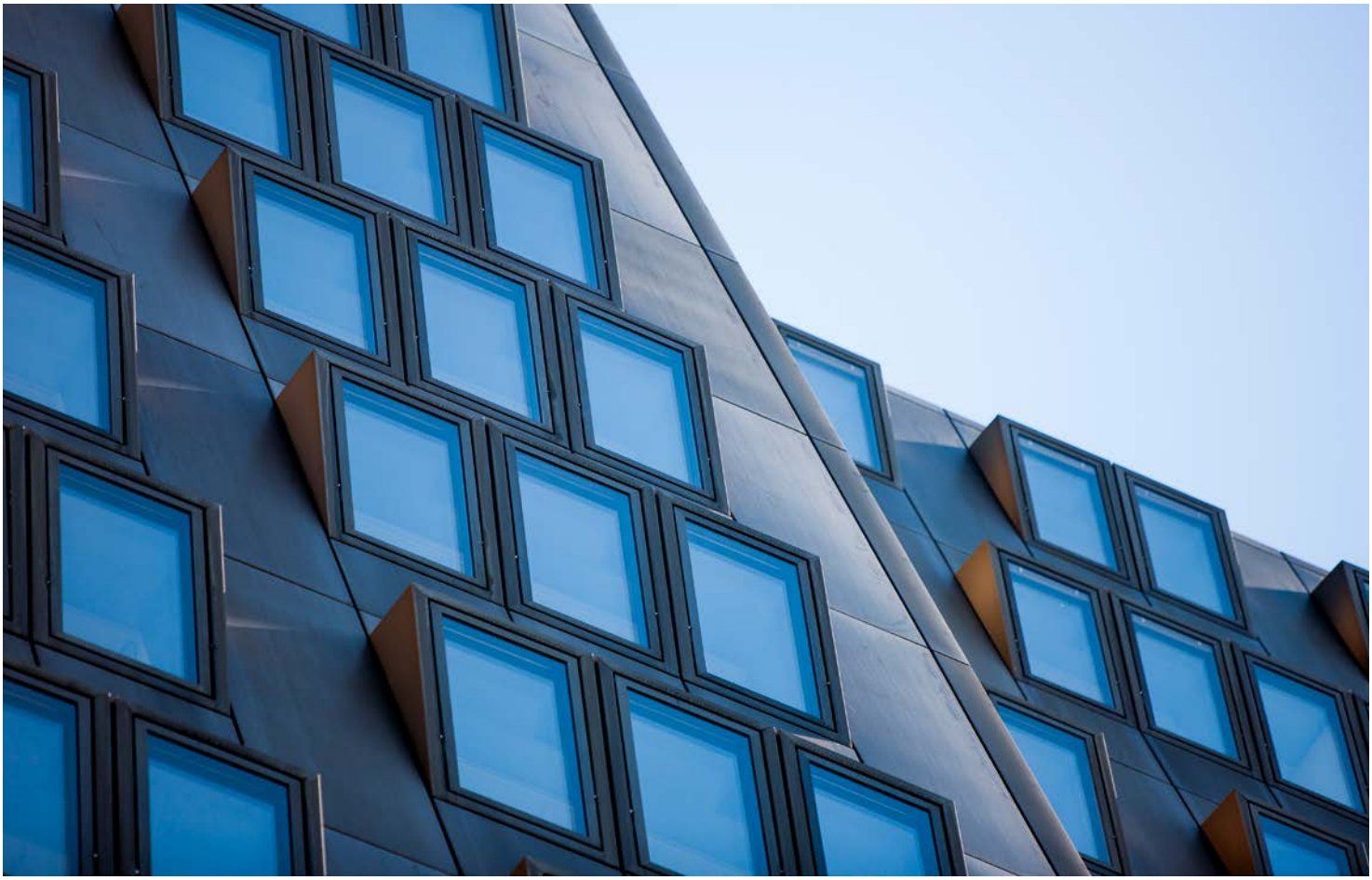
Rechnungshof Österreich
Unabhängig und objektiv für Sie.

Landtag von Niederösterreich
Landtagsdirektion
Eing.: 20.11.2026
Ltg.-1175/XX-2026

Reihe BUND 2026/39
Reihe NIEDERÖSTERREICH 2026/7

Ärztliche Versorgung in Krankenanstalten mit Schwerpunkt Niederösterreich

Bericht des Rechnungshofes



III-425 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVIII. GP
Rechnungshof GZ 2026-0.949.622 (005.292)

IMPRESSUM

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

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
Bluesky: @rhsprecher.bsky.social
facebook/RechnungshofAT

CREDITS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek
S. 1 – 6, 18, 90: Rechnungshof/Achim Bieniek



WEGWEISER

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz und dem Niederösterreichischen Landtag gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Der Bericht ist über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

Berichtsaufbau

Auf einen Blick: enthält kompakt Kernaussagen der Prüfung.

Kurzfassung: führt in aller Kürze durch die wesentlichen Ergebnisse der Prüfung, samt den daraus abgeleiteten zentralen Empfehlungen.

Prüfbericht: gibt die Ergebnisse der Prüfung im Einzelnen wieder. Fortlaufend durchnummerierte Textziffern (TZ) gliedern den Text mit jeweils bis zu vier Subziffern:

- TZ x.**1**: vom Rechnungshof erhobener Sachverhalt
- TZ x.**2**: Beurteilung des Sachverhalts durch den Rechnungshof
- TZ x.**3**: Stellungnahme der überprüften Stellen
- TZ x.**4**: Gegenäußerung des Rechnungshofes zu den Stellungnahmen

Das im Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet kaufmännische Auf- und Abrundungen.

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.



Inhaltsverzeichnis

AUF EINEN BLICK 3
Bericht in Zahlen 5

KURZFASSUNG 6
Zentrale Empfehlungen 16

PRÜFBERICHT 18
Prüfungsablauf und -gegenstand 18
Ausgangslage 21
Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben 21
Ärztebedarf 28
Rahmenbedingungen ärztlicher Versorgung in Krankenanstalten 34
Krankenanstaltenrechtliche Vorgaben 34
Versorgungsplanung 37
Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz 48
Ärzteausbildung 51
Ärztliche Versorgung in niederösterreichischen Krankenanstalten 59
Personal-, Leistungs- und Kostenentwicklung 59
Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen 63
Gesundheitspakt 2040+ und Gesundheitsplan 2040+ 66
Regionale Versorgungsplanung für Niederösterreich 72
Personalbedarfsermittlung und -planung in der NÖ Landesgesundheitsagentur 76
Maßnahmen zur Anwerbung und längerfristigen Bindung von ärztlichem Personal 81

EMPFEHLUNGEN DES RH 90

Anhang 96
Ressortbezeichnung und -verantwortliche 96
Tabellenverzeichnis 97
Abbildungsverzeichnis 98
Abkürzungsverzeichnis 99

AUF EINEN BLICK

39,505 MRD. EUR ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSAUSGABEN 2024

Die zur langfristigen Absicherung der Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung von Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Ausgabenobergrenze wurde im Jahr 2023 mit öffentlichen Gesundheitsausgaben von 36,677 Mrd. EUR um 13,98 % oder 4,498 Mrd. EUR überschritten. Im Jahr 2024 lagen diese Gesundheitsausgaben trotz einer weiteren Steigerung auf 39,505 Mrd. EUR unter der Ausgabenobergrenze, weil Bund, Länder und Sozialversicherung sie für die Zielsteuerungsperiode 2024–2028 angehoben hatten.

Diese Entwicklung war u.a. auf den deutlichen Anstieg der Gesamtkosten für Krankenanstalten von 2014 bis 2024 – österreichweit um 71 % und in Niederösterreich um 60 % – zurückzuführen.

WENIGER STATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Die seit der Gesundheitsreform 2013 verfolgten Absichten, die Versorgung anzupassen, hatten zwar zu einem Rückgang der stationären Krankenhausaufenthalte – österreichweit um 22 % und in Niederösterreich um 13 % – geführt, konnten die Kostensteigerung aber nicht ausreichend eindämmen. Das Gesundheitsministerium führte dies zu einem erheblichen Teil auf die Zunahme von höher qualifiziertem Krankenhauspersonal zurück.

Tatsächlich war österreichweit die Anzahl der in Krankenanstalten tätigen Ärztinnen und Ärzte (in Vollzeitäquivalenten) von 2014 bis 2024 um 13 % gestiegen. Auch in Niederösterreich stieg die Anzahl im selben Zeitraum um 12 %, wobei sich der Anstieg zuletzt abschwächte (von 2019 bis 2024 nur mehr 3 %) und vor allem Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung betraf.

DENNOCH MEHRBEDARF AN ÄRZTLICHEM PERSONAL

Laut den Rechtsträgern von Krankenanstalten – wie der NÖ Landesgesundheitsagentur – bedingten u.a. die seit 2015 geltende Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeiten im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz sowie die verstärkte Spezialisierung in der fachärztlichen Ausbildung und Tätigkeit einen Mehrbedarf an ärztlichem Personal, der aber durch organisatorische Maßnahmen zur Optimierung von Strukturen und Prozessen eindämmbar sei.

STRUKTURMASSNAHMEN FÜR OPTIMIERTEN RESSOURCENEINSATZ

Auch die Zielsteuerungspartner erkannten, dass Strukturmaßnahmen eine Möglichkeit für einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz boten, und verfolgten das Ziel, im Bereich der Krankenanstalten komplexe Leistungen an geeigneten Standorten zu bündeln und kleinteilige Organisationsformen zu überwinden.

NIEDERÖSTERREICH

GESUNDHEITSPLAN 2040+ MIT STRUKTURWANDEL

Am Beispiel Niederösterreich zeigte sich, dass diese veränderten Rahmenbedingungen, wie neue arbeitszeitrechtliche Vorgaben für das ärztliche Personal und die medizinische Entwicklung, aber auch die verfügbaren personellen und die begrenzten budgetären Ressourcen, die Notwendigkeit für einen Strukturwandel im Bereich der Krankenanstalten erhöhten und Reformbereitschaft erforderten. Das Land Niederösterreich, das Krankenanstalten-Standorte aufgrund politischer Garantien in der Vergangenheit nicht infrage gestellt hatte, bekannte sich mit dem am 27. März 2025 beschlossenen Gesundheitsplan 2040+ zu schrittweisen Veränderungen der Versorgungsstruktur und zur Reorganisation des stationären Bereichs: Insgesamt sollten fünf Krankenanstalten-Standorte entfallen und in der Region Weinviertel ein neuer Krankenhaus-Standort sowie in allen Regionen Gesundheits- oder Facharztzentren entstehen. Daraus war die Bereitschaft des Landes Niederösterreich, Reformen im Krankenanstaltenbereich umsetzen zu wollen – eine Grundvoraussetzung für Änderungen –, erkennbar.

ABGANGSDECKUNG HÖHER ALS GEPLANT

Einer der Beweggründe des Landes für diese Veränderungen war, den Einsatz der begrenzten Personalressourcen zu optimieren. Kleinere bzw. nicht zentral gelegene Krankenanstalten hatten vor allem in bestimmten medizinischen Sonderfächern bereits Schwierigkeiten, ärztliches Personal nachzubesetzen, und verzeichneten Personalrückgänge. Darüber hinaus fiel es der NÖ Landesgesundheitsagentur aufgrund steigender Kosten insbesondere für Personal – Anstieg um 71 % für Ärztinnen und Ärzte zwischen 2014 und 2024 auf 582,91 Mio. EUR – zunehmend schwer, die mit dem Land festgelegten Ziele in den Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen zu erreichen. Von 2021 bis 2023 überstieg die tatsächliche Abgangsdeckung die zugesagte maximale Abgangsdeckung von 426,47 Mio. EUR um 96,06 Mio. EUR.

MODELL ZUR STEUERUNG VON PERSONAL UND LEISTUNG

Die Umsetzung des Gesundheitsplans 2040+ erfordert zukunftsorientierte, standortübergreifende Analysen zum Personalbedarf in den künftigen Versorgungsstrukturen; ein Personalbedarfsberechnungsmodell zur strategischen Gesamtsteuerung von Personaleinsatz und Leistungserbringung war in der NÖ Landesgesundheitsagentur in Arbeit.

Bericht in Zahlen

Ärztliche Versorgung in Krankenanstalten mit Schwerpunkt Niederösterreich				
überprüfte Stellen	• Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz • Land Niederösterreich • NÖ Gesundheits- und Sozialfonds • NÖ Landesgesundheitsagentur			
Grundlagen der Versorgungsplanung	• Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 mit Planungshorizont 2020 bzw. mit Planungshorizont 2025 ab Dezember 2020 • Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 mit Planungshorizont 2030 • Regionaler Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 – Teil 1 mit Planungshorizont 2025			
Kennzahlen	**2019**	**2024**	**Veränderung**	
ärztliches Personal				
Ärztinnen und Ärzte	Anzahl in Köpfen[1]		in %	Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes begrenzt ab 2015 die ärztlichen Arbeitszeiten, zunehmende Spezialisierung in den medizinischen Sonderfächern u.a. durch Änderung der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015
Österreich	23.668	25.269	7	
Niederösterreich	3.900	4.157	7	
Personalkosten	in EUR		in %	
Österreich	2.844.783.861	3.870.714.077	36	
Niederösterreich	438.204.376	582.904.713	33	
durchschnittliche Personalkosten	in EUR je Vollzeitäquivalent		in %	
Österreich	132.663	170.601	29	
Niederösterreich	127.110	163.607	29	
Leistungsgeschehen				
stationäre Aufenthalte	Anzahl		in %	seit Gesundheitsreform 2013 Trend zur Reduktion stationärer Aufenthalte und zum Anstieg spitalsambulanter Frequenzen
Österreich	2.211.424	1.975.451	-11	
Niederösterreich	343.906	312.267	-9	
Frequenzen ambulant[2]				
Österreich	19.118.178	20.024.795	5	
Niederösterreich	3.047.659	3.301.149	8	
Versorgungsstrukturen				
Betten[3]	Anzahl		in %	seit Gesundheitsreform 2013 Trend zur Reduktion von Betten; Niederösterreich plant Strukturreform (Gesundheitsplan 2040+)
Österreich	43.668	39.888	-9	
Niederösterreich	7.602	7.212	-5	

[1] zum 31. Dezember
[2] Anzahl der Besuche von ambulanten Patientinnen und Patienten pro Kalenderjahr in fondsfinanzierten Krankenanstalten
[3] tatsächlich aufgestellte Betten laut Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)

Quelle: DIAG



WIRKUNGSBEREICH

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

Ärztliche Versorgung in Krankenanstalten mit Schwerpunkt Niederösterreich

KURZFASSUNG

Der RH überprüfte von Jänner bis Juli 2025 die ärztliche Versorgung in Krankenanstalten mit Schwerpunkt Niederösterreich. Überprüfte Stellen waren das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**), das Land Niederösterreich, der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und die NÖ Landesgesundheitsagentur. Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Entwicklung und Zusammensetzung des ärztlichen Personals in Krankenanstalten, die dafür geltenden Rahmenbedingungen – insbesondere die Versorgungsplanung, die arbeitszeitrechtlichen Vorgaben und die Ärzteausbildung – sowie die konkreten Auswirkungen und Herausforderungen am Beispiel des Landes Niederösterreich zu analysieren und zu beurteilen. Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2019 bis 2024.

Ausgangslage

Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Österreich war im Jahr 2024 laut Eurostat der EU-Mitgliedstaat mit den höchsten öffentlichen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung. Die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) stiegen von 2022 auf 2023 um 3,9 % und überschritten die von Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Ausgabenobergrenze von 32,179 Mrd. EUR um 13,98 %. In der Folge erhöhten Bund, Länder und Sozialversicherung die Ausgabenobergrenze für die Zielsteuerungsperiode 2024–2028 mit einem Aufschlag u.a. für Inflations- und Demografieeffekte. Dies führte dazu, dass die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) im Jahr 2024 trotz einer weiteren Steigerung auf 39,505 Mrd. EUR die Ausgabenobergrenze um 633 Mio. EUR unterschritten. Die hohen öffentlichen Gesundheitsausgaben standen auch im Zusammenhang mit

einer starken Inanspruchnahme der stationären Versorgung in Krankenanstalten, was einerseits am verhältnismäßig freien Zugang und andererseits auch am umfassenden Angebot mit einer großen Anzahl an stationären Betten lag. (TZ 2)

Die insbesondere seit der Gesundheitsreform 2013 verfolgten Absichten, die Versorgung in Krankenanstalten anzupassen und die stationären Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, zeigten mit einem Rückgang um 22 % von 2014 bis 2024 bereits eine erste Wirkung. Die Gesamtkosten der Krankenanstalten waren im gleichen Zeitraum österreichweit mit 71 % aber deutlich gestiegen. Laut Gesundheitsministerium war dies zu einem erheblichen Teil auf die Zunahme von höher qualifiziertem Krankenhauspersonal zurückzuführen. Das in Krankenanstalten tätige ärztliche Personal in Vollzeitäquivalenten (**VZÄ**) war von 2014 bis 2024 um 13 %, das Pflegepersonal und das Personal weiterer Gesundheitsberufe um 7 % gestiegen. Damit kamen im Jahr 2024 auf ein ärztliches VZÄ um 31 % weniger stationäre Krankenhausaufenthalte als noch 2014. Laut Rechtsträgern von Krankenanstalten hätten u.a. die ab 2015 geltende Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeiten und die zunehmende Spezialisierung in den medizinischen Sonderfächern zusätzliche Dienstposten für ärztliches Personal erfordert; konkrete Zahlen für einen sich daraus ergebenden Mehrbedarf auf Bundesebene fehlten aber. (TZ 2)

Die Dynamik der öffentlichen Gesundheitsausgaben erforderte eine effiziente Ausgestaltung des Gesundheitswesens und insbesondere des kostenintensiven Bereichs der Krankenanstalten. Dies mit dem Ziel, die Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitswesens auch zukünftig sicherzustellen. (TZ 2)

Ärztebedarf

Die Gesundheit Österreich GmbH wies bereits in einem Ergebnisbericht zu einer Studie aus 2012 und der Validierung dieser Studie im Jahr 2021 auf die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf den Bedarf an ärztlichem Personal – etwa die demografische Entwicklung oder Strukturmaßnahmen – sowie auf das Fehlen aussagekräftiger Daten hin. Die Gesundheit Österreich GmbH hatte daher u.a. empfohlen, eine weitere Spezialisierung der medizinischen Sonderfächer zu vermeiden und Strukturmaßnahmen bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen. (TZ 3)

Der Bund verfügte – abgesehen von einem IT-Tool zur Erhebung des künftigen Ärzteangebots – erst im Oktober 2024 über ein von der Gesundheit Österreich GmbH erarbeitetes Prognosemodell. Dieses beinhaltete zusätzlich zur Angebotsprognose eine Analyse von ungedecktem Bedarf bzw. Überschuss an Ärztinnen und Ärzten und berücksichtigte Einflussfaktoren auf den zukünftigen Personalbedarf wie Demografie oder medizinisch-technische sowie berufsspezifische Entwicklungen. (TZ 3)

Eine weiterführende Ärztebedarfsprognose mit einer Analyse der medizinischen Sonderfächer hatten Tirol und Vorarlberg beauftragt. Für die anderen Länder, etwa für Niederösterreich, waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine entsprechenden Ärztebedarfsprognosen verfügbar. Ein österreichweiter Überblick zum Ärztebedarf – wie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 und im Regierungsprogramm 2025–2029 vorgesehen – war noch nicht gegeben. Dieser Überblick war für den Bund erforderlich, um seine zentrale Steuerungs- und Koordinationsfunktion in der Versorgungsplanung sowie seine Verantwortung zur Regelung der Ärzteausbildung wirksam wahrnehmen zu können. (TZ 3)

Rahmenbedingungen ärztlicher Versorgung in Krankenanstalten

Krankenanstaltenrechtliche Verpflichtungen der Rechtsträger

Die Rechtsträger von Krankenanstalten waren dafür verantwortlich, die vom Landesgesetzgeber erlassenen Vorgaben für den Betrieb einzuhalten. Insbesondere hatten sie den für den Betrieb ihrer Krankenanstalten erforderlichen Personalbedarf zu ermitteln und dabei wesentliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, wie die Versorgungsplanung sowie Regelungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes und für die Ärzteausbildung. Änderungen dieser Rahmenbedingungen – die Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit, die zunehmende Spezialisierung in den medizinischen Sonderfächern und deren Auswirkungen auf die Ärzteausbildung – führten laut den Rechtsträgern von Krankenanstalten zu einem Mehrbedarf an ärztlichem Personal. (TZ 4)

In Niederösterreich war seit 2021 die NÖ Landesgesundheitsagentur – eine gemeinnützige Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit und mit den Organen Vorstand, Aufsichtsrat und Beirat – als Rechtsträger der fondsfinanzierten allgemeinen Krankenanstalten für die Einhaltung dieser Vorgaben verantwortlich. Sie unterstand der Aufsicht der Niederösterreichischen Landesregierung. Den Dienstpostenplan mit der zulässigen Höchstzahl an Vollzeitbeschäftigten legte der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrats fest. (TZ 4)

Versorgungsplanung

Die Grundsätze und Ziele der Versorgungsplanung sowie die festgelegten Planungsrichtwerte spiegelten das Bestreben der Zielsteuerungspartner wider, die Versorgungsstruktur schrittweise zu verändern und insbesondere den stationären Bereich zu reorganisieren und zu entlasten. Krankenanstalten sollten in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmt und in regionalen Verbänden organisiert, komplexe Leistungen an geeigneten Standorten gebündelt und kleinteilige Organisationsformen überwunden werden. Die Zielsteuerungspartner zielten damit auch auf eine Optimierung der Versorgungsstruktur für einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz unter Sicherstellung hochwertiger Qualität ab. (TZ 5)

Aufgrund der zentralen Lage von Wien und der Pendlerbewegungen gab es erhebliche Gastpatientenströme aus Niederösterreich nach Wien. In den Jahren 2018 bis 2024 waren jährlich durchschnittlich 70.524 Krankenhausaufenthalte in Wien auf Personen mit Wohnsitz in Niederösterreich zurückzuführen; deren Anteil an den gesamten stationären Aufenthalten in Wien blieb in diesem Zeitraum konstant zwischen 16 % und 17 %. In Niederösterreich verursachten Gastpatientinnen und Gastpatienten nur rd. 9 % aller stationären Aufenthalte; rd. 4 % – jährlich durchschnittlich 12.013 – waren auf Personen mit Wohnsitz in Wien zurückzuführen. (TZ 6)

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verpflichtete die Länder zwar zur Sicherstellung ärztlicher Versorgung in Krankenanstalten für die eigene Wohnsitzbevölkerung, legte aber für die Rechtsträger von Krankenanstalten eine wohnsitzunabhängige gesetzliche Aufnahmepflicht fest. Die Zielsteuerungspartner einigten sich darauf, die inländischen Gastpatientenströme bei der Versorgungsplanung transparent zu berücksichtigen. Für die regionale Versorgungsplanung in Niederösterreich gab der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds an, die Gastpatientenströme auf Basis des fortgeschriebenen Ist-Standes (Daten der bisherigen Inanspruchnahme) zu berücksichtigen; die damit verbundenen Auswirkungen auf die Planung der Kapazitäten im Regionalen Strukturplan Gesundheit (**RSG**) für Niederösterreich 2025 – Teil 1 waren aber nicht transparent ausgewiesen. (TZ 6)

Die von inländischen Gastpatientinnen und -patienten verursachten Kosten wurden pauschal aus Mitteln des Finanzausgleichs an die Landesgesundheitsfonds finanziert. Bund und Länder hatten zuletzt 2024 erneut – wie schon 1997 beim Abschluss der ersten Reformvereinbarung für die Jahre 1997 bis 2000 – beschlossen, keine darüber hinausgehende Entschädigung zu bezahlen. Die Finanzierung der Gastpatientenströme führte zu einem Rechtsstreit über die Versorgung eines Gastpatienten aus Niederösterreich in einem Spital in Wien. Es fehlte eine Einigung über einen finanziellen Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und -patienten, obwohl der RH dem Gesundheitsministerium dies bereits in den Jahren 2015 und 2018 empfohlen hatte. Eine allgemein akzeptierte Grundlage für eine nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung wäre jedoch geboten, um die regionale Versorgungsplanung der Länder im Interesse der Patientinnen und Patienten besser aufeinander abzustimmen und länderübergreifend komplexe Leistungen verstärkt an geeigneten Standorten zu bündeln, kleinteilige Organisationsformen zu überwinden sowie die Versorgung in Krankenanstalten effizienter auszugestalten. (TZ 6)

Die im überprüften Zeitraum gültigen Versionen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (**ÖSG**) sahen die gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der erforderlichen Personalressourcen als eine der Prioritäten der integrativen Versorgungsplanung. Die Zielsteuerungspartner hatten damit zwar erkannt, dass Strukturmaßnahmen die Möglichkeit boten, die Rahmenbedingungen für einen effi-

zienten Personaleinsatz zu schaffen. Für die zukünftige Gesundheitsversorgung war jedoch auch der gesamtstaatliche Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen und gegebenenfalls durch Maßnahmen sicherzustellen, dass das zukünftig verfügbare ärztliche Personal den prognostizierten Versorgungsbedarf decken kann. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der diskutierten Probleme bei der Umsetzung von Planungsrichtwerten, die unabhängig von der tatsächlichen Verfügbarkeit von Ressourcen festgelegt worden waren. Die Verantwortung dafür lag auch bei den Zielsteuerungspartnern und insbesondere beim Gesundheitsministerium. (TZ 7)

Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

Der Bund änderte mit Jänner 2015 in Umsetzung unionsrechtlicher Vorgaben die Regelungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz insbesondere zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit, zur Inanspruchnahme der Ruhezeit sowie zur Dienstdauer. Dies ermöglichte die Überschreitung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden durch individuelle Zustimmung der Ärztin bzw. des Arztes (Opt-out) befristet bis Mitte 2028. Die Änderungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz bedingten u.a. einen – laut NÖ Landesgesundheitsagentur nicht quantifizierbaren – Mehrbedarf an ärztlichem Personal sowie Kostensteigerungen durch Gehaltserhöhungen. Die Rechtsträger von Krankenanstalten hielten laut einer Studie aus 2021 den Mehrbedarf an ärztlichem Personal durch organisatorische Maßnahmen zur Optimierung von Strukturen und Prozessen für eindämmbar. (TZ 8)

Ärzteausbildung

Die Zielsteuerungspartner planten, in der Periode 2024 bis 2028 Aufbau und Inhalt der Ärzteausbildung sowie die Anzahl der Ausbildungsstellen und den Ausbildungsschlüssel auf Änderungsbedarf zu prüfen. Die Ausbildungsreform 2014/15 hatte u.a. die Anzahl der medizinischen Sonderfächer von 45 auf 50 erhöht und damit die Spezialisierung insbesondere in der Inneren Medizin verstärkt. Laut Gesundheit Österreich GmbH könne diese verstärkte Spezialisierung der Ärzteausbildung das Tätigkeitsfeld einengen und daraus ein fachärztlicher Mangel resultieren. Laut der NÖ Landesgesundheitsagentur bedingte die höhere Spezialisierung in der fachärztlichen Ausbildung und Tätigkeit einen Mehrbedarf an Ärztinnen und Ärzten und Herausforderungen für die konkrete Gestaltung der Ausbildung, um das erforderliche Leistungsspektrum abdecken zu können. (TZ 9)

Die Ausgestaltung der Ärzteausbildung sollte – insbesondere auch aufgrund ihrer Dauer – neben dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung auch die zur Deckung des künftigen Versorgungsbedarfs erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten berücksichtigen. Eine stärkere Abstimmung der Planung und Steuerung der Versorgungsstrukturen, der Personalressour-

cen und der Ärzteausbildung könnte zu einer effizienteren Ausgestaltung der ärztlichen Versorgung in Krankenanstalten beitragen. (TZ 9)

Das Gesundheitsministerium konnte die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung nur in sogenannten Mangelfächern durch die Lockerung des Ausbildungsschlüssels und auch dort nur in gewissem Ausmaß steuern. Für weitreichendere Steuerungsmaßnahmen wären ein Monitoring der Ärztezahlen und Ausbildungskapazitäten, Bedarfsprognosen und das Abstimmen der Daten durch die in der Ärzteausbildung involvierten Akteure, insbesondere Gesundheitsministerium, Österreichische Ärztekammer, Länder und Rechtsträger von Krankenanstalten, notwendig. Dem Gesundheitsministerium fehlten Informationen, ob Ausbildungsstellen mangels Dienstposten bzw. Planstellen unbesetzt blieben oder weil Planstellen nicht besetzt werden konnten. (TZ 10)

Ärztliche Versorgung in niederösterreichischen Krankenanstalten

Personal-, Leistungs- und Kostenentwicklung

Dem österreichweiten Trend entsprechend, stieg auch in den niederösterreichischen Krankenanstalten die Anzahl an ärztlichen VZÄ an. Von 2014 bis 2024 betrug der Anstieg 12 %, wobei er sich zuletzt abschwächte (von 2019 bis 2024 nur mehr 3 %) und vor allem Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung betraf. Aufgrund eines Rückgangs der stationären Aufenthalte von 2014 bis 2024 um 13 % entfielen damit auf ein ärztliches VZÄ im Jahr 2024 um 22 % weniger stationäre Aufenthalte als noch 2014. Hingegen kamen auf ein ärztliches VZÄ 2024 um 6 % mehr spitalsambulante Frequenzen als noch 2014, weil die spitalsambulanten Frequenzen im selben Zeitraum um 18 % zunahmen. Diese Leistungsverschiebung in den spitalsambulanten Bereich führte zwar zu einer Reduktion der stationären Betten um 10 %, konnte aber die Steigerung der Gesamtkosten für die Krankenanstalten – in Niederösterreich stiegen sie mit 60 % weniger stark an als im österreichweiten Durchschnitt (71 %) – nicht ausreichend eindämmen. Die Personalkosten waren hierbei mit über 60 % ein wesentlicher Einflussfaktor und seit 2022 laut NÖ Landesgesundheitsagentur auch aufgrund von hohen Gehaltsvalorisierungen besonders stark gestiegen. (TZ 11)

Das ärztliche Personal erhöhte sich insbesondere an den größten Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur, an denen über 200 Ärztinnen und Ärzte (in VZÄ) arbeiteten; kleinere Krankenanstalten verzeichneten Personalrückgänge. Diese Entwicklung stand auch im Zusammenhang mit der Zielsetzung der Versorgungsplanung, komplexe medizinische Leistungen an geeigneten Standorten zu bündeln und kleinteilige Organisationsformen zu überwinden, um einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz zu ermöglichen. Allerdings erschwerten in der Vergan-

genheit politische Garantien für Krankenanstalten-Standorte die Versorgungsplanung des Landes Niederösterreich und die Anpassung der Versorgungsstrukturen. (TZ 11)

Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen

Die NÖ Landesgesundheitsagentur war nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu betreiben. Die mit dem Land Niederösterreich abgeschlossenen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen 2021–2023 und 2024–2026 legten die Verantwortung der NÖ Landesgesundheitsagentur für Leistung, Personal und Finanzen fest und schufen die Grundlage für eine Zielkontrolle. Das Land Niederösterreich und die NÖ Landesgesundheitsagentur wendeten die vorgesehenen Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismen bis 2024 nicht in schriftlicher Form an, obwohl die NÖ Landesgesundheitsagentur die in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 vorgesehenen Betriebsabgänge um fast 100 Mio. EUR bzw. 22,5 % überstieg. (TZ 12)

Angesichts erneut steigender Kosten forderte das Land Niederösterreich im Jänner 2025 für den Zeitraum 2024–2026 von der NÖ Landesgesundheitsagentur einen schriftlichen Maßnahmenplan ein. Gleichzeitig hielt das Land Niederösterreich eine kurzfristige Gegensteuerung vor dem Hintergrund der bestehenden Gesundheitsversorgungsstruktur nicht für möglich und erkannte die Notwendigkeit wirksamer langfristiger Gegensteuerungsmaßnahmen; dies durch die Umsetzung der Ergebnisse des Gesundheitspakts 2040+ und der Vorgaben im RSG NÖ mit Planungshorizont 2030. (TZ 12)

Gesundheitsplan 2040+

Der Niederösterreichische Landtag beschloss am 27. März 2025 unter breiter Einbindung von Gesundheitspartnern, wie der Sozialversicherung, den Gesundheitsplan 2040+ und sah darin für die Krankenanstalten eine abgestufte Versorgungsstruktur mit mengenbedingt notwendigen und medizinisch sinnvollen Leistungsbündelungen bzw. Zentrumsbildung vor. Dieser Strukturwandel war notwendig, um einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz zu ermöglichen. Dafür bedurfte es auch einer intensiven sektorenübergreifenden Abstimmung sowohl in der Planung als auch der Umsetzung, um die Wechselwirkungen zum extramuralen Bereich berücksichtigen zu können. Angesichts eines zehnjährigen Finanzrahmens von 150 Mio. EUR allein für die Erarbeitung der Konzepte und der Projektentwicklungen hatte der Niederösterreichische Landtag beim Beschluss des Gesundheitsplans 2040+ die große Tragweite dieses Vorhabens hervorgehoben und Berichtspflichten der Niederösterreichischen Landesregierung festgelegt. (TZ 13)

Die mit dem Gesundheitsplan 2040+ angestrebten Veränderungen waren bereits in der für die NÖ Landesgesundheitsagentur verbindlichen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 sowohl im Struktur- wie auch im Personalbereich erkennbar. Der künftige Finanzbedarf laut Gesundheitsplan 2040+ war in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 aber noch nicht vollständig berücksichtigt. (TZ 13)

Regionale Versorgungsplanung für Niederösterreich

Für Niederösterreich lag seit mehr als sechs Jahren kein gesetzes- und ÖSG-konformer RSG NÖ 2025 mit standortspezifischer Planung in Krankenanstalten vor. Damit war keine verbindliche Versorgungsplanung mittels Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH möglich. Der RSG NÖ 2025 – Teil 1 strebte u.a. eine Optimierung der Versorgungsstrukturen in Krankenanstalten durch Verlagerungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich sowie eine „Fokussierung auf abgestufte Versorgung“ an. Mangels einer standortgenauen Planung war dies aber nicht nachvollziehbar in den Planungsmatrizen erkennbar, und es fehlte auch die verbindliche Grundlage für eine gesamthafte und plangemäße schrittweise Umsetzung dieser geplanten Veränderungen. (TZ 14)

Der RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Vorbereitung, um die verbindliche Versorgungsplanung für weitergehende strukturelle Maßnahmen im Sinne des Gesundheitsplans 2040+ festzulegen. Angesichts der Kostenentwicklung war das Land Niederösterreich bestrebt, die Versorgungsstruktur schrittweise zu verändern und den stationären Bereich zu reorganisieren: Insgesamt sollten fünf Krankenanstalten-Standorte entfallen und in der Region Weinviertel ein neuer Krankenhaus-Standort sowie in allen Regionen Gesundheits- oder Facharztzentren entstehen.

Die nunmehr bis 2030 geplanten strukturellen Maßnahmen waren vor allem auf den gestiegenen Kostendruck und die verfügbaren Personalressourcen zurückzuführen. Der RH beurteilte die geplanten strukturellen Maßnahmen angesichts der Kostenentwicklung in der NÖ Landesgesundheitsagentur (TZ 12) grundsätzlich positiv. Aufgrund möglicher Wechselwirkungen zum extramuralen Bereich bedurfte es aber auch einer intensiven sektorenübergreifenden Abstimmung sowohl in der Planung als auch der Umsetzung. Die verfügbaren und für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen sollten künftig bereits bei der Planung berücksichtigt werden. (TZ 14)

Personal- und Ausbildungsplanung in der NÖ Landesgesundheitsagentur

Die NÖ Landesgesundheitsagentur plante den Personalbedarf grundsätzlich auf Basis des Inputs von Abteilungsleitungen aus ihren Krankenanstalten und ging damit von den bestehenden Versorgungsstrukturen aus. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur war trotz Höchststands an Personal unklar, ob die verfügbaren Personalressourcen die Bedarfsanforderungen zur Leistungserbringung erfüllen konnten. Die Umsetzung des Gesundheitsplans 2040+ bedingte jedoch größere Anpassungen dieser Bedarfsanforderungen und erforderte zukunftsorientierte, standortübergreifende Analysen zum Personalbedarf in den künftigen Versorgungsstrukturen. Die NÖ Landesgesundheitsagentur hatte 2023 mit Arbeiten an einem Personalbedarfsberechnungsmodell zur strategischen Gesamtsteuerung von Personaleinsatz und Leistungserbringung begonnen, dieses aber aufgrund von Datenproblemen noch nicht implementiert. (TZ 15)

Laut Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 sollten sich die ärztlichen Ausbildungskapazitäten am Bedarf für die intramurale Versorgung in Niederösterreich orientieren. Auch das Expertengremium des Gesundheitspakts 2040+ empfahl eine überregionale bedarfsorientierte Ausbildungsplanung und -umsetzung. (TZ 16)

Die landesbehördliche Anerkennung von ärztlichen Ausbildungsstätten und die Festsetzung der Anzahl der Ausbildungsstellen erfolgten auf Antrag der Krankenanstalten. Ob und wie dabei der landes- bzw. österreichweite Ärztebedarf des jeweiligen medizinischen Sonderfachs – auch im niedergelassenen Bereich – zu berücksichtigen war, war nicht geregelt. (TZ 16)

Die NÖ Landesgesundheitsagentur steuerte die Ausbildungskapazitäten für die medizinischen Sonderfächer nicht zentral. Sie beschloss im April 2025, ab 2026 für die Steuerung der Ausbildungskapazitäten Dienstposten zu widmen und ab 2027 zentral zu budgetieren. Die NÖ Landesgesundheitsagentur war als Rechtsträger der fondsfinanzierten allgemeinen Krankenanstalten verpflichtet, eine ausreichende vorausschauende Zahl an Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin vorzuhalten. Die hierfür von der Kommission für die ärztliche Ausbildung empfohlenen Mindestzahlen stammten aus dem Jahr 2015 und ließen verschiedene Einflussfaktoren unberücksichtigt. (TZ 16)

Maßnahmen für die Anwerbung und längerfristige Bindung von Personal

Von 2019 bis 2024 war nur ein geringer Prozentsatz (0,4 % bis 2,3 %) der laut Dienstpostenplan für ärztliches Personal geplanten Stellen unbesetzt. Die durchschnittlich 60,7 unbesetzten Stellen (VZÄ) konzentrierten sich auf die nicht zentral gelegenen Gesundheitsregionen Mostviertel, Waldviertel und Weinviertel. Große Unterschiede bestanden bei der Besetzungsquote zwischen den medizinischen Sonderfächern, die Bandbreite reichte von 0 % bis 100 %. (TZ 17)

Die NÖ Landesgesundheitsagentur rechnete mit über 900 Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten bis 2035 und ergriff daher eine Reihe von Maßnahmen zur Anwerbung und längerfristigen Bindung von ärztlichem Personal. Sie setzte dabei einen Fokus auf die Dienstplanstabilität – u.a. mit flexiblem Dienstpostenmanagement. Die NÖ Landesgesundheitsagentur regelte diese Maßnahmen in einer Reihe von Einzeldokumenten, z.B. Richtlinien zur Personalsuche und -aufnahme und die Rahmenvereinbarung für das Vorgehen bei Organisations- und Strukturänderungen an Krankenanstalten-Standorten. Über eine gesamthafte schriftliche Personalstrategie verfügte die NÖ Landesgesundheitsagentur nicht. (TZ 17)

Die Teilzeitquote beim ärztlichen Personal in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur stieg kontinuierlich von 26 % im Jahr 2019 auf 32 % im Jahr 2024 an; der Anteil der Vollzeitbeschäftigung nahm in höheren Altersgruppen am stärksten ab. 2024 hatten rund zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte zwischen 51 und 60 Jahren mindestens eine Nebenbeschäftigung gemeldet: Bei 40 % davon war der NÖ Landesgesundheitsagentur die Tätigkeit in einer Ordination als Nebenbeschäftigung bekannt. Die NÖ Landesgesundheitsagentur führte ab dem 1. Jänner 2025 ein neues Gehaltsmodell ein mit einer sogenannten Verfügbarkeitsprämie für in Vollzeit tätige Ärztinnen und Ärzte, mit einer zusätzlichen Erschwerniszulage und einem Karrieremodell, das neue Führungspositionen mit besserer Entlohnung definierte. Als Motive für das neue Gehaltsmodell gab die NÖ Landesgesundheitsagentur zum einen die Erhöhung der Vollzeitquote im ärztlichen Personal sowie der Personalressourcen insgesamt und zum anderen die Wettbewerbsfähigkeit mit den Entlohnungsschemata anderer Länder an. Auswertungen, wie sich die Verfügbarkeitsprämie auf das Beschäftigungsausmaß bei Ärztinnen und Ärzten auswirkte, lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor. Es war nicht festgelegt, wie die für das neue Gehaltsmodell (Verfügbarkeitsprämie, Erschwerniszulage und Karrieremodell) kalkulierten Kosten von jährlich rd. 64 Mio. EUR budgetär bedeckt werden sollten. (TZ 18)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Der RH empfahl dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,

- angesichts der stärkeren medizinischen Spezialisierung sowie der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen Instrumente zur überregionalen Steuerung der erforderlichen fachärztlichen Ausbildungsstellen zu erwägen. Solche Instrumente könnten neue rechtliche Vorgaben sein, etwa eine Ausbildungsverpflichtung analog zu der in der Allgemeinmedizin, oder eine engere Abstimmung insbesondere mit den Rechtsträgern von Krankenanstalten, den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer. (TZ 10)

- gemeinsam mit allen Ländern eine Grundlage für die nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung inländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten im Interesse der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. (TZ 6)

Der RH empfahl dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, dem Land Niederösterreich und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds,

- die in der Zielsteuerung-Gesundheit angestrebten Strukturreformen im Rahmen der Versorgungsplanung rasch voranzutreiben. Dabei wäre darauf zu achten, dass Größe und Struktur der geplanten Organisationseinheiten es dem ärztlichen Personal erlauben, innerhalb der zulässigen Arbeitszeit die medizinische Versorgung sowie die Ärzteausbildung qualitätsvoll zu gewährleisten. (TZ 8)

- insbesondere im Hinblick auf die angestrebten Strukturreformen die Auswirkungen der inländischen Patientenströme auf die Versorgungsplanung vorausschauend und länderübergreifend zu berücksichtigen, um die angestrebte qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung in den Krankenanstalten gewährleisten zu können. (TZ 6)

Der RH empfahl dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und dem Land Niederösterreich,

- sich für ein österreichweit abgestimmtes Vorgehen der Rechtsträger von Fondskrankenanstalten bei ärztlichen Gehaltsmodellen und Anträgen auf Teilzeit ohne Rechtsanspruch einzusetzen, um einem weiteren Anstieg der Kosten für ärztliches Personal und einem weiteren Rückgang der Vollzeitanstellungen vorzubeugen. (TZ 18)

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds,

- im Sinne des im Gesundheitsplan 2040+ vorgesehenen Strukturwandels die frühzeitige Verankerung der weiteren notwendigen Umsetzungsschritte in verbindlichen Versorgungsplanungsinstrumenten zu forcieren und deren sektorenübergreifend abgestimmte, kontinuierliche Umsetzung sicherzustellen. Dabei wären auch die verfügbaren und für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen als eine Grundlage in der Planung der Strukturen und Kapazitäten zu berücksichtigen. (TZ 14)



Ärztliche Versorgung in Krankenanstalten mit Schwerpunkt Niederösterreich

PRÜFBERICHT

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Jänner bis Juli 2025 die ärztliche Versorgung in Krankenanstalten[1] mit Schwerpunkt Niederösterreich. Überprüfte Stellen waren das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**)[2], das Land Niederösterreich, der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (**NÖGUS**) und die NÖ Landesgesundheitsagentur. Der NÖGUS war der Landesgesundheitsfonds für Niederösterreich – ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Landesgesundheitsfonds waren in Österreich für die Erstellung der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) und die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF**) auf Landesebene zuständig. Die NÖ Landesgesundheitsagentur – eine vom Land Niederösterreich als Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtete Dachorganisation – war Rechtsträger aller fondsfinanzierten allgemeinen Krankenanstalten[3] in Niederösterreich (in der Folge: **Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur**). Die Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur und das Psychosomatische Zentrum Eggenburg fasst der RH unter dem Begriff **niederösterreichische Krankenanstalten** zusammen.

[1] Der RH verwendet diesen Begriff für Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht gemäß § 15 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (BGBl. 1/1957 i.d.g.F.). Das sind gemeinnützige Krankenanstalten, die entsprechend den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.) betrieben und von den Landesgesundheitsfonds mit Mitteln aus dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF-System**) finanziert werden. Private Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht waren nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung.

[2] Im überprüften Zeitraum wechselte die Ressortbezeichnung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums mehrmals. Siehe dazu Tabelle A im Anhang; der RH verwendet in der Folge einheitlich die Bezeichnung „Gesundheitsministerium“.

[3] Dabei handelt es sich um Krankenanstalten für die Allgemeinversorgung. Nicht davon umfasst sind fondsfinanzierte Sonderkrankenanstalten, die nur Personen mit bestimmten Krankheiten behandeln. In Niederösterreich ist dies das Psychosomatische Zentrum Eggenburg. Dessen Rechtsträger ist die Psychosomatisches Zentrum Eggenburg GmbH, die zu 71 % im Eigentum des Landes Niederösterreich steht.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es,

- die Entwicklung und Zusammensetzung des ärztlichen Personals in Krankenanstalten,
- die dafür geltenden Rahmenbedingungen – insbesondere die Versorgungsplanung, die arbeitszeitrechtlichen Vorgaben und die Ärzteausbildung – sowie
- die sich daraus ergebenden Folgen und Herausforderungen

am Beispiel des Landes Niederösterreich zu analysieren und zu beurteilen.

Die Überprüfung berücksichtigte auch das Ziel 3 der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung (ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten).

(2) Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2019 bis 2024; ergänzend ging der RH auch auf Entwicklungen ab 2014 und aktuelle Entwicklungen, insbesondere auf den am 27. März 2025 vom Niederösterreichischen Landtag beschlossenen Gesundheitsplan 2040+, ein. Dieses auf Expertenempfehlungen basierende Strategiepapier bildete auf Basis von sieben Leitprinzipien – Prävention, schnelle Rettungskette, wachsende und älter werdende Bevölkerung, jederzeitige Erst- und Akutversorgung, Behandlung chronischer Krankheiten, optimale Nachsorge und Remobilisation, hochwertige Aus- und Weiterbildung – die Grundlage für eine Neustrukturierung der Gesundheitsversorgung in Niederösterreich; dazu gehörte auch eine Reorganisation der Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur.

(3) Der RH thematisierte die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich bereits im Jahr 2021 in einem Bericht mit den Schwerpunkten Versorgungsstruktur, Aufwand und Leistungsgeschehen (Reihe Bund 2021/30). Im Dezember 2025 legte er den Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023“ (Reihe Bund 2025/43) vor.

(4) Zu dem im März 2026 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Gesundheitsministerium, das Land Niederösterreich und die NÖ Landesgesundheitsagentur im Juni 2026 Stellung. Die Stellungnahme des Landes Niederösterreich beinhaltete zu einzelnen TZ (TZ 6 bis TZ 8 und TZ 14) auch die Stellungnahme des NÖGUS. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an das Gesundheitsministerium, an das Land Niederösterreich, an die NÖ Landesgesundheitsagentur und den NÖGUS im November 2026.

(5) Der RH ging in seiner Gebarungsüberprüfung vor allem auf die sich verändernden Rahmenbedingungen für die Entwicklung des ärztlichen Personals in Krankenanstalten im überprüften Zeitraum 2019 bis 2024 ein, wie neue arbeitszeitrechtliche Vorgaben, die medizinische Entwicklung oder eine gestiegene Teilzeitquote, und

daraus resultierende personelle Folgen bei begrenzten budgetären Ressourcen. Dabei wurde am Beispiel von Niederösterreich und des Gesundheitsplans 2040+ erneut deutlich, dass diese Veränderungen die Notwendigkeit für einen Strukturwandel im Bereich der Krankenanstalten erhöhten und Reformbereitschaft erforderten. Darauf hatte der RH auch in seinem Bericht „Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. – Versorgungsplanung und -struktur“[4] aus dem Jahr 2025 hingewiesen, ebenso wie auf die Schwierigkeit im Land Steiermark, solche strukturellen Reformen auch tatsächlich umzusetzen.

Vor diesem Hintergrund kam der zentralen Steuerungs- und Koordinationsfunktion des Bundes bei der Versorgungsplanung Gesundheit nach Ansicht des RH besondere Bedeutung zu. Angesichts des bisher mehrfach bemängelten Durchsetzungsvermögens des Bundes – etwa der Nichtwahrnehmung seines Vetorechts bei Verstößen der Länder gegen die österreichweiten Planungsvorgaben[5] – hatte der RH empfohlen, die Rolle des Bundes bei Planungsfragen von gesamtstaatlicher Relevanz zu stärken.[6]

Die Verbesserung der Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens war auch das Ziel eines gegen Ende der Gebarungsüberprüfung von Bund, Ländern und Gemeinden im Zuge der Landeshauptleutekonferenz vom 6. Juni 2025 verkündeten Projekts für eine größere Verwaltungsreform (Reformpartnerschaft), das auf eineinhalb Jahre angelegt war.[7] Dies etwa durch u.a. eine „verstärkte strukturelle Planung“ und „klare Finanzierungs- und Aufgabenzuweisungen“.

4 Reihe Steiermark 2025/9

5 siehe RH-Bericht „Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung“ (Reihe Bund 2025/28, TZ 8)

6 siehe RH-Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ (Reihe Bund 2015/17, TZ 15, TZ 16, TZ 29 und TZ 32) und RH-Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung, Follow-up-Überprüfung“ (Reihe Bund 2018/65, TZ 4, TZ 8 und TZ 10)

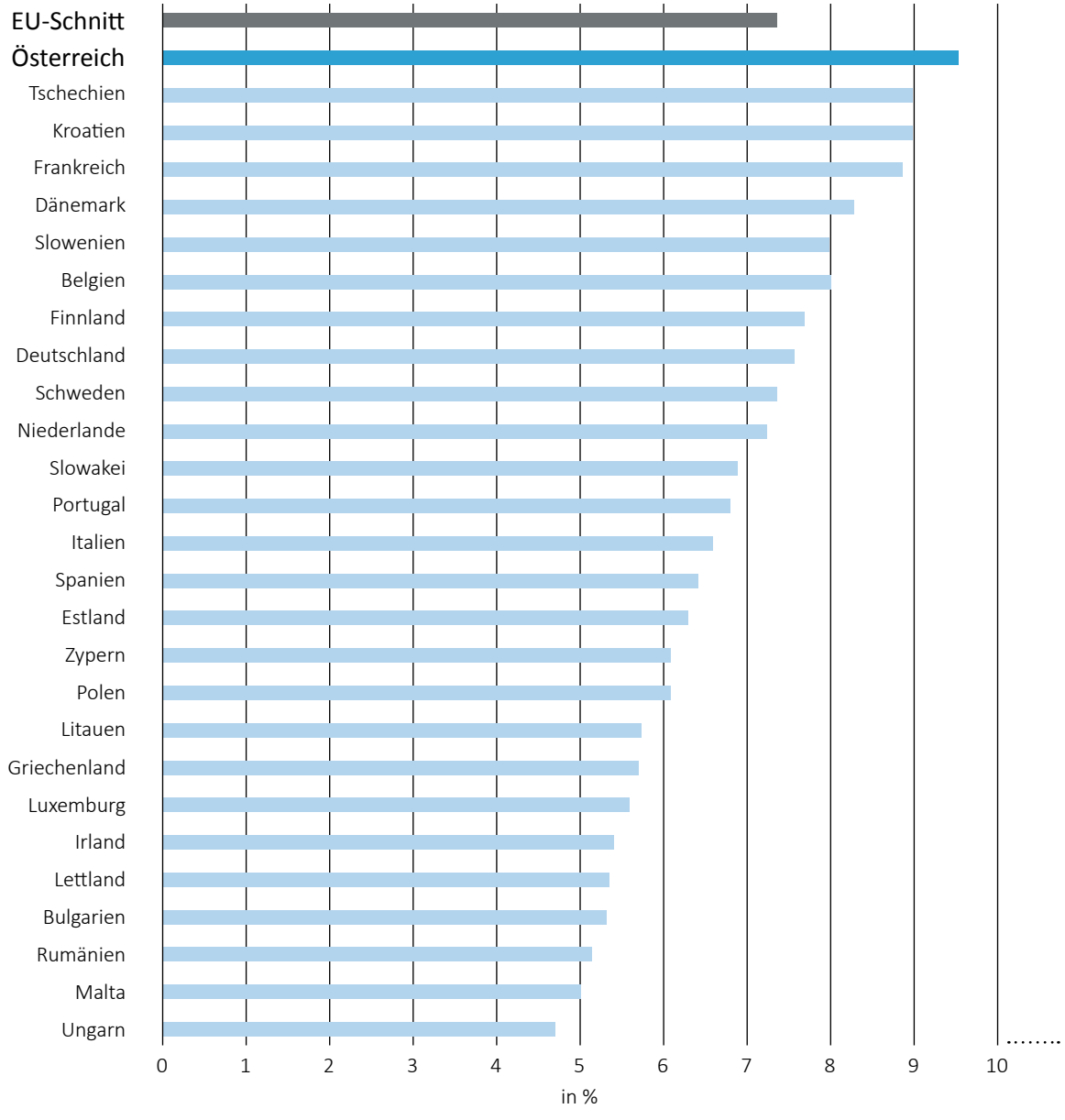
7 siehe die Pressemeldung des Gesundheitsministeriums zur Auftaktsitzung der Reformpartnerschaft Gesundheit, abrufbar unter https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20251107_OTS0114/bund-und-laender-starten-gemeinsame-reformoffensive-im-gesundheitswesen (abgerufen am 2. Dezember 2025)

Ausgangslage

Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben

2.1 (1) Österreich war laut Eurostat jener EU-Mitgliedstaat, der im Jahr 2024 mit 9,5 % die höchsten öffentlichen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung aufwies:

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung 2024 laut Eurostat



Quelle: Eurostat; Darstellung: RH

Die Statistik Austria berechnete für 2024 einen Anteil der laufenden öffentlichen und der privaten Gesundheitsausgaben am nominellen Bruttoinlandsprodukt (**BIP**) von 11,6 %. Um die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung abzusichern, vereinbarten Bund, Länder und Sozialversicherung ab 2013 im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit[8], den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) mit jährlichen Vorgaben für Ausgabenziele an das prognostizierte durchschnittliche nominelle Wachstum des BIP heranzuführen und dadurch den Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP zu stabilisieren.[9]

Bund, Länder und Sozialversicherung überschritten diese Vorgaben u.a. aufgrund von Gesundheitsausgaben für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie insbesondere in den Jahren 2020 und 2021. Trotz eines starken Rückgangs und anschließenden Wegfalls der pandemiebedingten Ausgaben stiegen die – für die Bemessung der Ausgabenobergrenzen maßgeblichen – laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) in den Folgejahren weiterhin deutlich; laut Statistik Austria insbesondere aufgrund höherer Aufwendungen für Personal, Energie- und Betriebskosten sowie Honorare. Der von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2025 abgenommene Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit dokumentierte von 2022 auf 2023 einen Anstieg der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) um 3,91 % auf 36,677 Mrd. EUR und eine damit einhergehende Überschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze[10] von 32,179 Mrd. EUR um 13,98 % oder 4,498 Mrd. EUR.

Für die Zielsteuerungsperiode 2024–2028 erhöhten Bund, Länder und Sozialversicherung die Ausgabenobergrenze mit einem Aufschlag u.a. für Inflations- und Demografieeffekte.

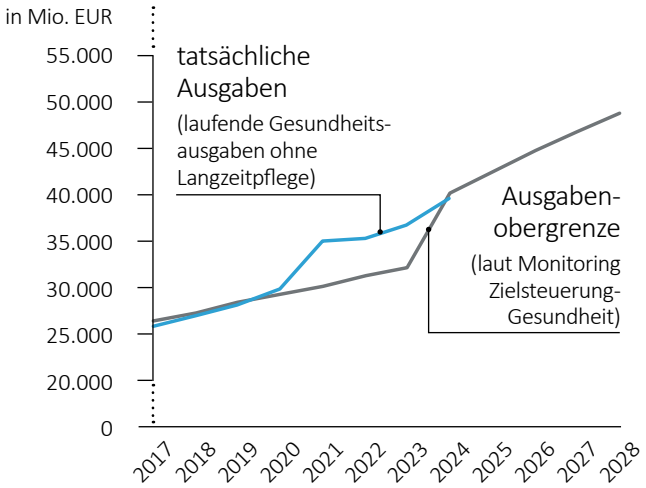
[8] Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I 200/2013, geändert im Jahr 2017 durch BGBl. I 97/2017 und im Jahr 2025 durch BGBl. I 1/2025 im Rahmen der Gesundheitsreform 2024

[9] Siehe RH-Bericht „System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen“ (u.a. Reihe Bund 2019/47 und Reihe Niederösterreich 2019/10). Für die Periode 2024 bis 2028 vereinbarten die Zielsteuerungspartner einen zusätzlichen Aufschlag auf die Ausgabenobergrenzen insbesondere für die demografische Entwicklung und für die Inflation im Gesundheitswesen, der gegen Ende der Laufzeit abnehmen sollte.

[10] Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit i.d.F. BGBl. I 97/2017 i.d.g.F.

Dies führte laut dem von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2026 abgenommenen Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit dazu, dass die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) im Jahr 2024 trotz einer weiteren Steigerung auf 39,505 Mrd. EUR die Ausgabenobergrenze um 633 Mio. EUR unterschritten, wie die folgende Abbildung zeigt:

Abbildung 2: Entwicklung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) von 2017 bis 2024 und der Ausgabenobergrenze laut Monitoring Zielsteuerung-Gesundheit



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben betrafen auch das Bundesbudget. Angesichts eines öffentlichen Budgetdefizits auf Gesamtstaatsebene von 4,7 % des BIP im Jahr 2024 hatte der RH im Rahmen des Bundesrechnungsabschlusses 2024 auf das Erfordernis struktureller und inhaltlicher Reformen in den finanzierungsintensiven Bereichen, u.a. der Gesundheit und Pflege, hingewiesen.[11]

(2) Die im Vergleich mit den anderen EU-Mitgliedstaaten hohen öffentlichen Gesundheitsausgaben standen auch im Zusammenhang mit einer starken Inanspruchnahme der stationären Versorgung in Krankenanstalten.[12] Laut Gesundheitsexpertinnen und -experten lag dies einerseits am verhältnismäßig freien Zugang zu allen Versorgungsebenen und andererseits auch am umfassenden Angebot mit einer großen Anzahl an stationären Betten.[13] Daher verfolgten Bund, Länder und Sozialversicherung insbesondere seit der Gesundheitsreform 2013 das Ziel, die Versorgung in Krankenanstalten anzupassen und die Versorgungsplanung mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) und den RSG danach auszurichten. Versorgungsleistungen, die – z.B. aufgrund der medizinischen Entwicklung[14] – keine stationäre Aufnahme

[11] Die Textteile und Zahlenteile zum Bundesrechnungsabschluss 2024 sowie eine interaktive Grafik zur Vermögensrechnung des Bundes sind unter https://www.rechnungshof.gv.at/bra2024 verfügbar.

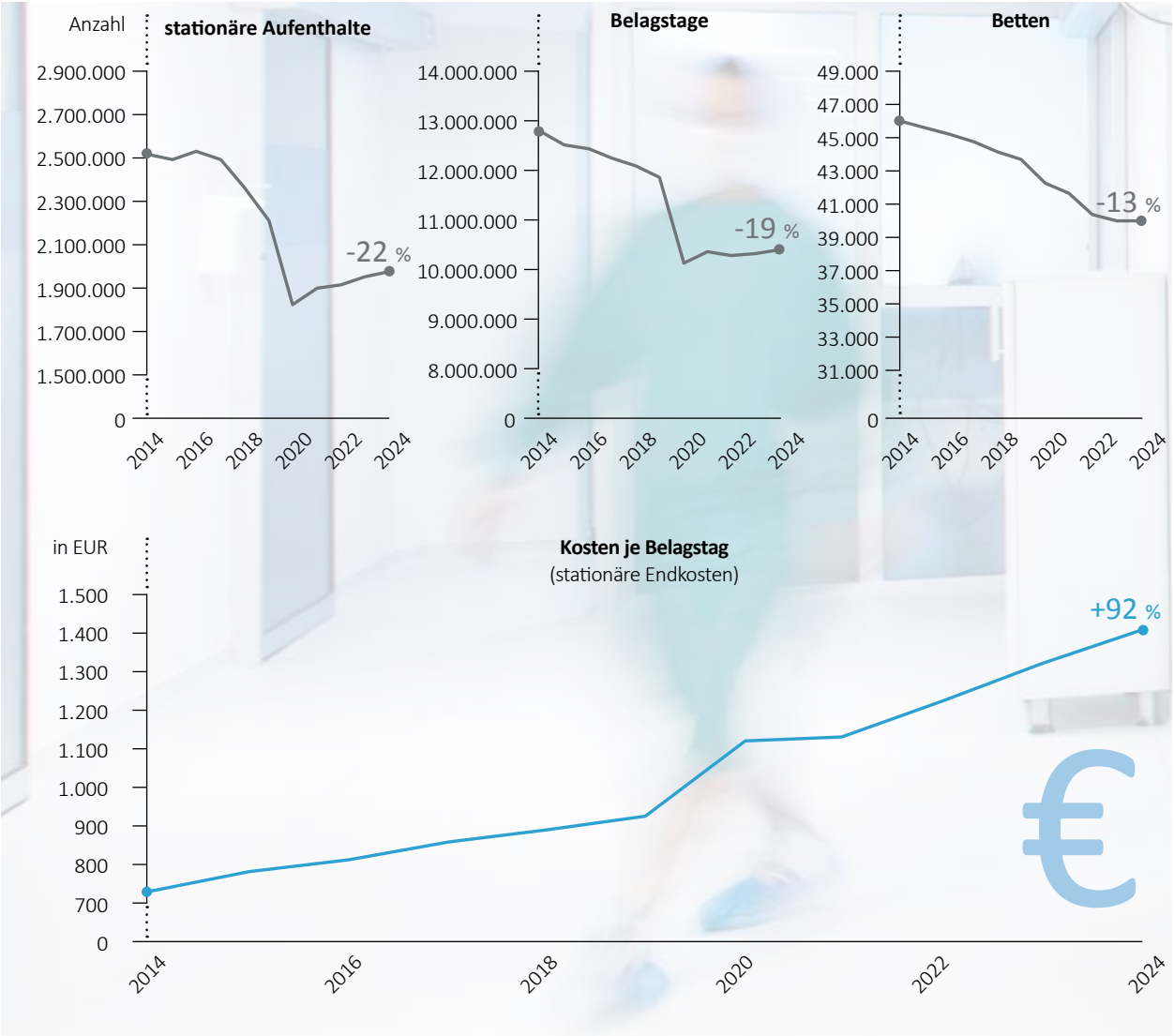
[12] Laut einer Untersuchung der London School of Economics aus dem Jahr 2017 wies Österreich die höchste Anzahl an stationären Aufenthalten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern aller untersuchten Staaten auf; London School of Economics and Political Science (LSE Health), Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System, August 2017, https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/efficiency-review-of-austrias-social-insurance-and-healthcare-system.pdf (abgerufen am 17. September 2025).

[13] *Bachner et al.*, Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen (2019) 244 f.

[14] etwa aufgrund neuer Behandlungsmethoden wie der minimal-invasiven Chirurgie, bei der das Gewebe nur im kleinstmöglichen Umfang verletzt wird

erforderten, sollten vermehrt in den tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich verlagert werden, um die Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und in der Folge die stationären Betten reduzieren zu können. Wie nachfolgende Abbildung zeigt, gingen zwischen 2014 und 2024 österreichweit die stationären Krankenhausaufenthalte[15] um 22 %, die Belagstage[16] um 19 % und die stationären Betten um 13 % zurück. Die Kosten je Belagstag (stationäre Endkosten) stiegen jedoch um 92 %:

Abbildung 3: Entwicklung ausgewählter stationärer Kennzahlen von 2014 bis 2024



Quellen: DIAG; Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

[15] Stationäre Aufenthalte pro Krankenanstalt inklusive Nulltagesaufenthalte, d.h., mehrere Abteilungsaufenthalte durch Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht berücksichtigt.

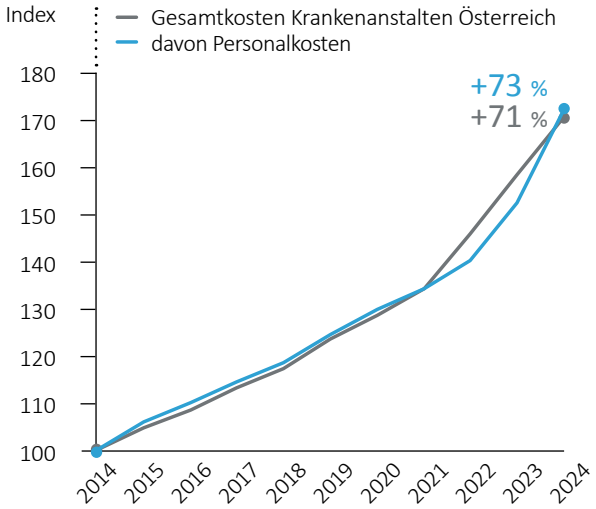
[16] Die durchschnittliche Belagsdauer betrug 2024 in Niederösterreich und österreichweit zwischen fünf und sechs Tage.

Die ambulanten Frequenzen stiegen im selben Zeitraum um 17 % und waren im Jahr 2024 nach einem pandemiebedingten Einbruch um 5 % höher als 2019.

Von 2014 bis 2024 stiegen österreichweit die Gesamtkosten für Krankenanstalten um 71 %. Davon entfielen mehr als 70 % auf den stationären Leistungsbereich.

(3) Die Entwicklung der Gesamtkosten für Krankenanstalten war stark von den Personalkosten beeinflusst. Diese machten mehr als die Hälfte der Gesamtkosten aus (2024: 58 %) und stiegen von 2014 bis 2024 um 73 % an:

Abbildung 4: Entwicklung der Gesamtkosten und Personalkosten für Krankenanstalten von 2014 bis 2024



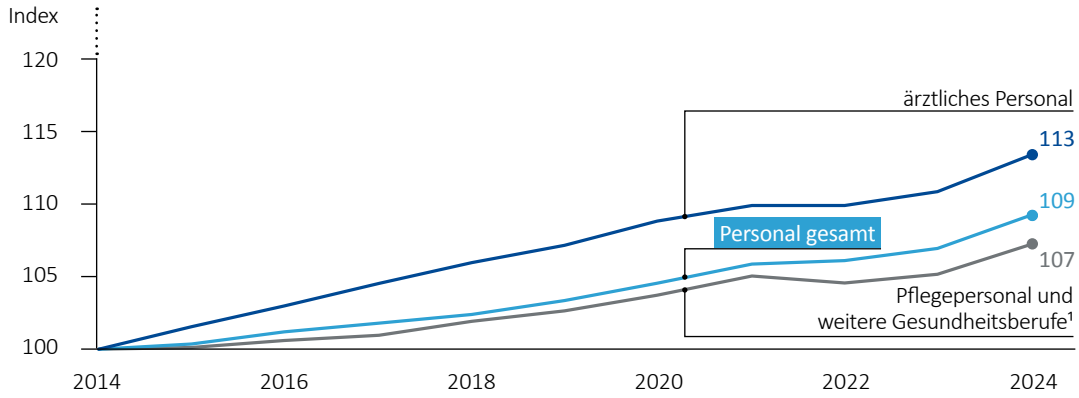
Quellen: DIAG; Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Laut dem Gesundheitsministerium war diese Kostenentwicklung zu einem erheblichen Teil auf die Zunahme von höher qualifiziertem Krankenhauspersonal, wie ärztliches Personal, zurückzuführen.[17] Von 2014 bis 2024 stieg die Anzahl der in fondsfinanzierten Krankenanstalten tätigen Ärztinnen und Ärzte (inklusive jener in Ausbildung) in Vollzeitäquivalenten (**VZÄ**) laut Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (**DIAG**) österreichweit jährlich um durchschnittlich rd. 1 % und über den gesamten Zeitraum insgesamt um 13 %.

[17] Ab dem Jahr 2021 spielte bei der Kostenentwicklung auch der Anstieg des Verbraucherpreisindex eine Rolle, auf dessen Grundlage die kalkulatorischen Anlagekapitalkosten der Krankenanstalten berechnet werden.

Die Anzahl des Pflegepersonals und des Personals in weiteren Gesundheitsberufen in Krankenanstalten nahm im selben Zeitraum um 7 % zu:

Abbildung 5: Entwicklung des Personals in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit von 2014 bis 2024



¹ gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Pflegeberufe sowie das gesamte im Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen enthaltene medizinische Personal wie Apothekerinnen und Apotheker, Assistenzberufe, gehobene medizinisch-technische Dienste, Hebammen sowie Sanitäterinnen und Sanitäter

Quellen: DIAG; Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Aufgrund des Anstiegs beim ärztlichen Personal und aufgrund der abnehmenden stationären Aufnahmen entfielen im Jahr 2024 auf ein ärztliches VZÄ um 31 % weniger stationäre Krankenhausaufenthalte als 2014. Laut Rechtsträgern von Krankenanstalten hätten die ab 2015 eingeführte Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit[18] (TZ 8) und die zunehmende Spezialisierung in den medizinischen Sonderfächern sowie deren Auswirkung auf die Ärzteausbildung die Schaffung zusätzlicher Dienstposten erfordert. Konkrete Zahlen für einen sich aus diesen Rahmenbedingungen ergebenden Mehrbedarf an ärztlichem Personal waren auf Bundesebene nicht vorhanden (TZ 3).

Die Zunahme des ärztlichen Personals wirkte sich auf die Personalkosten aus. Diese stiegen für Fondskrankenanstalten österreichweit von 2014 bis 2024 um 84 % auf insgesamt 3,871 Mrd. EUR bzw. auf 170.601 EUR je ärztliches VZÄ. Im Vergleich dazu erhöhten sich die Kosten beim gesamten Krankenanstaltenpersonal (73 %) weniger stark. Die österreichweit höchsten jährlichen Zuwächse bei den ärztlichen Personalkosten waren von 2023 auf 2024 und von 2014 auf 2015 (jeweils 13 %) zu verzeichnen. Die Erhöhung von 2014 auf 2015 stand auch im Zusammenhang mit der Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit und der Überstunden durch das Krankenan-

[18] Mit 1. Jänner 2015 trat eine Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes in Kraft, mit der Österreich u.a. die Arbeitszeitrichtlinie der EU (Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung) umsetzte. Die Novelle reduzierte u.a. die zulässige durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 60 auf 48 Stunden; eine individuelle Zustimmung zur Überschreitung ließ sie zeitlich begrenzt zu.

stalten-Arbeitszeitgesetz. Das führte zu einer Erhöhung des Grundgehalts der Ärztinnen und Ärzte (TZ 8).

Tabelle 1: Personalkosten österreichweit nach Berufsgruppen in den Jahren 2014 und 2015 sowie 2023 und 2024

	2014	2015	2023	2024	Veränderung 2014 bis 2015	Veränderung 2023 bis 2024	Veränderung 2014 bis 2024
	in Mrd. EUR				in %		
ärztliches Personal	2,109	2,375	3,427	3,871	13	13	84
Pflegepersonal und weitere Gesundheitsberufe[1]	3,624	3,745	5,432	6,143	3	13	69
Verwaltungs-, Kanzlei- und Betriebspersonal sowie sonstiges Personal	1,296	1,337	1,858	2,113	3	14	63
Summe Personalkosten	**7,029**	**7,456**	**10,717**	**12,126**	**6**	**13**	**73**

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: DIAG

[1] gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Pflegeberufe sowie das gesamte im Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen enthaltene medizinische Personal wie Apothekerinnen und Apotheker, Assistenzberufe, gehobene medizinisch-technische Dienste, Hebammen sowie Sanitäterinnen und Sanitäter

2.2 (1) Der RH hielt fest, dass Österreich im Jahr 2024 laut Eurostat der EU-Mitgliedstaat mit den höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung war. Die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben stiegen von 2022 auf 2023 um 3,9 % und überschritten mit 36,677 Mrd. EUR die von Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Ausgabenobergrenze von 32,179 Mrd. EUR um 13,98 % oder 4,498 Mrd. EUR. In der Folge erhöhten Bund, Länder und Sozialversicherung die Ausgabenobergrenze für die Zielsteuerungsperiode 2024–2028 mit einem Aufschlag u.a. für Inflations- und Demografieeffekte, wodurch die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) im Jahr 2024 – trotz einer weiteren Steigerung auf 39,505 Mrd. EUR – unter dieser Grenze blieben.

Der RH wies darauf hin, dass ein Teil der öffentlichen Gesundheitsausgaben auch für das Bundesbudget relevant war. Angesichts eines öffentlichen Budgetdefizits auf gesamtstaatlicher Ebene von 4,7 % des BIP im Jahr 2024 hatte der RH im Rahmen des Bundesrechnungsabschlusses 2024 strukturelle und inhaltliche Reformen in den finanzierungsintensiven Bereichen, u.a. der Gesundheit und Pflege, gefordert.

(2) Die insbesondere seit der Gesundheitsreform 2013 verfolgten Absichten, die Versorgung in Krankenanstalten anzupassen und die stationären Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, hatten zwar zu einem Rückgang der stationären Krankenhausaufenthalte – österreichweit um 22 % von 2014 bis 2024 – geführt, aber die Gesamtkosten der Krankenanstalten waren im gleichen Zeitraum österreichweit mit 71 % deutlich gestiegen. Das Gesundheitsministerium führte diese Kostenentwick-

lung zu einem erheblichen Teil auf die Zunahme von höher qualifiziertem Krankenhauspersonal zurück. Tatsächlich war von 2014 bis 2024 die Anzahl (in VZÄ) der Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten um 13 %, die Anzahl des Pflegepersonals und des Personals der weiteren Gesundheitsberufe um 7 % gestiegen. Zwar führten Rechtsträger von Krankenanstalten an, dass u.a. die ab 2015 geltende Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit und die zunehmende Spezialisierung in den medizinischen Sonderfächern zusätzliche Dienstposten für ärztliches Personal erfordert hätten. Konkrete Zahlen für einen sich daraus ergebenden Mehrbedarf auf Bundesebene fehlten aber (TZ 3).

Das Fehlen von konkreten Zahlen zum Mehrbedarf an ärztlichem Personal sah der RH insbesondere vor dem Hintergrund kritisch, dass im Jahr 2024 auf ein ärztliches VZÄ um 31 % weniger stationäre Krankenhausaufenthalte entfielen als 2014. Seiner Ansicht nach erforderte die Dynamik der öffentlichen Gesundheitsausgaben eine effiziente Ausgestaltung des Gesundheitswesens und insbesondere des kostenintensiven Bereichs der Krankenanstalten. Dies mit dem Ziel, die Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitswesens in Österreich auch zukünftig sicherzustellen.

Ärztebedarf

3.1 (1) Die Gesundheit Österreich GmbH erstellte im Jahr 2012 einen Ergebnisbericht zu einer Studie über den Ärztebedarf für die ambulante und stationäre Versorgung. Darin prognostizierte sie für den Zeitraum 2010 bis 2030 den Ärztebedarf und stellte dieser Schätzung das voraussichtliche Angebot an Ärztinnen und Ärzten in Österreich gegenüber.[19] Darauf aufbauend sollten Empfehlungen zur Dimensionierung der Ausbildungskapazitäten abgeleitet und potenzielle Mangelfächer identifiziert werden.

Für die Versorgung in Krankenanstalten schätzte die Gesundheit Österreich GmbH den Ärztebedarf auf Basis

- der demografischen Entwicklung,
- der alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte in den einzelnen medizinischen Sonderfächern,
- des medizinisch-technischen Fortschritts und
- epidemiologischer Entwicklungen.

Laut Gesundheit Österreich GmbH weise die Prognose beträchtliche Unschärfen auf: vor allem durch die unzureichende Datenlage zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter und durch die teils eingeschränkte Datenqualität bei den medizinischen Sonderfächern, in denen eine geringere Anzahl an Ärztinnen und Ärzten tätig war (z.B. Nuklearmedizin).

[19] *Czasný/Hagleitner/Hlava/Sagerschnig/Stürzlinger/Willinger*, Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030 (2012)

Im Jahr 2021 merkte die Gesundheit Österreich GmbH in einer Validierung[20] der Studienergebnisse aus dem Jahr 2012 an, dass die Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit und damit der Überstunden durch das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (TZ 8) zu einem Mehrbedarf an ärztlichem Personal geführt habe. Um diesen Mehrbedarf einzudämmen, empfahl sie u.a. – wie bereits 2012 –, eine Spezialisierung und weitere Einengung der medizinischen Sonderfächer zu vermeiden, deren Anzahl auf maximal 25 zu reduzieren sowie die Effekte von Strukturmaßnahmen bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen.

(2) Der Bundesgesetzgeber[21] legte 2017 u.a. fest, dass die Zielsteuerungspartner bei der Versorgungsplanung die für die vorgesehenen Strukturen erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen im Sinne einer „Meta-Planung" auf gesamtstaatlicher Ebene priorisieren sollten. Daraufhin entstand 2018 eine Projektgruppe „IT-Tool Planung Personalressourcen" bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH. Diese entwickelte ein computergestütztes Mikrosimulationsmodell, das die Anzahl der Studierenden und der Absolventinnen und Absolventen in einem zu bestimmenden Zeitraum betrachtete und der Zahl an voraussichtlichen Pensionierungen anhand der Altersstruktur gemäß Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer gegenüberstellte. Auf Basis dieser Daten erstellte das IT-Tool eine Angebotsprognose über verfügbares ärztliches Personal.

(3) Die Zielsteuerungspartner vereinbarten im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024, auf Basis einer Ist-Analyse und eines darauf aufbauenden Monitorings bis Ende 2026 neue detailliertere Prognosen[22] zum Bedarf an Gesundheitspersonal zu erarbeiten. Diese Prognosen sollten als Grundlagen für weitere Maßnahmen dienen, u.a. zur Festlegung der Studien- und Ausbildungsplätze. Auch das Regierungsprogramm 2025–2029 sah vor, eine Studie zum österreichweiten Bedarf an Ärzte- und Gesundheitsberufen durchzuführen, um auf dieser Grundlage die Struktur der Ausbildungsplätze steuern zu können.

In Umsetzung der im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 vereinbarten Maßnahmen bestand ab 2023 eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsministeriums, der Länder, der Sozialversicherung, der Österreichischen Ärztekammer und von Rechtsträgern der Krankenanstalten. Sie verfolgte das Ziel, ein möglichst treffsicheres Prognosetool zum zukünftigen Ärztebedarf zu ent-

[20] *Hummer/Maier/Stoppacher*, Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze. Aktualisierung 2021 (2021)

[21] § 18 Abs. 7 Z 6 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.

[22] Die Prognosen sollten um Daten zu den medizinischen Sonderfächern und zum nicht-ärztlichen Gesundheitspersonal sowie um regionale Daten ergänzt werden.

wickeln und ein Monitoring der aktuellen Situation der Ärztinnen und Ärzte einzurichten.

Im Oktober 2024 präsentierte die Gesundheit Österreich GmbH der Arbeitsgruppe die aktuelle Situation. Sie differenzierte nach Kategorien der ärztlichen Haupttätigkeit (Ärztin bzw. Arzt im niedergelassenen Bereich, in Akut-Krankenanstalt, in Ausbildung etc.) und erstellte eine Analyse der Ärzteströme im Jahr nach Abschluss der Ausbildung (Zu- und Abwanderung zwischen den Bundesländern) sowie der Ein- bzw. Abwanderung von ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten aus bzw. in EU- und EFTA-Länder. Daraus ging hervor, dass im Jahr 2022 mehr Ärztinnen und Ärzte nach Österreich zu- als abwanderten.

Weiters präsentierte sie ein neues Modell für die Ärztebedarfsprognose. Dieses Modell sah vor, das Personalangebot zu einem künftigen Zeitpunkt anhand der Ausbildungsplätze, Drop-out-Quoten und Abschlussquoten sowie der Zuwanderung (Zulassungen aus EU- und EFTA-Ländern sowie Nostrifikationen aus anderen Ländern) zu berechnen. Dem stellte es Pensionierungen anhand der Altersstruktur und die Abwanderung gegenüber. Daraus ergab sich ein ungedeckter Bedarf bzw. Überschuss an Ärztinnen und Ärzten. Weiters bezog es Einflussfaktoren ein, wie Demografie, medizinisch-technische Entwicklungen (etwa Telemedizin) oder berufsspezifische Entwicklungen (etwa neue Berufsfelder oder Teilzeitquoten), um Rückschlüsse auf den künftigen Personalbedarf ziehen zu können.

Darauf aufbauende Ärztebedarfsprognosen samt einer Analyse der einzelnen medizinischen Sonderfächer hatte die Gesundheit Österreich GmbH zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Auftrag der Länder Tirol und Vorarlberg erstellt. Ergebnis beider Studien war, dass der Ärztebedarf in beiden Ländern in den kommenden Jahren nicht problemlos gedeckt werden könne. In manchen medizinischen Sonderfächern, wie Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Innere Medizin, werde der Bedarf die erwartete Anzahl an Absolventinnen und Absolventen übersteigen. Beide Analysen hielten fest, dass es aufgrund der Ergebnisse erforderlich sei, Lösungsszenarien zu erarbeiten.

3.2 Der RH hielt fest, dass die Gesundheit Österreich GmbH bereits in einem Ergebnisbericht zu einer Studie aus dem Jahr 2012 und der Validierung dieser Studie im Jahr 2021 auf unterschiedliche Einflussfaktoren zum Bedarf an ärztlichem Personal, wie etwa die demografische Entwicklung oder Strukturmaßnahmen, und auf das Fehlen aussagekräftiger Daten hingewiesen hatte. Aufgrund des durch die Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes entstandenen Mehrbedarfs an ärztlichem Personal hatte sie bereits 2021 u.a. empfohlen, eine weitere Spezialisierung der medizinischen Sonderfächer zu vermeiden und bei der Versorgungsplanung Strukturmaßnahmen zu berücksichtigen.

Zur Versorgungsplanung wies der RH darauf hin, dass der Bundesgesetzgeber bereits im Jahr 2017 u.a. eine Priorisierung der für die vorgesehenen Strukturen erforderlichen Personalressourcen auf gesamtstaatlicher Ebene verlangte. Er kritisierte daher, dass der Bund – abgesehen von einem IT-Tool zur Erhebung des künftigen Ärzteangebots – erst im Oktober 2024 über ein von der Gesundheit Österreich GmbH erarbeitetes Prognosemodell verfügte, das zusätzlich zur Angebotsprognose eine Analyse von ungedecktem Bedarf bzw. Überschuss an Ärztinnen und Ärzten beinhaltete und Einflussfaktoren auf den zukünftigen Personalbedarf, wie Demografie oder medizinisch-technische sowie berufsspezifische Entwicklungen, berücksichtigte.

Der RH würdigte, dass die Länder Tirol und Vorarlberg eine weiterführende Ärztebedarfsprognose mit einer Analyse der einzelnen medizinischen Sonderfächer und des künftigen Bedarfs beauftragten, hielt aber kritisch fest, dass es für die anderen Länder, wie etwa für Niederösterreich, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine entsprechenden Ärztebedarfsprognosen gab. Nach Ansicht des RH war ein österreichweiter Überblick zum Ärztebedarf für den Bund erforderlich, um seine zentrale Steuerungs- und Koordinationsfunktion in der Versorgungsplanung sowie seine Verantwortung zur Regelung der Ärzteausbildung wirksam wahrnehmen zu können (TZ 9). Er kritisierte daher, dass das Gesundheitsministerium über einen solchen Überblick im Jahr 2025 noch nicht verfügte; auch, weil die Analysen für Tirol und Vorarlberg bereits konkreten Handlungsbedarf in bestimmten medizinischen Sonderfächern wie Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Innere Medizin aufzeigten. Der RH verwies auf die Absichtserklärungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 und im Regierungsprogramm 2025–2029, Studien bzw. Prognosen zum österreichweiten Bedarf an Ärzte- und Gesundheitsberufen durchzuführen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern und in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH das Monitoring und die Bedarfsprognosen für Ärztinnen und Ärzte fortzuführen, um einen gesamthaften Überblick über das österreichweite Ärzteangebot und den Ärztebedarf zu erhalten. Daraus wären Erkenntnisse für die künftige Entwicklung zu ziehen, um die Versorgungsplanung vorausschauend gestalten und mit der Ärzteausbildung abstimmen zu können.

Weiters empfahl der RH dem Land Niederösterreich, eine weiterführende Ärztebedarfsprognose zu beauftragen und die Ergebnisse in die regionale Versorgungsplanung einzubinden.

3.3 (1) Das Gesundheitsministerium begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung und verwies auf die Arbeiten der Themengruppe Gesundheitspersonal im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Dort arbeite eine Unterarbeitsgruppe Monitoring – zweigeteilt in ärztliches Personal und Gesundheitspersonal – am Aufbau eines laufenden Monitoring- und eines darauf aufbauenden Prognosetools (Bedarfs- und

Prognosetool) und berichte laufend dem Ständigen Koordinationsausschuss über die Ergebnisse. Die Zielsteuerungspartner hätten sich beim Operativen Ziel 5 – Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten – darauf verständigt, dass es erforderlich sei, das Gesundheitspersonal beim Aufbau eines Monitorings und der Prognoseerstellung zum Personalbedarf gesamthaft zu betrachten. Dies umfasse die Erstellung einer Ist-Analyse, die Anpassung der Datengrundlagen, den Auf- und Ausbau eines Monitorings und darauf aufbauende Prognosen zum Personalbedarf.

Die Arbeiten am Prognosemodell hätten bereits 2024 begonnen, bis Ende 2026 sollten Prognosen für den Ärztebedarf vorliegen. Weiters hätten die Zielsteuerungspartner vereinbart, die Prognose bei den Pflegeberufen in Form eines Basisfalls nach Möglichkeit im Jahr 2026 zu entwickeln und umzusetzen. Anschließend sei beabsichtigt, die Prognosen für weitere priorisierte Berufsgruppen zu erarbeiten. Die Ergebnisse der Prognosen für ärztliches und Pflegepersonal sollten den Zielsteuerungspartnern in Form von Factsheets im vierten Quartal 2026 vorgelegt und auf einer Monitoringplattform dokumentiert werden, deren Aufbau planmäßig im ersten Quartal 2026 begonnen habe.

Das österreichweite Monitoring und die Prognosen, die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erarbeitet würden, seien ausreichend, eine weitere Beauftragung von Ärztebedarfsprognosen sei nicht mehr erforderlich.

(2) Das Land Niederösterreich merkte in seiner Stellungnahme an, dass die empfohlene Ärztebedarfsprognose und Einbindung der Ergebnisse in die Planung eine Aufgabe der NÖ Landesgesundheitsagentur adressieren würden, und verwies auf ihre Zuständigkeit.

(3) Die NÖ Landesgesundheitsagentur teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie im Rahmen der aktuellen Planungen zur zukünftigen Ausbildungskapazität für das neue ärztliche Sonderfach Allgemein- und Familienmedizin über die Ärztekammer für Niederösterreich folgende Daten erhoben habe:

- Zahl der abgeschlossenen Ausbildungen zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin der letzten fünf Jahre zur Einschätzung der bisherigen Absolventenzahlen, um Annahmen auf Basis der Entwicklung der vergangenen Jahre treffen zu können,
- prognostizierte Zahl der Pensionierungen von Ärztinnen bzw. von Ärzten für Allgemeinmedizin in den kommenden zehn Jahren, gegliedert nach Gesundheitsregionen.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur überlege bereits eine strukturierte Analyse des Ärztebedarfs für alle weiteren Fächer sowie in allen Versorgungsstrukturen, um die Ausbildungskapazitäten für die künftige Versorgungsplanung optimal gestalten zu können.

3.4 (1) Der RH begrüßte die laufenden Arbeiten des Gesundheitsministeriums an Tools für Monitoring und Prognose des Ärztebedarfs.

(2) Dem Land Niederösterreich entgegnete der RH, dass die Rechtsträger von Krankenanstalten zwar für eine ausreichende Personalausstattung zu sorgen hatten, es aber auch im Interesse des Landes sein sollte, einen Überblick über den mit der Umsetzung des RSG verbundenen Ärztebedarf zu haben. Dies auch aufgrund der Zuständigkeit des Landes für die landesbehördliche Anerkennung und Festsetzung von ärztlichen Ausbildungsstätten bzw. -stellen.

(3) Der RH anerkannte gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur die begonnenen Maßnahmen zur Erhebung des Ärztebedarfs in der Allgemein- und Familienmedizin und die Überlegungen, diese Arbeiten mit einer strukturierten Analyse für alle anderen Fächer sowie alle Versorgungsstrukturen weiterzuführen. Nach Ansicht des RH wären damit Prognoseergebnisse zum Ärztebedarf erzielbar, die – wie empfohlen – in die regionale Versorgungsplanung eingebunden werden könnten.

Rahmenbedingungen ärztlicher Versorgung in Krankenanstalten

Krankenanstaltenrechtliche Vorgaben

4.1 (1) Die Versorgung der Bevölkerung in Krankenanstalten ist in Österreich eine staatliche Pflichtaufgabe.[23] Dem Bund obliegt in diesem Bereich gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes-Verfassungsgesetz[24] die Grundsatzgesetzgebung, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung fallen in die Zuständigkeit der Länder. Die Umsetzung der vom Bund festgelegten krankenanstaltenrechtlichen Rahmenbedingungen[25] gewährleisteten die Länder insbesondere durch Vorgaben für die Rechtsträger von Krankenanstalten in Landesgesetzen.

Das NÖ Krankenanstaltengesetz[26] verpflichtete die Rechtsträger, den Betrieb ihrer Krankenanstalten ohne Unterbrechung aufrechtzuerhalten und mit den dort vorgehaltenen Organisationseinheiten (Abteilungen, Fachschwerpunkten etc.) den sonderfachbezogenen Versorgungsbedarf der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich sicherzustellen.[27] Hierbei hatten die Rechtsträger in ihren Krankenanstalten etwa die sofortige Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe zu gewährleisten oder für die je nach Art der Krankenanstalt zusätzlich erforderliche Anwesenheit bzw. Rufbereitschaft bestimmter Fachärztinnen und Fachärzte zu sorgen.[28] Wie viel Personal dafür und für die Erfüllung des Versorgungsauftrags unter Einhaltung aller rechtlichen Vorgaben, z.B. der Regelungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (TZ 8) oder zur Gewährleistung der Ärzteausbildung (TZ 9), erforderlich war, hatte der Rechtsträger – bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten – nach wissenschaftlich anerkannten Methoden zu ermitteln.[29]

Bei der Personalbedarfsermittlung waren überdies die Regelungen des Ärztegesetzes 1998 für die Ärzteausbildung zu berücksichtigen, weil die Rechtsträger von Krankenanstalten zusätzlich zur medizinischen Versorgung auch die Ärzteausbildung auf genehmigten Ausbildungsstellen in anerkannten Ausbildungsstätten zu gewährleisten hatten. Für den Bereich der Allgemeinmedizin gab es darüber hinaus die gesetzliche Verpflichtung „[…] sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärzten für

[23] § 18 Abs. 1 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz; *Kopetzki*, Krankenanstaltenrecht, in *Holoubek/Potacs* (Hrsg.), Handbuch Wirtschaftsrecht[2] (2007) 473

[24] BGBl. 1/1930 i.d.g.F.

[25] Dies waren insbesondere das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz und § 196 sowie § 27a Abs. 5 Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.

[26] LGBl. 9440 i.d.g.F.

[27] §§ 2b und 74 NÖ Krankenanstaltengesetz

[28] § 19 NÖ Krankenanstaltengesetz in Ausführung von § 7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

[29] § 22a NÖ Krankenanstaltengesetz in Ausführung von § 8d Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

Allgemeinmedizin entsprechend […] eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht“[30] (TZ 16).

(2) 2019 schuf der Niederösterreichische Landtag mit dem NÖ Gesundheitsreformgesetz 2020 die Grundlage für eine Zusammenlegung der bisher von der NÖ Landeskliniken-Holding für das Land Niederösterreich als Rechtsträger betriebenen allgemeinen Krankenanstalten und der vom Land Niederösterreich selbst betriebenen Pflege-, Betreuungs- und Förderzentren, um eine zeitgemäße, bedarfsgerechte, patientenorientierte, effiziente medizinische sowie pflegerische Versorgung durch Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen des Landes Niederösterreich sicherzustellen. Dafür beschloss der Landesgesetzgeber mit dem NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz[31] die Grundlage für die Errichtung der NÖ Landesgesundheitsagentur, eine gemeinnützige Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit und mit den Organen Vorstand, Aufsichtsrat[32] und Beirat. Die NÖ Landesgesundheitsagentur sollte die Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen auf Basis einer Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung mit dem Land Niederösterreich und nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit betreiben.[33] Die NÖ Landesgesundheitsagentur unterstand der Aufsicht der Niederösterreichischen Landesregierung. Die durch die Mitglieder des Aufsichtsrats wahrgenommene Aufsicht betraf die Einhaltung der Rechtsvorschriften und der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung.[34]

Mit 1. Juli 2020 gingen Vermögen, Verbindlichkeiten und Rechtsverhältnisse der NÖ Landeskliniken-Holding auf die NÖ Landesgesundheitsagentur über. Mit 1. Jänner 2021 übernahm die NÖ Landesgesundheitsagentur auch die Rechtsträgerschaft für die allgemeinen Krankenanstalten. Der Landesgesetzgeber legte fest, dass es sich bei den Krankenanstalten um Dienststellen des Landes Niederösterreich handelte und die bei der NÖ Landesgesundheitsagentur Beschäftigten Landesbedienstete waren, über die die Niederösterreichische Landesregierung die Dienstbehörde innehatte. Die an Weisungen der Landesregierung gebundene Dienstbehörde war das für Personalangelegenheiten zuständige Vorstandsmitglied. Den Dienstpostenplan mit der zulässigen Höchstzahl an Vollzeitbeschäftigten legte der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrats fest.

30 § 2f NÖ Krankenanstaltengesetz in Ausführung von § 196 Ärztegesetz 1998

31 LGBl. 1/2020 i.d.g.F.

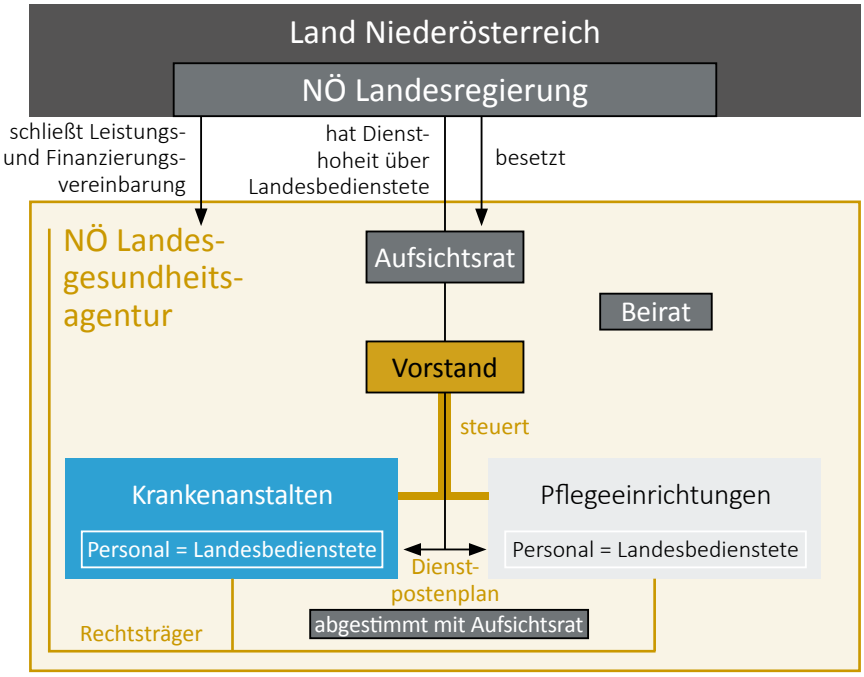
32 Der Aufsichtsrat der NÖ Landesgesundheitsagentur bestand aus 15 Mitgliedern, die sich aus leitenden Bediensteten des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, aus vom Niederösterreichischen Landtag vorgeschlagenen Expertinnen bzw. Experten aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Finanzwesen und aus Dienstnehmervertreterinnen bzw. -vertretern zusammensetzten. Die Expertinnen und Experten mussten persönlich und fachlich für diese Aufgabe geeignet sein und über Berufserfahrung oder eine Ausbildung im Gesundheits-, Sozial- oder Finanzwesen verfügen.

33 Der Motivenbericht zum Gesetz nannte als weitere Ziele, die organisatorische Effizienz der zur Erfüllung dieser Aufgaben bestehenden Instrumente zu heben und insbesondere die Umsetzung betriebswirtschaftlich sinnvoller Entscheidungen zu vereinfachen, um Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung zu verbessern und weiterhin nachhaltig zu gewährleisten.

34 § 40 NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz

Nachstehende Abbildung zeigt die Organisation der NÖ Landesgesundheitsagentur und ihre Verflechtung zum Land Niederösterreich:

Abbildung 6: Organisation der NÖ Landesgesundheitsagentur



Quelle: NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz; Darstellung: RH

4.2 Der RH hielt fest, dass die Rechtsträger von Krankenanstalten dafür verantwortlich waren, die in Ausführung der krankenanstaltenrechtlichen Rahmenbedingungen des Bundes vom Landesgesetzgeber erlassenen Vorgaben für den Betrieb einzuhalten. Insbesondere hatten sie den für den Betrieb ihrer Krankenanstalten erforderlichen Personalbedarf zu ermitteln und dabei wesentliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, wie die Versorgungsplanung (TZ 6, TZ 7) sowie Regelungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (TZ 8) und für die Ärzteausbildung (TZ 9, TZ 16), sowie die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

Der RH analysierte daher diese Rahmenbedingungen, deren Änderungen – die Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit, die zunehmende Spezialisierung in den medizinischen Sonderfächern und deren Auswirkungen auf die Ärzteausbildung – laut den Rechtsträgern von Krankenanstalten zu einem Mehrbedarf an ärztlichem Personal führten (TZ 2). Am Beispiel der NÖ Landesgesundheitsagentur, die seit 2021 als Rechtsträger aller fondsfinanzierten allgemeinen Krankenanstalten in Niederösterreich für die Einhaltung dieser Vorgaben verantwortlich war, analysierte er die Entwicklungen auf Landesebene (TZ 11 ff.) und prüfte u.a. die Personalbedarfsplanung der NÖ Landesgesundheitsagentur (TZ 15).

Versorgungsplanung

Zentrale Planungsinstrumente und angestrebte Strukturreform

5.1 (1) Die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung planten die Versorgungslandschaft und strebten Strukturreformen gemeinsam an. Sie legten dafür den ÖSG und die RSG als die zentralen Planungsinstrumente für die kurz-, mittel- und langfristige integrative Versorgungsplanung fest. Den ÖSG beschlossen sie in der Bundes-Zielsteuerungskommission. Der ÖSG umfasste verbindliche Vorgaben für die regionale Detailplanung in den RSG.

Für die Versorgung in Krankenanstalten sahen die im überprüften Zeitraum gültigen ÖSG-Versionen[35] Folgendes vor:

- Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich der Strukturqualität,
- quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen, u.a.
  - zu Kapazitäten (stationäre Betten, Tagesklinik-Plätze und ambulante Betreuungsplätze in den einzelnen Fachbereichen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern)[36] oder
  - zum Leistungsspektrum verschiedener Organisationsformen (welche Mindestversorgungsstruktur für welche medizinische Einzelleistung vorhanden sein musste; Mindestfallzahlen, die für komplexe oder risikoreiche medizinische Leistungen erbracht werden mussten).

Der jeweilige RSG hatte die Versorgungsplanung auf regionaler Ebene zu konkretisieren. Den RSG beschlossen das jeweilige Land und die Sozialversicherung in den Landes-Zielsteuerungskommissionen. Der Bund konnte gegen Beschlüsse ein Veto einlegen, etwa wenn diese gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens[37] (in der Folge: **Reformvereinbarung**) oder den ÖSG verstießen. Für den akutstationären Bereich war die geplante Versorgung für jeden Krankenanstalten-Standort pro Fachbereich abzubilden. Die Gesamtkapazitäten als Summe von Planbetten (inklusive der darin enthaltenen und je Krankenanstalten-Standort als Mindestgröße ausgewiesenen Tagesklinik-Plätze) und ambulanten Betreuungsplätzen verstand der ÖSG 2023 als Zielwerte zum Planungshorizont 2030.

[35] ÖSG 2017 mit Planungshorizont 2020 bzw. mit Planungshorizont 2025 ab Dezember 2020 und ÖSG 2023 mit Planungshorizont 2030

[36] Der ÖSG-Planungsrichtwert der Bettenmessziffer legte ein Intervall pro Fachbereich fest, wie viele stationäre Betten es pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern geben sollte. Ab 2020 gab die Platzmessziffer einen Orientierungswert für die erforderliche Anzahl an Tagesklinik-Plätzen und ambulanten Betreuungsplätzen an. Der Planungsrichtwert der Kapazitätsmessziffer als Summe der Betten-(Mittelwert) und Platzmessziffer spiegelte den gesamten Kapazitätsbedarf in Krankenanstalten wider.

[37] Reformvereinbarung 2017: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017 i.d.F. BGBl. I 198/2022; Reformvereinbarung 2023: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 2/2025

(2) Die im überprüften Zeitraum gültigen ÖSG-Versionen spiegelten das langjährige – im Wesentlichen seit der Gesundheitsreform 2013 bestehende – Bestreben der Zielsteuerungspartner wider, die Versorgungsstruktur schrittweise und sektorenübergreifend zu verändern. Als Prioritäten der integrativen Versorgungsplanung waren etwa ein effektiverer und effizienterer Ressourceneinsatz durch eine Reorganisation der verschiedenen Versorgungsbereiche, eine Stärkung des ambulanten Bereichs sowie innerhalb der Krankenanstalten eine Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Überwindung kleinteiliger Organisationsformen genannt. Krankenanstalten sollten u.a. in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmt und – soweit sinnvoll und möglich – in regionalen Verbänden organisiert werden; stationäre Bettenkapazitäten sollten durch abgestufte Organisationsformen[38] verringert sowie von medizinischen Sonderfächern mit sinkendem Bedarf zu solchen mit steigendem Bedarf umstrukturiert werden.

5.2 Der RH hielt fest, dass die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung im ÖSG für die Versorgung in Krankenanstalten quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen, u.a. für Kapazitäten und Leistungsspektrum, vorgaben. Er hob hervor, dass die Grundsätze und Ziele der Versorgungsplanung sowie die festgelegten Planungsrichtwerte das Bestreben widerspiegelten, die Versorgungsstruktur schrittweise zu verändern und insbesondere den stationären Bereich zu reorganisieren und zu entlasten. Krankenanstalten sollten in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmt und in regionalen Verbänden organisiert, komplexe Leistungen an geeigneten Standorten gebündelt und kleinteilige Organisationsformen überwunden werden. Die Zielsteuerungspartner zielten damit auch auf eine Optimierung der Versorgungsstruktur für einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz unter Sicherstellung hochwertiger Qualität ab. Die regionale Detailplanung für die Länder hatte in den jeweiligen RSG diesen Zielsetzungen und Vorgaben des ÖSG zu entsprechen. Der RH verwies dazu auf seine Feststellungen zum RSG NÖ in TZ 14.

Versorgungsaufträge und Gastpatientenströme

6.1 (1) Gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz hatten die Länder ausreichende Krankenanstalten-Kapazitäten für die Versorgung der eigenen Wohnsitzbevölkerung sicherzustellen.[39] Eine vergleichbare Verpflichtung, bei der Festlegung der Versorgungsaufträge für die Krankenanstalten auch die Anstaltsbedürftigkeit von Personen aus anderen Ländern (inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten) zu berücksichtigen, sah das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz nicht vor. Hinge-

[38] In einer Abteilung sollte die umfassende fachbereichsspezifische Regelversorgung stattfinden (ausgenommen waren komplexe, hochspezialisierte Leistungen mit geringer Häufigkeit, die konzentriert an wenigen Standorten in Referenzzentren erbracht werden sollten). Die anderen Organisationsformen, wie Departments, dislozierte Wochen- oder Tageskliniken, waren hinsichtlich des Leistungsspektrums und teilweise auch der zeitlichen Verfügbarkeit eingeschränkt.

[39] § 18 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

gen verpflichtete es die Rechtsträger der einzelnen Krankenanstalten – unabhängig von der Erfüllung des ihnen vom Land vorgegebenen Versorgungsauftrags – anstaltsbedürftige Personen unabhängig von ihrem Wohnsitz aufzunehmen, bei unabweisbaren Akutpatientinnen und Akutpatienten auch sofort.[40] In der Praxis versorgten die Krankenanstalten eines Landes neben der eigenen Wohnsitzbevölkerung daher – in unterschiedlichem Ausmaß – auch inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 2: Anteil der Wohnsitzbevölkerung und der inländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten an den stationären Aufenthalten je Land im Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2024

Ort der Behandlung/ Bundesland	stationäre Aufenthalte im Jahres-durchschnitt	Patientenwohnsitz in									
		Aus-land	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
	Anzahl	in %									
B	54.588	2,3	78,6	0,1	8,8	0,1	0,0	7,4	0,1	0,0	2,6
K	131.398	1,2	0,1	92,4	0,3	0,2	0,4	4,2	0,7	0,0	0,6
NÖ	309.870	0,6	2,7	0,1	90,6	1,5	0,1	0,7	0,0	0,0	3,9
OÖ	397.269	0,7	0,0	0,1	4,4	92,7	0,7	0,9	0,1	0,1	0,3
S	142.019	5,5	0,1	0,6	0,5	8,0	80,4	3,4	1,0	0,1	0,5
St	259.346	1,0	2,3	0,8	0,7	0,4	0,3	93,9	0,1	0,0	0,5
T	198.197	5,4	0,0	2,4	0,2	0,4	1,6	0,2	88,1	1,4	0,3
V	96.668	2,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	96,7	0,2
W	428.955	0,7	2,4	0,2	16,4	0,4	0,1	0,4	0,1	0,1	79,3

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: DIAG

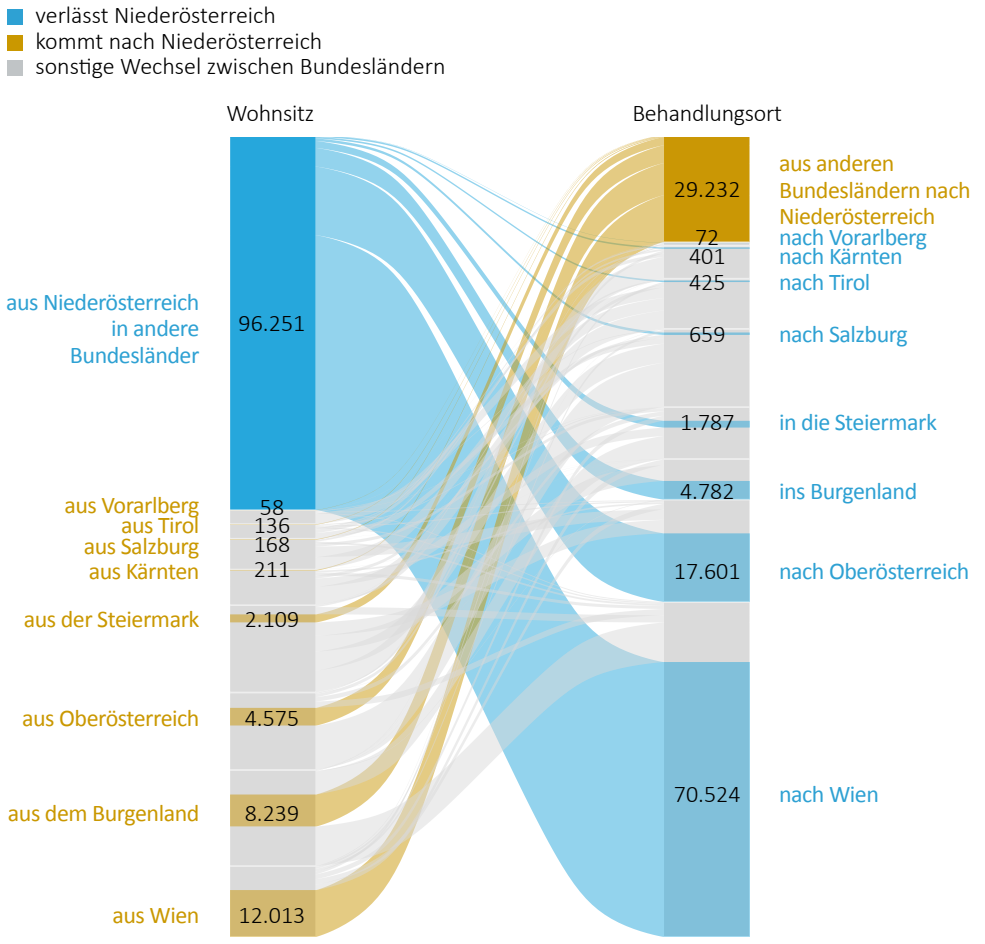
In Wien verursachten inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten in den Jahren 2018 bis 2024 rd. 21 % aller stationären Aufenthalte. Die meisten davon hatten ihren Wohnsitz in Niederösterreich. Im Zeitraum 2018 bis 2024 waren jährlich konstant zwischen 16 % und 17 % aller stationären Aufenthalte in Wien – pro Jahr durchschnittlich 70.524 – auf Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher zurückzuführen. Laut NÖGUS habe Niederösterreich – aufgrund dieser Patientenströme nach Wien, aber auch nach Oberösterreich – im österreichweiten Vergleich traditionell eine niedrige Eigenversorgungsquote.[41] Gleichzeitig versorge Niederösterreich auch Patientinnen und Patienten aus den umliegenden Ländern. Niederösterreich verzeichnete mit insgesamt rd. 9 % aller stationären Aufenthalte im Vergleich zu Wien einen deutlich geringeren Gastpatientenanteil: Die größten Anteile entfielen auf Personen mit Wohnsitz in Wien (rd. 4 % bzw. 12.013 Aufenthalte), auf

[40] § 22 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

[41] Die quellbezogene Eigenversorgungsquote gab Auskunft darüber, wie viel Prozent der stationären Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Niederösterreich in niederösterreichischen Fondskrankenanstalten versorgt wurden.

Personen mit Wohnsitz im Burgenland (rd. 3 % bzw. 8.239 Aufenthalte) und auf Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich (rd. 2 % bzw. 4.575 Aufenthalte):

Abbildung 7: Gastpatientenströme gemessen an der Anzahl der stationären Aufenthalte im Zeitraum 2018 bis 2024 (Jahresdurchschnitt)



Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: DIAG; Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

(2) Um diesen Gastpatientenströmen bei der Versorgungsplanung gerecht werden zu können, vereinbarten die Zielsteuerungspartner, das Gastpatientenaufkommen zu einem Schwerpunkt ihrer Versorgungsplanung zu machen. Bund und Länder legten dies in den Reformvereinbarungen 2017 und 2023[42], die Zielsteuerungspartner in den im überprüften Zeitraum gültigen ÖSG-Versionen fest.[43] Für die Länder bedeutete diese Einigung, die Krankenanstalten-Kapazitäten an der tatsächlichen Inanspruchnahme, also nicht nur an der eigenen Wohnsitzbevölkerung, sondern

[42] Art. 5 Abs. 7 Z 5 Reformvereinbarung 2017 bzw. Art. 5 Abs. 7 Z 7 Reformvereinbarung 2023

[43] Auch der Gesetzgeber sah vor, dass die Berücksichtigung von Gastpatientinnen und Gastpatienten im RSG sicherzustellen war (§ 21 Abs. 3 Z 5 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz).

auch an der nicht in ihren Krankenanstalten behandelten eigenen Wohnsitzbevölkerung sowie den inländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten zu bemessen.

(3) Laut NÖGUS hatte er bereits dem Regionalen Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 – Teil 1 (in der Folge: **RSG NÖ 2025 – Teil 1**) Analysen zu Patientenströmen sowie zu tatsächlichen und natürlichen Einzugsbereichen anhand von Daten der Inanspruchnahme im Jahr 2016 zugrunde gelegt. Dabei seien niedrige fachspezifische Eigenversorgungsquoten im Hinblick darauf analysiert worden, ob ein Mangel an Versorgungsangeboten bestehe oder eine bewusste Entscheidung gegen den Ausbau des Versorgungsangebots etwa aufgrund bestehender regionaler Pendlerbewegungen getroffen worden sei. In welchem Ausmaß und in welchen Versorgungsregionen[44] und Krankenanstalten die geplanten Kapazitäten durch die Berücksichtigung von ausländischen und inländischen Gastpatientinnen und -patienten oder aufgrund einer niedrigen Eigenversorgungsquote angepasst wurden, wies der RSG NÖ 2025 – Teil 1 nicht aus. Der RH hatte zuletzt in seinem Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“[45] darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung von Gastpatientinnen und -patienten in den Planungen der Länder nur zum Teil nachvollziehbar war und z.B. in den RSG Wien[46] und NÖ entsprechende Darstellungen fehlten.

(4) Die Finanzierung der von inländischen Gastpatientinnen und -patienten verursachten Kosten war nicht an der tatsächlichen Inanspruchnahme bzw. den erbrachten Leistungen ausgerichtet, sondern erfolgte pauschal bei der Verteilung der Mittel aus dem Finanzausgleich an die Landesgesundheitsfonds. Niederösterreich bekam mit 16,85 % der Mittel aus dem Finanzausgleich bei einem Anteil von 18,82 % an der österreichischen Gesamtbevölkerung eine niedrigere Landesquote als Wien. Wien erhielt 25,34 % der Mittel aus dem Finanzausgleich bei einem Anteil von 21,90 % an der österreichischen Gesamtbevölkerung.[47] Der RH hatte in seinen Berichten zur Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung[48] festgestellt, dass dadurch keine Kostenwahrheit hinsichtlich der Gastpatientenströme gegeben war. Er hatte dem Gesundheitsministerium bereits in den Jahren 2015 und 2018 empfohlen, gemeinsam mit den Ländern in der künftigen Reformvereinbarung einen auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruhenden finanziellen Ausgleich für die

44 Der ÖSG teilte Österreich für die Versorgungsplanung in vier Versorgungszonen: Nord (Oberösterreich, Salzburg), Ost (Burgenland-Nord, Niederösterreich, Wien), Süd (Burgenland-Süd, Kärnten, Steiermark) und West (Tirol, Vorarlberg). Die neun Bundesländer waren in 32 Versorgungsregionen gegliedert, die sich aus den politischen Bezirken zusammensetzten.

45 Reihe Bund 2015/17, TZ 31; Follow-up-Überprüfung Reihe Bund 2018/65, TZ 12

46 Die Berechnungen der für Gastpatientinnen und -patienten vorzuhaltenden Kapazitätsbedarfe im RSG Wien 2025 enthielten keine demografische Prognose bzw. Projektion, sondern schrieben die im Jahr 2018 tatsächlich beobachtete Alters- und Geschlechtsstruktur der in Wiener Akutkrankenanstalten versorgten in- und ausländischen Gastpatientinnen und -patienten bis zum Planungshorizont 2025 fort.

47 mit Stand 1. Jänner 2024

48 Reihe Bund 2015/17, TZ 31, TZ 32 und Reihe Bund 2018/65, TZ 12

Versorgung inländischer Gastpatientinnen und -patienten vorzusehen. Eine Umsetzung blieb jedoch bisher offen.

Zuletzt hatten der Bund und die Länder 2024 erneut eine – bis 2028 umzusetzende – Reformvereinbarung beschlossen, allerdings die bestehende Regelung zur Finanzierung der von Gastpatientinnen und -patienten verursachten Kosten unverändert fortgeschrieben. Seit 2003 bestand zwar die Möglichkeit, darüber zusätzliche bilaterale Vereinbarungen zu schließen, zwischen Niederösterreich und Wien bestand eine solche Vereinbarung aber nicht. Im Frühjahr 2026 war ein Rechtsstreit über die Versorgung eines Gastpatienten aus Niederösterreich in einem Spital in Wien anhängig.

6.2 (1) Der RH hielt fest, dass es aufgrund der zentralen Lage von Wien und der Pendlerbewegungen erhebliche Gastpatientenströme aus Niederösterreich nach Wien gab. In den Jahren 2018 bis 2024 waren jährlich durchschnittlich 70.524 Krankenhausaufenthalte in Wien auf Personen mit Wohnsitz in Niederösterreich zurückzuführen; deren Anteil an den gesamten stationären Aufenthalten in Wien erreichte in diesem Zeitraum konstant zwischen 16 % und 17 %. In Niederösterreich verursachten Gastpatientinnen und Gastpatienten nur rd. 9 % aller stationären Aufenthalte; rd. 4 % – jährlich durchschnittlich 12.013 – waren auf Personen mit Wohnsitz in Wien zurückzuführen.

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verpflichtete die Länder zwar zur Sicherstellung ärztlicher Versorgung in Krankenanstalten für die eigene Wohnsitzbevölkerung, legte aber für die Rechtsträger von Krankenanstalten eine wohnsitzunabhängige gesetzliche Aufnahmepflicht fest. Die in der Praxis entstandenen inländischen Gastpatientenströme wirkten sich auf die stationäre Versorgung aus, weshalb sich die Zielsteuerungspartner darauf einigten, diese bei der Versorgungsplanung transparent zu berücksichtigen. Hierzu hielt der RH kritisch fest, dass der NÖGUS zwar angab, die Gastpatientenströme auf Basis des fortgeschriebenen Ist-Standes (Daten über bisherige Inanspruchnahme als Ausgangsbasis) in der Planung zu berücksichtigen, die damit verbundenen Auswirkungen auf die Planung der Kapazitäten im RSG NÖ 2025 – Teil 1 aber nicht transparent auswies.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Land Niederösterreich und dem NÖGUS, insbesondere im Hinblick auf die angestrebten Strukturreformen die Auswirkungen der inländischen Patientenströme auf die Versorgungsplanung vorausschauend und länderübergreifend zu berücksichtigen, um die angestrebte qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung in den Krankenanstalten gewährleisten zu können.

Er empfahl dem NÖGUS, die vorausschauende Berücksichtigung der Gastpatientenströme im RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 transparent auszuweisen.

(2) Der RH vertrat die Ansicht, dass die vereinbarte Ausrichtung der Versorgungsplanung auch an der tatsächlichen Inanspruchnahme durch inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten zum Ziel einer effizienten Patientenversorgung in Krankenanstalten beitrug, auch wenn die Pflicht zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Krankenanstalten auf die landesweite Wohnsitzbevölkerung beschränkt war. Er kritisierte jedoch, dass Bund und Länder die Finanzierung der Gastpatientenströme weder im Rahmen des Finanzausgleichs 2024 bis 2028 noch mit einer bilateralen Vereinbarung zufriedenstellend lösten. Damit gab es weiterhin keinen, auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruhenden finanziellen Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und -patienten, obwohl der RH dem Gesundheitsministerium dies bereits in den Jahren 2015 und 2018 empfohlen hatte.

Nach Ansicht des RH wäre eine Grundlage für eine nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung inländischer Gastpatientinnen und -patienten geboten, um die regionale Versorgungsplanung der Länder besser aufeinander abzustimmen und länderübergreifend komplexe Leistungen verstärkt an geeigneten Standorten zu bündeln, kleinteilige Organisationsformen zu überwinden sowie die Versorgung in Krankenanstalten effizienter auszugestalten (TZ 5).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit allen Ländern eine Grundlage für die nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung inländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten im Interesse der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten.

6.3 (1) Das Gesundheitsministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich im Interesse eines möglichst effektiven und effizienten Ressourceneinsatzes im Rahmen seiner Möglichkeiten für eine engere Zusammenarbeit im Sinne der Empfehlung einzusetzen. Für die Abrechnung inländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten habe es wiederholt Vorschläge vorgelegt und im Interesse eines effektiven und effizienten Ressourceneinsatzes eine stärkere Zusammenarbeit der Länder eingefordert. Jedoch habe bisher keine Einigung unter den Ländern erzielt werden können.

(2) Das Land Niederösterreich und der NÖGUS teilten in ihrer Stellungnahme mit, im Rahmen der Planungen zum RSG NÖ 2030 der Planungsmethodik des ÖSG gefolgt zu sein. Diese sehe vor, sowohl inländische als auch ausländische Gastpatientenströme in den Planungsüberlegungen zu berücksichtigen. Entsprechende Ausführungen zur Methodik und zu den Ergebnissen fänden sich im RSG NÖ 2030 sowohl für den ambulanten (spitalsambulanten und extramuralen) als auch für den stationären Bereich.

Das Land Niederösterreich bzw. der NÖGUS könnten nicht beeinflussen, ob jene Länder, die starke Austauschbeziehungen zu Niederösterreich pflegten, ebenfalls dieselbe (im ÖSG auch dargelegte) Methodik verwendeten.

Laut dem Land Niederösterreich sei die pauschale Abgeltung inländischer Gastpatienten im Wege des zur Zeit der Stellungnahme geltenden Finanzausgleichs vereinbart. Eine Änderung in der laufenden Finanzausgleichsperiode führe zu erhöhtem Administrationsaufwand und sei zwischen Bund und Ländern zu verhandeln.

6.4 Der RH anerkannte gegenüber dem Land Niederösterreich und dem NÖGUS, dass im RSG NÖ 2030 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich die angewandte Methodik ausgeführt und die Ergebnisse der Gastpatientenströme berücksichtigt wurden. Seine Empfehlung, die Gastpatientenströme transparent auszuweisen, zielte jedoch darauf ab, anhand des RSG beurteilen zu können, für wie viele Patientinnen und Patienten insgesamt – nach Berücksichtigung von Zu- und Abstrom von Gastpatientinnen und Gastpatienten – die Versorgung geplant war.

Gegenüber dem Land Niederösterreich merkte der RH an, dass die empfohlene Transparenz in den RSG auch wesentlich war, um die seit 2003 bestehende Möglichkeit, die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten zwischen den Ländern zu verrechnen, auf einer objektiven Basis im Interesse der Patientinnen und Patienten nutzen zu können. Vor diesem Hintergrund hatte der RH nicht empfohlen, die Landesquoten und Vorweganteile für einzelne Länder im bestehenden Finanzausgleich zu ändern, sondern eine Grundlage für eine nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung inländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten zu schaffen.

Ärztliches Personal in der Versorgungsplanung

7.1 (1) Die im überprüften Zeitraum gültigen ÖSG-Versionen bezeichneten – in Übereinstimmung mit der bundesgesetzlichen Vorgabe (TZ 3) – die „gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen“ als eine der Prioritäten der integrativen Versorgungsplanung.[49] Der ÖSG enthielt dafür allgemeine Qualitätskriterien[50] auch zur Personalausstattung sowie Vorgaben zur Mindestpersonalausstat-

[49] § 18 Abs. 7 Z 6 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

[50] Die ÖSG-Qualitätskriterien legten für alle Fachbereiche folgende allgemeine Qualitätskriterien für das ärztliche Personal fest: Die quantitative Ausstattung mit Personal der verschiedenen Gesundheitsberufe musste die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patientenversorgung erfüllen. Der ärztliche Dienst war entsprechend den Regelungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes unter Berücksichtigung der Anforderungen der Organisationsformen sowie der zugeordneten Versorgungsstufe im jeweiligen Fachbereich einzurichten. Darüber hinausgehende Vorgaben zur Personalplanung in Krankenanstalten enthielt der ÖSG nicht, sondern verwies auf ein Handbuch zur Personalplanung der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Jahr 2010, das in Ergänzung der ÖSG-Qualitätskriterien eine „Orientierungshilfe für individuelle Personalplanungsmaßnahmen der jeweiligen Rechtsträger von Krankenanstalten“ darstellen sollte.

tung für spezielle Fach- und Versorgungsbereiche[51]. In Umsetzung der Planungsvorgaben hatten die Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalten den Personalbedarf zu ermitteln. Ihnen fiel auch die Verantwortung zu, die erforderlichen Personalressourcen sicherzustellen, um die den Versorgungsaufträgen entsprechenden betrieblichen sowie medizinischen Erfordernisse zu erfüllen.

(2) Die im überprüften Zeitraum gültigen ÖSG-Versionen berücksichtigten bei der Festlegung der Planungsrichtwerte verschiedene, von Expertinnen und Experten erwartete Faktoren: z.B. die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedelungsdichte, die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßen-Individualverkehr, die beobachtete Auslastung bestehender stationärer Einheiten sowie Tendenzen in der medizinischen Entwicklung in den einzelnen Fach- bzw. Versorgungsbereichen. Aktuelle und prognostizierte Entwicklungen der ärztlichen Personalressourcen oder Auswirkungen der geplanten Strukturen auf die erforderlichen Personalressourcen erwähnte der ÖSG nicht als Faktor.

Dem Gesundheitsministerium zufolge fließe auch die personelle Umsetzbarkeit in die Beratungen zu den Planungsrichtwerten ein. Aus diesem Grund seien jedoch zum Planungshorizont 2030 (ÖSG 2023) in keinem Fall niedrigere Planungsrichtwerte festgelegt worden. Strukturmaßnahmen sollten die Rahmenbedingungen für einen effizienten Personaleinsatz schaffen, um den gegebenen Bedarf decken zu können. Dies etwa durch die verstärkte Bündelung von spezialisierten Leistungen oder durch Organisationsformen, wie dislozierte Wochen- oder Tageskliniken[52].

Probleme in der Umsetzung von Planungsrichtwerten, die ausgehend vom Bedarf und unabhängig von der tatsächlichen Verfügbarkeit von Ressourcen festgelegt würden, sprach ein Mitglied der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zuständigen Unterarbeitsgruppe zur Gesundheitsplanung am Beispiel von Bettensperren aufgrund von Personalmangel an.

(3) Die Bundesregierung strebte in ihrem Regierungsprogramm 2025–2029 an, zukünftig – aufbauend auf einer österreichweiten Ärzte- und Gesundheitsberufsbedarfsstudie – auch Ausbildungsstellen im ÖSG und in den RSG abzubilden, um zielgerichtet Ausbildungsplätze nach medizinischen Sonderfächern zu strukturieren. Auch

[51] Für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche (wie die intensivmedizinische Versorgung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Transplantationschirurgie), für spezielle Versorgungsbereiche (Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten) oder für den multidimensionalen Versorgungsbedarf in bestimmten Fachbereichen (Akutgeriatrie und Remobilisation sowie Remobilisation und Nachsorge) sowie für den Bereich der Großgeräteplanung legte der ÖSG quantitative und qualitative Mindestvorgaben im Hinblick auf die ärztliche Leitung und das vorzuhaltende ärztliche Personal und teilweise dessen Anwesenheit fest. Zusätzlich ergaben sich für Krankenanstalten Anforderungen an die Mindestpersonalausstattung gewisser Einheiten aus den Abrechnungsvoraussetzungen des LKF-Systems.

[52] Dabei handelte es sich um Organisationsformen mit eingeschränktem Leistungsangebot, die an eine Abteilung desselben medizinischen Sonderfachs in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstalten-Standort angebunden waren.

die Kompetenzen zwischen Gesundheitsberufen sollten u.a. als Folge entsprechender Qualifikationen neu geordnet werden, um Freiraum für Kernaufgaben zu schaffen und die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen zu erhöhen.

7.2 Der RH hielt fest, dass die im überprüften Zeitraum gültigen ÖSG-Versionen die „gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen" als eine der Prioritäten der integrativen Versorgungsplanung sahen.

Er wertete positiv, dass die Zielsteuerungspartner Strukturmaßnahmen als Möglichkeit erkannten, um Rahmenbedingungen für einen effizienten Personaleinsatz zu schaffen. Für die zukünftige Gesundheitsversorgung ist es darüber hinaus erforderlich, den gesamtstaatlichen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen und gegebenenfalls zielgerichtet Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass das zukünftig verfügbare ärztliche Personal den prognostizierten Versorgungsbedarf decken kann. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der diskutierten Probleme bei der Umsetzung von Planungsrichtwerten, die unabhängig von der tatsächlichen Ressourcenverfügbarkeit festgelegt worden waren. Nach Ansicht des RH lag diese Verantwortung auch bei den Zielsteuerungspartnern und insbesondere beim Gesundheitsministerium.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Land Niederösterreich, gemeinsam mit den anderen Ländern und der Sozialversicherung in der Zielsteuerung-Gesundheit bei der Versorgungsplanung – insbesondere im Hinblick auf die angestrebten Strukturreformen – sowohl die verfügbaren als auch die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen, als für deren Umsetzbarkeit relevanten Faktor, bei der Festlegung der Planungsvorgaben zu berücksichtigen.

Der RH beurteilte die Pläne der Bundesregierung für eine Abbildung der Ausbildungsstellen im ÖSG und den RSG, um zielgerichtet Ausbildungsplätze nach medizinischen Sonderfächern strukturieren und sicherstellen zu können, und für eine Neuordnung der Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen positiv.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Land Niederösterreich und dem NÖGUS, gemeinsam mit den anderen Ländern und der Sozialversicherung in der Zielsteuerung-Gesundheit die Umsetzung der Pläne der Bundesregierung zur Abbildung der Ausbildungsstellen im ÖSG und den RSG voranzutreiben.

Dem Gesundheitsministerium empfahl er darüber hinaus, die von der Bundesregierung verfolgte Idee einer Neuordnung der Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen aufzugreifen und dafür erforderliche berufsrechtliche Änderungen vorzuschlagen.

7.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der erwartete Versorgungsbedarf zum jeweiligen Planungshorizont die Vorgaben zur Kapazitätsplanung bestimme. Die Verfügbarkeit ausreichender Personalressourcen sei über strukturelle (etwa Bündelung von Leistungen) sowie organisatorische Maßnahmen (etwa Vermeidung von Doppelgleisigkeiten) zu gewährleisten. Daneben sei die gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen gemäß Art. 4 Abs. 8 Z 6 der Reformvereinbarung eine Priorität der integrativen Versorgungsplanung. Die Umsetzung dieser Thematik werde das Gesundheitsministerium mit Nachdruck verfolgen.

Ergänzend verwies das Gesundheitsministerium auf die Reformpartnerschaft und die Themengruppe Gesundheitspersonal (TZ 3), die Ergebnisse zu den Themen „Potenziale autonomer Handlungsspielräume der Gesundheitsberufe", „Empfehlungen über Förderung und Nutzung autonomer Handlungsspielräume" und „Regelung des Arztvorbehalts" erarbeite.

(2) Das Land Niederösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Rahmen der Strukturplanung (insbesondere RSG NÖ 2030) besonderes Augenmerk darauf gelegt worden sei, Organisations- bzw. Abteilungsgrößen und -schwerpunkte so zu definieren, dass Fallzahlen erreicht werden könnten, um einerseits eine hohe Expertise zur Gewährleistung der Ausbildung und der hohen Versorgungsqualität sicherstellen zu können und andererseits einen effizienten Personaleinsatz zu ermöglichen. Eine adäquate Personalausstattung der Strukturen liege in erster Linie in der Zuständigkeit der NÖ Landesgesundheitsagentur bzw. der Krankenanstalten. Sollte zukünftig eine Personalressourcenplanung in den RSG aufgenommen werden, seien die Planungsgrundlagen entsprechend abzuändern bzw. zu adaptieren.

Das Land Niederösterreich und der NÖGUS merkten an, dass es sich beim ÖSG in der geltenden Fassung um einen Strukturplan handle. Es würden Rahmenvorgaben zur Personalausstattung und zu Strukturqualitätskriterien festgelegt, die in den RSG zu berücksichtigen seien. Es sei nicht vorgesehen, dass Ausbildungsstellen integraler Bestandteil der Strukturpläne bzw. der Grundlagen dafür seien. Sollte es Bestrebungen geben, die Ausbildungsstellen im ÖSG bzw. in den RSG zu verankern, würde der NÖGUS in den entsprechenden Themengruppen eingebunden.

7.4 (1) Der RH erachtete es als positiv, dass das Gesundheitsministerium strukturelle und organisatorische Maßnahmen als Ansatz identifizierte, um die Verfügbarkeit ausreichender Personalressourcen zu gewährleisten. Er verwies auf ähnliche Bestrebungen der Landes Niederösterreich im Rahmen des Gesundheitsplans 2040+. Weiters hob er positiv hervor, dass die Themengruppe Gesundheitspersonal laut Gesundheitsministerium bereits daran arbeitete, welche Rolle dabei autonome Handlungs-

spielräume der Gesundheitsberufe und die Regelung des Arztvorbehalts spielen könnten.

(2) Dem Land Niederösterreich entgegnete der RH, dass die Zuständigkeit der Rechtsträger von Krankenanstalten, für eine ausreichende Personalausstattung zu sorgen, eine vorhergehende Einschätzung der dafür erforderlichen Personalressourcen nicht ersetzen konnte. Er hielt es daher für wesentlich, die verfügbaren und für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigten Personalressourcen in der Phase der Planung zu berücksichtigen, um die Strukturpläne später auch umsetzen zu können (TZ 3).

Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

8.1 (1) Die Arbeitszeitrichtlinie der EU gab Mindeststandards u.a. für die Regelung der täglichen und wöchentlichen Mindestruhezeit und der wöchentlichen Höchstarbeitszeit vor. Diese galt grundsätzlich für alle Arbeitnehmerinnen und -nehmer, ausgenommen waren z.B. Seeleute. Gleichzeitig ermöglichte sie einige Ausnahmen und Sonderregelungen, z.B. für die Tätigkeit in Krankenanstalten hinsichtlich der täglichen und wöchentlichen Ruhezeit, sowie die Möglichkeit, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer der Überschreitung der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden vorab zustimmte (Opt-out). Die durchführenden Gesetze der Mitgliedstaaten unterschieden sich, etwa in Bezug darauf, ob sie eine Opt-out-Möglichkeit nicht oder nur für bestimmte Branchen oder generell erlaubten.

Im Februar 2014 forderte die Europäische Kommission Österreich auf, Rechtskonformität mit der Arbeitszeitrichtlinie im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz herzustellen, insbesondere hinsichtlich einzelner Regelungen zur durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit und zur Inanspruchnahme von Ruhezeiten. Die daraufhin beschlossene Novelle, die im Jänner 2015 in Kraft trat und teilweise Übergangsregelungen vorsah, veränderte die Vorgaben zur Arbeitszeit des Personals in Krankenanstalten[53] wesentlich:

- Insbesondere betrug – sofern eine Betriebsvereinbarung verlängerte Dienste (mehr als 13 Stunden) zuließ – die zulässige durchschnittliche Wochenarbeitszeit (in einem Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen) 48 Stunden statt bisher 60 Stunden.
- Ein Opt-out der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes zur Überschreitung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden war für eine Übergangszeit möglich: mit maximal 60 Stunden bis Ende 2017, maximal 55 Stunden bis Mitte 2025 und maximal 52 Stunden bis Mitte 2028.

[53] Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz galt für die Beschäftigung von Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern, die u.a. in Krankenanstalten als Angehörige von Gesundheitsberufen tätig waren oder deren Tätigkeit sonst zur Aufrechterhaltung des Betriebs ununterbrochen erforderlich war. Von der Geltung ausgenommen waren leitende Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, denen maßgebliche Führungsaufgaben selbstverantwortlich übertragen waren (§ 1 Abs. 1 und 3 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz).

- Nach einem verlängerten Dienst musste die zusätzliche Ruhezeit von mindestens elf Stunden direkt im Anschluss an die grundsätzlich zustehende Ruhezeit von elf Stunden konsumiert werden, davor innerhalb von 17 Wochen. Die Ruhezeit nach einem 13 Stunden überschreitenden Dienst betrug somit ab 2015 mindestens 22 Stunden.
- Außerdem durfte ein Dienst während einer Übergangsphase bis Ende 2017 noch 32 Stunden bzw. 49 Stunden vor einem Sonn- oder Feiertag, von 2018 bis 2020 noch 29 Stunden dauern. Seit 2021 war jeder Dienst mit 25 Stunden limitiert. Dazu zählte auch ein Arbeitseinsatz aus einer direkt an einen Dienst anschließenden Rufbereitschaft.

Um Gehaltseinbußen zu vermeiden – die für die Höhe des Gehalts wesentlichen verlängerten Dienste waren nicht mehr im selben Ausmaß möglich –, verhandelten Ärztevertretungen Gehaltserhöhungen aus, insbesondere des Grundgehalts.

(2) Die Gesundheit Österreich GmbH stellte in einer Studie im Jahr 2021 (TZ 3) dar, wie die Rechtsträger von Krankenanstalten[54] die Gesetzesänderungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz und deren Auswirkungen einschätzten. Unter anderem

- erachteten sie die Begrenzung der Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden als sinnvolles und wichtiges Ziel im Sinne der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Arbeitszufriedenheit,
- beobachteten sie, dass die Inanspruchnahme des Opt-out tendenziell höher war in peripheren Regionen, in den von Ärztemangel betroffenen medizinischen Sonderfächern sowie bei älterem Personal,
- berichteten sie von organisatorischen Maßnahmen zur Optimierung von Strukturen und Prozessen, um den Mehrbedarf an ärztlichem Personal, den die Gesetzesänderungen bedingten, einzudämmen, und gaben die erforderliche Aufstockung von ärztlichen Dienstposten großteils im Bereich von 5 % bis 10 % an und
- berichteten sie, dass die teils deutlichen Erhöhungen der Grundgehälter auch deshalb erforderlich waren, um die zusätzlich benötigten Ärztinnen und Ärzte rekrutieren zu können.

(3) Die NÖ Landesgesundheitsagentur hielt auf Nachfrage des RH zu den Auswirkungen der Änderungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz Folgendes fest:

- Die Arbeit habe sich in der Kernarbeitszeit verdichtet, weil viele Tätigkeiten vermehrt nun in dieser Zeit zu erledigen seien.
- Die Dienstplangestaltung sowie die Aufrechterhaltung des Regelbetriebs nach einem aus der Rufbereitschaft begonnenen Arbeitseinsatz seien herausfordernder als vor 2015.

[54] Grundlage waren Interviews mit Personalverantwortlichen der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten aller Länder mit Ausnahme Tirols.

- Die Ärzteausbildung müsse seit 2015 in einem deutlich verminderten Zeitrahmen pro Ärztin bzw. Arzt untergebracht werden. Dies mache es schwieriger, die Ausbildungsinhalte in Quantität und Qualität zu vermitteln und könne mit einem langsameren Kompetenzerwerb und späteren selbstständigen Arbeiten einhergehen. Die Anstellung von zusätzlichem fachärztlichem Personal infolge der Änderungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes habe auch das Ziel verfolgt, die Ausbildungsqualität zu sichern und den für die Erhaltung von Ausbildungsstellen erforderlichen Ausbildungsschlüssel zu erfüllen. Die durchschnittliche fachärztliche Ausbildungsdauer habe sich in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur zwischen 2019 und 2024 dennoch nicht signifikant verändert.
- Wie viel zusätzliches ärztliches Personal sie infolge der Änderungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes eingestellt habe, sei nicht quantifizierbar, weil zusätzlicher ärztlicher Personalbedarf immer von mehreren Faktoren beeinflusst sei (z.B. von Dokumentationserfordernissen und Qualitätssteigerungen).

8.2 Der RH hielt fest, dass der Bund die Vorgaben insbesondere zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit, zur Inanspruchnahme der Ruhezeit sowie zur Dienstdauer im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz mit Jänner 2015 bzw. sukzessive in Form von Übergangsregelungen in wesentlichen Punkten änderte. Der Bund kam der Aufforderung der Europäischen Kommission nach, die Rechtskonformität des Gesetzes mit der Arbeitszeitrichtlinie der EU herzustellen. In diesem Zuge ermöglichte er die Überschreitung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden durch individuelle Zustimmung der Ärztin bzw. des Arztes (Opt-out) befristet bis Mitte 2028.

Der RH merkte an, dass die Änderungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz seit 2015 u.a. einen – laut NÖ Landesgesundheitsagentur nicht quantifizierbaren – Mehrbedarf an ärztlichem Personal sowie Kostensteigerungen durch Gehaltserhöhungen bedingten. Die Rechtsträger von Krankenanstalten berichteten laut einer Studie aus 2021 von organisatorischen Maßnahmen zur Optimierung von Strukturen und Prozessen zur Eindämmung des Mehrbedarfs. Nach Ansicht des RH sollten es Strukturen von und Prozesse in Organisationseinheiten erlauben, dass das ärztliche Personal innerhalb der zulässigen Arbeitszeit die medizinische Versorgung sowie die Ärzteausbildung qualitätsvoll gewährleisten kann. Der RH verwies auf das Bestreben der Zielsteuerungspartner, durch Strukturmaßnahmen die Rahmenbedingungen für einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz zu schaffen. Für den Bereich der Krankenanstalten bedeutete dies, insbesondere komplexe Leistungen an geeigneten Standorten zu bündeln und kleinteilige Organisationsformen zu überwinden (TZ 5).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Land Niederösterreich und dem NÖGUS, die in der Zielsteuerung-Gesundheit angestrebten Strukturreformen im Rahmen der Versorgungsplanung rasch voranzutreiben. Dabei wäre darauf zu achten, dass Größe und Struktur der geplanten Organisationseinheiten es dem ärzt-

lichen Personal erlauben, innerhalb der zulässigen Arbeitszeit die medizinische Versorgung sowie die Ärzteausbildung qualitätsvoll zu gewährleisten.

8.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm die Empfehlung in seiner Stellungnahme zur Kenntnis. Auch bei den Strukturreformen sei das gesamte Gesundheitspersonal zu betrachten, insbesondere um die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und so Synergieeffekte nutzen zu können.

(2) Das Land Niederösterreich und der NÖGUS führten in ihrer Stellungnahme aus, dass im Rahmen der Strukturplanung (insbesondere RSG NÖ 2030) besonderes Augenmerk darauf gelegt worden sei, Organisations- bzw. Abteilungsgrößen und -schwerpunkte so zu definieren, dass Fallzahlen erreicht werden könnten, um einerseits eine hohe Expertise zur Gewährleistung der Ausbildung und der hohen Versorgungsqualität sicherstellen zu können und andererseits einen effizienten Personaleinsatz zu ermöglichen. Eine adäquate Personalausstattung der Strukturen liege in erster Linie in der Zuständigkeit der NÖ Landesgesundheitsagentur bzw. der Krankenanstalten. Sollte zukünftig eine Personalressourcenplanung in den RSG mitaufgenommen werden, seien die Planungsgrundlagen entsprechend abzuändern bzw. zu adaptieren.

Ärzteausbildung

9.1 (1) Die Zielsteuerungspartner nahmen sich für die Periode 2024 bis 2028 vor, den Aufbau und Inhalt der Ärzteausbildung sowie die Anzahl der Ausbildungsstellen und – damit im Zusammenhang – den Ausbildungsschlüssel[55] auf Änderungsbedarf hin zu prüfen.[56]

Das Gesundheitsministerium erarbeitete seit Herbst 2024 Grundlagen (z.B. Vergleich mit den Vorgaben anderer Staaten) und Kriterien (z.B. Art des Sonderfachs; parallele Verfügbarkeit von Lehr- und Lernmöglichkeiten, um mehrere Personen gleichzeitig auszubilden) für mögliche Änderungen des Ausbildungsschlüssels differenziert nach medizinischen Sonderfächern. Es band die Kommission für die ärztliche Ausbildung, das Beratungsgremium der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers bei Planung, Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der ärztlichen

[55] Der Ausbildungsschlüssel war das für die Ärzteausbildung gesetzlich vorgegebene Verhältnis von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt (VZÄ) pro Ausbildungsstelle (VZÄ). Das Gesundheitsministerium hatte durch Verordnung den Ausbildungsschlüssel in vier medizinischen Sonderfächern (Gerichtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Strahlentherapie-Radioonkologie) befristet gelockert (Mangelfachregelung), sodass eine Fachärztin bzw. ein Facharzt pro zwei Ausbildungsstellen ausreichte; siehe auch die RH-Berichte „Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung“ (Reihe Bund 2025/28, TZ 7) sowie „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 38, 43, 44).

[56] Art. 8 Reformvereinbarung 2023; Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 (Operatives Ziel 5 „Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten“); Maßnahmenpaket zur nachhaltigen Sicherstellung und zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe

Ausbildung,[57] in seine Arbeiten ein. Auch die NÖ Landesgesundheitsagentur sprach sich dem RH gegenüber für eine Prüfung des Ausbildungsschlüssels aus, insbesondere unter Berücksichtigung der Ausbildungskonzepte anderer Staaten sowie der Möglichkeiten moderner Ausbildungs- und Lernkonzepte mit Fokus auf Kompetenzen und Fähigkeiten und der Möglichkeiten für den Einsatz digitaler Technologien.

(2) Die Ausbildungsreform 2014/15 hatte die Ärzteausbildung umfassend neu gestaltet. Sie hatte eine neunmonatige Basisausbildung eingeführt, an die die Ausbildung in Allgemeinmedizin bzw. in einem medizinischen Sonderfach anschließen sollte,[58] die Pflichtnebenfächer (Gegenfächer) und Additivfächer abgeschafft und die Inhalte von Additivfächern teilweise in bestehende oder neue medizinische Sonderfächer integriert. Die Mindestausbildungsdauer war für die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt mit 72 Monaten gleich geblieben und für die Allgemeinmedizin von 36 auf 42 Monate erhöht worden. Die Basisausbildung war seit ihrer Einführung im Jahr 2015 umstritten, u.a. weil es eine solche in Deutschland und der Schweiz nicht gab und sie daher nachteilig für Österreich im Wettbewerb um Ärztinnen und Ärzte sein könnte.[59] Insgesamt hatte die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 die Anzahl der medizinischen Sonderfächer von 45 auf 50 erhöht, u.a. um die internationale Kompatibilität der Ausbildung zu steigern. Sie verstärkte damit die Spezialisierung in der fachärztlichen Ausbildung, insbesondere in der Inneren Medizin mit neun zusätzlichen medizinischen Sonderfächern (neben „Innere Medizin“ und „Innere Medizin und Pneumologie“). Im Jahr 2012 hatte die Gesundheit Österreich GmbH in ihrem Ergebnisbericht zu Ärztebedarf und Ärzteangebot für die Jahre 2010 bis 2030 (TZ 3) betont, dass die verstärkte Spezialisierung der Ärzteausbildung das Tätigkeitsfeld einengen und daraus ein fachärztlicher Mangel resultieren könne.

Die Zielsteuerungspartner vereinbarten, die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 bis Ende 2025 zu evaluieren. Die Gesundheit Österreich GmbH evaluierte im Jahr 2024 Teile der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 unter Leitung des Gesundheitsministeriums. Im Fokus standen die Basisausbildung, die zwei allgemeinchirurgischen und die elf internistischen Sonderfächer. Laut der NÖ Landesgesundheitsagentur bedingte die höhere Spezialisierung in der fachärztlichen

[57] Sie umfasste Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsministeriums, der Länder, der Österreichischen Ärztekammer, der Medizinischen Universitäten und weiterer Träger ärztlicher Ausbildungsstätten sowie der Sozialversicherungsträger.

[58] Der RH hatte in seinem Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2015/9, TZ 3) aufgezeigt, dass vor der Ausbildungsreform 2014/15 rd. 50 % der Ärztinnen und Ärzte vor der Facharztausbildung auch die mindestens dreijährige Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvierten. In seinem Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 23) hatte er festgehalten, dass die Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung seit 2015 tendenziell sanken, jedoch 2019 bei 67 % der Studienabsolventinnen und -absolventen zwischen einem Monat und sechs Monaten betrugen.

[59] Der RH hatte in seinem Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 24) weiters festgehalten, dass die von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Evaluierungen deutliches Verbesserungspotenzial für die Basisausbildung zeigten, etwa im Hinblick auf einen strukturierten Ablauf bzw. den Umfang der Lerninhalte.

Ausbildung und Tätigkeit einen Mehrbedarf an Ärztinnen und Ärzten und Herausforderungen für die konkrete Gestaltung der Ausbildung, um das erforderliche Leistungsspektrum abdecken zu können.

(3) Die konkreten Ausbildungsinhalte legte die Österreichische Ärztekammer pro Sonderfach, unterteilt in Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (teilweise mit Richtzahl), mit einer Verordnung im übertragenen Wirkungsbereich fest.[60] Gemäß Ärztegesetz 1998 hatte sie dabei den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und die internationale Entwicklung zu beachten und die Verordnung regelmäßig anzupassen.[61] In der Kommission für die ärztliche Ausbildung, zu deren Aufgaben auch die Erarbeitung von Vorschlägen zur kontinuierlichen qualitäts- und bedarfsorientierten Gestaltung der ärztlichen Ausbildung gehörte, war ein Anpassungsbedarf der von der Österreichischen Ärztekammer festgelegten Ausbildungsinhalte in den Jahren 2023 bis 2025 mehrfach Thema: Diese entsprächen nicht mehr durchgehend dem aktuellen medizinischen Stand und den tatsächlich angewendeten Behandlungsmethoden und Untersuchungsverfahren, was die Ausbildung, aber auch die Bewilligung von Ausbildungsstellen erschweren könnte. Die Österreichische Ärztekammer habe die wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Jahr 2023 ersucht, notwendige Änderungen der Ausbildungsinhalte zu identifizieren; mit Stand April 2025 befasste sich die bei ihr eingerichtete Ausbildungskommission mit den Ausbildungsinhalten, insbesondere den Richtzahlen.

9.2 (1) Der RH wies auf den hohen Stellenwert der Ärzteausbildung in Krankenanstalten für die ärztliche Versorgung hin und hob hervor, dass sich die Zielsteuerungspartner für die Periode 2024 bis 2028 vornahmen, den Aufbau und Inhalt der Ärzteausbildung sowie die Anzahl der Ausbildungsstellen und – damit im Zusammenhang – den Ausbildungsschlüssel auf Änderungsbedarf hin zu prüfen.

Nach Ansicht des RH hatte die Ausgestaltung der Ärzteausbildung, insbesondere auch aufgrund ihrer Dauer, neben dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung auch die zur Deckung des künftigen Versorgungsbedarfs erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu berücksichtigen. Der RH erinnerte in diesem Zusammenhang auch an die Bedenken der Gesundheit Österreich GmbH, dass die verstärkte Spezialisierung das Tätigkeitsfeld faktisch einengen könne. Indikatoren für die Erfordernisse der künftigen Versorgung konnten aus Sicht des RH neben der Strukturplanung auch Ärztebedarfsprognosen (TZ 3) sein. Aufgrund der finanziellen Ausgangslage hielt er eine stärkere Abstimmung der Planung und Steuerung der Versorgungsstrukturen, der Personalressourcen und der

[60] Die Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (**KEF und RZ-V 2015**) stammte aus 2015. Im Jahr 2019 änderte deren dritte Novelle die Ausbildungsinhalte von mehr als 30 medizinischen Sonderfächern punktuell.

[61] § 24 Abs. 2 Ärztegesetz 1998

Ausbildung für unabdingbar, um die ärztliche Versorgung in Krankenanstalten künftig effizienter auszugestalten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Arbeiten zur Differenzierung des Ausbildungsschlüssels nach medizinischen Sonderfächern und zum Anpassungsbedarf bei der Ärzteausbildung konsequent fortzusetzen, um eine dem künftigen Versorgungsbedarf entsprechende qualitätsvolle Ausbildung zu ermöglichen.

(2) Anpassungen der Vorgaben für die Ärzteausbildung an medizinische, technische (Einsatz digitaler Technologien) und strukturelle Entwicklungen könnten durch klare und straffe Entscheidungsprozesse sowie durch Abstimmung der an der Ärzteausbildung beteiligten Akteure, u.a. des Gesundheitsministeriums, der Österreichischen Ärztekammer, der Länder und der Rechtsträger von Krankenanstalten, erleichtert werden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Anpassungen der Inhalte der Ärzteausbildung an die Entwicklungen in der Medizin und an sonstige relevante Rahmenbedingungen durch klare und straffe Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse zu beschleunigen.

9.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es den Obersten Sanitätsrat mit einer umfassenden fachlichen Weiterentwicklung des Ausbildungsschlüssels unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Sonderfächer beauftragt habe. Der Fachausschuss Mangelfächerregelung des Obersten Sanitätsrats beschäftige sich bis Ende 2026 mit dem Ausbildungsschlüssel, berücksichtige dabei die unterschiedlichen Voraussetzungen der Sonderfächer und befrage hierzu die medizinischen Fachgesellschaften. Dies, um eine Gesamtlösung für die Problematik zu erarbeiten, die als Grundlage für legistische Maßnahmen dienen solle. Ein Ergebnis solle bis Ende 2026 vorliegen und in der Folge zu legistischen Anpassungen führen.

Die Kommission für die ärztliche Ausbildung und ihre Unterarbeitsgruppen (derzeit Unterarbeitsgruppe Basisausbildung) ermögliche eine Abstimmung des Gesundheitsministeriums mit den Ländern, der Sozialversicherung, der Österreichischen Ärztekammer, den Rechtsträgern von Krankenanstalten und den Medizinischen Universitäten zur Weiterentwicklung der Inhalte der ärztlichen Ausbildung. Durch diesen regelmäßigen Austausch könnten effizient Entscheidungen zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung getroffen werden. Kurzfristiger Änderungsbedarf im Hinblick auf medizinische Entwicklungen ergebe sich vor allem in der KEF und RZ-V 2015, welche die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich erlasse. Diese werde laufend überarbeitet, zur Zeit der Stellungnahme etwa hinsichtlich der Entwicklung der Fallzahlen durch die Ambulantisierung. Das Gesund-

heitsministerium sagte zu, den Prozess zur Novellierung der Verordnung unter Einbeziehung der Österreichischen Ärztekammer zu evaluieren.

9.4 Der RH hielt gegenüber dem Gesundheitsministerium fest, dass er den regelmäßigen Austausch im Rahmen der Kommission für die ärztliche Ausbildung anerkannte. Er zielte mit seiner Empfehlung aber vor allem auf eine Beschleunigung der Umsetzung ab, weil die Kommission für die ärztliche Ausbildung bereits seit 2023 regelmäßig festhielt, dass die Inhalte der Ärzteausbildung anzupassen seien. Der RH erachtete die Ankündigung des Gesundheitsministeriums als positiv, den Prozess zur Novellierung der Verordnung evaluieren zu wollen.

10.1 (1) Gesetzliche Vorgaben dazu, wie der österreichweite Fachärztebedarf pro Sonderfach geschätzt und die jeweiligen Ausbildungskapazitäten bedarfsabhängig gesteuert werden (TZ 16), gab es nicht. Durch die gesetzliche Ermächtigung, den Ausbildungsschlüssel in sogenannten Mangelfächern befristet zu lockern (TZ 9), konnte das Gesundheitsministerium die Ausbildungskapazitäten zumindest teilweise beeinflussen. Dies konnte je nach personeller Situation eine höhere Anzahl an Ausbildungsstellen pro Ausbildungsstätte ermöglichen.

Die im behördlichen Verfahren festgesetzte Anzahl der Ausbildungsstellen stellte einen Maximalrahmen dar. Ob die Krankenanstalten die Ausbildungsstellen tatsächlich mit Ärztinnen bzw. Ärzten in Ausbildung besetzten, hing von ihnen bzw. ihren Rechtsträgern ab.[62] Dem Gesundheitsministerium lagen grundsätzlich keine Informationen vor, ob Ausbildungsstellen mangels Dienstposten bzw. Planstellen[63] oder mangels Besetzbarkeit von Planstellen unbesetzt blieben. Dies zeigten seine Datenerhebungen bei den Rechtsträgern von Krankenanstalten zu einzelnen medizinischen Sonderfächern in den Jahren 2023 und 2025 im Zusammenhang mit der Ermächtigung der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers zur Lockerung des Ausbildungsschlüssels.

Eine verbesserte Datenlage zu den Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung erwartete sich das Gesundheitsministerium nach Fertigstellung des Monitorings und der Ärztebedarfsprognosen (TZ 3). Der RH hatte bereits in seinem Bericht „Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung“[64] empfohlen, dass das geplante Monitoring auch die besetzbaren und besetzten ärztlichen Planstellen umfassen sollte. Weiters hatte er dem Gesundheitsministerium in seinem Bericht „Ärzteausbildung“[65] zu den psychiatrischen Sonderfächern und zur Kinder- und

62 siehe RH-Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 38)

63 Dienstposten waren die Stellen laut Dienstpostenplan. Planstellen waren die Einheit für die budgetäre Bedeckung der Stellen im Dienstpostenplan.

64 Reihe Bund 2025/28, TZ 7

65 Reihe Bund 2021/42, TZ 45 und TZ 47

Jugendheilkunde empfohlen, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Rechtsträgern von Krankenanstalten und der Österreichischen Ärztekammer den Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme zu evaluieren und erforderlichenfalls weitere Maßnahmen für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten.

(2) Die Daten zur Besetzung von Ausbildungsstellen meldeten die Krankenanstalten und andere Ausbildungseinrichtungen an die Ausbildungsstellenverwaltung, ein von der Österreichischen Ärztekammer geführtes Webtool. Elektronische Schnittstellen waren gemäß Ärztegesetz 1998 für die Aufgabenerfüllung der Landeshauptleute, der Landesregierungen, der Landesgesundheitsfonds und des Gesundheitsministeriums eingerichtet. Für die Rechtsträger von Krankenanstalten sah das Gesetz keine Schnittstellen vor, wodurch deren Personalverwaltungssysteme nicht mit der Ausbildungsstellenverwaltung verbunden waren.

10.2 Angesichts der verstärkten Spezialisierung der Ärzteausbildung (TZ 9) und der finanziellen Ausgangslage (TZ 2) hielt es der RH für zweckmäßig, überregional zu steuern, in welchen medizinischen Sonderfächern wie viele Fachärztinnen und Fachärzte und daraus abgeleitet, wie viele besetzte Ausbildungsstellen erforderlich waren. Er merkte dazu an, dass das Gesundheitsministerium die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung aber nur in Mangelfächern durch die Lockerung des Ausbildungsschlüssels und auch dort nur in gewissem Ausmaß steuern konnte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, angesichts der stärkeren medizinischen Spezialisierung sowie der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen Instrumente zur überregionalen Steuerung der erforderlichen fachärztlichen Ausbildungsstellen zu erwägen. Solche Instrumente könnten neue rechtliche Vorgaben sein, etwa eine Ausbildungsverpflichtung analog zu der in der Allgemeinmedizin (TZ 16), oder eine engere Abstimmung insbesondere mit den Rechtsträgern von Krankenanstalten, den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer.

Nach Ansicht des RH waren für weitreichendere Steuerungsmaßnahmen ein Monitoring der Ärztezahlen und Ausbildungskapazitäten, Bedarfsprognosen und das Abstimmen der Daten durch die in die Ärzteausbildung involvierten Akteure, insbesondere Gesundheitsministerium, Österreichische Ärztekammer, Länder und Rechtsträger von Krankenanstalten, notwendig. Vor diesem Hintergrund kritisierte der RH, dass dem Gesundheitsministerium keine Informationen vorlagen, ob Ausbildungsstellen mangels Dienstposten bzw. Planstellen oder mangels Besetzbarkeit von Planstellen unbesetzt blieben.

Angesichts der Relevanz der Daten zu den (un-)besetzten Ausbildungsstellen für Planung, Monitoring und Steuerung der Ausbildungskapazitäten empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, dem Land Niederösterreich und der NÖ Landesge-

sundheitsagentur, im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten eine enge Abstimmung und einen Austausch der zur Ärzteausbildung vorhandenen Daten zwischen dem Gesundheitsministerium, der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und den Rechtsträgern von Krankenanstalten zu erreichen.

10.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es sich laufend mit den Ländern, den Rechtsträgern von Krankenanstalten und der Österreichischen Ärztekammer austausche, sowohl im Rahmen der Kommission für die ärztliche Ausbildung als auch unabhängig davon. Die Thematik der Ausbildungsstellen werde dabei regelmäßig behandelt. Das Gesundheitsministerium sagte zu, die Empfehlungen zum Anlass zu nehmen, mit den genannten Beteiligten Verhandlungen zu beginnen.

(2) Das Land Niederösterreich merkte in seiner Stellungnahme an, dass die Empfehlung, insbesondere eine zeitgemäße und bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung im Rahmen der Rechtsträgerschaft und als Dienstbehörde zu gewährleisten, eine Aufgabe der NÖ Landesgesundheitsagentur adressiere und dafür die NÖ Landesgesundheitsagentur zuständig sei.

(3) Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur stünden dem Land Niederösterreich und ihr selbst einzelne Informationen zur ärztlichen Ausbildung nur eingeschränkt und überwiegend nicht strukturiert zur Verfügung. Das Ausbildungsstättenverzeichnis der Österreichischen Ärztekammer biete ausschließlich für berechtigte Personen eine Ansicht zu intramuralen Ausbildungsstellen, ein systematischer Datenabzug sei nicht möglich. Informationen zu (un-)besetzten Stellen in der Lehrpraxis seien über die Website der Ärztekammer abrufbar. Weitere Daten, wie ausgestellte Diplome oder prognostizierte Pensionierungen, seien nicht öffentlich zugänglich und müssten bei Bedarf direkt bei der Ärztekammer für Niederösterreich angefragt werden. Agenturintern würden die angefragten und erhaltenen Daten strukturiert aufbereitet und den Kliniken quartalsweise zur Verfügung gestellt. Länderübergreifend finde der Austausch zu Themen der Ärzteausbildung ausschließlich anlassbezogen statt, insbesondere im Rahmen von Anfragen im Wege der Informationsdrehscheibe Personal[66] sowie mit dem Gesundheitsministerium über die Kommission für die ärztliche Ausbildung. Abgesehen vom Ausbildungsstättenverzeichnis – das ausschließlich die Krankenanstalten der einzelnen Rechtsträger betreffe – bestehe weder landesintern noch länderübergreifend ein strukturierter, laufender Datenaustausch; der überwiegende Informationsgewinn erfolge über direkte Einzelanfragen.

[66] Anmerkung RH: Kooperation der Rechtsträger von Krankenanstalten für den Informationsaustausch zum Thema Personal

10.4 (1) Der RH entgegnete dem Land Niederösterreich, dass er für die empfohlene Abstimmung und den empfohlenen Datenaustausch zur Ärzteausbildung auch eine Verantwortung des Landes Niederösterreich sah. Die Bediensteten der NÖ Landesgesundheitsagentur waren Landesbedienstete, über die die Niederösterreichische Landesregierung die Diensthoheit innehatte (TZ 4). Darüber hinaus sollte es aufgrund der landesbehördlichen Anerkennung und Festsetzung von Ausbildungsstätten bzw. -stellen auch im Interesse des Landes Niederösterreich sein, sich – wie vom RH empfohlen – mit anderen für die Ärzteausbildung zuständigen Stellen abzustimmen und Daten auszutauschen.

(2) Die Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur bestätigte, dass ein strukturierter, laufender Datenaustausch fehlte. Der RH bekräftigte daher gegenüber der NÖ Landesgesundheitsagentur seine Empfehlung, im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten eine enge Abstimmung und einen Austausch der zur Ärzteausbildung vorhandenen Daten zwischen dem Gesundheitsministerium, der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und den Rechtsträgern von Krankenanstalten zu erreichen.

Ärztliche Versorgung in niederösterreichischen Krankenanstalten

Personal-, Leistungs- und Kostenentwicklung

11.1 (1) Das ärztliche Personal in den niederösterreichischen Krankenanstalten entwickelte sich ähnlich dem österreichweiten Trend (TZ 2) und stieg laut DIAG zwischen 2014 und 2024 in VZÄ um 12 % an, wobei der Anstieg von 2019 bis 2024 mit 3 % geringer ausfiel als in den Jahren 2014 bis 2019 (8 %). Ohne Berücksichtigung der Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung blieb das ärztliche Personal in VZÄ in Niederösterreich seit 2019 nahezu unverändert.

19 % des gesamten Krankenanstaltenpersonals der NÖ Landesgesundheitsagentur war ärztliches Personal. Davon waren mehr als die Hälfte Fachärztinnen und Fachärzte und rund ein Viertel befand sich in Ausbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin. Das Pflegepersonal[67] bildete mit 9.057 VZÄ im Jahr 2024 die größte Personalgruppe und stieg von 2019 bis 2024 ebenfalls um 3 % an.

Tabelle 3: Personal in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur von 2019 bis 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Veränderung 2019 bis 2024
	in VZÄ (im Jahresdurchschnitt)						in %
ärztliches Personal	3.437	3.449	3.462	3.450	3.513	3.548	3
Pflegepersonal	8.795	8.809	8.846	8.867	9.031	9.057	3
sonstiges medizinisches Personal	1.895	1.913	1.946	1.970	1.984	2.039	8
nicht-medizinisches Personal	3.689	3.676	3.798	3.799	3.843	3.905	6
Summe Krankenanstaltenpersonal	**17.816**	**17.846**	**18.052**	**18.086**	**18.370**	**18.549**	**4**

Rundungsdifferenzen möglich Quelle: NÖ Landesgesundheitsagentur

Das ärztliche Personal war auf die 24 ausgewiesenen Krankenanstalten-Standorte[68] der NÖ Landesgesundheitsagentur unterschiedlich verteilt. An zwölf Standorten waren weniger als 100, an acht Standorten zwischen 100 und 200 und an vier Standorten über 200 Ärztinnen und Ärzte (in VZÄ) beschäftigt. Damit arbeitete im Jahr 2024 fast die Hälfte (46 %) des ärztlichen Personals der niederösterreichischen Krankenanstalten an den Standorten St. Pölten, Wiener Neustadt, Mistelbach-

[67] inklusive Hebammen und sonstiger medizinisch-pflegerischer Berufe wie Operationsassistenz

[68] Die NÖ Landesgesundheitsagentur wies Daten für 24 Krankenanstalten-Standorte aus. Mistelbach-Gänsern-dorf, Horn-Allentsteig und Hinterbrühl waren nicht je Standort ausgewiesen.

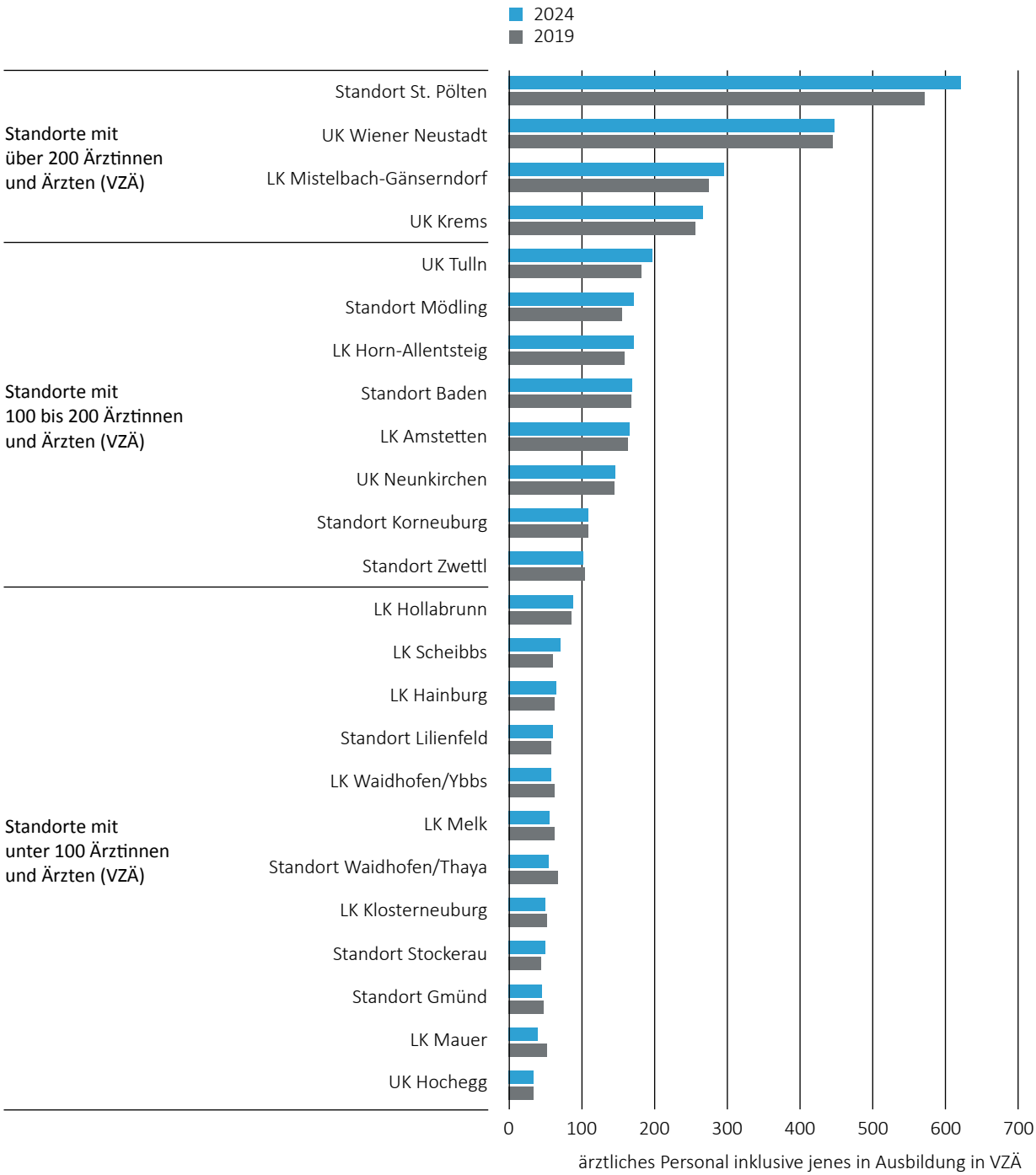
Gänserndorf und Krems. An diesen Standorten stieg das ärztliche Personal zwischen 2019 und 2024 an, insbesondere in Krankenanstalten mit weniger als 100 Ärztinnen und Ärzten (in VZÄ) ging das ärztliche Personal zurück. Die größten Personalrückgänge[69] – am Standort Mauer (ein ausschließlich psychiatrischer Fachschwerpunkt) um 15 VZÄ bzw. 30 % des ärztlichen Personals und am Standort Waidhofen an der Thaya um 10 VZÄ bzw. 16 % des ärztlichen Personals – erklärte die NÖ Landesgesundheitsagentur mit Strukturmaßnahmen.[70] Der NÖGUS hatte sich nach einem Resolutionsantrag im Niederösterreichischen Landtag betreffend bestmögliche Versorgung und Standortgarantie für die niederösterreichischen Krankenanstalten vom 14. Juni 2018 dazu bekannt, im Rahmen der Arbeiten zum RSG NÖ 2025 alle Standorte zu erhalten.

[69] Die Berechnung erfolgte ohne Ärztinnen und Ärzte in Basisausbildung und jene in Ausbildung zur Allgemeinmedizin, da sich bei Berücksichtigung laut NÖ Landesgesundheitsagentur aufgrund von Rotation zu viele Schwankungen ergeben würden.

[70] Für den Standort Mauer waren dies die Verlegung der Neurologie nach Amstetten und Melk sowie eine seit 2023 nicht mehr geführte psychiatrische Einheit. Im Fall des Standorts Waidhofen an der Thaya waren dies die Umstellung auf eine Tagesklinik in der Chirurgie und die „Herauslösung der Altersmedizin“ im Bereich Innere Medizin.

Die folgende Abbildung zeigt, inwieweit sich das ärztliche Personal an den Krankenanstalten-Standorten der NÖ Landesgesundheitsagentur von 2019 auf 2024 erhöhte oder verringerte:

Abbildung 8: Entwicklung des ärztlichen Personals an den Krankenanstalten-Standorten der NÖ Landesgesundheitsagentur von 2019 auf 2024



LK = Landesklinikum
UK = Universitätsklinikum
VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: NÖ Landesgesundheitsagentur; Darstellung: RH

(2) Auch in Niederösterreich war nach der Gesundheitsreform 2013 eine dem österreichweiten Trend entsprechende Leistungsentwicklung erkennbar. Zwischen 2014 und 2024 ging laut DIAG die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte und der Belagstage um 13 % bzw. um 14 % zurück, die Anzahl der stationären Betten ging um 10 % zurück. Damit entfielen im Jahr 2024 auf ein ärztliches VZÄ um 22 % weniger stationäre Krankenhausaufenthalte als 2014. Die Frequenzen spitalsambulant behandelter Patientinnen und Patienten lagen, nach einem pandemiebedingten Einbruch, im Jahr 2024 um 8 % über dem Wert aus dem Jahr 2019. Im Zeitraum 2014 bis 2024 waren sie insgesamt um 18 % gestiegen, womit auf ein ärztliches VZÄ im Jahr 2024 um 6 % mehr Frequenzen entfielen als 2014.

Auch in Niederösterreich stiegen zwischen 2014 und 2024 die Gesamtkosten für die Krankenanstalten – in Niederösterreich auf 2,890 Mrd. EUR; der Anstieg fiel im Vergleich zum österreichweiten Durchschnitt (71 %) mit 60 % niedriger aus. Die Personalkosten nahmen im selben Zeitraum um 62 % zu; ihr Anteil an den Gesamtkosten war mit über 60 % (2024: 63 %) etwas höher als im österreichweiten Durchschnitt (58 % im Jahr 2024).

Die Personalkosten für Ärztinnen und Ärzte in Niederösterreich stiegen laut DIAG zwischen 2014 und 2024 um 71 % auf 582,91 Mio. EUR und je VZÄ um 53 % auf 163.607 EUR. Die größten Zuwächse bei den ärztlichen Personalkosten gab es seit dem Jahr 2022. Als Gründe dafür nannte die NÖ Landesgesundheitsagentur u.a. hohe Gehaltsvalorisierungen im Jahr 2023. Diese Entwicklung setzte sich auch im Jahr 2024 fort (TZ 12).

11.2 Der RH hielt fest, dass das ärztliche Personal in VZÄ in den niederösterreichischen Krankenanstalten von 2014 bis 2024 um 12 % anstieg; in den letzten fünf Jahren (2019 bis 2024) fiel der Anstieg mit nur mehr 3 % geringer aus als in den Jahren 2014 bis 2019.

Aufgrund eines Rückgangs der stationären Aufenthalte von 2014 bis 2024 um 13 % entfielen in niederösterreichischen Krankenanstalten auf ein ärztliches VZÄ im Jahr 2024 um 22 % weniger stationäre Krankenhausaufenthalte als noch 2014. Die spitalsambulanten Frequenzen stiegen im gleichen Zeitraum um 18 %, weshalb auf ein ärztliches VZÄ im Jahr 2024 um 6 % mehr Frequenzen kamen als 2014. Diese Leistungsverschiebung in den spitalsambulanten Bereich führte zwar zu einer Reduktion der stationären Betten um 10 %, konnte aber die Steigerung der Gesamtkosten für die Krankenanstalten nicht ausreichend eindämmen. Allerdings stiegen die Gesamtkosten für die Krankenanstalten in Niederösterreich mit 60 % weniger stark an als im österreichweiten Durchschnitt (71 %). Die Personalkosten waren hierbei mit über 60 % ein wesentlicher Einflussfaktor und seit 2022 laut NÖ Landesgesundheitsagentur auch aufgrund von hohen Gehaltsvalorisierungen besonders stark gestiegen.

Der RH hielt fest, dass das ärztliche Personal insbesondere an den größten Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur, an denen über 200 Ärztinnen und Ärzte (in VZÄ) arbeiteten, anstieg; kleinere Krankenanstalten verzeichneten hingegen Personalrückgänge. Nach Ansicht des RH war diese Entwicklung im Zusammenhang mit der zunehmenden Spezialisierung (TZ 9) und der Zielsetzung der Versorgungsplanung zu sehen, komplexe medizinische Leistungen an geeigneten Standorten zu bündeln und kleinteilige Organisationsformen zu überwinden, um einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz zu ermöglichen (TZ 5). Er hielt aber kritisch fest, dass politische Garantien für Krankenanstalten-Standorte die Versorgungsplanung der NÖ Landesgesundheitsagentur und damit die Anpassung der Versorgungsstrukturen erschwerten.

Der RH verwies dazu auf seine Ausführungen und Empfehlungen zum Gesundheitspakt 2040+ und Gesundheitsplan 2040+ (TZ 13) sowie zur regionalen Versorgungsplanung für Niederösterreich (TZ 14).

Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen

12.1 (1) Die NÖ Landesgesundheitsagentur hatte sich bei der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags nach einer mit dem Land Niederösterreich zu schließenden Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung (§ 39 NÖ Landesgesundheitsagenturgesetz) zu richten. Die erste[71] Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung für die Jahre 2021 bis 2023 (in der Folge: **Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023**), abgeschlossen im Dezember 2020, beinhaltete allgemeine strategische und operative Leistungsziele – z.B. die moderne Organisation der Gesundheitseinrichtungen oder den Einsatz vermehrter tagesklinischer und ambulanter Behandlungskonzepte – sowie konkrete Finanzziele. Im Rahmen der Finanzziele verpflichtete sich das Land Niederösterreich, folgende bereinigte Betriebsergebnisse[72] abzudecken: 2021 bis zu 132,20 Mio. EUR, 2022 bis zu 142,16 Mio. EUR und 2023 bis zu 152,11 Mio. EUR. Die NÖ Landesgesundheitsagentur sollte sicherstellen, dass diese Zielwerte, über die drei Jahre betrachtet, eingehalten werden.

Die Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 sah zur Kontrolle der Einhaltung dieser Ziele verschiedene Berichtspflichten der NÖ Landesgesundheitsagentur vor. Dazu gehörten etwa quartalsweise Berichte über die Zielerreichung der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung. Bei vorliegender oder drohender Verfehlung der Ziele hatte die NÖ Landesgesundheitsagentur ergänzende Kommentare sowie schriftliche Maßnahmenpläne und Berichte vorzulegen.

[71] zur zweiten Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung für die Jahre 2024 bis 2026 siehe die folgende TZ

[72] ohne Nutzungsentgelte für Immobilien, ohne Verrechnungsentgelte für Services des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung

Die folgende Tabelle zeigt das maximal vom Land Niederösterreich abzudeckende bereinigte Betriebsergebnis laut Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 und das bereinigte Betriebsergebnis laut Jahresabschluss:

Tabelle 4: Deckung des Abgangs der NÖ Landesgesundheitsagentur durch das Land Niederösterreich

Jahr	zugesagte maximale Abgangsdeckung (Soll)	bereinigtes Betriebsergebnis (Ist)	Differenz
	in Mio. EUR		
2021	132,20	-74,32	57,88
2022	142,16	-176,64	-34,48
2023	152,11	-271,57	-119,46
Summe	**426,47**	**-522,53**	**-96,06**

Quelle: NÖ Landesgesundheitsagentur

Gemäß der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 sollte der Abgang in Summe nicht mehr als 426,47 Mio. EUR betragen. Tatsächlich betrug die Summe des bereinigten Betriebsergebnisses -522,53 Mio. EUR und damit um 96,06 Mio. EUR mehr (22,5 %).

(2) Das Land Niederösterreich stellte der NÖ Landesgesundheitsagentur mit dem Nachtragsvoranschlag 2023[73] zusätzlich 155 Mio. EUR zur Verfügung. Es begründete dies mit nicht budgetierten Mehrkosten im Personalbereich (höherer Gehaltsabschluss, Mehrkosten aufgrund eines Vergleichs für Überstunden bei den Einspringdiensten), deutlich gestiegenen Energiekosten und Effekten der hohen Inflation. Der Aufsichtsrat der NÖ Landesgesundheitsagentur befasste sich am 29. Mai 2024 mit dieser Thematik; nähere schriftlich festgehaltene Kommentare oder Berichte an das Land Niederösterreich gab es nicht.

Auch die Einhaltung der Finanzziele der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 war nicht sichergestellt. Anlässlich der Besprechung des dritten Quartalsberichts im Jänner 2025 wandte sich das Land Niederösterreich schriftlich an die NÖ Landesgesundheitsagentur. Es hielt fest, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur die drohenden Abweichungen zu den festgelegten Zielen der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 nachvollziehbar erläutert habe. Demnach lagen die Gründe in der Steigerung der Gehälter des ärztlichen Personals sowie der Kosten für Material und Fremdleistungen im Jahr 2024; eine Trendumkehr sei nicht zu erwarten. Dadurch und vor dem Hintergrund der bestehenden Gesundheitsversorgungsstruktur in Niederösterreich sei eine kurzfristige Gegensteuerung nicht möglich bzw. wäre damit die angestrebte Kostendämpfung bei Weitem nicht zu

[73] Ltg.-95/V-10-2023, Beschluss des Niederösterreichischen Landtags vom 6. Juli 2023

erreichen. Wirksame Gegensteuerungsmaßnahmen sahen die Ergebnisse des Gesundheitspakts 2040+ (TZ 13) vor, dessen Vorgaben in den RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 zu übernehmen wären. Das Land Niederösterreich erwartete von der NÖ Landesgesundheitsagentur eine intensive Mitarbeit bei den Maßnahmen des Gesundheitspakts 2040+ und hielt seinen Auftrag zur Kostendämpfung aufrecht. Es forderte von der NÖ Landesgesundheitsagentur bis Ende Oktober 2025 einen schriftlichen Maßnahmenplan gemäß der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 ein.

12.2 Der RH hielt fest, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu betreiben war (TZ 4). Diese Verantwortung legten die mit dem Land abgeschlossenen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen nach Ansicht des RH in den Bereichen Leistungsangebot, Personal inklusive Ausbildung und Finanzen hinreichend konkret fest und schufen die Grundlage für eine Zielkontrolle. Die Zielerreichung gestaltete sich angesichts der österreichweit (TZ 2) wie auch in Niederösterreich deutlich steigenden Kosten für die Krankenanstalten (TZ 11) zunehmend schwierig. Die NÖ Landesgesundheitsagentur überschritt die in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 vorgesehenen Betriebsabgänge in diesen drei Jahren um fast 100 Mio. EUR bzw. 22,5 %.

Der RH hielt kritisch fest, dass das Land Niederösterreich und die NÖ Landesgesundheitsagentur die in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 vorgesehenen Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismen im Zeitraum bis 2024 nicht in schriftlicher Form anwendeten. Positiv hielt er fest, dass das Land Niederösterreich für den Zeitraum 2024 bis 2026 angesichts erneut steigender Kosten für Personal, Material und Fremdleistungen im Jänner 2025 von der NÖ Landesgesundheitsagentur einen schriftlichen Maßnahmenplan einforderte.

Der RH merkte an, dass das Land Niederösterreich vor dem Hintergrund der bestehenden Gesundheitsversorgungsstruktur eine kurzfristige Gegensteuerung bzw. die damit angestrebte Kostendämpfung nicht für möglich hielt. Die Versorgungsplanung des Landes und die politischen Garantien für Krankenanstalten-Standorte erschwerten es der NÖ Landesgesundheitsagentur, die Versorgungsstrukturen anzupassen. Er beurteilte es positiv, dass das Land Niederösterreich die Notwendigkeit wirksamer Gegensteuerungsmaßnahmen, wie im Gesundheitspakt 2040+ vorgesehen, und ihrer Umsetzung im RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 erkannte. Der RH verwies diesbezüglich auf seine Ausführungen und Empfehlungen in TZ 13 und TZ 14.

Er empfahl dem Land Niederösterreich und der NÖ Landesgesundheitsagentur, angesichts der deutlich steigenden Kosten die in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 vorgesehenen und im Jänner 2025 bereits eingeleiteten Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismen nachvollziehbar in schriftlicher Form anzuwenden.

12.3 Das Land Niederösterreich und die NÖ Landesgesundheitsagentur sagten dies zu.

Gesundheitspakt 2040+ und Gesundheitsplan 2040+

13.1 (1) In Niederösterreich zeichneten sich – wie in ganz Österreich – verschiedene gesellschaftliche Herausforderungen für das Gesundheitssystem ab. Das Land Niederösterreich nannte vor allem:

- die unterschiedliche Bevölkerungsentwicklung in einzelnen Regionen (wachsende bzw. schrumpfende Bevölkerung),
- die Alterung der Bevölkerung – das Land Niederösterreich rechnete damit, dass in Niederösterreich bis 2040 eine halbe Million Menschen über 65 Jahre alt sein wird und sich die Zahl der über 85-Jährigen mehr als verdoppeln wird – und
- beschränkt verfügbare personelle Ressourcen.

Das Land Niederösterreich reagierte auf diese Herausforderungen und schloss am 10. Jänner 2024 mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärztekammer für Niederösterreich, der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst, der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Städte und Gemeinden zur Neuausrichtung des Gesundheitssystems in Niederösterreich den Gesundheitspakt 2040+ ab. In der Folge beauftragte das Land ein Expertengremium, anhand von sieben Leitprinzipien Empfehlungen zur Weiterentwicklung des niederösterreichischen Gesundheitswesens zu erarbeiten.

Der Bericht des Expertengremiums hielt fest, dass es notwendig war, strukturelle Weichenstellungen vorzunehmen, um die Versorgungsqualität in der Erst- und Akutversorgung, Rettungskette und Nachsorge aufrechterhalten zu können. Ebenso seien Anpassungen notwendig, um eine hochwertige Aus- und Weiterbildung zu ermöglichen und das Personal für die Zukunft verfügbar zu haben. Das Expertengremium arbeitete zu jedem Leitprinzip Ziele aus und erstellte zu diesen Empfehlungen. Das Leitprinzip 4 „jederzeitige Erst- und Akutversorgung“ hatte folgende Ziele:

- 4.1 Best Point of Care: Etablierung niederschwelliger extramuraler Versorgungskapazitäten, um die intramuralen Strukturen zu entlasten,
- 4.2 Sicherstellung einer flächendeckenden öffentlichen regionalen Grundversorgung und
- 4.3 größtmögliche Versorgungssicherheit und beste Versorgungsqualität in ganz Niederösterreich.

Die Ziele 4.1 und 4.2 betrafen vor allem den extramuralen Bereich. Maßnahmen dazu waren etwa

- der Aufbau niederschwelliger regionaler Strukturen, um nicht-krankenhauspflichtige ambulante und stationäre Fälle durch extramurale Gesundheitsdiensteanbieter abschließend zu behandeln (inklusive Community Nurses, Primärversorgungseinheiten und Ambulatorien), oder
- der bedarfsorientierte Ausbau von intra- und extramuralen (sektorenübergreifenden) ambulanten Strukturen (z.B. Ambulatorien, Interdisziplinärer Aufnahmebereich, Erstversorgungsambulanzen) inklusive extramuraler zeitlicher Verfügbarkeiten sowie der sektorenübergreifenden Vernetzung.

Das Ziel 4.3 bezog sich vor allem auf den intramuralen Bereich. Dazu empfahl das Expertengremium, eine integrierte intra- und extramurale Planung im RSG NÖ entlang definierter Versorgungsketten und der künftigen Bedarfsentwicklung für alle fünf Versorgungsregionen in Niederösterreich in abgestuften Typen von Krankenanstalten durchzuführen.

Dies sollte im Bereich der Krankenanstalten zu folgender abgestufter Versorgungsstruktur führen:

Abbildung 9: Im Gesundheitspakt 2040+ geplante abgestufte intramurale Versorgungsstruktur



[1] Die Kliniken enthalten auch die Funktionen der jeweils vorgelagerten Strukturstufen.

Quelle: Land Niederösterreich; Darstellung: RH

Es sollte eine abgestufte Versorgungsstruktur mit mengenbedingt notwendigen und medizinisch sinnvollen Leistungsbündelungen bzw. Zentrumsbildung etabliert werden.

Das Expertengremium erarbeitete für jede der fünf Regionen eine abgestufte Versorgungsstruktur mit vorgeschlagenen Standorten und Abteilungen. Vorgesehen waren:

- in drei Versorgungsregionen Kliniken mit Grundversorgungsfunktionen: Erst- und Akutversorgung, Basisleistungen aus Innerer Medizin und Allgemeinchirurgie und die dafür notwendigen Institutsleistungen (z.B. Radiologie-Basisdiagnostik),
- in allen fünf Versorgungsregionen Kliniken mit regionalen Schwerpunktfunktionen: erweiterte Erst- und Akutversorgung und Behandlungen bei chronischen Erkrankungen in weiteren medizinischen Fachdisziplinen inklusive Spezialisierungen sowie vertiefende Diagnostikmöglichkeiten,
- in zwei Versorgungsregionen Kliniken mit überregionalen Zentralfunktionen: höchste Spezialisierungsstufe in den meisten medizinischen Fachrichtungen und größter Leistungsumfang in Erst- und Akutversorgung samt weiterführenden Behandlungen, Diagnostik und Behandlung bei chronischen Erkrankungen, und
- in vier Versorgungsregionen Kliniken mit Sonderfunktionen mit spezifischen Leistungsschwerpunkten (z.B. Psychiatrie).

Eine schnelle und vollkommene Rettungskette in der Notfallversorgung sollte dabei jederzeit sichergestellt sein.

Zum Leitprinzip 7 „hochwertige Aus- und Weiterbildung“ entwickelte das Expertengremium die Ziele

- 7.1 Erweiterung der Berufsbilder und Arbeitsplatzattraktivierung,
- 7.2 Verbesserung und Attraktivierung der ärztlichen Ausbildungsstrukturen und
- 7.3 mittel- und langfristige Sicherung des künftigen Personalbedarfs in allen Berufsgruppen.

Die Empfehlungen zu diesen Zielen lauteten u.a.:

- bedarfsorientierte überregionale Ausbildungsplanung und -umsetzung,
- strukturelle (sektorenübergreifende) Weiterentwicklungen in der Organisation der Ärzte-Ausbildung, Leistungsbündelung, Simulationszentren sowie Ausbau von interprofessionellen Fachaus- und -weiterbildungen,
- Evaluierung der Ausbildungszahlen und Aufnahmekriterien durch den Bund,
- prospektives und aktives Personalmanagement in allen beteiligten Organisationsfeldern inklusive Bedarfsplanung, Akquise, Ausbildung sowie Bindung und Gesunderhaltung des bestehenden Personals unter Berücksichtigung der erwarteten Demografie-Entwicklung auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und
- langfristige Bedarfsplanung und proaktive Steuerung der (Ausbildungs-)Ressourcen für den Gesundheits- und Sozialbereich.

Die Empfehlungen wurden am 24. März 2025 der Öffentlichkeit präsentiert, am 25. März 2025 von der Niederösterreichischen Landesregierung zur Kenntnis genommen und am 27. März 2025 vom Niederösterreichischen Landtag beschlossen.

(2) Am 27. März 2025 beschloss der Niederösterreichische Landtag auch den Gesundheitsplan 2040+.[74] Dieser enthielt aus dem Gesundheitspakt 2040+ abgeleitete Umsetzungsschritte:

- Verschiebung und Bündelung von Leistungen in den fünf Versorgungsregionen wie die Aufwertung des Universitätsklinikums Wiener Neustadt als Klinikum mit überregionalen Zentralfunktionen oder die Neuerrichtung eines Klinikums „Weinviertel Süd-West“ mit regionalen Schwerpunktfunktionen,
- Schaffung von den Kliniken vorgelagerten Einheiten (Erstversorgungsambulanzen), die mit einer „gatekeeper“-Funktion versehen die Ambulanzen entlasten sollten,
- in jeder Versorgungsregion Schaffung von Primärversorgungseinheiten als eine Organisationsform für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die die medizinische Versorgung der Regionen absichern und garantieren sollten, und
- Neustrukturierung der Notarztstützpunkte und die damit verbundene Erfüllung neuer Aufgaben, wie die Übernahme der notärztlichen Versorgung durch die NÖ Landesgesundheitsagentur und die Situierung an den Klinikstandorten.

Veränderungen in der bisherigen Struktur würden erst dann getroffen, wenn eine neue Struktur realisiert werden könnte.

Zu den finanziellen Auswirkungen hielt der im Niederösterreichischen Landtag beschlossene Antrag zum Gesundheitsplan 2040+ fest, dass bereits im „Ausbauplan Gesundheit 2020 bis 2030“ vom Juli 2020 zahlreiche Investitionen im Bereich der Gesundheitsinfrastruktur angekündigt und großteils umgesetzt worden seien; in Summe habe das Land Niederösterreich bereits rd. 410 Mio. EUR in Baulichkeiten zur medizinischen Versorgung investiert. Im Zuge der Umsetzung des RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 (TZ 14) seien mit dem Gesundheitsplan 2040+ einerseits neue Planungs- und Investitionsgrundlagen zu erstellen und andererseits bestehende Programme und Pläne zu überarbeiten.

Um bei einem Vorhaben mit derartiger Tragweite eine enge Einbeziehung des Niederösterreichischen Landtags zu gewährleisten, sah es dieser als erforderlich an, die Niederösterreichische Landesregierung – neben der ohnehin jeweils zu beschließenden budgetären Bedeckung – näher zu verpflichten.

[74] Ltg.-669/XX-2025

Der Niederösterreichische Landtag forderte die Niederösterreichische Landesregierung deshalb auf,

- für den Gesundheitsplan 2040+ ein Umsetzungskonzept auszuarbeiten, dem Landtag über den Fortschritt der Umsetzung jährlich einen aussagekräftigen Geschäftsbericht der NÖ Landesgesundheitsagentur vorzulegen und den jährlichen Bericht des Wirtschaftsprüfers der NÖ Landesgesundheitsagentur anzuschließen;
- die zur Durchführung der dargestellten Maßnahmen und Vorhaben erforderlichen Anordnungen zu treffen und die Einzelprojekte oder bautechnischen Maßnahmenbündel vom Niederösterreichischen Landtag mit einem Finanzierungsvorschlag beschließen zu lassen;
- für die Erarbeitung der Konzepte und der Projektentwicklungen zu sorgen. Dafür soll für die nächsten zehn Jahre ein Rahmenbudget von 150 Mio. EUR zur Verfügung gestellt werden, über dessen Verwendung der Niederösterreichische Landtag im Rahmen des jährlichen Geschäftsberichts informiert werden sollte.

(3) Die Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 war der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2021–2023 in vielen Punkten ähnlich. Neu oder neu formuliert waren u.a.:

- Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Akutbereich durch Organisation der Klinikstandorte in regionalen Versorgungsverbünden und Zuordnung von Aufgaben nach Qualitätskriterien im Sinne einer abgestuften Versorgung und im Rahmen des jeweils gültigen RSG,
- Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Dienstplanstabilität,
- Sicherstellung bedarfsorientierter Personalbedeckung durch Maßnahmen in den Bereichen der Mitarbeiterfindung, -bindung und -entwicklung,
- Ermöglichung einer Lebensphasen-orientierten Beschäftigung und
- Begrenzung der Abgangsdeckung durch das Land auf 179 Mio. EUR pro Jahr.

Die im Gesundheitspakt 2040+ und Gesundheitsplan 2040+ beabsichtigten Veränderungen gemäß den Leitprinzipien 4 und 7 waren bereits in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 erkennbar.

13.2 Der RH hielt positiv fest, dass der Niederösterreichische Landtag nach breiter Einbindung von Gesundheitspartnern, wie der Sozialversicherung, den Gesundheitsplan 2040+ am 27. März 2025 beschloss und darin für die Krankenanstalten eine abgestufte Versorgungsstruktur mit mengenbedingt notwendigen und medizinisch sinnvollen Leistungsbündelungen bzw. Zentrumsbildung vorsah. Nach Ansicht des RH war dieser Strukturwandel notwendig, um einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz zu ermöglichen. Er hob hervor, dass es dafür auch einer intensiven sektorenübergreifenden Abstimmung sowohl in der Planung als auch der Umset-

zung bedurfte, um die Wechselwirkungen zum extramuralen Bereich berücksichtigen zu können.

Die für den Personalbereich festgelegten Ziele des Gesundheitsplans 2040+ erachtete der RH als zweckmäßig: Erweiterung der Berufsbilder und Arbeitsplatzattraktivierung, Verbesserung und Attraktivierung der ärztlichen Ausbildungsstrukturen und mittel- und langfristige Sicherung des künftigen Personalbedarfs in allen Berufsgruppen.

Zu den finanziellen Auswirkungen des Gesundheitsplans 2040+ merkte er an, dass der Niederösterreichische Landtag angesichts eines zehnjährigen Finanzrahmens von 150 Mio. EUR allein für die Erarbeitung der Konzepte und der Projektentwicklungen die große Tragweite dieser Vorhaben hervorgehoben und Berichtspflichten der Niederösterreichischen Landesregierung festgeschrieben hatte. Bei der Umsetzung des Landtagsbeschlusses im Rahmen der langfristigen Planung bis zum Zielhorizont 2040 befürwortete der RH eine enge Abstimmung zwischen dem Niederösterreichischen Landtag und der Niederösterreichischen Landesregierung.

Er empfahl dem Land Niederösterreich, die im Landtagsbeschluss zum Gesundheitsplan 2040+ vorgesehenen Umsetzungsschritte und Berichtspflichten weiterzuverfolgen.

Hinsichtlich der regionalen Strukturplanung Gesundheit verwies der RH auf seine Ausführungen und Empfehlungen in TZ 14.

Der RH hielt fest, dass die mit dem Gesundheitsplan 2040+ angestrebten Veränderungen bereits in der für die NÖ Landesgesundheitsagentur verbindlichen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 sowohl im Struktur- wie auch im Personalbereich erkennbar waren. Der künftige Finanzbedarf laut Gesundheitsplan 2040+ war nach Ansicht des RH in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 und der dort festgelegten jährlichen Abgangsdeckung von 179 Mio. EUR jedoch noch nicht vollständig berücksichtigt.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich und der NÖ Landesgesundheitsagentur, die aktuelle und die künftigen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen auf Übereinstimmung mit dem Gesundheitsplan 2040+ zu prüfen und gegebenenfalls unter Einhaltung der budgetären Rahmenbedingungen anzupassen.

13.3 (1) Das Land Niederösterreich sagte dies zu. Es werde den beschlossenen Gesundheitsplan 2040+ weiterhin konsequent gemäß den Empfehlungen des Expertengremiums umsetzen, alle dafür erforderlichen Maßnahmen ergreifen, die ab 2027 abzuschließenden Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen auf Übereinstim-

mung mit dem Gesundheitsplan 2040+ prüfen und sie gegebenenfalls unter Einhaltung der budgetären Rahmenbedingungen anpassen.

(2) Auch die NÖ Landesgesundheitsagentur sagte zu, die Empfehlung umzusetzen. Für das Budget 2026 seien die Erfordernisse des Gesundheitsplans 2040+ – sofern budgetär möglich – bereits berücksichtigt. Diese würden auch für die neue Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2027–2029 gelten.

Regionale Versorgungsplanung für Niederösterreich

14.1 (1) Die Landes-Zielsteuerungskommission Niederösterreich beschloss im Dezember 2018 den RSG NÖ 2025 – Teil 1 mit Planungshorizont 2025. Dieser enthielt keine standortspezifische Planung der Versorgung in Krankenanstalten – wie im ÖSG, der Reformvereinbarung und dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz vorgesehen.[75] Ein angekündigter, gesamthafter RSG NÖ 2025, der um einen Teil 2 ergänzt und seine vollumfassende Gültigkeit mit dem Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission erlangen sollte, lag nicht vor. Dies verhinderte auch eine verbindliche Versorgungsplanung mittels Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH als Grundlage für ein gesamthaftes und plangemäßes Vorgehen. Ein stattdessen gesetzlich[76] vorgesehener Landeskrankenanstaltenplan lag ebenfalls nicht vor. Sanitätsbehördliche Bescheide des Landes Niederösterreich zu Strukturmaßnahmen der NÖ Landesgesundheitsagentur basierten damit nach dem NÖ Krankenanstaltengesetz auf einer Prüfung der Versorgungslage im Einzelfall.[77]

Der NÖGUS gab die COVID-19-Pandemie sowie die Gründung der NÖ Landesgesundheitsagentur 2020 (TZ 4) als Grund für die fehlende standortgenaue Detailplanung an. Diese sei nicht unbedingt notwendig gewesen, da alle Krankenanstalten in Niederösterreich von einem Rechtsträger geführt würden und es keinen Wettbewerb verschiedener Rechtsträger gebe. Der NÖGUS führte aus, sich regelmäßig mit der NÖ Landesgesundheitsagentur ausgetauscht zu haben, um geplante Vorhaben der NÖ Landesgesundheitsagentur frühzeitig zu kommunizieren. Er habe diese Vorhaben auf Übereinstimmung mit dem RSG NÖ 2025 – Teil 1 geprüft. Anhand der von den Krankenanstalten dokumentierten Daten habe der NÖGUS laufend die Einhaltung der ÖSG-Kriterien geprüft, beispielsweise auch, ob die Leistungserbringung einzelner Leistungen auch in reduzierten Organisationsformen möglich sei. Zudem seien aufgrund von Fallzahlen die Versorgung bestimmter Versorgungsberei-

[75] Art. 5 Abs. 7 Z 1 Reformvereinbarungen 2017 und 2023; § 21 Abs. 3 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

[76] § 10a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz; § 21a NÖ Krankenanstaltengesetz

[77] Die NÖ Landesgesundheitsagentur, der NÖGUS sowie das Land Niederösterreich beachteten bei der Umsetzung konkreter Strukturmaßnahmen (wie der Einstellung der Versorgungsleistung der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Krankenanstalt Waidhofen an der Ybbs) u.a. deren Auswirkungen auf die Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenpflege, die Vorgaben des ÖSG sowie die Zielsetzungen des RSG NÖ 2025 – Teil 1.

che an einem Standort konzentriert oder bestehende Schwerpunkte zusammengefasst worden.

Laut NÖGUS werde bei der konkreten Festlegung von Strukturen an den Standorten auch „die stimmige und für das Personal attraktive Zusammensetzung des Standorts" berücksichtigt. Das sei der Grund für die bisher teilweise Zurückhaltung bei der (Neu-)Gründung bzw. Redimensionierung von Strukturen in Form von reduzierten Organisationsformen. Aufgabe des NÖGUS sei es gewesen, die bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen des RSG NÖ abzubilden und zu planen, und Aufgabe des Trägers, die geplanten Strukturen (auch personell) zu betreiben.

Die Ziele der Versorgungsplanung gab der RSG NÖ 2025 – Teil 1 als „eine möglichst gleichmäßige und wohnortnahe bzw. bestmöglich erreichbare, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle und regional abgestimmte Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung sowie möglichst rasche und lückenlose Behandlungsketten" an. Unter anderem sei auch eine „Optimierung der akutstationären Versorgungsstrukturen in Form einer Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß durch Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich" angestrebt worden. Insgesamt war für den Zeitraum 2018 bis 2025 eine Reduktion der Bettenkapazitäten um rd. 4 % vorgesehen.[78] Die tatsächliche Reduktion von 2018 bis 2024 fiel mit rd. 7 % höher aus als geplant.

Auch die „Fokussierung auf abgestufte Versorgung" sah der RSG NÖ 2025 – Teil 1 als „wesentliches Planungsergebnis". Der RSG NÖ 2025 – Teil 1 gab in den Planungsmatrizen aber weder Krankenanstalten-Typen noch Organisationsformen für die stationäre Versorgung (Abteilung oder reduzierte Organisationsformen wie etwa dislozierte Tageskliniken) an.

(2) Ein RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 war in Vorbereitung und dessen Beschluss durch die Landes-Zielsteuerungskommission bis Ende 2025 geplant. Er sollte die verbindliche Versorgungsplanung für weitergehende strukturelle Maßnahmen im Sinne des Gesundheitsplans 2040+ (TZ 13) festlegen. Der Gesundheitsplan 2040+ sah für die Versorgung in Krankenanstalten u.a. eine abgestufte und stärker gebündelte Versorgung in Krankenanstalten in enger Verschränkung mit dem extramuralen Bereich vor. Die begrenzten Ressourcen wie medizinisches und pflegerisches Personal sollten bestmöglich eingesetzt werden, um die Versorgungssicherheit und die Qualität medizinischer Leistungen aufrechtzuerhalten. Im Vergleich zur Versorgungslandschaft im Jahr 2025 sollten fünf Krankenanstalten-Standorte entfallen. In der Region Weinviertel war zusätzlich ein neuer Krankenanstalten-Standort und in allen Regionen zusätzliche Gesundheits- oder Facharztzentren vorgesehen. In der Versor-

[78] Dabei sollten in den Versorgungsregionen Waldviertel, Weinviertel und Mostviertel stationäre Betten abgebaut, in Niederösterreich Mitte und der Thermenregion hingegen stationäre Betten aufgebaut werden.

gungsregion Waldviertel war anstelle der Krankenanstalt in Gmünd eine neue Gesundheitsinfrastruktur („Gesundheitsklinik Gmünd“) mit erweitertem Angebot an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geplant, wobei insbesondere auch die Versorgung im Notfall weiterhin gesichert sein sollte. Das Leistungsspektrum der bisherigen stationären Versorgung in Gmünd sollte laut Gesundheitspakt 2040+ der Krankenanstaltenverbund aus den Standorten Zwettl und Waidhofen an der Thaya abdecken.

14.2 (1) Der RH kritisierte, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits seit mehr als sechs Jahren kein gesetzes- und ÖSG-konformer RSG NÖ 2025 mit standortspezifischer Planung der Versorgung in Krankenanstalten vorlag und damit auch keine verbindliche Versorgungsplanung mittels Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH möglich war. Er hielt fest, dass der RSG NÖ 2025 – Teil 1 in seinen Zielen und wesentlichen Planungsergebnissen u.a. eine Optimierung der Versorgungsstrukturen in Krankenanstalten durch Verlagerungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich sowie eine „Fokussierung auf abgestufte Versorgung“ anstrebte. Er kritisierte, dass dies mangels einer standortgenauen Planung nicht nachvollziehbar in den Planungsmatrizen zu erkennen war. Damit fehlte eine konkrete, verbindliche Grundlage, um diese geplanten Veränderungen schrittweise umzusetzen und um bis 2025 gesamthaft und strukturiert vorgehen zu können. Die österreichweit und auch regional angestrebten Strukturreformen erforderten ein planmäßiges, sektorenübergreifend abgestimmtes Vorgehen, um eine qualitätsvolle und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich und dem NÖGUS, einen gesetzeskonformen und dem ÖSG entsprechenden RSG NÖ zu entwickeln und gemeinsam mit der Sozialversicherung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu beschließen. Dabei wären die notwendigen Umsetzungsschritte für zukünftig geplante strukturelle Änderungen frühzeitig zu konkretisieren; in der Folge wäre deren sektorenübergreifend abgestimmte Umsetzung zu gewährleisten.

(2) Der RH hielt fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein RSG NÖ mit Planungshorizont 2030 in Vorbereitung war, um die verbindliche Versorgungsplanung für weitergehende strukturelle Maßnahmen im Sinne des Gesundheitsplans 2040+ (TZ 13) festzulegen. Er anerkannte das Bestreben des Landes Niederösterreich zu schrittweisen Veränderungen der Versorgungsstruktur und zur Reorganisation des stationären Bereichs: fünf Krankenanstalten-Standorte sollten entfallen, dafür war ein neuer Krankenhaus-Standort in der Region Weinviertel und waren in allen Regionen Gesundheits- oder Facharztzentren vorgesehen. Der RH vertrat die Ansicht, dass die nunmehr bis 2030 geplanten strukturellen Maßnahmen vor allem auf den gestiegenen Kostendruck und die verfügbaren Personalressourcen zurückzuführen waren. Er beurteilte diese Pläne angesichts der Kostenentwicklung in der NÖ Landesgesundheitsagentur (TZ 12) grundsätzlich positiv, wies aber erneut auf

mögliche Wechselwirkungen zum extramuralen Bereich hin und betonte das Erfordernis einer intensiven sektorenübergreifenden Abstimmung sowohl in der Planung als auch der Umsetzung (TZ 13).

Laut Gesundheitsplan 2040+ war der bestmögliche Einsatz der begrenzten Ressourcen des medizinischen und pflegerischen Personals einer der Beweggründe des Landes Niederösterreich für die geplanten Veränderungen der Versorgungsstruktur. Nach Ansicht des RH war es daher erforderlich, die verfügbaren und für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen künftig bereits bei der Planung zu berücksichtigen.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich und dem NÖGUS, im Sinne des im Gesundheitsplan 2040+ vorgesehenen Strukturwandels die frühzeitige Verankerung der weiteren notwendigen Umsetzungsschritte in verbindlichen Versorgungsplanungsinstrumenten zu forcieren und deren sektorenübergreifend abgestimmte, kontinuierliche Umsetzung sicherzustellen. Dabei wären auch die verfügbaren und für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen als eine Grundlage in der Planung der Strukturen und Kapazitäten zu berücksichtigen.

14.3 Das Land Niederösterreich und der NÖGUS teilten in ihrer Stellungnahme mit, dass die Landes-Zielsteuerungskommission den RSG NÖ 2030 am 15. Dezember 2025 beschlossen habe. Dieser werde schrittweise bis 2030 umgesetzt, wobei eine Vielzahl an Maßnahmen bereits im ersten Quartal 2026 umgesetzt bzw. deren Umsetzung begonnen worden sei. Jene Maßnahmen, die bis 2030 umgesetzt werden könnten, seien bereits im RSG NÖ 2030 und in der dazugehörigen Verordnung abgebildet. Über diesen Horizont hinausgehende Maßnahmen seien in den nachfolgenden RSG (beispielsweise RSG 2035, RSG 2040) festzulegen. Zur Planung von ärztlichen Personalressourcen verwiesen das Land Niederösterreich und der NÖGUS auf ihre Stellungnahme zu TZ 8.

Personalbedarfsermittlung und -planung in der NÖ Landesgesundheitsagentur

Personalbedarfserhebung für das Gesundheitspersonal in Krankenanstalten

15.1 (1) Der Rechtsträger hatte den Personalbedarf regelmäßig nach Berufsgruppen, Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten zu ermitteln und diese Personalbedarfsermittlung nach wissenschaftlich anerkannten Methoden vorzunehmen (TZ 4).

(2) Die NÖ Landesgesundheitsagentur plante den Personalbedarf anhand ihrer Ziele in der dreijährigen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 auf Grundlage der bestehenden Versorgungsstrukturen. Dabei ging sie von den Ist-Daten der vergangenen eineinhalb Jahre und den Plandaten des laufenden sowie des kommenden Jahres aus. Ergänzend dazu hatten die Primarärztinnen und -ärzte für ihre Abteilung den aktuellen Stand zu analysieren (integrierte Abteilungsplanung).

Bei wesentlichen Änderungen, etwa der Leistungen oder bei Personalabgängen, hatten die Primarärztinnen und -ärzte die Auswirkungen u.a. auf Personal, Ausstattung oder Aufwand darzustellen. Diese Auswirkungen besprach die NÖ Landesgesundheitsagentur bei den Budgetgesprächen in interdisziplinären Teams, denen auch die regionalen Geschäftsführungen der NÖ Landesgesundheitsagentur angehörten, glich sie mit dem finanziellen Rahmen ab und gab sie frei oder lehnte sie ab. Bei quartalsmäßigen Controllinggesprächen verglichen diese Teams die Ist- mit den Plandaten auf Basis von Berichten und Analysen und vereinbarten bei Bedarf Maßnahmen zur Zielerreichung bzw. Anpassung der Ziele.

Längerfristige Strukturänderungen sah vor allem der Gesundheitsplan 2040+ vor, der eine intensive Zusammenarbeit einer kleinteiligen Organisationsstruktur vorzog, um die Qualität der medizinischen Leistung zu garantieren. Für einen effektiven und sparsamen Einsatz der verfügbaren Personalressourcen empfahl das Expertengremium eine mittel- und langfristige Sicherung des künftigen Personalbedarfs inklusive Bedarfsplanung. Dabei wäre auch die erwartete demografische Entwicklung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu berücksichtigen (TZ 13).

(3) Die Personalbedarfsplanung war bereits seit Gründung der NÖ Landesgesundheitsagentur im Jahr 2020 Thema in ihren Gremien. Im September 2020 wies der Aufsichtsrat der NÖ Landesgesundheitsagentur auf das Erfordernis von strategischen Grundlagen für Entscheidungen zu Personalthemen hin. Im März 2022 merkte der Aufsichtsrat erneut an, dass fachliche Grundlagen für eine Personalmindestausstattung fehlten. Zudem stellte der Personalausschuss der NÖ Landesgesundheitsagentur im Mai 2023 fest, dass sie einen Höchststand an Personal habe, es aber

unklar sei, ob die verfügbaren Personalressourcen die Bedarfsanforderungen zur Leistungserbringung auch tatsächlich erfüllen könnten.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur richtete aufbauend auf diesen Anmerkungen im Jahr 2023 ein Projekt zur Erarbeitung eines Personalbedarfsberechnungsmodells ein, das als Instrument zur strategischen Gesamtsteuerung von Personaleinsatz und Leistungserbringung anhand von Leistungskennzahlen dienen sollte. Es sollte laut NÖ Landesgesundheitsagentur „automatisiert und somit schwer manipulierbar" aus den medizinischen und pflegerischen Systemen evidenzbasierte, transparente, valide und vergleichbare Daten generieren. Zu Projektbeginn ging die NÖ Landesgesundheitsagentur davon aus, dass die Daten für eine Umsetzung vorhanden seien. Anfang 2024 stellte der Vorstand jedoch fest, dass nicht alle Zahlen zentral vorhanden seien und keine flächendeckende Abfrage möglich sei.

15.2 Der RH hielt fest, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur den Personalbedarf grundsätzlich auf Basis von Analysen der Abteilungsleitungen aus ihren Krankenanstalten plante und damit von den bestehenden Versorgungsstrukturen ausging. Er kritisierte, dass es laut NÖ Landesgesundheitsagentur trotz Höchststands an Personal unklar war, ob die verfügbaren Personalressourcen die Bedarfsanforderungen zur Leistungserbringung erfüllen konnten. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung des Gesundheitsplans 2040+ größere Anpassungen bedingte und zukunftsorientierte, standortübergreifende Analysen zum Personalbedarf in den künftigen Versorgungsstrukturen erforderte. Insofern beurteilte er die 2023 begonnenen Arbeiten an einem Personalbedarfsberechnungsmodell zur strategischen Gesamtsteuerung von Personaleinsatz und Leistungserbringung positiv. Der RH verwies aber kritisch darauf, dass das Projekt aufgrund von Datenproblemen noch nicht implementiert war.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, im Hinblick auf die Umsetzung des Gesundheitsplans 2040+ zukunftsorientierte, standortübergreifende Analysen zum Personalbedarf in den künftigen Versorgungsstrukturen zu erstellen, um die Grundlage für eine längerfristige bedarfsorientierte Planung der ärztlichen Ressourcen für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu schaffen.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur weiters, zu definieren, welche aussagekräftigen Daten für die Personalbedarfsplanung erforderlich sind; diese wären konsolidiert von den Krankenanstalten einzufordern, um das Personalbedarfsberechnungsmodell fertigstellen zu können und über eine valide Grundlage für eine bedarfsorientierte Planung zu verfügen.

15.3 Die NÖ Landesgesundheitsagentur teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass der Gesundheitspakt 2040+ und der RSG NÖ 2030 grundsätzlich den zukünftigen Versorgungsbedarf, die Leistungsprofile und die Ausbildungsaufträge definieren würden. Diese Rahmenvorgaben würden in das Personalbedarfsberechnungsmodell einfließen und dadurch eine zukunftsorientierte und standortübergreifende Personalbedarfsanalyse ermöglichen. Darüber hinaus würden die erforderlichen Ausbildungsstellen zur Sicherung der Qualität und die langfristige bedarfsorientierte Planung der ärztlichen Ressourcen zur Sicherstellung der intramuralen Versorgung regelmäßig evaluiert; bei Bedarf werde ein Ansuchen auf weitere Ausbildungslizenzen bei der zuständigen Behörde eingereicht.

Die Grundlage für das Personalbedarfsberechnungsmodell seien standardisierte Klinik-Reports, die regelmäßig in das System einfließen würden. Diese würden u.a. Kennzahlen wie Aufnahmen, Betten, Belagstage sowie Frequenzen je Organisationseinheit umfassen und definierte MEL-Codes[79] aus allen Fachrichtungen enthalten. Ergänzend liefere das Tool Informationen zu Ausfällen, Fluktuation, Seniorität und Ausbildungen. In Kombination mit den vorhandenen Personalkapazitäten entstehe so eine transparente und datenbasierte Entscheidungsgrundlage für die Personalplanung.

15.4 Der RH erachtete es als positiv, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur die Arbeiten am Personalbedarfsberechnungsmodell weiterführte, weil sie damit – wie empfohlen – die Grundlage für eine strategische Gesamtsteuerung von Personaleinsatz und Leistungserbringung zur Umsetzung des Gesundheitsplans 2040+ erarbeitete.

Planung der ärztlichen Ausbildungsstellen

16.1 (1) Das Land Niederösterreich vereinbarte mit der NÖ Landesgesundheitsagentur in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026, dass diese die Ausbildung von ausreichend Ärztinnen und Ärzten im Allgemeinmedizin- und Facharztbereich für die intramurale Versorgung in Niederösterreich mit Ausbildungskapazitäten entsprechend einer Bedarfsanalyse sicherstellen soll. Das Expertengremium des Gesundheitspakts 2040+ empfahl darüber hinaus eine überregionale bedarfsorientierte Ausbildungsplanung und -umsetzung. Laut der NÖ Landesgesundheitsagentur sollte sie mit ihrem geplanten Personalbedarfsberechnungsmodell (TZ 15) in Zukunft den sich aus den Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten ergebenden Bedarf leichter abschätzen können.

[79] MEL = medizinische Einzelleistung

(2) Die landesbehördliche Anerkennung und Festsetzung von Ausbildungsstätten bzw. -stellen[80] erfolgten auf Antrag der Krankenanstalten nach Kriterien wie der Erfüllung des ärztlichen Ausbildungsschlüssels und des Leistungsgeschehens je Ausbildungsstätte.[81] Ob und wie dabei der landes- bzw. österreichweite Ärztebedarf des jeweiligen medizinischen Sonderfachs – auch im niedergelassenen Bereich – zu berücksichtigen war, war nicht geregelt (TZ 10).

In Niederösterreich beantragten die Krankenanstalten die Ausbildungsstellen nach ihrem internen Bedarf im Sinne der betrieblichen Notwendigkeit für den Krankenanstalten-Standort bzw. die jeweilige Gesundheitsregion. Damit steuerte die NÖ Landesgesundheitsagentur die Ausbildungskapazitäten für die einzelnen medizinischen Sonderfächer nicht zentral. Sie beschloss im April 2025, ab 2026 für die Steuerung der Ausbildungskapazitäten Dienstposten zu widmen und ab 2027 zentral zu budgetieren.

(3) Das Krankenanstaltenrecht normierte nur für die Allgemeinmedizin eine „Ausbildungsverpflichtung“ der Rechtsträger fondsfinanzierter Krankenanstalten: Sie mussten – ihrem Leistungsspektrum und dem künftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin entsprechend – eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen zur Verfügung stellen.[82] Die Kommission für die ärztliche Ausbildung empfahl im Jahr 2015 pro Land eine Mindestzahl der jährlich neu besetzbaren Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin. Diese Mindestzahlen beruhten vor allem auf den geschätzten Pensionierungen und ließen mehrere Einflussfaktoren (z.B. Beschäftigungsausmaß, demografische Entwicklung) unberücksichtigt. Laut Gesundheitsministerium werde die Kommission für die ärztliche Ausbildung nach Erstellung der Ärztebedarfsprognosen über eine Aktualisierung der Mindestzahlen beraten. Ärztebedarfsprognosen, die eine österreichweite Sicht erlaubten und die einzelne medizinische Sonderfächer sowie eine Verteilung zwischen intra- und extramuralem Bereich enthielten, waren nicht verfügbar (TZ 3).

Eine Verknüpfung zwischen der gesetzlichen Ausbildungsverpflichtung für die Allgemeinmedizin und dem landesbehördlichen Verfahren zur Anerkennung und Festsetzung von Ausbildungsstätten bzw. -stellen bestand laut dem Amt der Niederösterreichischen Landesregierung nicht.

[80] Bis Ende 2022 war die Österreichische Ärztekammer dafür zuständig.

[81] siehe dazu den RH-Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 38)

[82] § 196 Ärztegesetz 1998 (Grundsatzbestimmung), § 2f NÖ Krankenanstaltengesetz; es galt ab Juni 2026 auch für das Sonderfach Allgemeinmedizin und Familienmedizin; in allen anderen medizinischen Sonderfächern gab es keine Vorgabe, genügend Ausbildungsstellen vorzuhalten, um den künftigen Ärztebedarf zu decken.

16.2 Der RH hielt fest, dass das Land Niederösterreich die Orientierung der ärztlichen Ausbildungskapazitäten am Bedarf für die intramurale Versorgung in Niederösterreich in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 mit der NÖ Landesgesundheitsagentur vereinbarte. Auch das Expertengremium empfahl im Gesundheitspakt 2040+ eine überregionale bedarfsorientierte Ausbildungsplanung und -umsetzung.

Da die Festsetzung der ärztlichen Ausbildungsstellen durch die Länder unabhängig vom landes- bzw. österreichweiten Ärztebedarf des jeweiligen Sonderfachs erfolgte, wies der RH kritisch darauf hin, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur die Ausbildungskapazitäten für die Sonderfächer nicht zentral steuerte. Er merkte an, dass die von der Kommission für die ärztliche Ausbildung empfohlenen Mindestzahlen für Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin aus 2015 stammten, verschiedene Einflussfaktoren unberücksichtigt ließen und laut Gesundheitsministerium erst auf Basis der Ärztebedarfsprognosen (TZ 3) aktualisiert würden.

Um künftig im Sinne einer überregionalen Ausbildungsplanung und -umsetzung steuern zu können, war es aus Sicht des RH essenziell, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur – zusätzlich zu Ergebnissen der Ärztebedarfsprognosen – ihre Ausbildungskapazitäten und -ressourcen überregional analysierte und laufend beobachtete. In diesem Zusammenhang anerkannte er, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur im Jahr 2025 die Zweckwidmung budgetierter Mittel für die Ausbildung beschloss und an einem Personalbedarfsberechnungsmodell arbeitete.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, ihre Ziele, eine Bedarfsanalyse der ärztlichen Ausbildungskapazitäten vorzunehmen sowie die Ausbildung bedarfsorientiert zu planen und umzusetzen, in Abstimmung mit den geplanten Ärztebedarfsprognosen konsequent zu verfolgen und damit zur überregionalen bzw. österreichweiten Planung der ärztlichen Ausbildungskapazitäten beizutragen.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Land Niederösterreich, bei der Kommission für die ärztliche Ausbildung auf eine Aktualisierung der empfohlenen Anzahl der Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin hinzuwirken.

16.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es sich laufend mit den Ländern, den Rechtsträgern von Krankenanstalten und der Österreichischen Ärztekammer austausche, sowohl im Rahmen der Kommission für die ärztliche Ausbildung als auch unabhängig davon. Das Thema der Ausbildungsstellen werde dabei regelmäßig behandelt. Das Gesundheitsministerium sagte zu, die Empfehlung zum Anlass zu nehmen, mit den genannten Beteiligten Verhandlungen zu beginnen.

(2) Das Land Niederösterreich sagte in seiner Stellungnahme zu, aufbauend auf den Ergebnissen zu den Ärztebedarfsprognosen, die bis Ende 2026 vorliegen sollten, auf eine Aktualisierung der empfohlenen Anzahl hinzuwirken.

(3) Laut Stellungnahme der NÖ Landesgesundheitsagentur seien als Grundlage für eine bedarfsorientierte Planung der ärztlichen Ausbildung zur Absicherung der intra- und extramuralen Versorgung Daten der Ärztekammer – insbesondere zu ausgestellten Diplomen im Verhältnis zu prognostizierten Pensionierungen – vorgesehen. Diese Daten stünden zur Zeit der Stellungnahme jedoch nicht zur Verfügung. Zum Erkennen künftiger Personalengpässe würden daher unternehmensinterne Hochrechnungen durchgeführt, die über die gesetzlich definierten Mangelfächer hinausgehen und als Basis für die Ableitung von Maßnahmen dienen würden.

Maßnahmen zur Anwerbung und längerfristigen Bindung von ärztlichem Personal

17.1 (1) Von 2019 bis 2024 waren in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur jährlich zwischen 0,4 % und 2,3 % der im Dienstpostenplan festgelegten Stellen für ärztliches Personal unbesetzt. Das entsprach durchschnittlich 60,7 VZÄ. Die NÖ Landesgesundheitsagentur fokussierte darauf, freiwerdende Stellen beim ärztlichen Personal rechtzeitig und vorausschauend auszuschreiben, um Unterbesetzungen im ärztlichen Dienst zu vermeiden. Sie führte von 2019 bis Anfang 2025 insgesamt 300 Ausschreibungen durch. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur bestand kein allgemeiner Mangel an ärztlichem Personal, aber in manchen Gesundheitsregionen und in bestimmten medizinischen Sonderfächern gestalteten sich Nachbesetzungen schwieriger.

In den Gesundheitsregionen Mostviertel, Waldviertel und Weinviertel lag die Anzahl der Bewerbungen je ausgeschriebene Stelle bei maximal 1,5, in den zentral gelegenen Gesundheitsregionen Thermenregion und Mitte bei 2,2 bzw. 3,8. In der Gesundheitsregion Mostviertel konnten 20 % der ausgeschriebenen Stellen besetzt werden, in der Gesundheitsregion Waldviertel 30 %, in der Gesundheitsregion Weinviertel 37 %, in der Gesundheitsregion Thermenregion 65 % und in der Gesundheitsregion Region Mitte 93 %.

Große Unterschiede bei der Besetzungsquote bestanden auch zwischen den medizinischen Sonderfächern. So konnten

- in der Thoraxchirurgie, der Herzchirurgie, der Urologie, der Neurochirurgie und der Chirurgie sämtliche ausgeschriebenen Stellen besetzt werden,
- in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der medizinischen und chemischen Labordiagnostik und der Physikalischen Medizin sowie der allgemeinen Rehabilitation bis zu 20 % der ausgeschriebenen Stellen und
- in der Blutgruppenserologie, der Strahlentherapie-Radioonkologie, im Sonderfach Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie in der Nuklearmedizin und Palliativmedizin keine der ausgeschriebenen Stellen.

(2) Die NÖ Landesgesundheitsagentur rechnete mit über 900 Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten bis 2035. Sie ergriff eine Reihe von Maßnahmen, um das Anwerben von ärztlichem Personal zu fördern. So organisierte sie etwa Vorbereitungskurse für den Aufnahmetest zum Humanmedizinstudium, führte das Instrument der bedingten Aufnahmezusage für Studierende der Humanmedizin[83] ein und informierte auf ihrer Website in einem eigenen Karrierebereich über offene Stellen, Ausbildungs- und Fördermöglichkeiten. Auf der Website bot sie auch die Möglichkeit, den Bewerbungsprozess online abzuwickeln. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur seien in der Folge Bewerbungen und Einstellungen angestiegen.

Die Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 legte fest, dass Personal durch die Weiterentwicklung und Forcierung der Arbeitgebermarke NÖ Landesgesundheitsagentur als „Caring Employer“ gewonnen und durch attraktive Arbeitsbedingungen gehalten werden sollte. Hierfür war laut NÖ Landesgesundheitsagentur die Dienstplanstabilität ein wesentlicher Faktor und ein wichtiger Ansatz sowohl für Recruiting als auch Mitarbeiterbindung. Sie setzte sich daher das Ziel, die Dienstplanstabilität u.a. mit einem flexiblen Dienstpostenmanagement zu erhöhen und den Dienstplan möglichst vorhersehbar und zuverlässig zu gestalten. Die Maßnahmen der Dienstplanstabilität und die angebotenen betrieblichen Kinderbetreuungsmöglichkeiten waren auch maßgeblich für die Zertifizierung der NÖ Landesgesundheitsagentur als familienfreundliches Unternehmen im Jahr 2024. Darüber hinaus bot die NÖ Landesgesundheitsagentur z.B. durch Programme zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit sowie durch flexible Arbeitszeitmodelle (Elternteilzeit, Wiedereingliederungszeit, Pflegeteilzeit, Sabbatical etc.) die Möglichkeit einer Lebensphasen-orientierten Beschäftigung, die das Ziel verfolgte, die Arbeits- und Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Phasen ihres Arbeitslebens gefördert werden. Für die Personalentwicklung war ein zentrales Bildungsprogramm

[83] Voraussetzung für den tatsächlichen Berufseinstieg in einer NÖ Krankenanstalt, der eine weiterführende ärztliche Ausbildung ermöglichte, war neben Formalerfordernissen der erfolgreiche Studienabschluss in Humanmedizin.

vorhanden, das für fachliche Themen und Themen der Persönlichkeitsentwicklung Fortbildungsmaßnahmen zusammenfasste.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur regelte die beschriebenen Maßnahmen des Personalwesens in einer Reihe von Einzeldokumenten, z.B. Richtlinien und Vereinbarungen, die strategische Ansätze – insbesondere in den Richtlinien zur Personalsuche und -aufnahme und in der Rahmenvereinbarung für das Vorgehen bei Organisations- und Strukturänderungen an Krankenanstalten-Standorten – erkennen ließen. Über eine gesamthafte schriftliche Personalstrategie, aus der sich diese Maßnahmen ableiten ließen, verfügte die NÖ Landesgesundheitsagentur nicht. Neue strategische Vorgaben für eine solche Personalstrategie enthielten der Gesundheitspakt 2040+ und der Gesundheitsplan 2040+.

17.2 (1) Der RH hielt fest, dass von 2019 bis 2024 jährlich 0,4 % bis 2,3 % der laut Dienstpostenplan für ärztliches Personal geplanten Stellen unbesetzt waren und sich die durchschnittlich unbesetzten ärztlichen Stellen im Ausmaß von 60,7 VZÄ auf die nicht zentral gelegenen Gesundheitsregionen Mostviertel, Waldviertel und Weinviertel konzentrierten. Laut NÖ Landesgesundheitsagentur bestand kein allgemeiner Mangel an ärztlichem Personal, aber Nachbesetzungen in manchen Gesundheitsregionen und bestimmten medizinischen Sonderfächern waren schwieriger. Der RH hielt es daher für notwendig, die Versorgungsstrukturen künftig der Zielsetzung der Versorgungsplanung anzupassen, Leistungen an geeigneten Standorten zu bündeln und kleinteilige Organisationsformen zu überwinden, um einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz zu ermöglichen (TZ 5). Der RH verwies erneut auf seine Ausführungen und Empfehlungen zum Gesundheitspakt 2040+ und Gesundheitsplan 2040+ (TZ 13) sowie zur regionalen Versorgungsplanung für Niederösterreich (TZ 14).

Die Unterschiede bei der Besetzungsquote zwischen den medizinischen Sonderfächern – die Bandbreite reichte von 0 % bis 100 % – zeigten deutlich die Notwendigkeit einer überregionalen und abgestimmten Steuerung dahingehend, in welchen medizinischen Sonderfächern wie viele Fachärztinnen und Fachärzte und daraus abgeleitet wie viele besetzte Ausbildungsstellen erforderlich waren. Er verwies dazu auf seine Ausführungen und Empfehlungen in TZ 10.

(2) Der RH hob hervor, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur – angesichts von über 900 Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten bis 2035 – eine Reihe von Maßnahmen zur Anwerbung und längerfristigen Bindung von ärztlichem Personal ergriff. Den Fokus auf die Dienstplanstabilität hielt der RH für zweckmäßig, weil sie eine wesentliche Grundlage sowohl für eine effiziente Nutzung der Personalressourcen als auch für Mitarbeiterzufriedenheit war. Da die NÖ Landesgesundheitsagentur die im Gesundheitspakt 2040+ und im Gesundheitsplan 2040+ enthaltenen strate-

gischen Vorgaben umzusetzen hatte, beurteilte er kritisch, dass die Maßnahmen einzeln nebeneinander bestanden und eine übergeordnete Personalstrategie fehlte.

Daher empfahl der RH der NÖ Landesgesundheitsagentur, unter Berücksichtigung der strategischen Vorgaben des Gesundheitspakts 2040+ und des Gesundheitsplans 2040+ eine übergeordnete Personalstrategie insbesondere mit dem Schwerpunkt Anwerbung und Bindung des Personals zu erstellen. Bereits bestehende Maßnahmen wären nach einer Evaluierung ihrer Steuerungsrelevanz und Wirkungsweise in die Ziel- und Maßnahmenhierarchie der Strategie einzubinden.

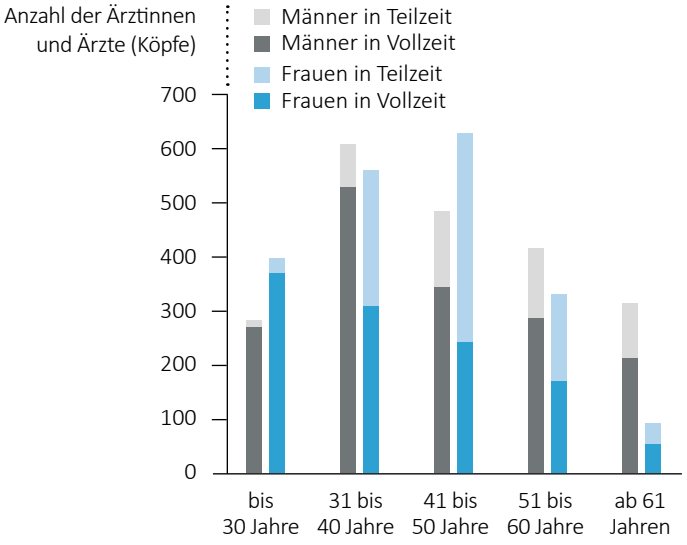
17.3 Die NÖ Landesgesundheitsagentur teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass abgeleitet aus der Gesamtstrategie der NÖ Landesgesundheitsagentur und den strategischen Leitplanken aus dem Gesundheitsplan 2040+ bereits auf eine übergeordnete Personal- und Organisationsstrategie zurückgegriffen werden könne. Diese sei entwickelt worden, um die übergeordneten Anforderungen im Personalbereich zu berücksichtigen. Damit sei nun sichergestellt und durch bereits messbare Erfolge bestätigt, dass sämtliche personalbezogenen Aktivitäten in einen klaren, langfristigen strategischen Rahmen eingebettet seien und zielgerichtet dazu beitragen würden, die übergeordneten Organisationsziele zu erreichen.

17.4 Der RH stimmte der NÖ Landesgesundheitsagentur zu, dass der Gesundheitspakt 2040+ und der Gesundheitsplan 2040+ strategische Vorgaben für eine Personalstrategie enthielten. Er wies aber darauf hin, dass seine Empfehlung darauf abzielte, den aus diesen Vorgaben und bereits vorhandenen Maßnahmen ableitbaren strategischen Rahmen aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit auch formell als gesamthafte Personalstrategie schriftlich festzuhalten.

18.1 (1) Der Vorstand der NÖ Landesgesundheitsagentur sprach in einer Aufsichtsratssitzung im März 2023 von einem „Trend zu vermehrten Teilzeitbeschäftigungen“. Die Teilzeitquote beim ärztlichen Personal stieg in Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur kontinuierlich von 26 % im Jahr 2019 auf 32 % im Jahr 2024 an. Die Entwicklung betraf sowohl Ärztinnen als auch Ärzte. Während der Anteil von Männern in Teilzeit von 17 % im Jahr 2019 auf 22 % im Jahr 2024 anstieg, erhöhte sich jener von Frauen in Teilzeit von 35 % auf 43 %.

Folgende Abbildung zeigt die Anzahl voll- und teilzeitbeschäftigter Ärztinnen und Ärzte in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur nach Altersgruppen für das Jahr 2024:

Abbildung 10: Voll- und Teilzeitbeschäftigung des ärztlichen Personals in Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur nach Altersgruppen im Jahr 2024



Quelle: NÖ Landesgesundheitsagentur; Darstellung: RH

Am geringsten war die Teilzeitquote bei Ärztinnen und Ärzten unter 30 Jahren, die sich in der Regel noch in Ausbildung befanden. Die Teilzeitquote der 31- bis 40-jährigen Ärztinnen lag bei 45 %, in der Altersgruppe von 41 bis 50 Jahren war sie mit 62 % am höchsten und in den weiteren Altersgruppen rückläufig. Die Teilzeitquote bei Ärzten lag in den Altersgruppen ab 41 Jahren bei je rd. 30 %.

Eine detaillierte Analyse der Motive für die verstärkte Inanspruchnahme der Teilzeit legte die NÖ Landesgesundheitsagentur nicht vor. Auswertungen der NÖ Landesgesundheitsagentur zeigten aber, dass zwischen 2019 und 2024 der Anteil der Vollzeitbeschäftigung in höheren Altersgruppen am stärksten abnahm. 2024 hatten rund zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte zwischen 51 und 60 Jahren mindestens eine Nebenbeschäftigung gemeldet. Davon war der NÖ Landesgesundheitsagentur bei 40 % eine Ordination als Nebenbeschäftigung bekannt.

(2) Die NÖ Landesgesundheitsagentur führte ab 1. Jänner 2025 ein neues Gehaltsmodell mit einer sogenannten Verfügbarkeitsprämie ein.[84] Die Verfügbarkeits-

[84] LGBl. 35/2025

prämie[85] betrug für in Vollzeit tätige Ober- bzw. Fachärztinnen und -ärzte sowie Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner 1.000 EUR pro Monat. Eine zusätzliche Erschwerniszulage für Nachtdienste in Höhe von 200 EUR pro Nachtdienst war für alle Ärztinnen und Ärzte (auch für Teilzeitkräfte, Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung sowie Primarärztinnen und -ärzte) vorgesehen; sie war im Personal-Zulagenkatalog geregelt. Neben der Verfügbarkeitsprämie und der zusätzlichen Erschwerniszulage umfasste das neue Gehaltsmodell ein Karrieremodell für Ärztinnen und Ärzte, das neue Führungspositionen mit besserer Entlohnung (Funktionsoberarzt und geschäftsführender Oberarzt) definierte. Für dieses Karrieremodell lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine rechtlichen Grundlagen vor. Dazu liefen laut Auskunft der NÖ Landesgesundheitsagentur an einer Reihe von Standorten Pilotprojekte.

Als Motive für das neue Gehaltsmodell gab die NÖ Landesgesundheitsagentur zum einen die Erhöhung der Vollzeitquote beim ärztlichen Personal sowie der Personalressourcen insgesamt an. Zum anderen sollte das neue Gehaltsmodell die Attraktivität der NÖ Landesgesundheitsagentur als Arbeitgeber erhöhen und der Wettbewerbsfähigkeit mit den Entlohnungsschemata anderer (benachbarter) Länder dienen. Auswertungen, wie sich die Verfügbarkeitsprämie auf das Beschäftigungsausmaß bei Ärztinnen und Ärzten auswirkte, lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor. Die Wettbewerbsfähigkeit mit anderen Ländern konnte die NÖ Landesgesundheitsagentur laut Ärztekammer für Niederösterreich insofern gewährleisten, als sie bei Vollzeitanstellung nunmehr österreichweit „Bestzahlerin" sei. Die Ärztekammer für Niederösterreich warnte vor einem „weiteren Hinauflizitieren der Gehälter, die irgendwann nicht mehr finanzierbar sind". Auch der RH hatte in einem Bericht[86] zur Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. kritisch festgehalten, dass Gehaltserhöhungen und weitere Attraktivierungsmaßnahmen – etwa die Ausweitung der Anrechenbarkeit von Vordienstzeiten – einen nachhaltigen Anstieg des Personalaufwands, auch in den Folgejahren, verursachen.

(3) Die NÖ Landesgesundheitsagentur kalkulierte für das neue Gehaltsmodell jährliche Kosten von rd. 64 Mio. EUR, wobei 25 Mio. EUR auf die Verfügbarkeitsprämie, 35,3 Mio. EUR auf die Erschwerniszulage für Nachtdienste und 3,5 Mio. EUR auf das Karrieremodell entfallen sollten.

Laut der NÖ Landesgesundheitsagentur war noch nicht festgelegt, wie der Betrag von rd. 64 Mio. EUR budgetär bedeckt werden sollte. Dies sei Gegenstand laufender Verhandlungen mit dem Land. Die Niederösterreichische Landesregierung hatte

[85] Ärztinnen und Ärzte in einer gesetzlichen Teilzeitbeschäftigung, also in Eltern-, Alters- und Pflegeteilzeit, erhielten die Verfügbarkeitsprämie aliquot zu ihrem Anstellungsverhältnis ausbezahlt. Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung, Primarärztinnen und Primarärzte sowie ärztliche Direktorinnen und Direktoren erhielten keine Verfügbarkeitsprämie.

[86] siehe RH-Bericht „Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. – Versorgungsplanung und -struktur" (Reihe Steiermark 2025/9, TZ 6)

Anfang des Jahres 2025 im Zuge der Behandlung des Voranschlags 2025 festgehalten, dass Abweichungen zu den Zielen der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 vorlägen oder drohten, u.a. aufgrund der Steigerung der Gehälter für ärztliches Personal der Krankenanstalten. Sie hatte in der Folge einen schriftlichen Maßnahmenplan von der NÖ Landesgesundheitsagentur eingefordert (TZ 12).

18.2 Der RH hielt fest, dass die Teilzeitquote beim ärztlichen Personal in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur kontinuierlich von 26 % im Jahr 2019 auf 32 % im Jahr 2024 anstieg; der Anteil der Vollzeitbeschäftigung nahm laut NÖ Landesgesundheitsagentur in höheren Altersgruppen am stärksten ab. 2024 hatten rund zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte zwischen 51 und 60 Jahren mindestens eine Nebenbeschäftigung gemeldet. Davon war der NÖ Landesgesundheitsagentur bei 40 % eine Ordination bekannt.

Der RH verwies darauf, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur ab 1. Jänner 2025 ein neues Gehaltsmodell mit einer Verfügbarkeitsprämie einführte, um die Wettbewerbsfähigkeit mit den Entlohnungsschemata anderer Länder zu gewährleisten und den Anteil der Vollzeitanstellungen wieder zu erhöhen. Da eine detaillierte Analyse über die Motive für die verstärkte Inanspruchnahme der Teilzeit fehlte, die Auswertungen der NÖ Landesgesundheitsagentur aber einen Zusammenhang zwischen steigender Teilzeit im Alter und Nebenbeschäftigungen, u.a. in Ordinationen, zeigten, war es nach Ansicht des RH offen, ob die Verfügbarkeitsprämie eine Erhöhung des ärztlichen Beschäftigungsausmaßes bewirken konnte. Entsprechende Auswertungen lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor.

Der RH empfahl der NÖ Landesgesundheitsagentur, auszuwerten, inwiefern die Verfügbarkeitsprämie das ärztliche Beschäftigungsausmaß erhöht und zum Anstieg der Vollzeitanstellungen beiträgt. Bei Anträgen auf Teilzeit ohne Rechtsanspruch wäre künftig zu prüfen, ob dafür berücksichtigungswürdige Gründe vorliegen und wichtige dienstliche Interessen einer Genehmigung nicht entgegenstehen.

Der Wettbewerb zwischen den Ländern um ärztliches Personal stand nach Ansicht des RH auch im Zusammenhang mit der vom RH kritisierten langjährig fehlenden bundesweiten Personalbedarfsplanung (TZ 3). Er wies darauf hin, dass die Länder diesen Wettbewerb auch über Gehaltserhöhungen austrugen und damit zum Anstieg der Gesamtkosten von Krankenanstalten um 71 % von 2014 bis 2024 beitrugen (TZ 2).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Land Niederösterreich, sich für ein österreichweit abgestimmtes Vorgehen der Rechtsträger von Fondskrankenanstalten bei ärztlichen Gehaltsmodellen und Anträgen auf Teilzeit ohne Rechtsanspruch einzusetzen, um einem weiteren Anstieg der Kosten für ärztliches Personal und einem weiteren Rückgang der Vollzeitanstellungen vorzubeugen.

Der RH kritisierte, dass das Land Niederösterreich und die NÖ Landesgesundheitsagentur vor Einführung des neuen Gehaltsmodells (Verfügbarkeitsprämie, Erschwerniszulage und Karrieremodell) nicht festlegten, wie der für dessen Finanzierung erforderliche Betrag von rd. 64 Mio. EUR budgetär bedeckt werden sollte. Er verwies darauf, dass die NÖ Landesgesundheitsagentur nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu betreiben war (TZ 4) und das Land im Jänner 2025 angesichts erneut steigender Kosten, u.a. für Personal, bereits einen schriftlichen Maßnahmenplan von ihr eingefordert hatte.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung (TZ 12) an das Land Niederösterreich und die NÖ Landesgesundheitsagentur, angesichts der deutlich steigenden Kosten die in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 vorgesehenen und im Jänner 2025 bereits eingeleiteten Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismen nachvollziehbar in schriftlicher Form anzuwenden.

Der RH bemängelte, dass eine umfangreiche und kostenintensive Maßnahme wie die Einführung eines neuen Gehaltsmodells nicht in einer übergeordneten Personalstrategie, die auch Aspekte der Vergütung berücksichtigen sollte, eingebunden war. Er verwies diesbezüglich auf seine Ausführungen und Empfehlung in TZ 17.

18.3 (1) Das Gesundheitsministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten um die Umsetzung der Empfehlung, die sich auch im Regierungsprogramm finde, zu bemühen.

(2) Das Land Niederösterreich sagte in seiner Stellungnahme zu, die gemäß der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 festgelegten und bereits eingeleiteten Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismen weiterhin anzuwenden.

Im Hinblick auf ein österreichweit abgestimmtes Vorgehen der Rechtsträger von Fondskrankenanstalten bei ärztlichen Gehaltsmodellen begrüße das Land Niederösterreich den regelmäßigen, standardisierten Austausch über Inhalt und Höhe der geplanten Gehaltspakte und von Gehaltsvalorisierungen, insbesondere um die Ausgangspunkte und einheitliche Bandbreiten zu fixieren. Es befürworte eine einheitliche Bezahlung.

Mit Beschluss des Niederösterreichischen Landtags vom 21. November 2024 zur Änderung des NÖ Spitalsärztegesetzes 1992[87] sei die Rechtsgrundlage für eine NÖ LGA-Verordnung[88] zur Gewährung einer Verfügbarkeitsprämie für Ärztinnen und Ärzte geschaffen worden, u.a. mit dem Ziel, dem Rückgang von Vollzeitanstellungen beim ärztlichen Personal vorzubeugen. In diesem Sinne begrüße das Land Niederösterreich ein österreichweit abgestimmtes Vorgehen der Rechtsträger von Fondskrankenanstalten bei Teilzeitkräften ohne Rechtsanspruch.

(3) Die NÖ Landesgesundheitsagentur teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass eine erste vorliegende Evaluierung die im Jahr 2025 eingeführte Verfügbarkeitsprämie in ihrer Wirkung auf zentrale personalwirtschaftliche Kennzahlen analysiere. Ziel sei es, erste Effekte der Maßnahme systematisch zu bewerten und daraus steuerungsrelevante Erkenntnisse abzuleiten. Bereits im ersten Jahr der Umsetzung würden sich Hinweise auf eine positive Wirkung der Verfügbarkeitsprämie zeigen. Aufgrund des einjährigen Beobachtungszeitraums seien die Ergebnisse jedoch als erste Tendenzen zu interpretieren. Eine belastbare Bewertung der langfristigen Effekte erfordere eine fortlaufende Evaluierung sowie eine vertiefte Einbindung externer Vergleichsdaten. Im Rahmen der fortlaufenden Evaluierung der Verfügbarkeitsprämie würden die Auswirkungen auf Personal- und Organisationsstrukturen sowie auf die Entwicklung der Vollzeitquoten und der damit verbundenen Kosten weiterhin laufend gemonitort. Die weitere Vorgangsweise orientiere sich an den gewonnenen Erkenntnissen und erfolge im Sinne einer koordinierten Weiterentwicklung.

Die NÖ Landesgesundheitsagentur sagte zu, den Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismus im Anlassfall schriftlich und nachvollziehbar anzuwenden.

[87] LGBl. 1/2025

[88] LGA = Landesgesundheitsagentur

EMPFEHLUNGEN DES RH

19 Im Folgenden fasst der RH seine Empfehlungen zusammen. Die Empfehlungen ergehen an

- das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMASGPK**),
- das Land Niederösterreich (**Land NÖ**),
- den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (**NÖGUS**),
- die NÖ Landesgesundheitsagentur (**NÖ LGA**):

Der RH empfahl,		BMASGPK	Land NÖ	NÖGUS	NÖ LGA
(1)	gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern und in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH das Monitoring und die Bedarfsprognosen für Ärztinnen und Ärzte fortzuführen, um einen gesamthaften Überblick über das österreichweite Ärzteangebot und den Ärztebedarf zu erhalten. Daraus wären Erkenntnisse für die künftige Entwicklung zu ziehen, um die Versorgungsplanung vorausschauend gestalten und mit der Ärzteausbildung abstimmen zu können. (TZ 3)	X			
(2)	eine weiterführende Ärztebedarfsprognose zu beauftragen und die Ergebnisse in die regionale Versorgungsplanung einzubinden. (TZ 3)		X		
(3)	insbesondere im Hinblick auf die angestrebten Strukturreformen die Auswirkungen der inländischen Patientenströme auf die Versorgungsplanung vorausschauend und länderübergreifend zu berücksichtigen, um die angestrebte qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung in den Krankenanstalten gewährleisten zu können. (TZ 6)	X	X	X	
(4)	die vorausschauende Berücksichtigung der Gastpatientenströme im Regionalen Strukturplan Gesundheit Niederösterreich mit Planungshorizont 2030 transparent auszuweisen. (TZ 6)			X	
(5)	gemeinsam mit allen Ländern eine Grundlage für die nachvollziehbare, länderübergreifende Finanzierung inländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten im Interesse der Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. (TZ 6)	X			

Der RH empfahl,		BMASGPK	Land NÖ	NÖGUS	NÖ LGA
(6)	gemeinsam mit den anderen Ländern und der Sozialversicherung in der Zielsteuerung-Gesundheit bei der Versorgungsplanung – insbesondere im Hinblick auf die angestrebten Strukturreformen – sowohl die verfügbaren als auch die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen, als für deren Umsetzbarkeit relevanten Faktor, bei der Festlegung der Planungsvorgaben zu berücksichtigen. (TZ 7)	X	X		
(7)	gemeinsam mit den anderen Ländern und der Sozialversicherung in der Zielsteuerung-Gesundheit die Umsetzung der Pläne der Bundesregierung zur Abbildung der Ausbildungsstellen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit voranzutreiben. (TZ 7)	X	X	X	
(8)	die von der Bundesregierung verfolgte Idee einer Neuordnung der Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen aufzugreifen und dafür erforderliche berufsrechtliche Änderungen vorzuschlagen. (TZ 7)	X			
(9)	die in der Zielsteuerung-Gesundheit angestrebten Strukturreformen im Rahmen der Versorgungsplanung rasch voranzutreiben. Dabei wäre darauf zu achten, dass Größe und Struktur der geplanten Organisationseinheiten es dem ärztlichen Personal erlauben, innerhalb der zulässigen Arbeitszeit die medizinische Versorgung sowie die Ärzteausbildung qualitätsvoll zu gewährleisten. (TZ 8)	X	X	X	
(10)	die Arbeiten zur Differenzierung des Ausbildungsschlüssels nach medizinischen Sonderfächern und zum Anpassungsbedarf bei der Ärzteausbildung konsequent fortzusetzen, um eine dem künftigen Versorgungsbedarf entsprechende qualitätsvolle Ausbildung zu ermöglichen. (TZ 9)	X			
(11)	die Anpassungen der Inhalte der Ärzteausbildung an die Entwicklungen in der Medizin und an sonstige relevante Rahmenbedingungen durch klare und straffe Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse zu beschleunigen. (TZ 9)	X			

Der RH empfahl,	BMASGPK	Land NÖ	NÖGUS	NÖ LGA
(12) angesichts der stärkeren medizinischen Spezialisierung sowie der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen Instrumente zur überregionalen Steuerung der erforderlichen fachärztlichen Ausbildungsstellen zu erwägen. Solche Instrumente könnten neue rechtliche Vorgaben sein, etwa eine Ausbildungsverpflichtung analog zu der in der Allgemeinmedizin (TZ 16), oder eine engere Abstimmung insbesondere mit den Rechtsträgern von Krankenanstalten, den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer. (TZ 10)	X			
(13) angesichts der Relevanz der Daten zu den (un-) besetzten Ausbildungsstellen für Planung, Monitoring und Steuerung der Ausbildungskapazitäten im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten eine enge Abstimmung und einen Austausch der zur Ärzteausbildung vorhandenen Daten zwischen dem Gesundheitsministerium, der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und den Rechtsträgern von Krankenanstalten zu erreichen. (TZ 10)	X	X		X
(14) angesichts der deutlich steigenden Kosten die in der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 vorgesehenen und im Jänner 2025 bereits eingeleiteten Zielabweichungs- und Konsultationsmechanismen nachvollziehbar in schriftlicher Form anzuwenden. (TZ 12, TZ 18)		X		X
(15) die im Landtagsbeschluss zum Gesundheitsplan 2040+ vorgesehenen Umsetzungsschritte und Berichtspflichten weiterzuverfolgen. (TZ 13)		X		
(16) die aktuelle und die künftigen Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen auf Übereinstimmung mit dem Gesundheitsplan 2040+ zu prüfen und gegebenenfalls unter Einhaltung der budgetären Rahmenbedingungen anzupassen. (TZ 13)		X		X

Der RH empfahl,		BMASGPK	Land NÖ	NÖGUS	NÖ LGA
(17)	einen gesetzeskonformen und dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechenden Regionalen Strukturplan Gesundheit Niederösterreich zu entwickeln und gemeinsam mit der Sozialversicherung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu beschließen. Dabei wären die notwendigen Umsetzungsschritte für zukünftig geplante strukturelle Änderungen frühzeitig zu konkretisieren; in der Folge wäre deren sektorenübergreifend abgestimmte Umsetzung zu gewährleisten. (TZ 14)		X	X	
(18)	im Sinne des im Gesundheitsplan 2040+ vorgesehenen Strukturwandels die frühzeitige Verankerung der weiteren notwendigen Umsetzungsschritte in verbindlichen Versorgungsplanungsinstrumenten zu forcieren und deren sektorenübergreifend abgestimmte, kontinuierliche Umsetzung sicherzustellen. Dabei wären auch die verfügbaren und für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung benötigten ärztlichen Personalressourcen als eine Grundlage in der Planung der Strukturen und Kapazitäten zu berücksichtigen. (TZ 14)		X	X	
(19)	im Hinblick auf die Umsetzung des Gesundheitsplans 2040+ zukunftsorientierte, standortübergreifende Analysen zum Personalbedarf in den künftigen Versorgungsstrukturen zu erstellen, um die Grundlage für eine längerfristige bedarfsorientierte Planung der ärztlichen Ressourcen für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu schaffen. (TZ 15)				X
(20)	zu definieren, welche aussagekräftigen Daten für die Personalbedarfsplanung erforderlich sind; diese wären konsolidiert von den Krankenanstalten einzufordern, um das Personalbedarfsberechnungsmodell fertigstellen zu können und über eine valide Grundlage für eine bedarfsorientierte Planung zu verfügen. (TZ 15)				X

Der RH empfahl,	BMASGPK	Land NÖ	NÖGUS	NÖ LGA
(21) die Ziele, eine Bedarfsanalyse der ärztlichen Ausbildungskapazitäten vorzunehmen sowie die Ausbildung bedarfsorientiert zu planen und umzusetzen, in Abstimmung mit den geplanten Ärztebedarfsprognosen konsequent zu verfolgen und damit zur überregionalen und österreichweiten Planung der ärztlichen Ausbildungskapazitäten beizutragen. (TZ 16)				X
(22) bei der Kommission für die ärztliche Ausbildung auf eine Aktualisierung der empfohlenen Anzahl der Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin hinzuwirken. (TZ 16)	X	X		
(23) unter Berücksichtigung der strategischen Vorgaben des Gesundheitspakts 2040+ und des Gesundheitsplans 2040+ eine übergeordnete Personalstrategie insbesondere mit dem Schwerpunkt Anwerbung und Bindung des Personals zu erstellen. Bereits bestehende Maßnahmen wären nach einer Evaluierung ihrer Steuerungsrelevanz und Wirkungsweise in die Ziel- und Maßnahmenhierarchie der Strategie einzubinden. (TZ 17)				X
(24) auszuwerten, inwiefern die Verfügbarkeitsprämie das ärztliche Beschäftigungsausmaß erhöht und zum Anstieg der Vollzeitanstellung beiträgt. Bei Anträgen auf Teilzeit ohne Rechtsanspruch wäre künftig zu prüfen, ob dafür berücksichtigungswürdige Gründe vorliegen und wichtige dienstliche Interessen einer Genehmigung nicht entgegenstehen. (TZ 18)				X
(25) sich für ein österreichweit abgestimmtes Vorgehen der Rechtsträger von Fondskrankenanstalten bei ärztlichen Gehaltsmodellen und Anträgen auf Teilzeit ohne Rechtsanspruch einzusetzen, um einem weiteren Anstieg der Kosten für ärztliches Personal und einem weiteren Rückgang der Vollzeitanstellungen vorzubeugen. (TZ 18)	X	X		

Rechnungshof Österreich

Wien, im November 2026
Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang

Ressortbezeichnung und -verantwortliche

Tabelle A: Gesundheitsministerium von 2019 bis Juli 2025

Zeitraum	Bundesministerien-gesetz-Novelle	Ressortbezeichnung	BundesministerIn
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 Anschober
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 Anschober
			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

Tabelle B: Zuständiges Mitglied der NÖ Landesregierung von 2019 bis Juli 2025

Zeitraum	Landesgesetz	Ressortzuständigkeit	Mitglied der NÖ Landesregierung
22. März 2018 bis 22. März 2023	LGBl. 21/2018	Personalangelegenheiten	Landeshauptfrau Mag.[a] Johanna Mikl-Leitner
		Angelegenheiten der Krankenanstalten einschließlich der sanitären Aufsicht; Verwaltung der Landeskliniken	Landeshauptfrau-Stellvertreter Dr. Stefan Pernkopf
seit 22. März 2023	LGBl. 20/2023	Personalangelegenheiten	Landeshauptfrau Mag.[a] Johanna Mikl-Leitner
		Angelegenheiten der Krankenanstalten einschließlich der sanitären Aufsicht; Angelegenheiten der NÖ Landesgesundheits-agentur; Abschluss der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung 2024–2026 (gemeinsam mit Mag.[a] Christiane Teschl-Hofmeister)	Landesrat Dipl.-Ing. Ludwig Schleritzko

Quelle: Land Niederösterreich

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personalkosten österreichweit nach Berufsgruppen in den Jahren 2014 und 2015 sowie 2023 und 2024 ____ 27
Tabelle 2: Anteil der Wohnsitzbevölkerung und der inländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten an den stationären Aufenthalten je Land im Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2024 ____ 39
Tabelle 3: Personal in den Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur von 2019 bis 2024 ____ 59
Tabelle 4: Deckung des Abgangs der NÖ Landesgesundheitsagentur durch das Land Niederösterreich ____ 64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung 2024 laut Eurostat ____ 21
Abbildung 2: Entwicklung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) von 2017 bis 2024 und der Ausgabenobergrenze laut Monitoring Zielsteuerung-Gesundheit ____ 23
Abbildung 3: Entwicklung ausgewählter stationärer Kennzahlen von 2014 bis 2024 ____ 24
Abbildung 4: Entwicklung der Gesamtkosten und Personalkosten für Krankenanstalten von 2014 bis 2024 ____ 25
Abbildung 5: Entwicklung des Personals in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit von 2014 bis 2024 ____ 26
Abbildung 6: Organisation der NÖ Landesgesundheitsagentur ____ 36
Abbildung 7: Gastpatientenströme gemessen an der Anzahl der stationären Aufenthalte im Zeitraum 2018 bis 2024 (Jahresdurchschnitt) ____ 40
Abbildung 8: Entwicklung des ärztlichen Personals an den Krankenanstalten-Standorten der NÖ Landesgesundheitsagentur von 2019 auf 2024 ____ 61
Abbildung 9: Im Gesundheitspakt 2040+ geplante abgestufte intramurale Versorgungsstruktur ____ 67
Abbildung 10: Voll- und Teilzeitbeschäftigung des ärztlichen Personals in Krankenanstalten der NÖ Landesgesundheitsagentur nach Altersgruppen im Jahr 2024 ____ 85

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
d.h.	das heißt
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
EG	Europäische Gemeinschaften
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
(f)f.	folgende
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
KEF und RZ-V 2015	Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher
LGBl.	Landesgesetzblatt
LK	Landesklinik
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Ltg.	Landtag

Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
NÖ	Niederösterreichische (r, s)
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
TZ	Textzahl
u.a.	unter anderem
VZÄ	Vollzeitäquivalent
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

R
H

