenden Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (hellgrüner Balken) abgeschwächt. Der erwartete zukünftige Anstieg der Gesundheitsausgaben durch den „Drift“ leitet sich aus dem gesamten historischen residualen Wachstum der Gesundheitsausgaben abseits des Einflusses von Demographie, Lohnwachstum und Verbesserung der Gesundheit ab. Zusätzlich zum angesprochenen medizinischen Fortschritt sind hierfür v. a. der demografiebedingte Anstieg der Multimorbidität, Lohnwachstum über Inflation plus Arbeitsproduktivitätserhöhung und der Anstieg der Gesundheitsnachfrage durch die Erhöhung des realen verfügbaren Einkommens verantwortlich. Der langfristige Anstieg der realen Gesundheitsausgaben ist fast ausschließlich auf demografische Änderungen und das „Drift“-Wachstum zurückzuführen. Laut FISK-Prognose erklären sich 40% des erwarteten Anstiegs der Ausgaben bis 2070 durch eine Veränderung der demographischen Struktur und 60% aus dem Anstieg des altersspezifischen Stückkostenwachstums („Drift“ und Verbesserung Gesundheit).

⁷ Annahme: Lohnwachstum im Bereich der Gesundheitsberufe entspricht der Inflation plus dem Produktivitätswachstum (t-1).

Abbildung 3: Langfristiges Wachstum der Gesundheitsausgaben



Quelle: FISK-Nachhaltigkeitsbericht 2025.

3. GRUNDSÄTZLICHE HANDLUNGSFELDER FÜR REFORMEN

Effizienz der Ausgaben erhöhen

In Zeiten knapper Budgets gewinnt die effiziente Verwendung vorhandener Mittel besonders an Bedeutung. Durch Reformen der bestehenden Planungs- und Finanzierungsstrukturen können Doppelgleisigkeiten reduziert und Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Ein verbesserter Informationsaustausch zwischen Leistungserbringenden sowie eine optimierte Patientinnen- und Patientenlenkung tragen dazu bei, Behandlungen besser zu koordinieren und unnötige Kosten zu vermeiden. Dadurch lässt sich der erwartete Anstieg der Gesundheitsausgaben eindämmen, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden.

Leistungen anpassen

Angesichts begrenzter finanzieller Spielräume ist es notwendig, den Leistungskatalog des öffentlichen Systems regelmäßig evidenzbasiert zu überprüfen und ggf. zu bereinigen. Technologische Innovationen können vom öffentlichen Gesundheitssystem nur abgedeckt werden, wenn Kosten und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Dazu müssen Maßnahmen zur Umsetzung von Health Technology Assessment (HTA)-basierten Evaluierungen des Leistungskatalogs umgesetzt werden.

Zusätzliche Einnahmen generieren

Neben Effizienzsteigerungen und Leistungsanpassungen können auch zusätzliche Einnahmen zur Stabilisierung des Systems beitragen. Eine wichtige Möglichkeit besteht in der Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, insbesondere von Frauen, älteren Menschen und zugewanderten Personen. Durch bessere

Vereinbarkeit von Familie und Beruf, gezielte Qualifizierungsmaßnahmen und arbeitsmarktpolitische Integration kann die Zahl der Beitragszahlenden bzw. deren Arbeitsvolumen erhöht werden. Dies stärkt langfristig die Finanzierungsbasis des Systems.

4. ERHÖHUNG DER AUSGABENEFFIZIENZ

Viele der existierenden Möglichkeiten zur Hebung der Ausgabeneffizienz brauchen strukturelle Reformen. Diese erfordern zum Teil strategische Investitionen, die zunächst häufig Mehrkosten verursachen, bevor sie in der mittleren bis langen Frist entlastend wirken. Um den budgetären Spielraum für notwendige Strukturreformen bereitzustellen, sollten kurzfristig budgetwirksame Reformen genutzt und umgehend umgesetzt werden.

4.1. Budgetär kurzfristig wirksame Maßnahmen

Gemeinsamer Einkauf und effiziente Nutzung von Großgeräten

Kostensenkungen sollten durch gemeinsamen, überregionalen Einkauf von medizinischen Geräten und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern umgesetzt werden. Zusätzlich ist eine effiziente Nutzung von Großgeräten, durch die konsequente Abschaffung von regionalen Doppelstrukturen und die Nutzung von Leerzeiten – z. B. im Schichtbetrieb in Spitälern – durch eine optimale Auslastung bestehender Infrastruktur sicherzustellen. Damit könnten die Stückkosten pro Untersuchung gesenkt und Wartezeiten verkürzt werden.

Low-Value-Care identifizieren und reduzieren

Um das Gesundheitssystem finanziell zu entlasten, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden, müssen identifizierte Ineffizienzen und Low-Value-Leistungen konsequent reduziert werden. Ein wesentlicher Hebel liegt in der Arzneimittelökonomie etwa durch die Einführung einer verpflichtenden Generikaverschreibung und vergleichbaren Werkzeugen für Biosimilars sowie die Anpassung von Packungsgrößen auf das medizinisch notwendige Maß, um Medikamentenverschwendung zu vermeiden. Daneben gilt es Instrumentarien zu entwickeln, die Verschreibung von potenziell inadäquater Medikation (PIM) bzw. Fehl- oder Überbehandlung (Polypharmazie) verhindern. Technologisch könnte auf bestehende Infrastruktur, wie die e-Medikation in ELGA, aufgebaut werden.

Verpflichtender digitaler Transfer von Bilddaten und Befunden (z. B. via ELGA) kann genutzt werden, um im Bereich der Diagnostik Doppel- oder Mehrfachbefundungen zu reduzieren bzw. zu unterbinden. Damit können Kosten gespart als auch ggf. negative Effekte für Patientinnen und Patienten (Strahlenbelastung, Terminwartezeit) reduziert werden.

Die Vermeidung von Low-Value-Maßnahmen sollte durch transparentes Leistungsmonitoring, Anreize zur ökonomischen Verordnungs- und Verschreibweise (z. B. im Rahmen der Ärztehonorare) und eine moderne Umsetzung von Bewilligungen (z. B. automatisches System bei der Chefarzt-Prüfung), insbesondere bei Verfahren mit eingeschränktem Zusatznutzen unterstützt werden.

Effektive Ausgabensteuerung in der Zielsteuerung Gesundheit verankern

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit bestehen bereits Ausgabenobergrenzen, diese entfalten aufgrund fehlender Sanktionierungsmaßnahmen und Spielräumen kaum Konsolidierungs- und Effizienzwirkung. Die Obergrenzen wären derart auszugestalten, dass unter Rücksichtnahme der Notwendigkeit von zielgerichtetem investivem Handeln nachhaltige Effizienzpotenziale geschöpft werden können (z. B. Ambulantisierung). Die existierenden Ausgabenobergrenzen sollten evidenzbasiert angepasst und ambitionierter ausgestaltet werden und mit einem wirksamen Durchsetzungsmechanismus verbunden werden. Derzeit führen Überschreitungen primär zu Monitoring- und Berichts- bzw. Empfehlungspflichten. Durch

automatische Korrekturmechanismen oder die Berücksichtigung von Abweichungen auf dem Korrekturkonto des innerösterreichischen Stabilitätspaktes könnte der Erfüllungs- bzw. Effizienzdruck deutlich erhöht werden.

Verbindliche Patientensteuerung und optimierte Versorgungspfade

Die Etablierung verpflichtender Patientenwege über einen verbindlichen Primärversorgungspfad ist zur Erhöhung der Ausgabeneffizienz international gängige Praxis. Ziel ist es, Behandlungen konsequent auf der niedrigsten möglichen und zugleich optimalen Versorgungsstufe abzuschließen. Dies erfordert ein Gatekeeping-Modell, bei dem der Zugang zur Sekundärversorgung an Überweisungen gebunden wird (mit Ausnahme von Notfällen). Der Primärversorgung kommt dabei eine koordinierende Lotsenfunktion im System zu. Eine Umsetzung eines derartigen verpflichtenden Pfades setzt aber zunächst die Verfügbarkeit einer ausreichenden Primärversorgung voraus, die es vor Umsetzung sicherzustellen gilt. Länder, die funktionierende Gatekeeping-Systeme etabliert haben, verfügen teilweise über ein Vielfaches der Dichte an öffentlichen Allgemeinmediziner:innen.

Die verbindliche Patientensteuerung sollte durch konsequente Nutzung von Digi- bzw. Telemedizin zur Erstabklärung sowie durch negative, wie auch positive Anreize (z. B. Selbstbehalte oder kürzere Wartezeiten) unterstützt werden. Krankschreibungen für den Arbeitgeber könnten z. B. in diesem Bereich deutlich kostengünstiger und effizienter umgesetzt werden. Die Verfügbarkeit von Digi- und Telemedizin muss dabei unter Berücksichtigung von Kosten und Nutzen erfolgen und effizient umgesetzt werden. Umfassende Informationskampagnen zur Patientenorientierung sollen dabei sicherstellen, dass die Bevölkerung den optimalen Ansprechpartner im System erkennt und sicher durch den Versorgungspfad geleitet wird (z. B. Krankschreibungen über ärztliche Videoberatung). Die Etablierung einer Lotsenfunktion für chronisch Kranke ist hier von besonderer Bedeutung. Dieser strukturierte Zugang würde die knappen Ressourcen im spezialisierten Sektor schützen und gleichzeitig eine rasche, koordinierte Versorgung in der Primärstufe sicherstellen.

Kompetenzverschiebung und neue Arbeitsteilung (Skill-Mix)

Zur Steigerung der Effizienz und Attraktivität im Gesundheitswesen ist eine konsequente Kompetenzverlagerung hin zur Pflege und weiteren Gesundheitsberufen nach internationalem Vorbild (z. B. Nurse Practitioners, nurse-led injection service) erforderlich. Durch die Übertragung medizinischer Aufgaben, z. B. Therapiemanagement bei chronisch Kranken, Impfungen sowie einschlägiger Verschreibungsrechte wird die Ärzteschaft entlastet und werden die Pflegeberufe aufgewertet. Diese modernisierte Arbeitsteilung ermöglicht nicht nur eine kostengünstigere Leistungserbringung durch optimierte Personalschlüssel, sondern kann durch effizienten „Skill-Mix“ eine schnellere und wohnortnahe Patientenversorgung sichern.

Harmonisierung der Leistungs- und Honorarkataloge

Kostspielige Leistungsunterschiede zwischen den Krankenversicherungsträgern sollten durch einen einheitlichen, evidenzbasierten Leistungskatalog, der sich an den effizientesten Versorgungsstandards orientiert, beseitigt werden. Die Umsetzung der Leistungsharmonisierung bedingt auch eine Harmonisierung bei der Leistungsfinanzierung (z. B. Selbstbehalte). Die Harmonisierung der Leistungen sollte durch eine weitere Zusammenführung von Versichertengruppen (SVS, BVAEB und KFA) begleitet werden, so dass am Ende gleiche Leistungen mit gleichen Beiträgen für alle Versicherten gewährleistet werden. Die Verhandlungssettings sind derart auszugestalten, dass sie nicht zwangsläufig in einer Nivellierung nach oben führen.

Die Einführung gesamtösterreichisch harmonisierter Ärztehonorare ist eine naheliegende Fortführung der Leistungsharmonisierung der Krankenanstalten. Ziel ist ein einheitliches Vergütungsniveau, das mittelfristig zu einem geringeren Anstieg der Ausgaben beiträgt. Damit sollte sich der Gesamtvertrag an den

Regionen mit derzeit moderaten Honorarhöhen orientieren. Um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen, sollten innerhalb dieses Systems definierte Bandbreiten zugelassen werden. Diese ermöglichen gezielte regionale Zuschläge für unterversorgte Gebiete oder Mangelfächer, ohne das Prinzip der österreichweiten Honorarstabilität und Vergleichbarkeit zu untergraben.

Rückerstattungen im Wahlbereich alternativ einsetzen, Dokumentations- und Meldepflichten einführen

Durch seine Ausgestaltung kann der Wahlarztsektor bzw. der gesamte Wahlbereich (inkl. Therapeuten, etc.) derzeit nur unzureichend in der Leistungs- und Mengensteuerung berücksichtigt werden. Gleichzeitig sind die gesetzlichen KV-Träger aber zur Rückerstattung eines Teils der Honorare verpflichtet. Diese Rückerstattungen für den gesamten Wahlbereich verzeichnen seit einigen Jahren hohe Wachstumsraten und lagen im Jahr 2024 bereits bei rund 834 Mio Euro. Dies stellt ein Plus von 88% gegenüber 2019 dar. Diese Mittel könnten alternativ in die Schaffung zusätzlicher Kassenstellen (bis zu 1.500) investiert werden und würden zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen.

Aus Qualitäts-, Transparenz- und Compliance-Gründen sowie um Doppelbefundungen und -Behandlungen zu vermeiden wäre es vorteilhaft, Dokumentations- und Meldepflichten (z. B. ELGA-Pflicht) ident zum Kassensektor verpflichtend umsetzen.

4.2. Erhöhung der Ausgabeneffizienz durch Strukturreformen

Änderung der Organisationsstruktur und Finanzierung des Gesundheitswesens

Derzeit entstehen durch die historisch gewachsene Mischfinanzierung und Gesundheitsplanung zwischen Bund, Ländern, Gemeinden⁸ und Sozialversicherung erhebliche Ineffizienzen, Koordinationsprobleme und fiskalische Fehlanreize. Eine Reform der Organisationsstruktur muss daher grundlegende institutionelle Vereinfachungen der Finanzierungszuständigkeit, Budgetverantwortung und Governance-Struktur umfassen. Die Finanzierung und Planung des Gesundheitssystems hin zur „Finanzierung und Planung aus einer Hand“ sollte dabei als grundlegendes Prinzip umgesetzt werden.

Konnex von Einnahmen- und Ausgabenverantwortung durch Integration von Finanzierung und Versorgungsplanung

Ein zentraler Schritt einer Reform besteht darin, die Kongruenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenverantwortung herzustellen. Dies entspricht im Gesundheitsbereich der Verbindung von Finanzierungs- und Planungsverantwortung. Derzeit können einzelne Gebietskörperschaften (z. B. Länder bei Spitalsplanung) Entscheidungen treffen, deren Kosten teilweise von anderen (z. B. Sozialversicherung oder Bund) getragen werden. Dies erzeugt sogenannte fiskalische Externalitäten und schwächt Effizienzreize. Eine Reform muss daher die Integration zwischen Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitsplanung sicherstellen. Dazu muss die institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden, um sektor- und regionenübergreifende Versorgungsplanung, bessere Patientensteuerung und damit eine effizientere Nutzung von Ressourcen zu ermöglichen. Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ ist konsequent umzusetzen, um den Strukturwandel zu ermöglichen.

Gebündelte Finanzierung aus einer Hand

Eine vollständige Integration von Finanzierung und Versorgungsplanung wird durch die Bündelung aller gesundheitsbezogenen Mittel in einem gemeinsamen Budget deutlich erleichtert. Heute fließen Mittel aus Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern, Landesbudgets und kommunalen Umlagen in verschiedene

⁸ Die Gemeinden sind an der Finanzierung aber nicht an der Planung des Gesundheitssystems beteiligt.

Finanzierungstöpfe (z. B. Landesgesundheitsfonds). Diese Struktur erschwert eine integrierte Steuerung und begünstigt ökonomische Fehlanreize in der Gesundheitsplanung und Patientenlenkung. Eine Reform hin zur Finanzierung aus einer Hand würde bedeuten, dass alle Finanzierungsströme über einen zentralen Budgetmechanismus laufen, unabhängig davon, ob Leistungen im stationären oder ambulanten Bereich erbracht werden.

Verbindliche Budgetregeln

Ein wesentliches Ziel besteht darin, ambitionierte Budgetrestriktionen einzuführen. In vielen staatlichen Mehrebenensystemen besteht das Risiko sogenannter „Soft Budget Constraints“: Wenn eine Ebene davon ausgehen kann, dass Defizite letzten Endes von einer anderen Ebene gedeckt werden, sinken die Anreize zur Kostenkontrolle. Eine Reform muss daher mehrjährige Ausgabenpfade, dynamisierte Budgetregeln unter Berücksichtigung von Demografie, Preisentwicklung und medizinischem Fortschritt beinhalten. Verbindliche innerstaatliche Budgetregeln sind für die fiskalisch nachhaltige Ausgestaltung des Gesundheitssystems unumgänglich. Im Fall von unverschuldeten Budgetüberschreitungen ist ein anreizorientierter Ausgleichsmechanismus (z. B. eine Teilung der Abgänge zwischen den Gebietskörperschaften, wobei die planende Gebietskörperschaft einen bedeutenden Teil des Risikos trägt) nötig.

Im Folgenden werden exemplarisch zwei mögliche Reformvarianten vorgestellt, die versuchen, das Spektrum von Lösungsmöglichkeiten für die „Planung- und Finanzierung aus einer Hand“ aufzuspannen. Alternativ sind viele andere Reformoptionen denkbar, die die oben genannten Prinzipien in unterschiedlichem Maße umsetzen.

Reformvariante 1: Zentralisiertes Finanzierungs- und Planungsmodell mit verbindlicher Budgetverantwortung und Trennung zwischen Planung und operativer Umsetzung

In dieser Variante werden Finanzierung, strategische Planung und Gesamtsteuerung des österreichischen Gesundheitswesens zentral auf Bundes- oder Sozialversicherungsebene gebündelt. Der zentrale Player übernimmt die gesamte Planungs- und Finanzierungsverantwortung. Die operativen Aufgaben, wie Umsetzung der geplanten Versorgungsstruktur, kann durch regionale Niederlassungen des zentralen Players unterstützt bzw. umgesetzt werden.

Der Bund definiert ein mehrjähriges, dynamisiertes Globalbudget (z. B. orientiert an Demografie, Preis- und Lohnentwicklung und medizinischem Fortschritt) für den zentralen Player.

Länder und Gemeinden werden von der Planungs- und Finanzierungsverantwortung entbunden. Im Gegenzug werden die bisher aufgewendeten Mittel auf Bundesebene gepoolt (Streichung aller existierenden Transfers für den Gesundheitsbereich und Reduktion der Finanzausgleichszahlungen im Umfang der aktuellen Abgänge der Krankenanstalten). Damit würde der zentrale Player das Risiko ansteigender Abgänge in der Finanzierung der Krankenanstalten übernehmen.

Vorteile

- Vertikale Einnahmen-Ausgaben-Kongruenz wird sichergestellt. Die Ebene mit Steuer- bzw. Einnahmenhoheit (Bund) entscheidet auch über die Mittelverwendung (vertikale fiskalische Äquivalenz). Gleichzeitig reduzieren sich die Probleme der Nutzung von Gesundheitsressourcen über die Landesgrenze des eigenen Wohnortes hinweg (horizontale fiskalische Äquivalenz) und damit die Probleme in der Standortplanung von Krankenanstalten.
- Gesamtösterreichische Gesundheitsplanung wird ermöglicht.
- Durch verbindliche Budgets wird die Ausgabendynamik aus Preis-, Mengen- und Technologieeffekten in der Planung, Ausgestaltung und in den Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems berücksichtigt.

- Effizienzgewinne durch:
 - Wegfall komplexer Mischfinanzierung
 - Reduktion von Koordinations- und Transaktionskosten
 - Nutzung von Skaleneffekten (z. B. Arzneimittelbeschaffung, Digitalisierung)
 - Stärkung der Verhandlungsmacht bei Einkauf und Gehaltsverhandlungen
 - Klare politische Verantwortlichkeit
 - Nivellierung von Gehalts- und Preisniveaus
 - Keine Konkurrenzierung der Bundesländer untereinander.

Nachteile und Risiken

- Politisch ist diese Variante anspruchsvoll, da Länder und Gemeinden substantielle Kompetenzen, jedoch auch das Risiko der Finanzierung von ansteigenden Abgängen der Krankenanstalten verlieren.
- Verfassungsrechtliche Anpassungen sind notwendig. Zudem besteht das Risiko zentraler Übersteuerung oder bürokratischer Verfestigung.
- Regionale Versorgungsbesonderheiten bedürfen Sonderprozessen.
- Die homogene Umsetzung der zentral geplanten Versorgungsstrukturen (Planwerte) in allen Regionen erfordert aufgrund der derzeit sehr großen Bandbreiten lange Übergangsfristen.

Reformvariante 2: Vollständige Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung auf Länderebene

Diese Variante verlagert die Finanzierung, Planung und Steuerung vollständig auf die Länderebene. Jedes Bundesland trägt die Gesamtverantwortung für sein Gesundheitsbudget und erhält dafür im Rahmen eines neu gestalteten Finanzausgleichs eine dynamisierte Mittelzuweisung. Sozialversicherung und Länder erhalten ein gemeinsames Budget mit gemeinsamer Budget- und Versorgungsverantwortung. Durch den Entfall des Art. 12 B-VG erhält der Bund die Kompetenz, die bisher grundsatzgesetzlich geregelten Materien im Krankenanstaltenwesen unmittelbar und abschließend zu regeln. Dadurch werden bundesweit einheitliche Standards geschaffen. Zusätzlich übernimmt der Bund die Ableitung der Mittelzuweisung. Die Gemeinden⁹ werden aus der Gesundheitsfinanzierung entlassen.

Der Bund bleibt für die Abwicklung des Finanzausgleichs zuständig. Die zentrale Herausforderung besteht hier in der Festlegung einer realistischen und risikoorientierten Kompensation der Gesundheitsausgaben im Rahmen des Finanzausgleichs. Dabei legen die erwarteten zukünftigen Entwicklungen von Demografie, medizintechnischem Fortschritt und Preis- und Lohnentwicklung die Höhe der Mittelzuweisungen fest.

Vorteile

- Die Einnahmen-Ausgaben-Kongruenz ist hoch. Effizienzgewinne durch:
 - Integration von Finanzierung, Steuerung und Planung auf Landesebene.
 - Doppelstrukturen zwischen Landesgesundheitsfonds und Sozialversicherung entfallen.
 - Regionale Steuerung ermöglicht eine bessere Anpassung an Besonderheiten.
 - Länder legen Best Point of Service einheitlich fest.
- Regionale Präferenzen können berücksichtigt werden, und es entsteht potenziell ein Innovationswettbewerb zwischen den Ländern (Wettbewerbs-Föderalismus).

⁹ Wien wird hier ausschließlich in seiner Rolle als Bundesland behandelt.

Nachteile

- Die budgetäre Stabilität ist stark von der Treffgenauigkeit der Finanzausgleichsformel abhängig: Fehlprognosen bei technologischer oder demografischer Dynamik können zu Finanzierungsproblemen bzw. Effizienzeinbußen führen. Zudem könnten sich Versorgungsunterschiede zwischen finanzstarken und finanzschwächeren Ländern verstärken.
- Probleme in der Krankenhausplanung (z. B. Gastpatientenregelungen) bleiben bestehen.
- Hohe Komplexität bei der Neugestaltung des Finanzausgleichs.
- Gefahr regionaler Divergenzen.
- Verlust gesamtösterreichischer Skaleneffekte und der Verhandlungsmacht bei Einkauf und Gehaltsverhandlungen.
- Gesamtösterreichische Gesundheitsplanung fällt weg. Es besteht ein komplexer politischer Koordinationsbedarf bei bundesweiten Strategien.
- Es bleibt eine vertikale Abhängigkeit vom Bund über den Finanzausgleich bestehen. Wird die Mittelbemessung politisch angepasst oder bei Defiziten nachverhandelt, entsteht das Risiko weicher Budgetrestriktionen.

Überregionale Planung der Versorgung

Ein wesentlicher Hebel zur Effizienzsteigerung ist die verstärkte Überführung der verbindlichen Strukturplanung (inklusive Krankenhausplanung) von einer bundesländerorientierten hin zu einer überregionalen, bedarfsorientierten bundesweiten, integrierten Strukturplanung.

Effizienzerhöhung der Krankenanstalten

Zur nachhaltigen Absicherung des Gesundheitssystems ist eine Erhöhung der Effizienz im stationären Sektor unumgänglich. Ein zentraler Hebel hierfür könnten transparente Qualitäts- und Effizienzvergleiche sein (z. B. Cypionka et al., 2017¹⁰), um bestehende Produktivitätsunterschiede zwischen den Krankenanstalten zu zeigen und Optimierungspotenziale zu heben. Dabei geht es nicht um pauschale Kürzungen, sondern um eine evidenzbasierte Identifikation von Ineffizienzen und Low Value Care durch strukturierte regelmäßige und vergleichbare Analysen. Über klassische Parameter wie Belagsdauer und Auslastungsgrade hinaus, müssen dabei verstärkt struktur- und prozessorientierte Kennzahlen in den Fokus rücken:

- Ambulantisierungsgrad: Messung des Anteils potenziell tagesklinisch oder ambulant durchführbarer Eingriffe, die derzeit noch stationär erbracht werden.
- Outcome-basierte Effizienz: Verknüpfung von Kosten pro Fall mit der medizinischen Ergebnisqualität.
- Personalintensität pro Fallgruppe: Benchmarking des Personaleinsatzes bei vergleichbaren medizinischen Leistungen zur Identifikation von Best-Practice-Modellen in der Personalplanung.
- Technologieeinsatz: Erfassung des Digitalisierungsgrades in der Logistik und Administration zur Reduktion nicht-medizinischer Betriebskosten.
- Definition von optimalen Versorgungsniveaus und Benchmarking (Mindestfallzahlen und Frequenzen, Versorgungsdichten, Personalschlüssel, Auslastung etc.)

¹⁰ Cypionka et al. (2017). „Effizienzentwicklung im österreichischen Spitalswesen“. IHS-Projektbericht. Effizienzvergleiche sollten zusätzlich den unterschiedlichen Leistungsmix der Krankenanstalten berücksichtigen.

Ambulantisierung forcieren

Die Bemühungen hin zu einer verstärkten Ambulantisierung sind auf allen Ebenen nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ fortzusetzen. Ausbau von Mehrpersoneneinheiten, wie PV-Einheiten oder multidisziplinäre ambulante Zentren sowie Fachambulanzen und Tageskliniken bei gleichzeitiger Redimensionierung der stationären Versorgung ist zu forcieren.

Konkretisierung von Best Point of Service

Art-15a-Vereinbarung / Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz: „Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.“ Analog muss eine konkrete Ausarbeitung von optimalen symptom-basierten Patientenwegen entwickelt werden. Finanzierung aus einer Hand würde rasch zu einer Beseitigung jener Schnittstellenprobleme beitragen, die aktuell die Allokation am Best Point of Service verhindern.

Änderung der Honorararchitektur der Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich

Das derzeitige Honorarsystem im niedergelassenen Bereich ist stark von der Einzelleistungsvergütung geprägt und enthält kaum qualitäts- oder erfolgsorientierte Elemente. Dadurch entstehen Anreize zur Mengenausweitung (Stichwort: e-Card Stechungen) sowie zur Verlagerung von Patientinnen und Patienten in den fachärztlichen oder stationären Bereich. Eine Reform sollte Strukturfinanzierung, leistungs- und erfolgsabhängige Vergütung kombinieren.

Mögliches Beispiel einer Umsetzung, orientiert am niederländischen Honorarsystem:

Strukturfinanzierung

Ein fixes Grundgehalt deckt die Fixkosten der Ordinationsführung und honoriert die Vorhaltung medizinischer Infrastruktur sowie die Betreuung eines Patientenstamms. Diese Komponente erhöht die wirtschaftliche Stabilität und Planungssicherheit für Ärztinnen und Ärzte und kann die Attraktivität von Kaserverträgen sowie flexibleren Arbeitsmodellen erhöhen.

Leistungsabhängige Vergütung

Patientenkontakte und medizinische Leistungen werden honoriert, um die Produktivität und Versorgung akuter Fälle sicherzustellen.

Erfolgsabhängige Vergütung

Dieser Honorarteil wird an Qualitätsindikatoren und Zielquoten gekoppelt. Ziel ist es, unnötige Leistungen („Low-Value-Care“) zu reduzieren und eine effektive Patientensteuerung innerhalb der Primärversorgung zu fördern. Dadurch können Doppeluntersuchungen vermieden, die Versorgungsqualität verbessert und der Spitalssektor entlastet werden.

International deuten insbesondere das estnische und lettische Modell darauf hin, dass eine starke Hausarztzentrierung mit Gatekeeping und kombinierten Honorarformen — etwa Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütung und qualitätsbezogenen Zuschlägen — zur Dämpfung der Kostenentwicklung beitragen kann.

Umsetzung von internationalem Best Practice bei Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Die primären Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention sind eine Erhöhung der gesunden Lebensjahre (Kompression der Morbidität). Dies führt durch eine Reduktion der altersspezifischen Stückkosten

und eine Erhöhung der Partizipationsraten am Arbeitsmarkt (u. a. durch Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz) zu niedrigeren Gesundheitsausgaben bzw. höheren Sozialversicherungsbeiträgen. Österreich liegt hier im EU-Vergleich trotz überdurchschnittlich hoher Gesundheitsausgaben unter dem Durchschnitt. Länder mit einer hohen Anzahl an gesunden Lebensjahren, wie etwa die skandinavischen Länder, machen deutlich, dass Gesundheitsförderung und Prävention durch strukturelle Maßnahmen und gezielte Anreizsysteme gefördert werden können. Diese Maßnahmen umfassen

- den konsequenten Ausbau von Programmen zur Früherkennung,
- die Förderung von Gesundheitskompetenz von Kindheit an sowie
- die Implementierung von evidenzbasierten Interventionen gegen chronische Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes oder Demenz und
- Bildungsförderung.

5. KLÄRUNG DES GESETZLICHEN LEISTUNGSANSPRUCHS IN ABSTIMMUNG MIT FINANZIERBARKEIT

Eine zukunftsichere Definition des Leistungsumfangs erfordert, dass die erstatteten Leistungen bzw. deren Honorierung mit den existierenden budgetären Spielräumen in Einklang gebracht werden. Die aktuelle Gesetzeslage bzw. das so genannte Ökonomiegebot (insbesondere § 133 Abs. 2 ASVG) definiert die Krankenbehandlung als „ausreichend und zweckmäßig“, wobei sie „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten darf. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe führen zusammen mit dem laufenden medizinischen Fortschritt in der Praxis zu einer Ausweitung des Leistungsumfangs. Eine evidenzbasiertere Konkretisierung des Leistungsumfangs im ASVG ist daher notwendig, um einen rechtlich verbindlichen und finanziell nachhaltigen Rahmen zu schaffen.