



# Struktur- und Schnittstellenprobleme im österreichischen Gesundheitssystem

**Hans Pitlik, Benjamin Bittschi, Ulrike Famira-Mühlberger, Manuel Zerobin**

---

Wissenschaftliche Assistenz: Lydia Grandner,  
Gabriel Haintz, Cornelia Schobert,  
Stephan Schreml

April 2026

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

# Struktur- und Schnittstellenprobleme im österreichischen Gesundheitssystem

Hans Pitlik, Benjamin Bittschi, Ulrike Famira-Mühlberger,  
Manuel Zerobin

April 2026

---

**Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung**  
**Im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer**

Begutachtung: Margit Schratzenstaller, Thomas Url

Wissenschaftliche Assistenz: Lydia Grandner, Gabriel Haintz, Cornelia Schobert,  
Stephan Schreml

Das österreichische Gesundheitssystem weist eine komplexe und zersplitterte Planungs-, Entscheidungs- und Finanzierungsstruktur auf. Eine Governance-Analyse impliziert, dass dabei Fehlanreize in der Patient:innensteuerung und in der Abstimmung zwischen extramuraler und intramuraler Versorgung entstehen. Steuerungs- und Koordinationsprobleme zwischen den Versorgungssektoren tragen bei fragmentierten Finanzierungsstrukturen dazu bei, dass Patient:innen tendenziell häufiger teure Spitalsambulanzleistungen oder stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, anstatt niedergelassene Fachärzt:innen zu besuchen. Die Studie untersucht weiters empirisch, wie regionale Unterschiede in der ärztlichen Versorgungsdichte die Nutzung stationärer Leistungen beeinflussen. Zusätzlich wird analysiert, welche Auswirkungen neu gegründete Primärversorgungszentren sowohl auf intramurale Leistungen als auch auf andere Gesundheitsdienstleister:innen haben.

2026/3/S/WIFO-Projektnummer: 25057

© 2026 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (43 1) 798 26 01 0 • <https://www.wifo.ac.at> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/66372432>

Diese Studie wurde von den Ländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien gemeinsam beauftragt. Die Kosten der Studie wurden (nach der Volkszahl 2025) auf die Länder wie folgt aufgeteilt:

	Aufteilung nach der VZ 2025		
	In Einw.	In %	In Euro
Burgenland	302 065	3,302055	3279,93
Kärnten	569 779	6,228598	6186,87
Niederösterreich	1 723 472	18,840312	18 714,08
Oberösterreich	1 529 890	16,724151	16 612,10
Salzburg	570 871	6,240535	6 198,72
Steiermark	1 269 180	13,874172	13 781,22
Tirol	774 986	8,471839	8 415,08
Vorarlberg	409 580	4,477366	4 447,37
Wien	1 997 966	21,840972	21 694,64
<b>Summe</b>	<b>9 147 789</b>	<b>100,000000</b>	<b>99 330,00</b>

## Inhalt

<b>1. Einführung</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstellung	1
1.2 Vorgehensweise	3
<b>2. Finanzielle Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem</b>	<b>5</b>
2.1 Verfügbare Datenquellen	5
2.2 Öffentliche Gesundheitsausgaben Österreichs im internationalen Vergleich	6
2.2.1 Gesamtausgaben in SHA- und COFOG-Abgrenzung	6
2.2.2 Struktur der Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern und Funktionen	10
<b>3. Governance und finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem</b>	<b>17</b>
3.1 Institutionelle Akteure, Zuständigkeiten und Koordinierungsgremien	17
3.1.1 Bundesregierung	18
3.1.2 Bundesländer und Gemeinden	20
3.1.3 Sozialversicherung	21
3.1.4 Private Akteure und Interessensvertretungen	22
3.1.5 Koordinierungsmechanismen (multi-level governance)	22
3.1.6 Zwischenfazit: Fragmentierte statt integrierte Gesamtsteuerung	24
3.2 Gesundheitsausgaben der staatlichen Subsektoren	26
3.3 Kostenvorteile der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung?	29
3.4 Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter versus stationärer Versorgung	31
3.4.1 Ausgangspunkt der Governance-induzierten Fehlanreize	31
3.4.2 Unzureichende Steuerung der Patient:innenströme	33
3.4.3 Vertragsarztmangel im niedergelassenen Sektor	35
3.4.4 Bedarfsplanung im niedergelassenen Bereich	37
3.4.5 Governance-induzierte Fehlanreize im Spitalsbereich	40
<b>4. Gesundheitsökonomische Folgewirkungen unterschiedlicher Versorgungsdichten im niedergelassenen Bereich</b>	<b>44</b>
4.1 Einleitung	44
4.2 Daten	45
4.3 Deskriptive Ergebnisse	46
4.3.1 Ärztedichte	46
4.3.2 Zusammenhang Ärztedichte und stationäre Aufnahmen	50
4.4 Die Effekte der regionalen Ärztedichte auf intramurale Leistungen: eine Paneldatenanalyse auf Ebene der Bezirke	53
4.4.1 Vermeidbare Hospitalisierungsraten und Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)	54
4.4.2 Erklärende Variablen der Regressionen	55
4.4.3 Verwendete Methodik	56
4.4.4 Ergebnisse der Datenanalyse	58

4.5	Die Effekte von Primärversorgungszentren auf die intramurale Versorgung	63
4.5.1	Verwendete Daten	64
4.5.2	Verwendete Methodik	64
4.5.3	Ergebnisse der Datenanalyse	65
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse und gesundheitspolitische Implikationen</b>	<b>82</b>
5.1	Zentrale Erkenntnisse aus Theorie und institutioneller Analyse	82
5.2	Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse zur ambulanten Versorgungsdichte	83
5.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Primärversorgungseinheiten (PVE)	84
5.4	Aus der Analyse abgeleitete gesundheitspolitische Handlungsoptionen	85
5.5	Zentrale Reformdimensionen	86
<b>6.</b>	<b>Literatur</b>	<b>88</b>
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	<b>92</b>
7.1	Berechnung der Ärztedichten	93
7.2	Robustheit der Ergebnisse	94
7.3	Heatmaps	101
7.4	Regressionstabellen	121

## Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 2.1:	Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich in SHA-Abgrenzung, 1995 bis 2024	7
Übersicht 2.2:	Gesundheitsausgaben Österreichs in COFOG-Subkategorien, 1995 bis 2024	13
Übersicht 3.1:	Ausgaben der staatlichen Subsektoren im Gesundheitswesen, 1995 bis 2024	27
Übersicht 3.2:	Innerstaatliche Transferströme (ESVG-Abgrenzung) im Gesundheitswesen, 2023 und 2024	28
Übersicht 3.3:	Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondskrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich, 2017 bis 2024	33
Übersicht 3.4:	Finanzierungsanteile an Fondsspitalern, 2017 bis 2023	41
Übersicht 4.1:	Ärztedichte: Österreich versus Bundesländer	47
Übersicht 4.2:	Ärztedichte Allgemeinmediziner: Österreich versus Bundesländer	48
Übersicht 4.3:	Fachärztedichte: Österreich versus Bundesländer	49
Übersicht 4.4:	ICD-10 Codes der relevanten akuten und chronischen ACSC	55
Übersicht 4.5:	Kontroll- und Treatmentgruppen nach Jahren	65
Übersicht 4.6:	Deskriptive Statistiken der Ergebnisgrößen	66
Übersicht 4.7:	Aggregierte CS-Regressionsergebnisse der akuten ACSC Ergebnisgrößen	67
Übersicht 4.8:	Aggregierte CS-Regressionsergebnisse der chronischen ACSC Ergebnisgrößen	73
Übersicht A1:	Abgrenzung der Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts versus COFOG	92
Übersicht A2:	Zuordnung medizinischer Fachrichtungen zu Krankheitsbildern	93
Übersicht A3:	Aggregierte TWFE-Regressionsergebnisse der akuten ACSC Ergebnisgrößen	94
Übersicht A4:	Aggregierte TWFE-Regressionsergebnisse der chronische ACSC Ergebnisgrößen	97
Übersicht A5:	Ärztedichte Fachärzte Blutgefäße: Österreich versus Bundesländer	101
Übersicht A6:	Ärztedichte Fachärzte Herz: Österreich versus Bundesländer	101
Übersicht A7:	Ärztedichte Fachärzte Hüfte: Österreich versus Bundesländer	102
Übersicht A8:	Ärztedichte Fachärzte Krebs: Österreich versus Bundesländer	102
Übersicht A9:	Ärztedichte: Burgenland versus Bezirke	103
Übersicht A10:	Allgemeinärztedichte: Burgenland versus Bezirke	103
Übersicht A11:	Fachärztedichte: Burgenland versus Bezirke	104
Übersicht A12:	Ärztedichte: Kärnten versus Bezirke	104
Übersicht A13:	Allgemeinärztedichte: Kärnten versus Bezirke	105
Übersicht A14:	Fachärztedichte: Kärnten versus Bezirke	105
Übersicht A15:	Ärztedichte: Niederösterreich versus Bezirke	106
Übersicht A16:	Allgemeinärztedichte: Niederösterreich versus Bezirke	107
Übersicht A17:	Fachärztedichte: Niederösterreich versus Bezirke	108
Übersicht A18:	Ärztedichte: Oberösterreich versus Bezirke	109
Übersicht A19:	Allgemeinärztedichte: Oberösterreich versus Bezirke	110
Übersicht A20:	Fachärztedichte: Oberösterreich versus Bezirke	111
Übersicht A21:	Ärztedichte: Salzburg versus Bezirke	112
Übersicht A22:	Allgemeinärztedichte: Salzburg versus Bezirke	112

Übersicht A23: Fachärztedichte: Salzburg versus Bezirke	112
Übersicht A24: Ärztedichte: Steiermark versus Bezirke	113
Übersicht A25: Allgemeinärztedichte: Steiermark versus Bezirke	114
Übersicht A26: Fachärztedichte: Steiermark versus Bezirke	115
Übersicht A27: Ärztedichte: Tirol versus Bezirke	115
Übersicht A28: Allgemeinärztedichte: Tirol versus Bezirke	116
Übersicht A29: Fachärztedichte: Tirol versus Bezirke	116
Übersicht A30: Ärztedichte: Vorarlberg versus Bezirke	117
Übersicht A31: Allgemeinärztedichte: Vorarlberg versus Bezirke	117
Übersicht A32: Fachärztedichte: Vorarlberg versus Bezirke	117
Übersicht A33: Ärztedichte: Wien versus Bezirke	118
Übersicht A34: Allgemeinärztedichte: Wien versus Bezirke	119
Übersicht A35: Fachärztedichte: Wien versus Bezirke	120
Übersicht A36: Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung	121
Übersicht A37: Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung mit Kontrollvariablen	122
Übersicht A38: Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien	123
Übersicht A39: Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien	124
Übersicht A40: Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren	124
Übersicht A41: Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen und ohne Wien	125
Übersicht A42: Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen	126
Übersicht A43: Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, ohne Wien	127
Übersicht A44: Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung	128
Übersicht A45: Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen	128
Übersicht A46: Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien	130
Übersicht A47: Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien	131
Übersicht A48: Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung	132
Übersicht A49: Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen	133
Übersicht A50: Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien	134
Übersicht A51: Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien	135
Übersicht A52: Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren	135
Übersicht A53: Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen	136
Übersicht A54: Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen, ohne Wien	137
Übersicht A55: Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von 3 Jahren, ohne Wien	138
Übersicht A56: Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung	139
Übersicht A57: Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen	139
Übersicht A58: Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien	141
Übersicht A59: Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien	142

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2.1: Laufende Gesundheitsausgaben in SHA-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023	8
Abbildung 2.2: Gesundheitsausgaben in Österreich in SHA- und COFOG-Abgrenzung, 1995 bis 2023	9
Abbildung 2.3: Staatliche Gesundheitsausgaben in COFOG-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023	9
Abbildung 2.4: Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern in SHA-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023	12
Abbildung 2.5: Entwicklung der Anteile der funktionalen Subkategorien in % der staatlichen Gesamtausgaben im Gesundheitswesen Österreichs, 1995 bis 2024	14
Abbildung 2.6: Gesundheitsausgaben nach funktionalen Kategorien in COFOG-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023	15
Abbildung 2.7: Anteil der Staatsausgaben für stationäre Behandlung und staatliche Gesundheitsausgaben im europäischen Vergleich, 2023	16
Abbildung 3.1: Entwicklung der Ausgaben der staatlichen Subsektoren im Gesundheitswesen, 1995 bis 2024	27
Abbildung 3.2: Praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner:innen, 2023	37
Abbildung 4.1: Stationäre Patient:innen – Herzkrankheiten versus Facharztdichte (2023)	51
Abbildung 4.2: Stationäre Patient:innen – Schenkelhalsfraktur versus Facharztdichte (2023)	52
Abbildung 4.3: Stationäre Patient:innen – Krebs versus Facharztdichte (2023)	52
Abbildung 4.4: Stationäre Patient:innen – Blutgefäße Gehirn versus Facharztdichte (2023)	53
Abbildung 4.5: CS-Kohortenschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage	68
Abbildung 4.6: CS-Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage	69
Abbildung 4.7: CS-Kohortenschätzer: Zahl der Einlieferungen	70
Abbildung 4.8: CS-Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen	71
Abbildung 4.9: CS-Kohortenschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer	72
Abbildung 4.10: CS-Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer	73
Abbildung 4.11: CS-Kohortenschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage	75
Abbildung 4.12: CS-Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage	76
Abbildung 4.13: CS-Kohortenschätzer: Zahl der Einlieferungen	77
Abbildung 4.14: CS-Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen	78
Abbildung 4.15: CS-Kohortenschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer	79
Abbildung 4.16: CS-Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer	80
Abbildung A1: TWFE-Kohorten und Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage	95
Abbildung A2: TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen	96
Abbildung A3: TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer	97
Abbildung A4: TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage	98
Abbildung A5: TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen	99
Abbildung A6: TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer	100

## 1. Einführung

### 1.1 Problemstellung

Die staatlichen Gesundheitsausgaben, getrieben durch demografischen Wandel, medizinischen und technologischen Fortschritt stellen die Fiskalpolitik vor wachsende budgetäre Herausforderungen. Als Reaktion auf den erheblichen gesamtstaatlichen Konsolidierungsdruck gewinnen Reformstrategien an Bedeutung, die eine effizientere Allokation der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen versprechen. Neben Fragen nach Leistungsumfang und Leistungsqualität stehen vor allem Aspekte der fragmentierten Organisation und der Finanzierung des Gesundheitssystems im Mittelpunkt der Reformdebatten in Österreich. Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über Konsolidierungspotenziale und -strategien sowie der erneuten deutlichen Überschreitung vereinbarter Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2023 (Haindl et al., 2025) geht es dabei vor allem um Effizienzreserven und Einsparmöglichkeiten<sup>1)</sup>.

Die öffentlichen Ausgaben für das österreichische Gesundheitswesen sind im europäischen Vergleich hoch. Im Jahr 2024 erreichten die Ausgaben staatlicher Akteure (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger) im Funktionsbereich ‚Gesundheit‘ 46,8 Mrd. €, bzw. 9,5% des BIP – das ist der höchste Wert unter den EU-Mitgliedsländern. Im Vergleich zu den BENESCAND-Ländern<sup>2)</sup> fällt der Unterschied weniger drastisch, jedoch weiterhin deutlich aus. Der Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben ist seit 1995 von 12,0% auf 17,2% im Jahr 2024 gestiegen.

Koordinations- und Abstimmungsmängel zwischen den Akteuren und Finanzierungsträgern gelten als zentrale Quelle für mögliche Ineffizienzen und als mögliche Ursache für eine hohe Kostendynamik im Gesundheitswesen. Zwar ist einer jährlich vom Institut für empirische Sozialforschung IFES durchgeführten repräsentativen Umfrage zufolge die Hälfte der österreichischen Bevölkerung zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Gesundheitssystem (Austrian Health Report, 2025). Gleichzeitig erwarten 82% der Befragten Leistungskürzungen und 80% rechnen künftig mit Sparmaßnahmen bei der Gesundheitsversorgung<sup>3)</sup>.

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch hohe Komplexität und starke Fragmentierung der Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortlichkeiten im bundesstaatlichen Kontext charakterisiert: Effizienzdefizite werden häufig mit der föderalen Aufgabenverteilung und den komplexen Finanzierungsstrukturen in Verbindung gebracht.

---

<sup>1)</sup> Siehe auch die Beiträge im FISK-Workshop „Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar?“ vom 24.9.2025, zusammengefasst in Büro des Fiskalrates (2025).

<sup>2)</sup> Belgien, Niederlande, Dänemark, Schweden, Finnland als Vergleichsgruppe für Österreich wegen ähnlich hohem wirtschaftlichem Entwicklungsniveau sowie ähnlichen Herausforderungen.

<sup>3)</sup> <https://www.austrianhealthreport.at/ahr-2025/zufriedenheit-und-digitalisierung/>.

- Gesetzgeberische Kompetenzen sind zwischen der Bundesebene einerseits und der Landesebene andererseits aufgeteilt. Hinsichtlich der Krankenanstalten beschränkt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf die Vorgabe von Grundsätzen für Errichtung und Betrieb der Spitäler. Die Bundesländer sind vor allem verantwortlich, die Verfügbarkeit von adäquaten Spitalskapazitäten sicherzustellen, wobei die Planungskompetenzen in einem komplexen und hybriden Governance-Modell sektorübergreifender Kooperation geregelt sind.
- Die Versorgung außerhalb der Spitäler, insbesondere die Bereitstellung von Vertragsleistungen im niedergelassenen Bereich, die Versorgung mit Medikamenten, sowie Rehabilitation werden an die Sozialversicherung und andere Selbstverwaltungsorgane (Berufsverbände der Gesundheitsdienstleister) delegiert. Die extramurale Versorgung wird durch Gesamtverträge geregelt, die zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärztekammern verhandelt werden.
- Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt gemeinschaftlich, wobei Bund, Bundesländer, Gemeinden und Sozialversicherungsträger jeweils unterschiedliche Anteile zum Gesamtbudget zu unterschiedlichen Teilbereichen und Trägern der Leistungserbringung beisteuern. Die resultierenden Finanzierungsströme sind entsprechend komplex.

Daraus ergeben sich erhebliche Herausforderungen für die Patientensteuerung, Koordination und Finanzierung von extramuraler/niedergelassener und spitalsambulanter bzw. stationärer Versorgung. Sie generieren unerwünschte Anreize, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgungslagen, zu Umleitungen von Patientenströmen und weiteren Allokationsineffizienzen im Gesundheitswesen führen können. Im Zentrum der Debatte um eine hohe Kostendynamik aufgrund möglicher Fehlanreize durch Entscheidungs- und Finanzierungszuständigkeiten und Patientensteuerung steht die seit Jahren proklamierte Devise „digital vor ambulant vor stationär“.

Ziel der Gesundheitsreform, die im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen 2023 mitverhandelt wurde, ist es, durch langfristige Maßnahmen im österreichischen Gesundheitssystem eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung und deren Finanzierbarkeit sicherzustellen (Bittschi et al., 2024a). Zum Kernbestandteil der Reformen gehört laut BMASGPK, die Aufgaben zwischen niedergelassenem Bereich, Krankenanstalten und anderen Einrichtungen so aufzuteilen, dass Gesundheitsleistungen möglichst wohnortnahe und am „best point of service“<sup>4)</sup> bereitgestellt werden. Insbesondere hält das Ministerium fest:

*„... viele Leistungen, die bei niedergelassenen Ärzt:innen besser und günstiger möglich wären, werden derzeit in Spitälern erbracht. Das verursacht auf lange Sicht enorme Kosten.“*

Die Ausgangsthese ist, dass im gegenwärtigen System starke Anreize für eine Nutzung der (teuren) Krankenhauskapazitäten und der Spitalsambulanzen im Vergleich zur Versorgung bei niedergelassenen Fachärzten bestehen. Österreich gilt als ein „spitalslastiges“ Land mit einem hohen Anteil an stationären Behandlungen (OECD, 2025), was partiell die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitsausgaben begründen könnte. Behandlungen im Spital sind

---

<sup>4)</sup> Siehe <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsreform.html#die-gesundheitsreform-0-1>.

eigentlich auf schwerere Erkrankungen ausgerichtet. Dennoch suchen Patient:innen Spitäler oft auch mit nur leichteren Beschwerden auf. Verlagerungen aus dem stationären Bereich in den tagesklinischen, intramural-ambulanten oder extramuralen Bereich wären nicht nur aus budgetären, sondern auch aus gesundheitspolitischen Gründen erstrebenswert (Czypionka et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund bietet die vorliegende Studie eine relevante empirische Datenbasis für eine Quantifizierung der Struktur- und Schnittstellenprobleme im österreichischen Gesundheitssystem. Ziel ist es aufzuzeigen, ob und inwiefern Governance-Probleme in der Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren und ihre Verbindung zu den bestehenden Finanzierungsstrukturen Fehlsteuerungen, Ineffizienzen und Kostendynamiken im österreichischen Gesundheitssystem verursachen. Die empirische Analyse richtet den Fokus auf die Schnittstelle zwischen extra- und intramuralem Sektor, um Interdependenzen in der ambulanten und stationären Versorgung aufzuzeigen und die möglichen Folgelasten einer unzureichenden Abstimmung der Versorgungssektoren zu quantifizieren. Die Studie kann dadurch einen Beitrag zu einer rationalen und evidenzbasierten Debatte über organisatorische und finanzielle Reformen zur Verbesserung der Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen speziell im föderativen Kontext leisten, ohne bereits konkrete und komplexe Reformmodelle zu entwickeln.

## 1.2 Vorgehensweise

Im Anschluss an das einleitende Kapitel gibt Kapitel 2 einen Überblick über die wichtigsten finanziellen Entwicklungen und Budgetstrukturen im österreichischen Gesundheitssystem. Dabei werden die Kosten- und Ausgabenentwicklungen beschrieben und in einen internationalen Vergleich eingeordnet. Im Mittelpunkt steht die Analyse der mittel- bis längerfristigen Ausgabendrends in den verschiedenen Versorgungsbereichen – mit besonderem Fokus auf die Gegenüberstellung von stationärer und ambulanter Versorgung.

Kapitel 3 widmet sich Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen im österreichischen Gesundheitswesen. Es wird gezeigt, wie das Zusammenspiel der zuständigen Entscheidungsgremien funktioniert und wo es aufgrund der komplexen Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu Problemen kommt – insbesondere an den Schnittstellen zwischen extramuralem und intramuralem Bereich. Diskutiert werden dabei zentrale institutionelle Herausforderungen und Fehlanreize, die sich aus der Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und der Sozialversicherung ergeben.

Kapitel 4 untersucht empirisch den Zusammenhang zwischen der regionalen Verfügbarkeit ambulanter ärztlicher Versorgung und der Inanspruchnahme intramuraler Gesundheitsleistungen. Aufbauend auf einer deskriptiven Analyse der Entwicklung regionaler Ärztedichten zwischen 2017 und 2024 – getrennt nach Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen, richtet sich der Fokus der empirischen Untersuchung gezielt auf die Schnittstelle zwischen extra- und intramuralem Sektor. Hierfür werden vermeidbare Hospitalisierungen bei akuten und chronischen Erkrankungen (ACSC) als zentraler Indikator herangezogen, da sie stationäre Aufenthalte abbilden, die bei einer gut funktionierenden ambulanten Versorgung teilweise vermeidbar wären und somit Rückschlüsse auf die Versorgungscoordination erlauben. Als zentrale erklärende Variable dient die Veränderung der regionalen Allgemeinmediziner- und Facharztdichte in Relation zur

Bevölkerung. Darüber hinaus präsentiert dieses Kapitel kausale Effekte neu errichteter Primärversorgungseinheiten (PVE) auf vermeidbare Hospitalisierungen auf Gemeindeebene, da PVEs explizit mit dem Ziel geschaffen wurden, die wohnortnahe Versorgung zu stärken und die stationäre Versorgung zu entlasten.

Die Studie schließt mit einer Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse sowie gesundheitspolitischen Handlungsoptionen in Kapitel 5.

## 2. Finanzielle Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem

### 2.1 Verfügbare Datenquellen

Die Erfassung von Gesundheitsausgaben erfolgt in unterschiedlichen statistischen Systemen, die sich in definitorischen Abgrenzungen, Betrachtungsperspektiven und ihre räumliche Reichweite und zeitlichen Abdeckung unterscheiden, dennoch auch starke Überschneidungen aufweisen. Für internationale Vergleiche werden zumeist das **System of Health Accounts (SHA)** und die ESVG-kompatible Erfassung der Gesundheitsausgaben in der funktionalen Staatsausgabenstatistik **COFOG** als Datenquellen herangezogen<sup>5)</sup>. Beide statistischen Systeme ergänzen einander: SHA zeigt das Gesamtbild des Gesundheitswesens, COFOG illustriert das staatliche Segment unterteilt nach föderalen Ebenen.

Das SHA ist ein umfassendes, international harmonisiertes System zur Erfassung der Gesundheitsausgaben eines Landes – unabhängig davon, wer sie finanziert (Staat, Sozialversicherung, private Haushalte, Unternehmen, Krankenversicherungen, Ausland). SHA nimmt eine primär gesundheitsökonomische Perspektive ein und bezieht sich auf Leistungen im Sinne der Gesundheitsversorgung, einschließlich Prävention, kurativer und rehabilitativer Leistungen, Langzeitpflege und der Gesundheitsverwaltung. Es wird unterschieden zwischen den drei Dimensionen Leistungstyp (function), Leistungserbringer (provider) und Finanzierungsschema (privat oder öffentlich). SHA erfasst dabei auch private Ausgaben (z. B. Selbstzahlungen der Haushalte, freiwillige Zusatzversicherungen). Als „öffentlich“ werden steuer- und beitragsfinanzierte Ausgaben aus den Budgets der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungsträger klassifiziert. Dabei bilden die SHA-Zahlen die Gesundheitsfinanzierung auch obligatorischer, aber privatrechtlich organisierter Systeme ab. SHA schafft somit auch internationale Vergleichbarkeit von Ausgaben auch zwischen Ländern, die unterschiedlich organisierte Gesundheitssysteme aufweisen. Prinzipiell sind Ausgaben aller gebietskörperschaftlichen Ebenen und der Sozialversicherung(en) erfasst, sie werden aber zumeist nicht getrennt ausgewiesen. Im Fokus der SHA-Abgrenzung stehen die laufenden Ausgaben (z. B. Personal, Medikamente, Betriebskosten) für Gesundheitsleistungen und -güter, die zur unmittelbaren Befriedigung individueller und kollektiver Bedürfnisse verwendet werden. Investitionen im Gesundheitswesen werden nicht als Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen interpretiert, sondern als Ausgaben zur Ermöglichung zukünftigen Konsums von Gesundheitsleistungen (OECD & European Commission, 2024).

COFOG nimmt demgegenüber eine budgetär-finanzstatistische Perspektive ein und ist Teil der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ESVG 2010); der Fokus liegt auf der Klassifikation der staatlichen Ausgaben nach staatlichen Funktionen und Teilfunktionen. Es werden ausschließlich Ausgaben des Staates erfasst, jedoch keine Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte

---

<sup>5)</sup> Der innere Zusammenhang zwischen COFOG und SHA-Daten ist in European Commission (2019) dargestellt. Im Anhang der vorliegenden Studie findet sich eine knappe tabellarische Abgrenzung zwischen SHA und COFOG.

Die ESSOSS-Statistik (European System of Social Protection Statistics) ist, neben SHA und COFOG, der dritte große Ansatz zur Erfassung von Gesundheitsausgaben. Sie unterscheidet sich in ihrer funktionalen Perspektive deutlich, da der Fokus auf dem Sozialschutzsystem und nicht auf dem Gesundheitswesen an sich liegt. Es werden nur solche Gesundheitsausgaben gezählt, die Teil von Sozialschutzleistungen sind. ESSOSS betrachtet Gesundheit rein als soziale Sicherungsleistung, nicht als Teil eines Gesundheitsmarktes.

oder betriebliche Ausgaben. Die Klassifikation folgt der ESVG-Systematik – Ausgaben institutioneller Einheiten, die nicht dem Sektor Staat (S.13) zugerechnet werden, sind in der COFOG nicht direkt erfasst. Allerdings sind finanzielle Mittel der staatlichen Subsektoren (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen), die an nichtstaatliche Gesundheitsanbieter fließen – beispielsweise Transfers aus öffentlichen Budgets an private Spitäler – in den Gesundheitsausgaben des Staates erfasst. Die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben ist definitorisch enger als jene der SHA; z. B. wird Langzeitpflege teilweise unter Sozialschutzausgaben (GF10) und nicht unter Gesundheitsausgaben (GF07) klassifiziert. Für Budgetvergleiche eignet sich COFOG besser als SHA, insbesondere auch deshalb, weil neben den laufenden Ausgaben im Gesundheitswesen auch investive und F&E-Ausgaben berücksichtigt werden<sup>6)</sup>. COFOG-Zahlen spiegeln damit die fiskalische Bedeutung in den öffentlichen Haushalten wider.

Die von Statistik Austria erstellte **österreichische Gesundheitsausgabenstatistik** basiert methodisch vollständig auf dem SHA; sie ist insofern deren nationale Umsetzung. Als Teil der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungssystematik mit einer spezialisierten sektoralen Betrachtung greift sie für umfassende Darstellungen auch auf die COFOG-Abgrenzungen (und ESSOSS) zurück. Damit bildet die Gesundheitsausgabenstatistik die Brücke zwischen den internationalen Rechenwerken und der nationalen Budget- und Sozialstatistik. In den nachfolgenden Betrachtungen und Analysen wird auf alle genannten Rechenwerke zurückgegriffen.

## 2.2 Öffentliche Gesundheitsausgaben Österreichs im internationalen Vergleich

### 2.2.1 Gesamtausgaben in SHA- und COFOG-Abgrenzung

Die laufenden Gesundheitsausgaben nach SHA-Klassifikation, ohne Investitionen und F&E-Ausgaben, erreichten in Österreich im Jahr 2024 ein Volumen von 57,0 Mrd. € (11,5% des BIP). 2023 beliefen sich die laufenden Ausgaben auf 52,8 Mrd. € (11,0% des BIP). In den vergangenen 30 Jahren seit 1995 (9,2% des BIP) sind die laufenden Gesundheitsausgaben damit um mehr als zwei Prozentpunkte des BIP angestiegen.

**Öffentlich** finanzierte laufende Gesundheitsausgaben erreichten 2024 43,5 Mrd. €, bzw. 8,8% des BIP. Der öffentlich finanzierte Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben belief sich damit auf 76,3%. Der öffentliche Anteil liegt im Mittel über die Jahre 1995 bis 2023 bei 74,5% und ist mit den Pandemie Jahren geringfügig angestiegen.

---

<sup>6)</sup> In der SHA werden bei den öffentlichen Investitionen all jene Leistungserbringer des Sektors Staat inkludiert, die Ausgaben in der COFOG GF07 klassifiziert sind, jedoch ohne Ausgaben für Angewandte Forschung und experimentelle Entwicklung im Bereich Gesundheitswesen (GF0705).

Übersicht 2.1: **Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich in SHA-Abgrenzung, 1995 bis 2024**

	1995	2005	2015	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Laufende Gesundheitsausgaben</b>	In Mrd. €								
Öffentlich	12,0	18,1	26,5	31,3	33,2	38,5	38,8	40,5	43,5
Privat	4,1	6,4	9,5	10,8	10,2	11,0	11,5	12,3	13,5
Gesamt	16,2	24,5	36,0	42,0	43,4	49,5	50,3	52,8	57,0
<b>Laufende Gesundheitsausgaben</b>	In % des BIP								
Öffentlich	6,8	7,2	7,7	7,9	8,7	9,5	8,6	8,5	8,8
Privat	2,3	2,5	2,8	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7
Gesamt	9,2	9,7	10,5	10,6	11,4	12,2	11,2	11,0	11,5

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

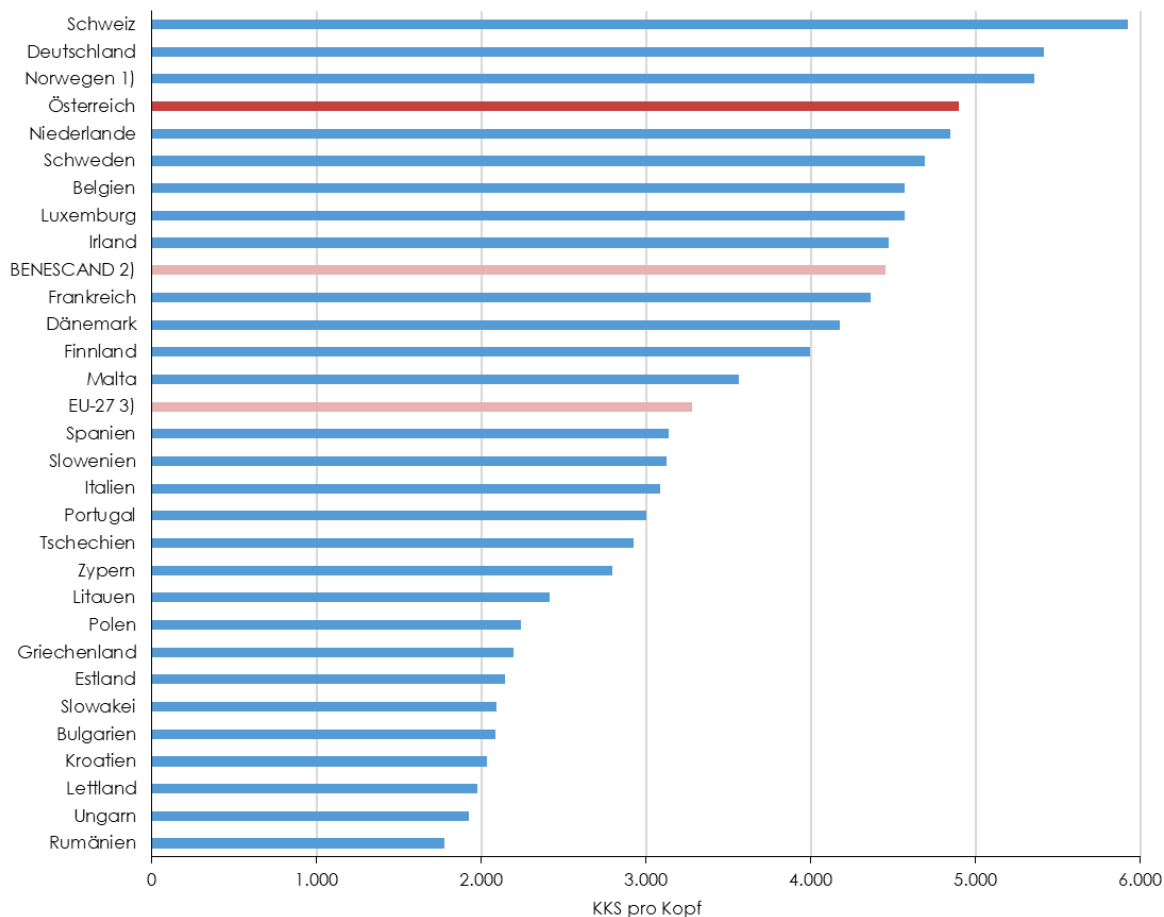
Im europäischen Vergleich lagen die laufenden Gesundheitsausgaben Österreichs 2023 nach der Systematik der SHA-Abgrenzung<sup>7)</sup> – unabhängig von der Finanzierungsquelle (öffentlich oder privat) – mit 4.900 KKS pro Kopf<sup>8)</sup> auf dem vierten Platz hinter der Schweiz, Deutschland und Norwegen (siehe Abbildung 2.1). Die Ausgaben pro Kopf lagen somit rund 40% über dem ungewichteten Durchschnitt von 29 europäischen Ländern (3.440 KKS), wobei der Abstand zum Durchschnitt der BENESCAND-Länder (4.455 KKS) immer noch positiv ist, jedoch deutlich geringer ausfällt.

Das Gesundheitswesen ist funktional einer der bedeutendsten Ausgabenbereiche im gesamtstaatlichen Budget. Ausweislich der funktionalen Staatsausgabenstatistik COFOG beliefen sich die staatlichen Gesundheitsausgaben in Österreich 2024 – einschließlich Investitions- und F&E-Ausgaben – auf 46,8 Mrd. €, bzw. 9,5% des BIP (Übersicht 2.2). Seit 1995 sind sie von 6,7% des BIP um nahezu 3 Prozentpunkte angestiegen (Abbildung 2.2). Auf dem Höhepunkt der COVID19-Krise im Jahr 2021 erreichten sie 10,1% des BIP – was einerseits den außergewöhnlichen Belastungen in der Pandemie, andererseits dem Einbruch der Wirtschaftsleistung (Nennereffekt) geschuldet war.

<sup>7)</sup> Für den internationalen Vergleich liegen noch keine Daten aus dem Jahr 2024 vor.

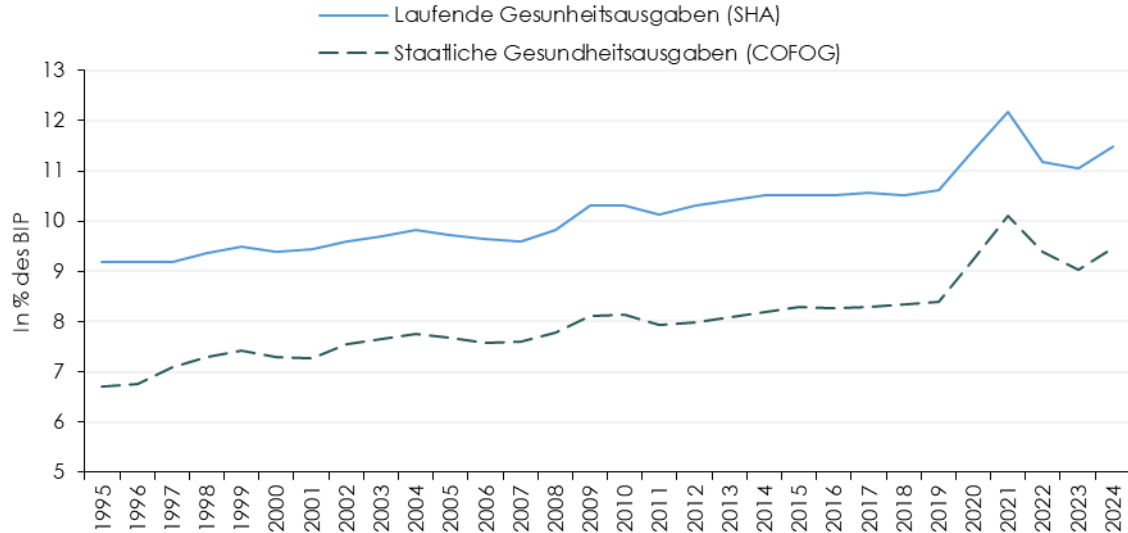
<sup>8)</sup> Der Kaufkraftstandard pro Kopf (KKS pro Kopf) ist eine um Preisunterschiede bereinigte, künstliche Währungseinheit, die auf die Kaufkraft abstellt, um Länder miteinander vergleichbar zu machen.

Abbildung 2.1: **Laufende Gesundheitsausgaben in SHA-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023**



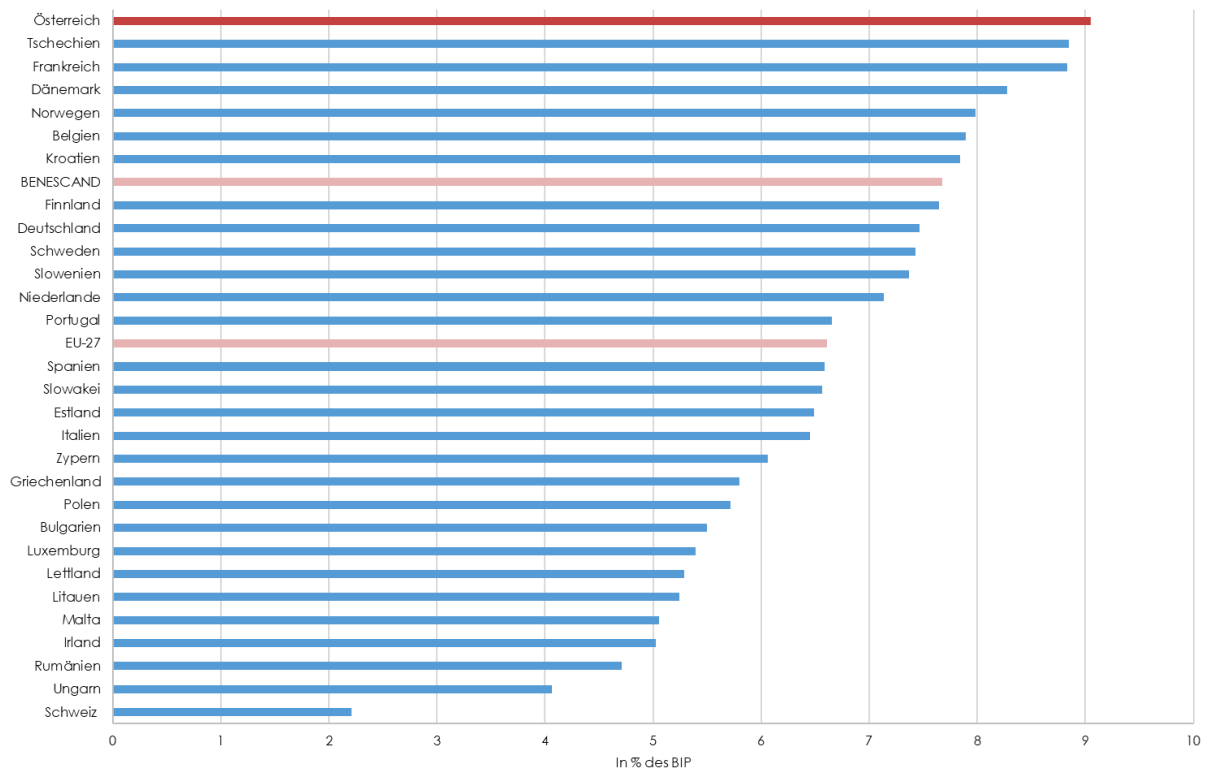
Q: Eurostat, WIFO-Berechnungen. – 1) Angaben für Norwegen für das Jahr 2022. – 2) BENESCAND: Belgien, Dänemark, Niederlande, Finnland, Schweden (Produktivitätsrat, 2025). – 3) EU-27 umfasst die 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Abbildung 2.2: **Gesundheitsausgaben in Österreich in SHA- und COFOG-Abgrenzung, 1995 bis 2023**



Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.3: **Staatliche Gesundheitsausgaben in COFOG-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023**



Q: Eurostat, WIFO-Berechnungen.

Im europaweiten Vergleich von 29 Ländern (EU-27 Mitgliedsländer sowie Schweiz und Norwegen) des Jahres 2023 verzeichnete Österreich mit 9,1% des BIP die höchste staatliche Gesundheitsausgabenquote (Abbildung 2.3)<sup>9)</sup>. Die BENESCAND-Länder liegen mit ihren staatlichen Gesundheitsausgabenquoten erneut zwischen dem EU-27-Durchschnitt und Österreich.

### 2.2.2 Struktur der Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern und Funktionen

Gesundheitsleistungen werden von unterschiedlichen institutionellen Anbietern erbracht. Dazu zählen in der **SHA**-Abgrenzung insbesondere

- Krankenanstalten zur Behandlung von (in der Regel) stationär aufgenommenen Patient:innen;
- ambulante Einrichtungen, zumeist allgemeinmedizinische oder fachärztliche Praxen und Gesundheitszentren, für die Behandlung von Patient:innen, die keine stationäre Aufnahmen benötigen;
- weitere Leistungsanbieter im Gesundheitssystem<sup>10)</sup>.

Dabei verläuft die Grenze zwischen stationärer und ambulanter (spitalsambulant oder niedergelassener) Versorgung in verschiedenen Ländern unterschiedlich, ist zum Teil historisch determiniert und auch institutionell nicht immer ganz eindeutig (Czypionka et al., 2023). So zählen beispielsweise die in der SHA erfassten Ausgaben für Spitalsambulanzen in Österreich zu den Krankenanstalten.

Unterschiedliche Ausgabenstrukturen nach Leistungserbringern sind in Abbildung 2.4 ersichtlich. Im ungewichteten Durchschnitt von 29 europäischen Ländern entfielen im Jahr 2023 auf Krankenanstalten Ausgaben von 3,4% des BIP, bzw. 39,7% der laufenden Gesundheitsausgaben. Mit Ausgaben von 4,3% des BIP liegt Österreich deutlich über dem ungewichteten Mittel, mit einem Ausgabenanteil von 38,8% jedoch im Durchschnitt der Länder. Für Behandlungen in ambulanten Einrichtungen wurden 2023 im arithmetischen Mittel 2,1% des BIP, bzw. 23,9% der laufenden Ausgaben aufgewendet. Österreich lag mit Ausgaben von 2,5% des BIP erneut über, mit einem Ausgabenanteil von 23,0% jedoch knapp unterhalb des ungewichteten Durchschnitts.

Die in funktionalen Subkategorien der zweiten Gliederungsebene der COFOG-klassifizierten Staatsausgaben umfassen alle Transaktionsklassen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, insbesondere (laufende) öffentliche Konsumausgaben, Transferleistungen an Haushalte und Unternehmen sowie Investitionen im Gesundheitswesen. Entscheidend für die Erfassung ist die Zurechnung der Ausgaben zum Budget einer Einheit im Sektor Staat. So werden beispielsweise die Ausgaben von Krankenanstalten, die im Staatssektor klassifiziert sind, vollständig dem

---

<sup>9)</sup> In der Schweiz ist der Sozialversicherungssektor privatrechtlich, also institutionell nicht staatlich im COFOG-Sinn, organisiert, obwohl es sich um eine obligatorische Versicherung handelt. Das Gesundheitssystem der Schweiz ist grundsätzlich durch eine starke private Finanzierung geprägt.

<sup>10)</sup> In der SHA-Klassifikation sind dies Einrichtungen der Langzeitpflege, Hilfsdienste in der Gesundheitsversorgung (Rettungsdienste, Labors usw.), Anbieter medizinischer Güter (vor allem Apotheken), präventive Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverwaltung.

jeweiligen Träger (Gebietskörperschaft oder Sozialversicherungsträger) zugerechnet. Daneben werden Leistungen von (nicht-staatlichen) Krankenanstalten außerhalb des Staatssektors im privaten Sektor oder im Non-Profit-Sektor POoE<sup>11)</sup> klassifiziert; in Österreich z. B. die Ordensspitäler. Erhalten sie staatliche Entgelte oder Betriebsabgangsdeckungen, scheinen diese als sonstige Transfers oder Subventionen in den Budgets der Gebietskörperschaften/Sozialversicherung auf.

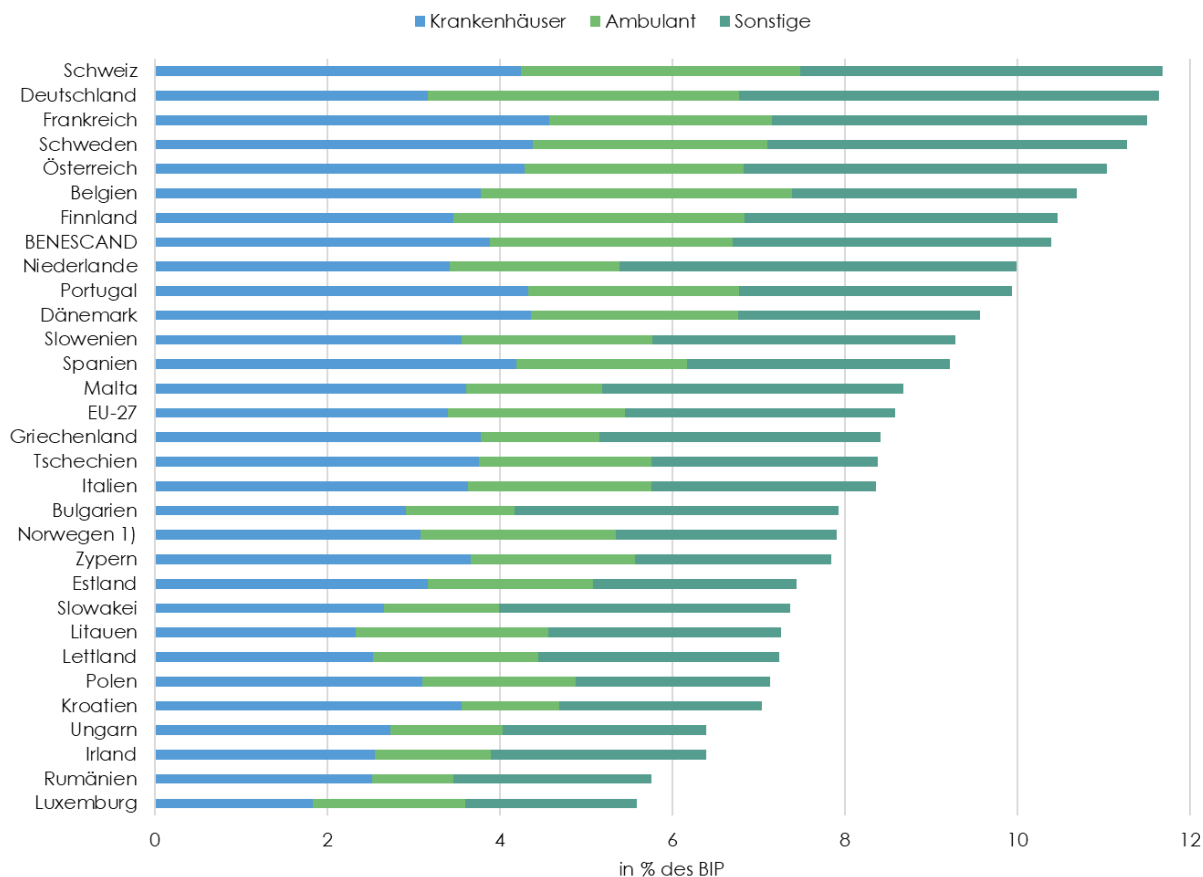
Funktional werden in der **COFOG** die folgenden Ausgabenkategorien unterschieden:

- Ausgaben staatlicher Einheiten für **Medikamente**, medizinische Geräte und andere gesundheitsbezogene Erzeugnisse, die von privaten Haushalten aus Apotheken bezogen werden und für die eine Verwendung außerhalb von Gesundheitseinrichtungen vorgesehen sind (GF0701);
- Staatsausgaben für medizinische oder zahnmedizinische Behandlungen durch Ärzt:innen, nicht-ärztliche Praktik:innen und Hilfskräfte für ambulante Patient:innen (GF0702). Die Behandlung kann zu Hause, in Einzel- oder Gruppenpraxen erfolgen. In Krankenhausambulanzen erbrachte Behandlungen werden zu den „**ambulanten Leistungen**“ gezählt.
- Ausgaben des Staates für **stationäre Behandlungen** in allgemeinen Krankenanstalten und Spezialkliniken, medizinischen Zentren und Entbindungszentren, Pflege- und Kurheimen, die hauptsächlich stationäre Behandlung anbieten (GF0703). Tagesklinische Behandlungen („hospital day-care“) werden als Teil der stationären Behandlung behandelt, wenn sie im Rahmen einer Spitalsorganisation erfolgen.
- Sonstige Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst (GF0704), für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen (GF0705) sowie für die allgemeine Gesundheitsverwaltung (GF0706).

---

<sup>11)</sup> Private Organisationen ohne Erwerbszweck; diese umfassen soziale Aktivitäten wie Wohltätigkeit, Kultur, Sport und Religion, werden durch Spenden und Mitgliedsbeiträge finanziert und sind nicht auf Gewinn ausgerichtet.

Abbildung 2.4: **Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern in SHA-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023**



Q: Eurostat, WIFO-Berechnungen. – 1) Norwegen 2023: Daten nicht verfügbar; Werte 2022.

Übersicht 2.2 zeigt die Entwicklung der Ausgaben in Österreich und deren relative Bedeutung zwischen 2019, dem Jahr vor Ausbruch der COVID19-Pandemie, und den aktuellen verfügbaren Daten aus 2024.

Übersicht 2.2: **Gesundheitsausgaben Österreichs in COFOG-Subkategorien, 1995 bis 2024**

	1995	2005	2015	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	In Mrd. €								
Staatsausgaben gesamt	98,6	130,4	175,2	194,2	218,0	227,6	238,0	249,5	272,7
Gesundheitswesen (GF07)	11,8	19,4	28,4	33,2	35,2	41,0	42,2	43,2	46,8
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen (GF0701)	1,4	2,8	3,9	4,5	4,6	4,9	5,2	5,4	5,9
Ambulante Behandlung (GF0702)	2,4	3,5	5,0	6,2	6,2	6,8	7,3	8,1	9,0
Stationäre Behandlung (GF0703)	6,7	10,9	16,1	18,7	19,7	20,5	21,4	23,7	26,3
Öffentlicher Gesundheitsdienst (GF0704)	0,3	0,4	0,6	0,8	1,6	5,5	4,7	2,1	1,3
Angewandte Forschung und experi- mentelle Entwicklung im Bereich Gesundheitswesen (GF0705)	0,5	1,0	1,6	1,8	1,9	2,1	2,2	2,4	2,7
Gesundheitswesen, a.n.g. (GF0706)	0,5	0,8	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6
Gesundheitswesen (GF07) in % der Staatsausgaben	12,0	14,9	16,2	17,1	16,1	18,0	17,7	17,3	17,2
Gesundheitswesen (GF07) in % des BIP	6,7	7,7	8,3	8,4	9,2	10,1	9,4	9,0	9,5

Q: Statistik Austria.

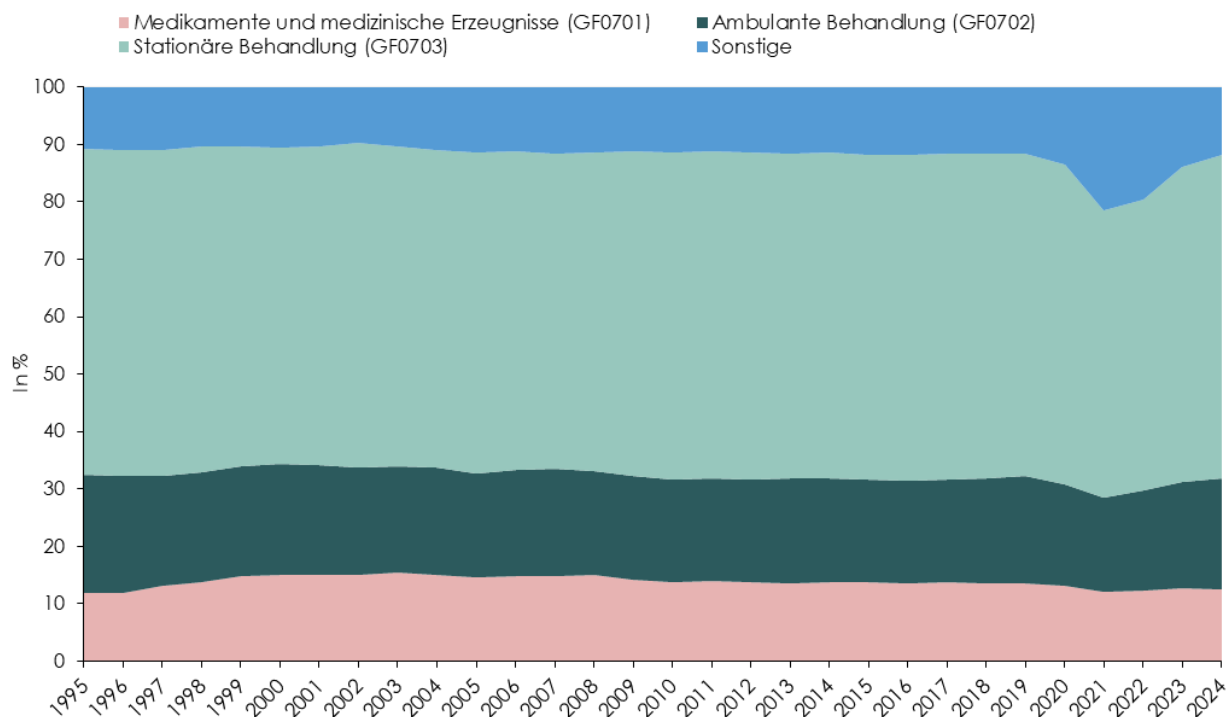
Der größte Block sind die Ausgaben für stationäre Behandlungen (GF0703), die sich 2024 auf 26,3 Mrd. € beliefen. Sie machen in Österreich stets mindestens die Hälfte der staatlichen Gesundheitsausgaben aus. Während der Pandemiejahre war ein leichter Anteilsrückgang zu verzeichnen, der primär auf das Ausgabenwachstum im Öffentlichen Gesundheitsdienst (vor allem infolge der Impfkampagnen) zurückzuführen ist.

Ausgaben für ambulante Behandlung (GF0702) sind volumenmäßig die zweitwichtigste Kategorie. Sie beliefen sich 2024 auf 9,0 Mrd. €. Ihr Anteil an den öffentlichen Gesundheitsausgaben beträgt 19,3% und hat gegenüber den Vorpandemiejahren leicht zugenommen.

Ausgaben für Medikamente und medizinische Erzeugnisse, die außerhalb von Gesundheitseinrichtungen verbraucht werden, machten 2024 insgesamt 5,9 Mrd. € aus; ihr Anteil beträgt am aktuellen Rand 12,6% (2024). Die übrigen Subkategorien summieren sich 2024 zu insgesamt 5,6 Mrd. €, bzw. 11,9% des Gesamtausgabenvolumens auf.

In der längeren Frist zeigen sich – mit Ausnahme der Verschiebungen während der COVID19-Pandemie – weitgehend konstante Ausgabenanteile der jeweiligen Subkategorien funktionaler Gesundheitsausgaben (Abbildung 2.5).

Abbildung 2.5: **Entwicklung der Anteile der funktionalen Subkategorien in % der staatlichen Gesamtausgaben im Gesundheitswesen Österreichs, 1995 bis 2024**



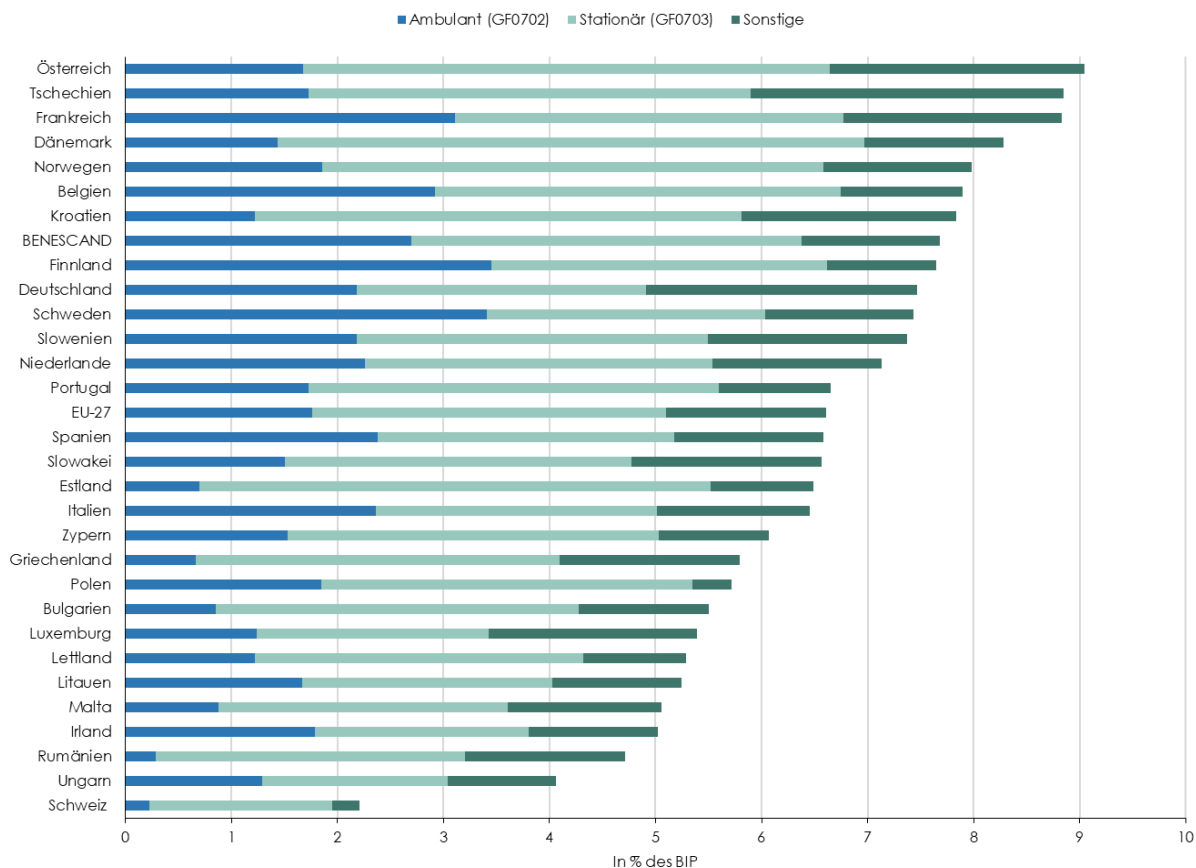
Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Im europäischen Vergleich (Abbildung 2.7) war 2023 der Anteil der Staatsausgaben für **stationäre Behandlungen** an den Gesundheitsausgaben in Österreich mit knapp 55% leicht überdurchschnittlich. Der (ungewichtete) Durchschnitt der 29 Länder (EU 27 plus Schweiz und Norwegen) lag 2023 bei 52,0% der Gesamtausgaben; die Spanne zwischen 35,3% (Schweden) und 78,1% (Schweiz) ist beträchtlich<sup>12)</sup>.

Der höchste Staatsausgabenanteil für **ambulante Behandlungen** war in Schweden (46%) und Finnland (45%) zu beobachten. Österreich liegt mit einem Anteil von 18,5% deutlich unter dem europäischen Mittelwert der 29 Länder von 25,7%. In der Schweiz beläuft sich der Anteil auf lediglich 10,4%, da der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung von der obligatorischen privaten Krankenversicherung finanziert wird, die nicht im Staatssektor klassifiziert wird.

<sup>12)</sup> Der hohe Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten in der Schweiz ist wiederum auf die spezielle Organisation und die institutionelle Abgrenzung des Staatssektors zurückzuführen. Die staatlichen Akteure (Bund, Kantone, Gemeinden) finanzieren aus ihrem Budget vorwiegend Spitäler, die obligatorischen Krankenversicherungen, die nicht dem Staatssektor laut ESVG 2010 zugerechnet werden, sind mehr für die niedergelassene Versorgung zuständig.

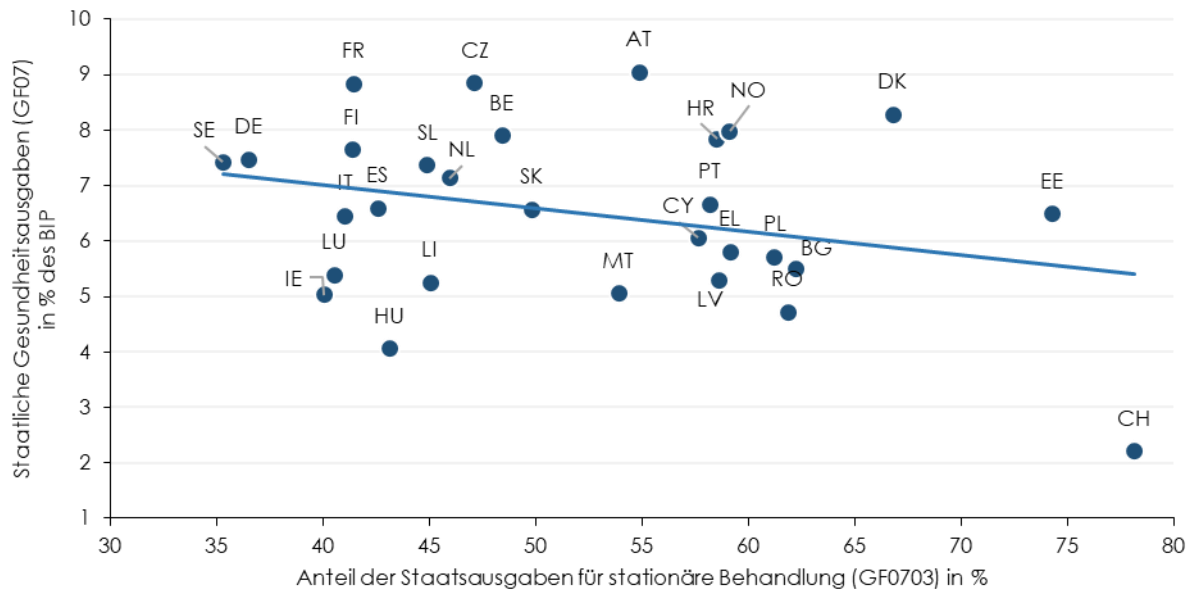
Abbildung 2.6: **Gesundheitsausgaben nach funktionalen Kategorien in COFOG-Abgrenzung im europäischen Vergleich, 2023**



Q: Eurostat, WIFO-Berechnungen.

Im internationalen Vergleich ist ein hoher Anteil staatlicher Ausgaben für stationäre Behandlung nicht prinzipiell mit höheren Gesundheitsausgaben des Staates verknüpft. Abbildung 2.7 zeigt einen sogar schwach negativen – statistisch jedoch nicht signifikanten – Zusammenhang zwischen den öffentlichen Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (in % des BIP) und dem jeweiligen Anteil der Ausgaben für stationäre Behandlungen an den Gesundheitsausgaben. Eliminiert man den (offensichtlichen) Ausreißer Schweiz, zeigt sich keine Korrelation zwischen diesen Variablen.

Abbildung 2.7: Anteil der Staatsausgaben für stationäre Behandlung und staatliche Gesundheitsausgaben im europäischen Vergleich, 2023



Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

### 3. Governance und finanzielle Verflechtungen im österreichischen Gesundheitssystem

Zentraler Untersuchungsgegenstand im dritten Kapitel sind Organisation und Zusammenspiel (Governance) der Entscheidungsorgane im Gesundheitswesen (z. B. Bachner et al., 2019; Bobek et al., 2019). Schnittstellenprobleme im Gesundheitssystem beziehen sich auf die Herausforderungen, die aus der fragmentierten Organisation und Verteilung der Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Akteuren im österreichischen Bundesstaat<sup>13)</sup> entstehen.

Governance-Fragen und Überlegungen hinsichtlich der Organisation des Gesundheitssektors erhalten schon seit Jahren nicht nur in Österreich (z. B. Gönenç et al., 2011), sondern auch international erhöhte Aufmerksamkeit (z. B. Espinosa-González et al., 2021; Pyone et al., 2017; Saltman & Duran, 2015). Angesprochen ist eine Problematik, die ihren Ursprung in der föderalen Kompetenzzersplitterung sowie der komplexen und dualen Finanzierung hat. Nachfolgend werden strukturelle Probleme im Gesundheitswesen und der Zusammenhang mit den Koordinations- und Abstimmungsmechanismen im föderalstaatlichen Kontext skizziert. Der Schwerpunkt liegt auf möglichen Anreiz- und Kosteneffizienzproblemen, die aus den (fehlenden) Planungs-, Abstimmungs- und Steuerungsprozessen im Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung entstehen und aus den unterschiedlichen Kompetenzen sowie Steuerungs- und Finanzierungslogiken in den jeweiligen Bereichen herrühren.

#### 3.1 Institutionelle Akteure, Zuständigkeiten und Koordinierungsgremien

Das österreichische Gesundheitswesen ist durch eine historisch gewachsene Kompetenzzersplitterung zwischen der Bundes-, Landes-, Gemeinde- und Sozialversicherungsebene gekennzeichnet. Der in Art. 10 und Art. 12 B-VG aufgespannte komplexe institutionelle Rahmen erzeugt spezifische Governance- und Steuerungsprobleme, die im Zusammenhang mit dem im Finanzausgleich fixierten und für den österreichischen Föderalismus charakteristischen Auseinanderfallen der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortlichkeiten suboptimale Anreizwirkungen und an den Sektorenschnittstellen Abstimmungsprobleme erzeugen.

Das Gesundheitssystem weist daher zahlreiche strukturelle Ineffizienzen auf, insbesondere im Verhältnis zwischen ambulanter, spitalsambulanter und stationärer Versorgung. Zwei in der Föderalismusforschung etablierte theoretische Konzepte – fiskalische Äquivalenz und institutionelle Kongruenz – bieten einen analytischen Rahmen, um diese Ineffizienzen zu erklären. Die unzureichende Umsetzung der Prinzipien fiskalischer Äquivalenz und institutioneller Kongruenz in der föderalstaatlichen Entscheidungsarchitektur (siehe Textbox) ist dabei gerade im Gesundheitswesen besonders ausgeprägt.

---

<sup>13)</sup> Siehe dazu insbesondere die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 15a B-VG OF).

### **Fiskalische Äquivalenz und institutionelle Kongruenz**

Das Prinzip der **fiskalischen Äquivalenz** (Oates, 1972; Olson, 1969) besagt, dass diejenige Gebietskörperschaft, die für eine öffentliche Leistung zuständig ist, auch deren Kosten tragen und deren Nutzen empfangen sollte. Normatives Ziel ist die Deckungsgleichheit von denjenigen, die über eine Leistung entscheiden, denjenigen, die sie finanzieren, und denjenigen, die von ihr profitieren. Im Idealfall erhält man dann Klarheit über Verantwortlichkeiten und Anreize zu kostenbewusstem Handeln sowie in der Folge eine effiziente Allokation öffentlicher Leistungen (keine „Trittbrettfahrer“). Ist diese Äquivalenz nicht gegeben, entstehen Fehlanreize: So kann z. B. eine Gebietskörperschaft hohe Ausgaben beschließen, die aber von einer anderen (teilweise) finanziert werden; dies führt zu einer ökonomisch ineffizienten Ausweitung von Leistungsniveaus durch Kostenexternalisierung.

Das Prinzip **institutioneller Kongruenz** (Blankart, 2007; Pitlik, 1997; Scharpf, 1999) fordert zusätzlich, dass institutionelle Zuständigkeiten (Planung, Finanzierung, Durchführung, Regulierung, Kontrolle) innerhalb eines Politikfelds möglichst auf einer Ebene gebündelt sein sollten. Ziel ist die Kohärenz der institutionellen Architektur – also, dass „wer finanziert, auch gestaltet und kontrolliert“. Wenn Zuständigkeiten zersplittert sind, kommt es zu Kompetenzkonflikten, ineffizienter Koordination und Verantwortungsdiffusion.

Ineffizienzen im österreichischen Gesundheitssystem lassen sich maßgeblich auf die Nicht-Umsetzung dieser beiden Prinzipien zurückführen.

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch ein Mehrebenenmodell charakterisiert, wobei institutionelle Entscheidungsträger jeweils unterschiedliche, teils überlappende Aufgaben erfüllen. Diese Konstellation führt zu einer ausgeprägten Mischfinanzierung und Zuständigkeitszersplitterung, die fiskalische Äquivalenz und institutionelle Kongruenz als zentrale Prinzipien effizienter Governance unterlaufen. Die wichtigsten involvierten Akteure im österreichischen Gesundheitswesen sind

- Bund,
- Länder und Gemeinden,
- Sozialversicherungsträger,
- Interessensvertretungen.

Nachfolgend sollen die Hauptakteure und ihre Verantwortlichkeiten skizziert werden (z. B. Bachner et al., 2019; Rechnungshof, 2017).

#### **3.1.1 Bundesregierung**

Die Hauptverantwortung des Bundes (vor allem Gesundheitsministerium, aber auch Ministerien für Finanzen und Ministerium für Wissenschaft) liegt in der Grundsatzgesetzgebung (Sozialversicherungsrecht, Ärztegesetz, Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sowie Arzneimittelrecht) und in der strategischen Koordination zwischen den gesundheitspolitischen Hauptakteuren. Als Gesetzgeber regelt der Bund die Organisationsstruktur der Sozialversicherungsträger (z. B. Fusion zur ÖGK) und deren Leistungskatalog sowie die Beitrags- und Versicherungsbedingungen.

Über die allgemeine Steuer- und Abgabengesetzgebung legt der Bund auch die Grundlagen für die steuerfinanzierten Anteile des Gesundheitswesens. Im Rahmen der gesetzgeberischen Kompetenz über die gemeinschaftlichen Bundesabgaben hebt der Bund den größten Teil der öffentlichen Einnahmen ein. Der Finanzausgleich (FAG) als Bundesgesetz bestimmt auch die für das Gesundheitswesen relevanten Mittelflüsse zu Ländern und Gemeinden bzw. den Gesundheitsfonds (s. u.). Bundesmittel für die Spitalsfinanzierung werden in die Bundesgesundheitsagentur eingezahlt, die diese wiederum an die Landesgesundheitsfonds nach vereinbarten Schlüsseln verteilt.

Im komplexen Finanztransfergefüge des Gesundheitssystems fließen umfangreiche Finanzmittel vom Bund an subnationale Gebietskörperschaften<sup>14)</sup> und die Sozialversicherungsträger, die durch das Finanzausgleichsgesetz 2024 zum Teil noch ausgeweitet wurden (Bittschi et al., 2024b). Im Speziellen sind hier zu nennen:

- Bedarfszuweisungen Gesundheit, Pflege und Soziales an Länder und Gemeinden (2025: 0,8 Mrd. €)
- Zweckzuschüsse zur Krankenanstaltenfinanzierung (2025: 0,9 Mrd. €)
- Zuschüsse für Krankenanstalten (Gemeinde-Anteil; 2025: 0,2 Mrd. €)
- Zweckzuschüsse zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und von Strukturreformen (2025: 0,6 Mrd. €)
- Zweckzuschüsse zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs (2025: 0,3 Mrd. €)
- GSBG<sup>15)</sup>-Kostentragungen (2025: 2,2 Mrd. €)
- Sonstige innerstaatliche Transfers im Gesundheitswesen umfassen den klinischen Mehraufwand, Spitalskostenbeitrag Kinder, Zuschuss an gemeinnützige Krankenanstalten usw. (BMF, 2025).

Dabei stellen GSBG-Zahlungen des Bundes eine spezifische, steuerrechtlich motivierte Komponente dar, die direkt die Betriebskosten der Leistungserbringer des Gesundheitswesens beeinflusst. Zahlungen dienen dem Ausgleich der finanziellen Nachteile, die Leistungserbringern aus der unechten Umsatzsteuerbefreiung (ohne Vorsteuerabzug) tragen. Als Leistungserbringer erhalten die Spitäler einen Teil ihrer Betriebskosten subventioniert. GSBG-Bestimmungen betreffen aber auch andere Akteure im Gesundheitswesen (niedergelassene Ärzt:innen, Labore, usw.), deren medizinische Leistungen ebenfalls unecht umsatzsteuerbefreit sind.

Die Bundesebene ist zentraler Partner in der Zielsteuerung-Gesundheit, die über eine Art. 15a B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern die Rahmenbedingungen für Planung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung festlegt. In diesem Kontext schließen Bund und Länder vertragliche Vereinbarungen über gemeinsame Ziele für die Struktur-, Versorgungs- und Finanzplanung, die den strategischen Rahmen für Reformen (z. B. Ausbau der Primärversorgung) und die gemeinsame Gesundheitsplanung mit den Ländern setzt.

---

<sup>14)</sup> Überblick bei Mohr (2017).

<sup>15)</sup> Gesundheits- und Sozialbeihilfengesetz (GSBG).

### 3.1.2 Bundesländer und Gemeinden

Die Regelung der Krankenanstalten erfolgt in Österreich im Rahmen der Grundsatzgesetzgebung des Bundes (Art. 12 B-VG). Der Bund erlässt mit dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) die grundsätzlichen Vorgaben. Die Bundesländer tragen die zentrale operative und finanzielle Verantwortung für den stationären Sektor und die öffentlichen Krankenanstalten. Dies umfasst die Gesetzgebung (Organisationsrecht der Spitäler) und als Spitalsträger insbesondere den Betrieb sowie die Infrastrukturfinanzierung der öffentlichen Krankenanstalten, einschließlich der Krankenfürsorgeanstalten für öffentliche Bedienstete der Länder. Sie haben damit Einfluss auf die Versorgungsstruktur und -kapazität in der Region. Da ihnen formell auch die Infrastrukturplanung und -finanzierung obliegt, kontrollieren die Länder die langfristige Kapazitätsentwicklung des stationären Sektors. Auf dem Papier besteht damit ein beträchtlicher föderaler Gestaltungsspielraum der Länder. Faktisch ist dieser Spielraum jedoch durchaus eingeschränkt.

Das KAKuG legt zentrale Rahmenbedingungen fest, insbesondere Anforderungen an Organisation, Betrieb und Qualität und Vorgaben zur Leistungsplanung (z. B. Versorgungsstufen, Fachrichtungen). Die Länder müssen diese Grundsätze in ihren Landesgesetzen umsetzen. Je größer der Detaillierungsgrad der Rechtsvorschriften zur Regelung der Rahmenbedingungen ist, desto geringer sind die Gestaltungsspielräume der Bundesländer in der operativen Umsetzung.

Landesgesundheitsplanung und operative Planung der Mittelverwendung erfolgen über die neun Landesgesundheitsfonds (LGF). LGF sind mithin die zentralen Steuerungsinstrumente der Länder im Spitalswesen. Sie setzen die strategischen Vorgaben aus den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) finanziell um.

Die LGF poolen dabei die Finanzmittel verschiedener öffentlicher Geldgeber für den stationären Bereich und verteilen diese weiter an 106 Landesfondskrankenanstalten (Stand: 2024, davon sind 72 öffentlich und 34 privat-gemeinnützige Spitäler) primär über das seit 1997 eingeführte System der „Leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung“ (LKF)<sup>16)</sup>. Die Finanzierung stationärer Leistungen wurde damit von der pauschalen Tagessatzfinanzierung auf eine Finanzierung nach erbrachter Leistung und der Diagnose umgestellt. Bei stationären Aufnahmen, und bei tagesklinischen Behandlungen seit 2019 auch im spitalsambulanten Bereich, erhalten die Krankenanstalten Zahlungen über das LKF-System. Im bundesweit einheitlich geregelten LKF-Bereich erfolgt eine Mittelallokation nach einem Punktesystem, das stationäre Krankenhausaufenthalte und Besuche in Spitalsambulanzen vergütet. Da Leistungsentgelte für stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlungen in Fondskrankenanstalten zumeist nicht vollkostendeckend sind, fließen Betriebsabgangsdeckungen aus den Budgets von Ländern und Gemeinden an die Spitäler. Seit 2025 erfolgt die Aufteilung der Mittel für den Kernbereich nur noch mit 70% für die Abrechnung der LKF-Punkte und mit 30% für fixe Vorhaltekosten. Im durch die Länder gestaltbaren Bereich bestehen im LKF-System bestimmte Entscheidungsfreiräume hinsichtlich der Mittelallokation.

---

<sup>16)</sup> Die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten („Fondskrankenanstalten“) halten mehr als 66% der gesamtösterreichischen Spitalsbetten vor und versorgen rund 85% der stationären Patienten (BMASGPK, 2025).

Die Landesgesundheitsfonds finanzieren sich über steuerfinanzierte Länderbeiträge und Sozialversicherungsbeiträge (Pflichtbeiträge), sowie ggf. auch Gemeindebeiträge über das Umlagesystem. Die Bundesländer speisen dafür eigene Steuermittel und jene Mittel, die über den Finanzausgleich zufließen, in den LGF ein<sup>17)</sup>. Darüber hinaus leistet der Bund zweckgebundene Pauschal- und Ergänzungsbeiträge an die LGF, die in der Zielsteuerung festgelegt werden. Hierbei handelt es sich um spezifische Beträge, die zum Teil der Finanzierung von Reformvorhaben oder der Abdeckung überregionaler Belastungen, einschließlich eines zusätzlichen Forschungsaufwandes in bestimmten Kliniken, dienen. Die Höhe dieser direkten Beiträge wird in den Finanzausgleichsverhandlungen periodisch neu festgelegt.

Obwohl die unmittelbare Bedeutung der Gemeinden in der Planung und Finanzierung der Spitäler seit den Reformen der 1990er Jahre abgenommen hat, spielen sie als Eigentümer und Betreiber eigener Krankenanstalten (Gemeindespitäler) weiterhin eine gewisse Rolle. Die Gemeinden sind auch indirekt über das Finanzausgleichssystem und in einigen Bundesländern direkt durch spezifische Umlagen zur Spitalsfinanzierung an der Finanzierung des stationären Sektors in Landeskompentenz beteiligt.

### 3.1.3 Sozialversicherung

Sozialversicherungsträger im Gesundheitsbereich (Österreichische Gesundheitskasse ÖGK<sup>18)</sup> sowie die Versicherungsträger der Selbständigen SVS und der öffentlich Bediensteten, Eisenbahn und Bergbau) sind Hauptfinanziers der Versorgung im niedergelassenen Bereich und der Versorgung mit Medikamenten außerhalb von Gesundheitseinrichtungen. Die Sozialversicherung finanziert sich über die durch Bundesgesetz fixierten Krankenversicherungsbeiträge. Dabei handelt die Sozialversicherung mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) als Vertretung der Ärzteschaft Gesamtverträge für niedergelassene Ärzt:innen, Fachärzt:innen und Primärversorgungseinrichtungen (PVE) aus, die das extramurale Versorgungsangebot festlegen.

Aus Beitragsgeldern leistet die Krankenversicherung einen Kostenersatz für bestimmte medizinische Leistungen, die von den privaten Haushalten genutzt werden. Die Sozialversicherung trägt auch maßgeblich zur Finanzierung des stationären Sektors bei, auch wenn sie das Spital nicht betreibt. Als Mitfinanzier der laufenden Betriebskosten leistet die Sozialversicherung einen gesetzlich festgelegten Pauschalbetrag (basierend auf den Beitragseinnahmen der Versicherten) an die Landesgesundheitsfonds (LGF). Der Beitrag bemisst sich nicht nach der tatsächlichen Inanspruchnahme der jeweiligen Landes-Spitäler durch die eigenen Versicherten, sondern wird als Pauschalbetrag jährlich entsprechend den Vorgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegt und fließt in den LGF-Topf ein, aus dem dann die Spitäler über das LKF-

---

<sup>17)</sup> Ertragsanteile aus den gemeinschaftlichen Bundesabgaben im Rahmen des Finanzausgleichs bilden somit die Hauptbasis der Länderbudgets und damit des steuerfinanzierten Anteils der LGF.

<sup>18)</sup> Bis 2020 gab es in Österreich 18 Krankenversicherungsträger, davon neun Gebietskrankenkassen, fünf Betriebskrankenkassen und vier berufsspezifische Sozialversicherungsträger, die teilweise auch für Pensionsversicherung und Unfallversicherung zuständig waren. Im Jahr 2020 wurde im Zuge einer umfassenden Reform die Zahl der gesetzlichen Sozialversicherungsträger auf fünf reduziert, indem neun regionale sowie mehrere betriebliche Versicherungsträger zur Österreichische Gesundheitskasse zusammengefasst wurden. Die dadurch erhoffte Einsparung von Verwaltungsausgaben („Patienten-Milliarde“) konnte jedoch nicht realisiert werden (Rechnungshof, 2022).

System entgolten werden. Die Sozialversicherung speist überdies den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) für Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherung besteht. Die Abrechnung erfolgt nach dem System der LKF. Weitere Krankenanstalten (z. B. Rehabilitationszentren) befinden sich direkt in Trägerschaft der Sozialversicherungszweige oder es handelt sich oft um private Träger, die vertraglich mit der Sozialversicherung verbunden sind.

### **3.1.4 Private Akteure und Interessensvertretungen**

Ein beträchtlicher Teil der Leistungserbringer im ambulant-niedergelassenen Bereich sind private oder quasi-private Akteure. Vertragsärzt:innen (Hausärzt:innen und Fachärzt:innen) sind der zentrale Pfeiler der extramuralen Versorgung. Die Entlohnung basiert auf Einzelverträgen mit der Krankenkasse und umfasst sowohl Einzelleistungsvergütungen als auch Pauschalen. Privatärzt:innen ohne Kassenverträge (Wahlärzt:innen) können demgegenüber Honorare mit Patient:innen frei gestalten. Primärversorgungseinheiten sind Gruppenpraxen aus Allgemeinmediziner:innen und multiprofessionellen Teams in unterschiedlichen Rechts- und Organisationsformen, zumeist in privater Trägerschaft. Die Leistungserbringung erfolgt auf Basis eines PVE-Vertrags mit dem Krankenversicherungsträger. Ständische Interessensvertretungen (Ärztenschaft Österreichische Ärztekammer (ÖAK), Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und Hebammen) sind über Gesamtverträge und Beratungsgremien (Bundesgesundheitskommission) der Zielsteuerung-Gesundheit in die Systemgestaltung und -steuerung involviert. ÖAK und die anderen Gruppen beeinflussen als Verhandlungspartner der Sozialversicherungen maßgeblich die Versorgung im niedergelassenen Bereich.

### **3.1.5 Koordinierungsmechanismen (multi-level governance)**

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine Entkoppelung von Aufgaben- und Aufgabenverantwortung und eine mangelnde institutionelle Kongruenz geprägt. Planung und Steuerung werden im österreichischen Gesundheitssystem aufgrund der fragmentierten und überlappenden Aufgaben- und Finanzierungszuständigkeiten bei einer Vielzahl an Akteuren erschwert. Weder existiert eine einheitliche gesundheitspolitische Gesamtverantwortung, noch sind Zuständigkeiten entlang der Versorgungskette im Gesundheitssystem konsistent gebündelt. In zahlreichen Reformen wurde versucht, den Dualismus der Verantwortlichkeiten zu überwinden und Zusammenarbeit und die Koordination der Akteure im Gesundheitssystem zu verbessern (Bachner et al., 2019). Ergebnis ist eine hybride Governance-Struktur in der formal dezentrale und informell hierarchische Entscheidungsstrukturen wechselwirken.

Um die fehlende Äquivalenz zu kaschieren, wurde die Zielsteuerung Gesundheit geschaffen. Sie soll die Akteure zur gemeinsamen Planung zwingen. Das zentrale Gremium für die strategische Steuerung und Entscheidungsfindung ist die in der Gesundheitsreform 2013 geschaffene Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK), in dem Bund, Länder und Sozialversicherung gleichberechtigt vertreten sind. Gemeinden sind keine Vertragspartner in der BZK. Art. 15a B-VG-Vereinbarungen bilden den Koordinationsrahmen zwischen den Hauptakteuren. Sie verpflichtet Bund, Länder und Sozialversicherung dazu das System gemeinsam und sektorenübergreifend zu steuern. Die Zielsteuerung Gesundheit sollte Abstimmungsmängel zwischen in der

Kapazitäts- und Versorgungsplanung<sup>19)</sup> durch gemeinsame Planungsgremien adressieren, bleibt als Koordinationsmechanismus jedoch ohne durchgreifende Entscheidungs- und Sanktionskompetenz. Zusätzlich wirken Bundesgesundheitsagentur (BGA), Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und Landes-Zielsteuerungskommissionen im Rahmen der Umsetzung und des Monitorings mit. Steuerungsgegenstände umfassen Versorgungs- und Gesundheitsziele sowie eine Finanzzielsteuerung (Ausgaben-, bzw. Kostendämpfungspfade). Ärztekammer und die Krankenhausträger sind keine Vertragspartner der BZK. Die Ärztekammer als gesetzliche Interessenvertretung der Ärzteschaft nimmt eine beratende Rolle in der Bundesgesundheitskommission (BGK) ein<sup>20)</sup>. Als kooperatives Mehrebeneninstrument kann die Zielsteuerung die Koordination unterstützen, fehlende institutionelle Kongruenz zwischen Planung, Finanzierung und Leistungserbringung jedoch nicht kompensieren. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2024 wurden die Kompetenzen der Zielsteuerungskommission ausgeweitet, um die Einhaltung von Vorgaben besser zu kontrollieren und die bislang begrenzte Durchsetzungskraft zu verbessern.

Planungsaktivitäten auf Bundesebene fließen in den österreichweiten Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ein. Der ÖSG ist das zentrale Planungsinstrument der Gesundheitsversorgung und wird im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossen. Entscheidungen erfolgen konsensorientiert und es gibt kein einseitiges Durchgriffsrecht des Bundes. Der ÖSG ist ein integrativer Rahmenplan, der als Ergebnis eines mehrstufigen Aushandlungsprozesses festlegt, wie viele medizinische Leistungen wo und in welcher Qualität angeboten werden sollen. Er bündelt die Planung für den intramuralen und den extramuralen Bereich.

Der ÖSG wird von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Rahmen eines kooperativen, konsensbasierten Verhandlungssystems zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung entwickelt und beschlossen. Er stellt den mittelfristigen Rahmenplan für die integrative Planung der Gesundheitsversorgung in allen Sektoren dar, sowohl hinsichtlich der intramuralen als auch der extramuralen Versorgung. Dabei geht es um die Festlegung von Versorgungsregionen, Leistungsangeboten (z. B. Betten, Fachrichtungen), Strukturqualitätskriterien, Mindestfallzahlen und Standortplanung. Formal ist der ÖSG ‚nur‘ Planungsinstrument, das aber über die Verknüpfung der Finanzierung über Landesgesundheitsfonds an ÖSG-Konformität faktisch starke Bindungswirkung entfaltet. Obwohl der ÖSG formal keine Gesetzesqualität besitzt, entfaltet er eine erhebliche Steuerungswirkung. Der Bund verfügt tatsächlich über kein unmittelbares Durchgriffs- oder Genehmigungsrecht gegenüber den Krankenanstaltenplänen der Länder. Die konkrete Planung erfolgt auf Landesebene, insbesondere durch die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG).

---

<sup>19)</sup> Dazu zählen prinzipiell auch Fragen zur Anzahl der Medizinstudienplätze, Berufsberechtigungen, Leistungsniveaus, Qualitäts- und Dokumentationsvorgaben usw. In der Theorie der Zielsteuerung-Gesundheit sollten diese Aspekte als "zentrale Steuerungsgrößen" mit der Versorgungsplanung verknüpft sein. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass einige Themen (wie Qualitätsvorgaben) Kernbestandteil der Verhandlungen sind, und andere (wie Studienplätze) außerhalb der Zielsteuerungsgremien geregelt werden.

<sup>20)</sup> Auf Länderebene sind Landesgesundheitsplattformen etabliert, die als Mitglieder Vertreter der Financiers (Landesebene, Sozialversicherungsträger und Bundesebene), sowie der Ärztekammer, der Gemeinden, Krankenhausbetreiber und Patientenvertreter haben.

Gleichzeitig greift diese formale Betrachtung aus ökonomischer Perspektive zu kurz. Durch die Einbindung des Bundes in die gemeinsame Festlegung des ÖSG sowie durch die Kopplung von Planung und Finanzierung entsteht eine Form der indirekten Steuerung, die die Handlungsspielräume der Länder erheblich einschränkt. Die österreichische Krankenanstaltenplanung lässt sich als ein System der „koordinierten Dezentralisierung“ charakterisieren, in dem formale Autonomie der Länder mit faktischer Zentralisierungstendenz koexistiert (Bachner et al., 2019).

Der ÖSG verfolgt dabei einen sektorenübergreifenden Ansatz, regelt die Bereiche aber mit unterschiedlicher Planungstiefe. Im Krankenanstaltssektor (intramural) ist der ÖSG mittlerweile präzise und steuernd, mit relativ detaillierten Vorgaben für Bettenplanung, Großgeräteplan und Qualitätskriterien<sup>21</sup>). Entscheidend ist, dass der Bund die Krankenhausplanung nicht direkt steuern, sondern nur über Rahmenvorgaben und indirekte Mechanismen Einfluss nehmen kann.

Im niedergelassenen Bereich (extramural) dient der ÖSG demgegenüber eher als strategischer Orientierungsrahmen, die operative Umsetzung erfolgt über die Stellenpläne zwischen der kollektiven Interessenvertretung der Ärzteschaft und der Selbstverwaltung der Sozialversicherung. Damit weist sie eine deutlich stärker korporatistische und verhandlungsbasierte Steuerungslogik auf. Die zentrale Grundlage der extramuralen Versorgungsplanung bildet der sogenannte Stellenplan, der zwischen der Sozialversicherung (insbesondere der ÖGK) und der Ärztekammer ausgehandelt wird. Es fehlt jedoch eine systematische Kopplung an übergeordnete Budget- oder Strukturziele. Im Unterschied zur Krankenanstaltenplanung sind die Bundesländer institutionell kaum eingebunden, und der Rechnungshof (2025) stellt auch fest, dass auch die Gestaltungsmöglichkeiten des Bundes im Bereich der extramuralen Versorgung eingeschränkt sind.

### **3.1.6 Zwischenfazit: Fragmentierte statt integrierte Gesamtsteuerung**

Insgesamt zeigt sich, dass die Prinzipien fiskalischer Äquivalenz und institutioneller Kongruenz mit Blick auf die Organisation von Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen nicht verwirklicht sind. Die Aufgabenverteilung zwischen Bund, Bundesländern, Gemeinden, Sozialversicherung und den (ständischen) Interessenvertretungen führt zu einem System geteilter, aber nicht integrierter Steuerung. Es entsteht insbesondere ein Mismatch zwischen Verantwortung und Steuerungsinstrumenten. Verantwortlichkeiten und Mitbestimmungsrechte sind fragmentiert und die Finanzierung hoch komplex organisiert. So entscheiden beispielsweise die Länder innerhalb eines bundesgesetzlich vorgegebenen Rahmens über Krankenhausstrukturen, Bettenzahlen usw., ohne auf zentrale Einflussfaktoren der Inanspruchnahme der stationären oder spitalsambulanten Leistungsanspruchnahme gesetzgeberischen Einfluss nehmen zu können.

Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgt aber über allgemeine Steuermittel (vorwiegend Ertragsanteile aus gemeinschaftlichen Bundesabgaben), finanzielle Transfers des Bundes und der Sozialversicherung sowie teilweise auch der Gemeinden. Während die Mittelaufbringung

---

<sup>21</sup>) Ein einschlägiger Rechnungshofbericht urteilte noch im Jahr 2015 (Rechnungshof, 2015, S. 13): „Der Einfluss des Bundes auf die österreichische Krankenanstaltenplanung beschränkte sich im Wesentlichen auf die Vornahme einer Rahmenplanung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung. Die konkreten Planungen erfolgten auf Landesebene; der Bund konnte zu den Krankenanstaltenplänen der Länder nur unverbindliche Stellungnahmen abgeben.“

für das Gesundheitswesen (wie für fast alle Staatsaufgaben) stark zentralisiert ist, sind die Entscheidungen über die Verwendung der Mittel kompetenzrechtlich zersplittert und tendenziell dezentralisiert (Hofmarcher & Singhuber, 2021; Pitlik, 2007). Entsprechend hoch ist aber auch die Bedeutung der Mischfinanzierung im österreichischen Gesundheitswesen.

Dies führt zu einem System, in dem Bundesländer zwar als zentrale Planungsakteure mit Blick auf die Krankenanstalten auftreten, jedoch nicht über die notwendigen rechtlichen und ökonomischen Instrumente verfügen, um eine sektorenübergreifende Versorgung tatsächlich umzusetzen. Für eine optimale Betreuung der Patient:innen sowie die notwendige Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdienstleisterinstitutionen bedarf es einer Form der integrierten Versorgung (Bittschi et al., 2024b, siehe unten Kapitel 3.3). Die für die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung in Diagnose und Therapie essenzielle Verzahnung von ambulanten, spitalsambulanten und stationären Bereichen wird jedoch durch die Entscheidungs- und Verantwortlichkeitsarchitektur behindert oder zumindest erschwert: Institutionelle Kongruenz ist kaum ausgeprägt. Verantwortungen sind zersplittert zwischen dem Bund (Gesetzgebung, Rahmensetzung), den Ländern (Spitäler, Gesundheitsplanung) und der Sozialversicherung (Versorgung im niedergelassenen Bereich, Mitfinanzierung stationärer Versorgung). Es existiert kein einheitlicher Akteur mit durchgängiger Steuerungskompetenz, was insbesondere das Zusammenspiel von ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und der (ambulanten und stationären) Versorgung im Spitalsbereich behindert.

Die Verantwortung für die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich, also die Gestaltung von Planstellen, Leistungsvolumina und Vergütungssystemen, obliegt der Sozialversicherung und den Krankenversicherungsträgern in Selbstverwaltung. Das zuständige Ministerium hat über die legistische Zuständigkeit für das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz hinaus nur beschränkte Möglichkeiten als Aufsichtsbehörde, auf die Anzahl und Verteilung der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich Einfluss zu nehmen (Rechnungshof, 2021). Die Länder verfügen im niedergelassenen Bereich über keine originären Vertrags- und Leistungssteuerungskompetenzen. Der Bund erlässt mit dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) die grundsätzlichen Vorgaben. Die Bundesländer müssen diese durch Ausführungsgesetze konkretisieren und vollziehen. Gleichsam sind die Krankenanstaltenplanungen der Länder an die Vorgaben des ÖSG gebunden, was der Landesebene nur begrenzte Planungsfreiräume belässt. Die oft geforderte Verlagerung von Leistungen („ambulant vor stationär“) stößt damit auf erhebliche strukturelle Grenzen, denn Länder können Spitäler planen, aber nicht die niedergelassenen Kapazitäten ausbauen oder die Versorgung mit Vertragsärzten steuern. Der ÖSG gibt Strukturen vor, jedoch keine effektiven Lenkungsinstrumente für Patientenströme. In Konsequenz tragen die Länder Verantwortung für Spitalsstrukturen, haben aber nicht die notwendigen Instrumente, um deren Auslastung aktiv zu steuern.

Es ergibt sich mithin eine hochkomplexe Mehrebenenstruktur mit zahlreichen Akteuren und Abstimmungsproblemen, für die Koordinierungsgremien geschaffen wurden. Trotz der Reformversuche und Koordinationsbemühungen der vergangenen Jahrzehnte bleiben Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung im österreichischen Gesundheitssystem immer noch stark zersplittert. Eine institutionalisierte Planung, Aufgaben- und Ausgabenverantwortlichkeit und Finanzierung ‚aus einer Hand‘ wurde in zahlreichen Reformanstrengungen nicht erreicht;

fiskalische Äquivalenz und institutionelle Kongruenz als finanztheoretische Voraussetzungen für effiziente Allokationsentscheidungen der (gesundheits-) politischen Entscheidungsträger (z. B. Pitlik et al., 2015) sind nicht verwirklicht.

Das hat Folgen für die Ressourcennutzung im Gesundheitswesen. Weder existiert eine einheitliche gesundheitspolitische Gesamtverantwortung, noch sind die Zuständigkeiten entlang der Versorgungskette konsistent gebündelt. Die „Zielsteuerung Gesundheit“ sollte diesen Mangel durch gemeinsame Planungsgremien adressieren, bleibt jedoch ein Koordinationsmechanismus ohne durchgreifende Entscheidungs- und Durchsetzungskompetenz. In der Praxis resultiert aus den unterschiedlichen Steuerungs- und Entscheidungslogiken auch strukturelle Reformträchtigkeit mit Blick auf angestrebte Verschiebungen zwischen Versorgungssektoren.

### 3.2 Gesundheitsausgaben der staatlichen Subsektoren

Im ESVG 2010 (und damit in der COFOG-Statistik) wird der Staatssektor (S.13) in vier Subsektoren unterteilt. Im Gesundheitswesen fließen Mittel aus allen vier Subsektoren, also Bund (S.1311), Länder (S.1312), Gemeinden (S.1313) und Sozialversicherung (S.1314). Wien wird der Gemeindeebene zugerechnet.

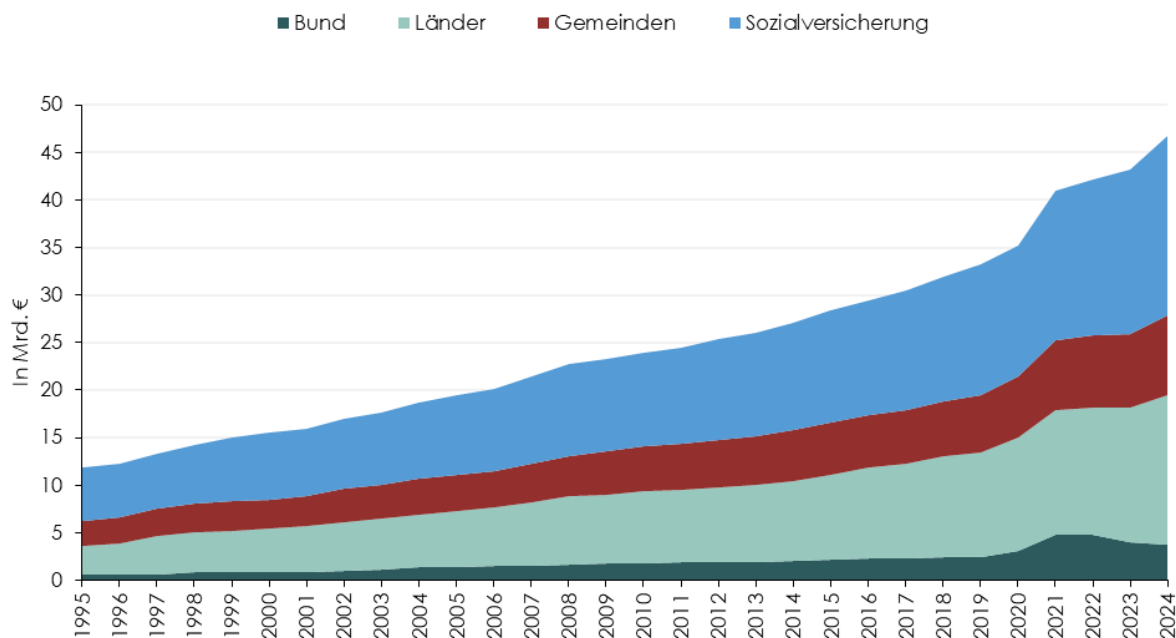
Die Zuordnung der Ausgaben zu den staatlichen Subsektoren erfolgt nach institutioneller Verantwortlichkeit und wirtschaftlicher Kontrolle, nicht nach dem Modus der Finanzierung. Ausgaben werden jenem Subsektor zugerechnet, der die wirtschaftliche Entscheidungshoheit über die Mittelverwendung hat, also den Kontroll- und Budgetverantwortungsbereich trägt. Zwischenstaatliche Transfers werden konsolidiert und nicht als Ausgabe des transferleistenden (zahlenden) Sektors berücksichtigt. Die COFOG-Darstellung illustriert somit die ausgabenmäßige Zuordnung der funktionalen Aufgabenerfüllung auf die staatlichen Teilsektoren. Abbildung 3.1 illustriert die (konsolidierte) **Netto-Ausgabenentwicklungen** im Gesundheitssektor auf den drei gebietskörperschaftlichen Ebenen und der Sozialversicherung gemäß der ESVG-Abgrenzung.

Die Netto-Gesamtausgaben des Sektor Staat (S.13) im Gesundheitswesen (COFOG GF07) des Jahres 2024 in Höhe von 46,8 Mrd. € verteilten sich danach auf

- Bundesebene: 3,8 Mrd. € (8,1% der gesamtstaatlichen Ausgaben),
- Landesebene (ohne Wien): 15,7 Mrd. € (33,5% der gesamtstaatlichen Ausgaben),
- Gemeindeebene (mit Wien): 8,3 Mrd. € (17,8% der gesamtstaatlichen Ausgaben),
- Sozialversicherungsträger: 19,0 Mrd. € (40,6% der gesamtstaatlichen Ausgaben).

Die Anteile der föderalen Ebenen zeigen seit 2005 leichte Verschiebungen. So tragen 2024 die Gemeinden und der Sozialversicherungssektor um je rund 2 Prozentpunkte weniger als 2005; Gegenüber 2005 leicht steigende Anteile entfallen auf die Bundesebene (+0,8 PP). Die Landesebene verzeichnet mit +3,2 Prozentpunkten einen ganz erheblichen Anstieg der Ausgabenanteils (Übersicht 3.1).

Abbildung 3.1: **Entwicklung der Ausgaben der staatlichen Subsektoren im Gesundheitswesen, 1995 bis 2024**



Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen. Ausgaben wurden um innerstaatliche Transfers konsolidiert.

Übersicht 3.1: **Ausgaben der staatlichen Subsektoren im Gesundheitswesen, 1995 bis 2024**

	1995	2005	2015	2019	2020	2021	2022	2023	2024
In Mrd. €									
Gesamtstaat	11,8	19,4	28,4	33,2	35,2	41,0	42,2	43,2	46,8
Bund	0,6	1,4	2,2	2,4	3,1	4,7	4,8	4,0	3,8
Länder	3,0	5,9	8,9	11,1	11,9	13,1	13,3	14,1	15,7
Gemeinden	2,6	3,9	5,6	6,0	6,5	7,4	7,6	7,7	8,3
Sozialversicherung	5,6	8,3	11,8	13,8	13,7	15,8	16,5	17,3	19,0
Anteile in %									
Bund	5,0	7,3	7,7	7,3	8,7	11,5	11,3	9,3	8,1
Länder	25,3	30,2	31,2	33,3	33,9	31,9	31,6	32,8	33,5
Gemeinden	22,4	19,8	19,6	18,0	18,4	18,0	18,0	17,8	17,8
Sozialversicherung	47,4	42,7	41,5	41,4	39,0	38,5	39,0	40,1	40,6

Q: Eurostat, WIFO-Berechnungen. Eventuell Rundungsdifferenzen.

Die Rolle des Bundes als funktionaler Leistungserbringer im Bereich Gesundheit ist mithin begrenzt, während Länder und Gemeinden zusammen deutlich über die Hälfte der Gesamtausgaben erbringen und auch die Sozialversicherungen mit über 40% einen erheblichen Anteil zu der Leistungsfinanzierung beitragen. Seit der Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 haben sich die Ausgabenanteile der Subsektoren nur wenig verschoben. Während der gemeinsame

Ausgabenanteil von Ländern und Gemeinden zwischen 50% und 51% geringfügig variierte, kam es zu einer leichten Verschiebung weg von der Sozialversicherung (1995: 43,7%) hin zum Bund (1997: 4,4%). Höhere Ausgabenanteile des Bundes während der Pandemiejahre sind in Abbildung 3.1 erkennbar; sie sind seither geringfügig, aber nicht wieder auf das alte Niveau gesunken.

Die verwobenen und aufgesplitterten Aufgaben- und Ausgabenverantwortlichkeiten auf eine Vielzahl von Akteuren implizieren, wie oben dargelegt, ein komplexes intergovernmentales Finanzierungsgeflecht<sup>22)</sup>. Die **fiskalische Bedeutung der spezifischen innerstaatlichen Transfers** im Gesundheitswesen zwischen den staatlichen Subsektoren in den Jahren 2023 und 2024 ist in Übersicht 3.2 dargestellt. Konsolidierten Netto-Ausgaben des Bundes von 3,8 Mrd. € im Jahr 2024 stehen Transfers und Zuschüsse an andere staatliche Subsektoren in Höhe von 6,3 Mrd. € gegenüber. Davon fließen an Länder und Gemeinden zusammen rund 4,4 Mrd. € und an Sozialversicherungsträger 2,0 Mrd. €. Mit innerstaatlichen Transferzahlungen von 7,9 Mrd. € (davon 7,8 Mrd. € an Länder und Gemeinden) beteiligt sich die Sozialversicherung 2024 an den Ausgaben für erbrachte Gesundheitsleistungen anderer staatlicher Subsektoren. Auch zwischen Landes- und Gemeindeebene gibt es im Gesundheitssystem beträchtliche Finanzmittelflüsse, wobei Gemeindetransfers an die Länder (2024: 1,7 Mrd. €) die Mittelflüsse der Landesebene an die Gemeindeebene (2024: 0,8 Mrd. €) deutlich übersteigen.

Übersicht 3.2: **Innerstaatliche Transferströme (ESVG-Abgrenzung) im Gesundheitswesen, 2023 und 2024**

Mrd. €	Netto-Gesamtausgaben	Geleistete innerstaatliche Transfers (gesamt)	an Bund	an Länder	an Gemeinden	an SV
<b>2023</b>						
Bund	4,0	5,5		2,9	1,0	1,6
Länder	14,1	0,7	0,0		0,7	0,0
Gemeinden	7,7	1,8	0,0	1,5		0,2
Sozialversicherung	17,3	7,3	0,1	5,3	1,8	
<b>Summe</b>	<b>43,2</b>	<b>15,4</b>	<b>0,2</b>	<b>9,8</b>	<b>3,6</b>	<b>1,8</b>
<b>2024</b>						
Bund	3,8	6,3		3,3	1,0	2,0
Länder	15,7	0,9	0,1		0,8	0,0
Gemeinden	8,3	2,0	0,0	1,7		0,2
Sozialversicherung	19,0	7,9	0,1	5,8	2,0	
<b>Summe</b>	<b>46,8</b>	<b>17,2</b>	<b>0,2</b>	<b>10,8</b>	<b>3,9</b>	<b>2,3</b>

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen. Transfers zwischen institutionellen Einheiten innerhalb eines staatlichen Subsektors werden konsolidiert; eventuell Rundungsdifferenzen.

<sup>22)</sup> Siehe dazu auch Rechnungshof (2017) oder Mohr (2017).

Die Landesebene erhielt 10,8 Mrd. € (2024) und die Gemeindeebene (einschließlich Wien) 3,9 Mrd. € an Finanztransfers von anderen staatlichen Subsektoren. Transfereinnahmen der Sozialversicherung im Gesundheitswesen schlugen 2024 mit 2,3 Mrd. € zu Buche. In Summe ergaben sich 2024 innerstaatliche Transfers von 17,2 Mrd. € und 2023 von 15,4 Mrd. €. Damit wurden 2024 36,8% der Netto-Ausgaben durch Transfers zwischen den Subsektoren abgedeckt (2023: 35,6%).

Im Zuge diverser 15a-Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern wurden seit 1997 die innerstaatlichen Finanzierungsverantwortlichkeiten und die Governance im Gesundheitsbereich mehrfach neu justiert und ergänzt. Im Rahmen der Verhandlungen zum Finanzausgleich 2024 bis 2028 wurde in einer gesonderten Art. 15a B-VG-Vereinbarung die Übereinkunft erzielt, zusätzliche zweckgebundene Mittel für eine „nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems“ bereitzustellen, um ab 2024 Strukturmaßnahmen im Gesundheitssystem zu finanzieren (siehe dazu auch Bittschi et al., 2024b). Dabei geht es über die Laufzeit des FAG (Art. 31 der Art. 15a B-VG OF)<sup>23)</sup> um

- jährliche Mittel zu Stärkung des niedergelassenen Bereichs iHv 0,3 Mrd. €;
- jährlich steigende Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen iHv 0,55 Mrd. € (2024) bis zu 0,66 Mrd. € (2028);
- jährliche Mittel iHv insgesamt knapp 0,2 Mrd. € für Digitalisierung, Gesundheitsförderung, Impfen und Medikamente.

Insgesamt zeigt sich nicht nur eine hohe Dynamik der Gesundheitsausgaben, sondern vor allem auch eine wachsende Verflechtung der Finanzströme zwischen den gebietskörperschaftlichen Ebenen sowie Trägern der Sozialversicherung. Mit Blick auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten der politischen Entscheidungsebenen können hieraus erhebliche Abstimmungsprobleme und (unerwünschte) Anreizeffekte entstehen.

### 3.3 Kostenvorteile der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung?

Eine im Zusammenhang mit dynamischen Kostenentwicklungen im Gesundheitssystem vielfach vertretene These ist, dass ambulante bzw. tageschirurgische Leistungen bei vergleichbaren Einzelleistungen (*ceteris paribus*) kostengünstiger als stationäre Behandlungen seien (Fabricant et al., 2016; OECD, 2023; Richter & Diduch, 2017; für Österreich: Fischer & Zechmeister-Koss, 2014). So ist auch der Leitsatz in Art. 31 der Art. 15a B.VG OF, „digital vor ambulant vor stationär“, ein Kernelement der österreichischen Gesundheitsreform<sup>24)</sup>. Die Verlagerung von Leistungen aus

---

<sup>23)</sup> Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

<sup>24)</sup> So sollen digitale telemedizinische Angebote den Arztbesuch ersetzen und ambulante Lösungen sollen stationäre Aufenthalte vermeiden helfen, sodass nur verbleibende Fälle (teuer) stationär versorgt werden. Die Überlegung ist, dass Telekonsultationen routinebasierte Arztkontakte ersetzen können und so Behandlungskosten senken. Für Österreich konkret relevant ist in diesem Kontext die laufende eHealth-Strategie (BMASGPK, 2024). Systematische Reviews zu Einsparungseffekten digitaler Interventionen zeigen ein gemischtes Bild: Es gibt zwar eine Reihe von Anwendungsfeldern mit günstigen Kostenindikatoren, aber Studien sind heterogen in Methodik, Perspektive und Zeithorizont (siehe dazu etwa die Metastudie von Gentili et al., 2022). Der Frage nach möglichen Vor- und Nachteilen der digitalen Lösungen wird in der vorliegenden Studie jedoch nicht weiter nachgegangen.

dem stationären in den ambulanten Sektor und aus den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich wäre danach eine zentrale Reformpriorität. Die Rolle der Spitalsambulanzen in Österreich ist in diesem Gefüge höchst ambivalent und stellt eines der größten Reformfelder dar.

Das Prinzip „ambulant vor stationär“ beschreibt die strategische Zielsetzung, medizinische Behandlungen und Pflege bevorzugt in einem ambulanten Umfeld durchzuführen. Die ökonomische Argumentation stützt sich auf mögliche Kosteneinsparungen durch eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich („Ambulantisierung“) basierend auf der Annahme, dass stationäre Behandlungen zwangsläufig höhere Kosten mit sich bringen (z. B. Czypionka et al., 2019). Ein Spitalsaufenthalt umfasst nicht nur direkte medizinische Leistungen, sondern auch Hotellerie- und Vorhaltekosten (Akut- und Intensivbetten, Verpflegung, 24/7-Personalpräsenz), die unabhängig von der tatsächlichen medizinischen Notwendigkeit des Aufenthalts entstehen. Für viele chirurgische und diagnostische Leistungen könnten ambulante Settings geringere Kosten haben, etwa wegen kürzerer oder fehlender Liegezeiten oder geringeren Personal- und Infrastrukturaufwands (Brüngger et al., 2021).

Die Kostenstruktur stationärer Behandlungen wird dominiert von hohen Fixkosten (Gebäude, Medizintechnik, Personal-Grundbereitschaft) und den Opportunitätskosten der Bettenvorhaltung und -bindung. Im ambulanten Bereich sind durch die Vermeidung der Hotellerie- und geringere Vorhaltekosten die variablen Leistungskosten ausschlaggebend. Damit – so die Argumentation – könne die identische medizinische Leistung in der niedergelassenen Praxis oder Tagesklinik kostengünstiger erbracht werden. Hinzu kommt, dass ambulante Einrichtungen oft auf einfache Standardeingriffe fokussieren, während Spitäler auch Leistungen anbieten (müssen), die weniger häufig ‚nachgefragt‘ werden. Kostenvorteile gelten primär für elektive (planbare) und unkomplizierte Standardfälle. Ambulante Versorgung könnte daher für viele Indikationen kostengünstiger als stationäre Versorgung sein: Eliminierte Übernachtungen reduzieren variable Kosten (Pflege, Infrastruktur, Fixkosten pro Bett). Empirische Studien stützen diese Überlegungen in medizinischen Bereichen, wenn tatsächlich vergleichbare Leistungen und Leistungsqualitäten in stationären oder ambulanten Einrichtungen erbracht werden. Verlagerungen in den ambulanten Bereich verhindern unnötige Krankenanstaltsaufenthalte bei standardisierten Behandlungen, sodass mehr Primärversorgung hohe Kosten gegenüber der Spitalsversorgung reduzieren kann (z. B. Schuettig & Sundmacher, 2022). So vermutet man bisweilen auch in Österreich ein erhebliches Einsparungspotenzial: durch Umlenkung der Patient:innenströme und die Verschiebung von Leistungen aus dem ambulanten Spitalsbereich in den niedergelassenen Sektor könnte ein volkswirtschaftliches Einsparungspotenzial von über 2,45 Mrd. € realisiert werden (Biach & Plas, 2023).

Allerdings ist der Kostenvergleich stark kontextabhängig. Vergleichbarkeit gilt nur unter der Bedingung, dass auch Patient:innenselektion und Nachsorge gut gesteuert sind, sodass sich auch die gesundheitspolitischen Outcomes vergleichen lassen. Für viele standardisierte medizinische Eingriffe finden Einzelstudien zwar Kostenvorteile der ambulanten Versorgung, primär allerdings aus Sicht des Leistungserbringers, z. B. ambulante OP-Zentren versus Krankenhaus. Bei einer Gesamtkostenbetrachtung werden diese Einsparungen jedoch bisweilen relativiert oder sogar eliminiert, wenn Faktoren wie Nachsorge, häusliche Pflege, Re-Hospitalisierungen oder erhöhte

Inanspruchnahme berücksichtigt werden. Dabei zeigt sich, dass die Kostenbeziehung ganz erheblich vom institutionellen Rahmen und den daraus resultierenden Anreizen bestimmt wird (Büyükdürmus et al., 2017; Walther, 2021).

Die Vermutung, dass Ambulantisierung grundsätzlich zu einer Kostensenkung führt, ist daher auch nicht uneingeschränkt haltbar. Während die Kosten für die medizinische Einzelleistung (z. B. eine ambulante Operation) sinken, könnten gegenläufige Effekte die Einsparungen auf der Ebene der Gesamtkosten neutralisieren. Möglicherweise werden etwa von den Patient:innen ambulante Leistungen in Anspruch genommen, die bei der höheren (psychologischen) Hürde eines stationären Aufenthalts unterblieben wären. Die Effizienzsteigerung der Einzelbehandlung wird dann durch das höhere Gesamtvolumen (Mengeneffekt) wieder aufgehoben. Für tatsächliche Einsparungen durch Ambulantisierung ist freilich der Abbau von Fixkosten in den Spitälern erforderlich. In Krankenanstalten müsste es zu einer strukturellen Anpassung (Bettenabbau, Schließung von Abteilungen) kommen. In dem Umfang, in dem Kapazitätsreserven aufrechterhalten werden sollen, bleiben entsprechend auch Vorhaltekosten bestehen.

Insgesamt ist unklar, ob die Gesamtkosten des Gesundheitssystems durch eine Verlagerung in den nicht-stationären Bereich sinken. Die These "ambulant ist grundsätzlich kostengünstiger als stationär" scheint dann fundiert, wenn man die Kosten vergleichbarer Einzelleistungen betrachtet und die Prämisse erfüllt ist, dass bei der ambulanten Behandlung Hotelleriekosten entfallen<sup>25</sup>). Die These stimmt jedoch nicht generell auf Ebene der Gesamtausgaben, wenn sie nicht von strukturellen Reformen – insbesondere dem Abbau von Spitalskapazitäten und einer sorgfältigen Steuerung des Leistungsvolumens – begleitet wird. Der Netto-Effekt hängt im Ergebnis davon ab, ob Einsparungen an der stationären Stelle im System realisiert und „gehoben“ werden können. Seit 2013 hat daher in Österreich auch die Idee von der Versorgung am Best-Point-of-Service die ursprüngliche Doktrin „ambulant vor stationär“ abgelöst. Das neue Leitmotiv erlaubt mehr Flexibilität in Bezug auf die Wahl des Versorgungssettings, beispielsweise die fachärztliche Versorgung verstärkt im spitalsambulanten Bereich anzusiedeln (Hofmarcher & Singhuber, 2020)<sup>26</sup>).

### **3.4 Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter versus stationärer Versorgung**

#### **3.4.1 Ausgangspunkt der Governance-induzierten Fehlanreize**

Österreichs Governance-Architektur im Gesundheitswesen ist dadurch charakterisiert, dass der stationäre Sektor, der die Versorgung in Krankenanstalten und Spitalsambulanzen umfasst, vorwiegend von den Bundesländern verantwortet und teilfinanziert wird. Durch die Einbindung des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung in die gemeinsame Festlegung des ÖSG, sowie durch die Kopplung von Planung und Finanzierung entsteht eine Form der indirekten Steuerung, die die Handlungsspielräume der Länder erheblich einschränkt. Demgegenüber liegt der extramurale Sektor, der die Versorgung durch niedergelassene Ärzt:innen sowie

---

<sup>25</sup>) Besteht zeitlich begrenzte Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die ambulante OP, müssten die dabei entstehenden Kosten für einen ökonomischen Vergleich ebenfalls in Ansatz gebracht werden.

<sup>26</sup>) Hier stellt sich allerdings das grundsätzliche Problem, wer den „Best-Point-of-Service“ festlegt („Patientensteuerung“).

selbstständige Ambulatorien einschließt, hauptsächlich in der Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger und der Ärzteschaft. Während die Steuerungslogik im Bereich der Krankenanstaltenplanung auf Instrumente der kooperativen Mehrebenengovernance zurückgreift, dominiert im niedergelassenen Bereich die korporatistische Verhandlung.

Schnittstellen zwischen extramuralem und intramuralem Sektor sind eine der zentralen strukturellen und ökonomischen Herausforderungen. Die historisch gewachsene Trennung der Versorgungsbereiche beeinflusst die Effizienz des Systems, die Allokation von Ressourcen und die Kontinuität der Patient:innenversorgung maßgeblich. Trotz zahlreicher Reformbemühungen, die auf eine stärkere Integration und Koordination von ambulanter und stationärer Versorgung abzielen, bestehen immer noch die aus der fragmentierten Finanzierung und Steuerung resultierenden Fehlanreize. Diese führen – zumindest nach Auffassung einer Reihe von Autoren – zu einer tendenziell krankenanstaltslastigen Versorgungsstruktur, die im internationalen Vergleich mit Mehrkosten verbunden sein könnte (Biach & Plas, 2023; OECD & European Commission, 2024). Insbesondere an den sektoralen Grenzen der Patient:innenversorgung kann es zu Informationsverlusten, Parallelstrukturen, Doppelvorhaltungen, Mehrfachuntersuchungen sowie unklaren Zuständigkeiten in der Leistungserbringung kommen.

Die getrennte budgetäre und planerische Zuständigkeit erschwert die sektorübergreifende Koordination und hemmt eine integrierte Versorgungsplanung. Jeder Akteur optimiert primär innerhalb seines eigenen Finanzierungs- und Verantwortungsbereichs, was aus gesundheitspolitischer Perspektive zu einer suboptimalen Allokation von Ressourcen führt und aus fiskalischer Sicht die Ursache für eine systematische Leistungsverschiebung vom kostengünstigeren ambulanten Sektor in den teureren stationären Sektor ist (Bachner et al., 2019). Die starke Ausrichtung auf das Krankenhaus, die prominente Rolle der Spitalsambulanzen als parallelem Versorgungssystem und die komplexen Entwicklungen im niedergelassenen Bereich sind direkte Folgen der fragmentierten Steuerung und Finanzierung.

Bestehende institutionelle Strukturen und Anreizsysteme fördern die Inanspruchnahme teurerer Versorgungsformen und verhindern die Verlagerung von Leistungen an den "Best Point of Service". Bei Reformen geht es mithin um die Verlagerung der Patient:innenströme vom stationären in den ambulanten Bereich und somit um eine Stärkung des ambulanten Bereichs durch den Auf- und Ausbau von Kapazitäten (auch durch neue Organisationsformen wie PVE), bei gleichzeitiger Entlastung der kostenintensiveren stationären Strukturen.

**Übersicht 3.3: Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondskrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich, 2017 bis 2024**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	e-card-Kontakte in Mio.							
Allgemeinmedizin	67,9	69,0	69,2	65,7	75,7	75,8	77,2	79,9
Fachärzt:innen	24,9	25,1	25,2	23,1	25,1	25,6	26,9	28,0
Zahnmediziner:innen	11,0	11,1	11,2	10,0	11,1	11,1	11,6	12,1
Spitalsambulanzen	17,6	18,4	19,1	15,5	17,3	18,3	19,2	
<b>Summe</b>	121,4	123,5	124,8	114,2	129,3	130,8	134,9	
Anteil Spitalsambulanz in Prozent	14,5	14,9	15,3	13,6	13,4	14,0	14,2	

Q: Zielsteuerung Gesundheit (2025), WIFO-Berechnungen.

Übersicht 3.3 aus dem Zielsteuerungs-Monitoringbericht illustriert, dass zwischen 2017 und 2023 die Frequenz ambulanter Behandlungen, gemessen an den „ambulanten Frequenzen“ (e-card-Kontakten), seit 2017 von 121,4 Mio. auf 134,9 Mio. angewachsen ist. Der Anteil der Kontakte in Spitalsambulanzen ist dabei leicht von 14,5% (2017) auf 14,2% (2023) gesunken.

### 3.4.2 Unzureichende Steuerung der Patient:innenströme

In Österreich existiert kein verbindliches System der Patient:innensteuerung (Gatekeeping). Patient:innen wählen den Eintrittspunkt ins Gesundheitssystem oft selbst, was überdurchschnittlich oft zu teureren Facharztbesuchen und Krankenanstaltsaufenthalten führt. Es existiert keine flächendeckende, formale Verpflichtung für die Patient:innen, bei medizinischem Bedarf zunächst einen Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich aufzusuchen.

Die fehlende „Lotsenfunktion“ erlaubt Patient:innen insbesondere die Selbstzuweisung zu Spitalsambulanzen, wodurch diese als "Notfallpraxen" zweckentfremdet werden (Bachner et al., 2019). Das führt zur stärkeren Inanspruchnahme dieses Versorgungs- und Behandlungsweges, gegebenenfalls sogar bis zu dessen Überlastung, da die politischen Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen kein wirksames Instrument zur Lenkung der Patient:innenströme in den niedergelassenen Sektor implementieren (abgesehen von den vereinbarten Zielen im Rahmen der Zielsteuerung). Kraxner et al. (2025, S. 11) konstatieren:

*“Compared to other Western European countries that regulate access to secondary-level health care, such as Norway, Sweden, or Ireland, Austria has a two- to three-fold higher number of specialist consultations, with many of these specialists working in ambulatory settings. The lack of GP (general practitioners) ‘gatekeeping’ and this specialist-driven approach leads to overutilization of higher care level facilities in Austria.”*

Die Fragmentierung der Kompetenzen befördert auch eine Fragmentierung der Versorgungspfade der Patient:innen (Czypionka et al., 2024). Ein hohes Potenzial läge in der Lenkung von Selbstzuweiser:innen in Spitalsambulanzen, denn diese könnten vermutlich besser oder gleich

gut im niedergelassenen Bereich versorgt werden<sup>27)</sup>. Spitalambulanzen sind ursprünglich nicht für die Primärversorgung vorgesehen, sind aber verpflichtet, Notfallversorgung sowie Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen, die durch niedergelassene Ärzte nicht hinreichend übernommen werden (Bachner et al., 2019). Dabei fungieren Spitalsambulanzen oft als Auffangbecken für Mängel im niedergelassenen Bereich. Patienten gehen dorthin, weil sie sofortige Diagnostik (Labor, Röntgen) erhalten oder keinen Kassenarzttermin finden. Ökonomisch ist das ineffizient, wenn die Vorhaltung von Infrastruktur im Spital deutlich teurer ist als in einer Ordination im niedergelassenen Bereich. Die Neigung der Patient:innen, auch in Bagatellfällen eine Spitalsambulanz direkt aufzusuchen, beruht auf einer Reihe von Faktoren, die in direktem Zusammenhang mit der Versorgung im niedergelassenen Bereich stehen. Als Hauptmotive werden genannt (z. B. Biach & Plas, 2023):

- Telefonische Gesundheitsberatung sowie telemedizinische Angebote sollten eigentliche als erste Filter fungieren. Ziel wäre es, mittels der Patienten, die keine Akutfälle sind, gar nicht erst in die Ambulanz (oder zu niedergelassenen Ärzt:innen) kommen zu lassen („Erstkontakt – Triage – Information“). Akzeptanz und Nutzungsoptionen der digitalen Vorschaltinstanzen ist aber offenbar noch (zu) wenig ausgeprägt (siehe auch Textkasten Gesundheitstelematik).
- Das "One-Stop-Shop"-Prinzip ist für Patient:innen besonders attraktiv. Diagnostik und Behandlung können an einem einzigen Ort erfolgen. Krankenanstalten, bzw. Spitalsambulanzen, werden dabei vermutlich auch oft wegen der angenommenen besseren diagnostischen Möglichkeiten (Personal, Ausstattung, Behandlungskompetenz) aufgesucht.
- Erweiterte Öffnungszeiten und die zeitliche Verfügbarkeit an Randzeiten und Wochenenden sind in Spitälern im Vergleich mit begrenzten Öffnungszeiten der niedergelassenen Allgemein- und Fachärzt:innen erheblich größer. Insbesondere wenn niedergelassene Fachärzt:innen lange Wartezeiten oder keine Kassenverträge aufweisen, sind Spitalambulanzen attraktiver. So führt eine angebotsinduzierte Nachfrage dazu, dass Patient:innen – insbesondere in urbanen Regionen – verstärkt Spitalsambulanzen oder niedergelassene Fachärzt:innen für Erstkontakt und Basisversorgung aufsuchen.
- Finanziell ist die Spitalsambulanz im Vergleich zum Wahlarzt (mit hoher Vorleistung und einer nicht immer vollständigen Rückerstattung des Kassentarifs) für Patient:innen ebenfalls zumeist günstiger und zugänglicher.

Das Fehlen eines formalen Gatekeeping-Systems, bei dem Patient:innen (ggf. nach digitalem Erstkontakt) zuerst einen Allgemeinmediziner aufsuchen müssten, führt im Ergebnis dazu, dass Spitalsambulanzen sich zu einem parallelen Primärversorgungssystem entwickeln. Die Behandlung derselben Indikation in der Spitalsambulanz kostet allerdings bisweilen ein Vielfaches dessen, was im niedergelassenen Bereich anfallen würde (z. B. Biach & Plas, 2023).

---

<sup>27)</sup> Zudem bestehen im niedergelassenen Bereich möglicherweise ökonomische Anreize, die Versorgung „aufwändiger“ Patienten häufiger als nötig in Krankenanstalten zu verlagern.

### **Gesundheitstelematik und informationstechnische Schnittstellen**

In der österreichischen Gesundheitspolitik ist Gesundheitstelematik (speziell die ELGA) das zentrale Instrument, um die informationstechnische Trennung zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich strukturell zu überbrücken. Ziel ist die Unterstützung der Behandlung durch einen besseren sektorübergreifenden Informationsfluss entlang der Behandlungskette.

Die rechtliche Basis bilden Gesundheitstelematikgesetz und ELGA-Gesetz. Hier hat der Bund die Grundsatz- und Ausführungsgesetzgebung inne. Die operative Umsetzung liegt bei der ELGA GmbH, deren Eigner Bund, Länder und Sozialversicherung sind. ELGA verwandelt die sektoral getrennten Daten in ein vernetztes System. Länder und die Sozialversicherung können dieselbe technologische Schiene nutzen. Im Ergebnis sollten die verschiedenen Anbieter auf eine interoperable Daten-Schnittstelle zurückgreifen können, was einen weniger frictionsbehafteten Übergang zwischen den Sektoren ermöglicht. Die zahlreichen technischen Schnittstellenprobleme (verschiedene Software-Systeme), Datenschutzaspekte und politische Widerstände verzögerten allerdings die flächendeckende Einführung und Anwendung des Instruments. Seit 2018/2019 ist der niedergelassene Bereich eingebunden. Die Reform 2026 versucht, durch gesetzliche Speicherpflicht und Einbindung der Wahlärzte immer noch bestehende Lücken zu beseitigen (<https://www.sozialversicherung.at/>).

#### **3.4.3 Vertragsarztmangel im niedergelassenen Sektor**

Der Zugang zum Kassensystem erfolgt über kontingentierte Kassenstellen. Neue Stellen entstehen durch korporatistische Verhandlungen zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer. Ein Kernproblem im Schnittstellenbereich von extra- und intramuraler Versorgung ist dabei ein Mangel an Vertragsärzten und eine mögliche Unterversorgung im niedergelassenen Bereich, insbesondere in ländlichen Regionen. Der niedergelassene Sektor ist durch eine bereits seit Jahren zunehmende regionale Ungleichverteilung, im Sinne einer hohen Versorgung in urbanen Zentren und einer Unterversorgung im ruralen Raum, gekennzeichnet (Bachner et al., 2019).

Österreich weist mit 551 praktizierenden Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen (2023) im internationalen Vergleich eine außerordentlich hohe Versorgungsdichte auf, wenngleich die Zahlen Unterschiede im tatsächlichen Versorgungsniveau nicht immer adäquat widerspiegeln können (Abbildung 3.2)<sup>28)</sup>. Allerdings ist die primärversorgende allgemeinmedizinische Versorgung in Österreich tendenziell unterbesetzt und die spezialisierte Versorgung verhältnismäßig stark ausgeprägt<sup>29)</sup>. So ist der Anteil der Allgemeinmediziner:innen an der Gesamtzahl der Ärzt:innen

---

<sup>28)</sup> Für 2024 werden von Eurostat 565 Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen angegeben. Allerdings liegen keine Informationen zu den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden vor. Die Versorgungswirksamkeit wird möglicherweise durch eine hohe Teilzeitrage von Ärzt:innen überzeichnet. In der Literatur wird die Fixierung auf die Ärztedichte oft als "Input-Indikator" kritisiert. Für die Primärversorgung wäre ein "Output- oder Outcome-Indikator" (z. B. Wartezeiten auf Termine, Rate vermeidbarer Krankenhauseinweisungen, Patientenzufriedenheit) wesentlich aussagekräftiger.

<sup>29)</sup> Im ambulanten Sektor gibt es zahlreiche unterschiedliche Leistungsanbieter. Dazu zählen neben den Leistungen ärztlichen Versorgung auch röntgen- und labordiagnostische Leistungen, mobile Pflege, Physiotherapie, u.v.m. Die extramurale ärztliche Versorgung wird auch von selbstständigen Ambulatorien durchgeführt.

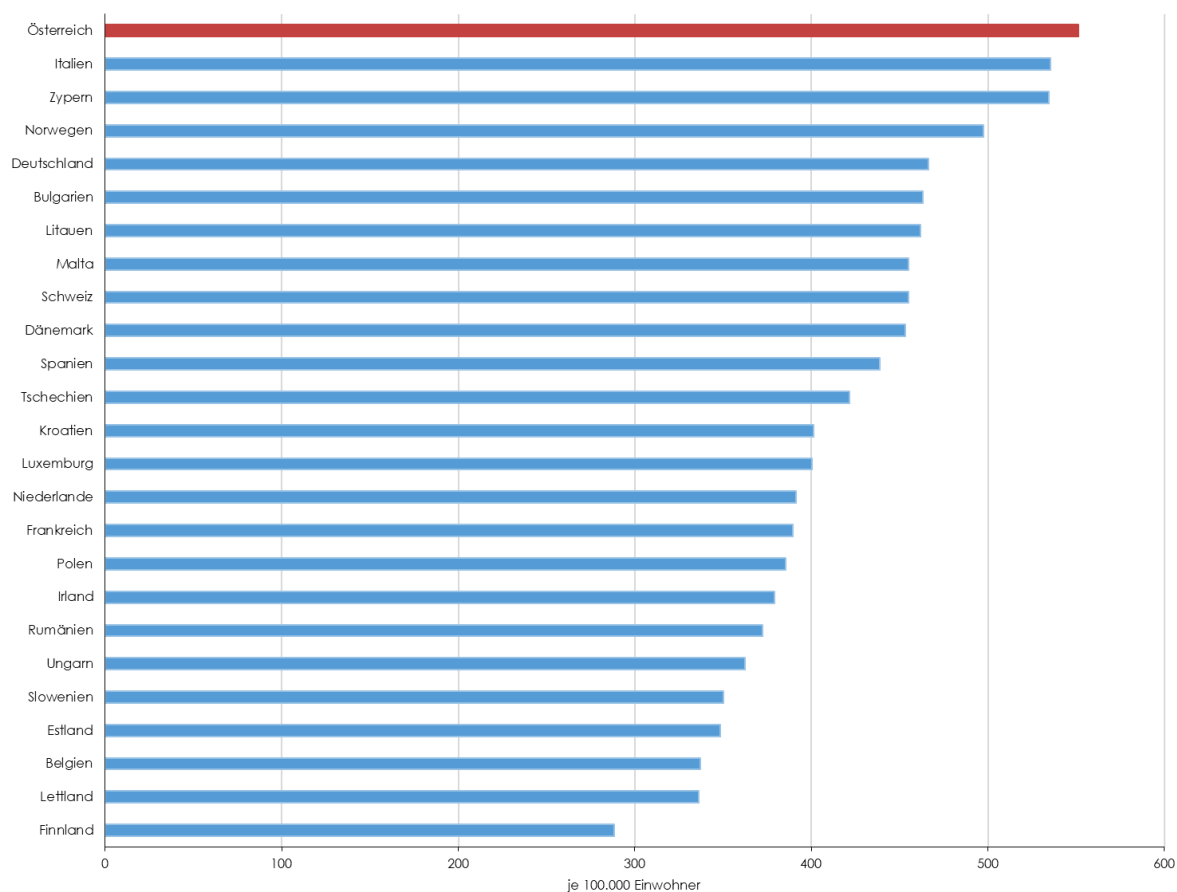
in Österreich im EU-Vergleich tendenziell niedrig und das Verhältnis von Spezialist:innen zu Allgemeinmediziner:innen ist stark zugunsten der Spezialist:innen verschoben. Studien des IHS zeigen regelmäßig die Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Arztgruppen in Österreich (Czypionka et al., 2024). Vergütung, Arbeitszeitmodelle und Karriereaussichten machen Facharztlaufbahnen oft attraktiver als das Betreiben einer Hausarztpraxis (Kraxner et al., 2025). Lokale Unterversorgung trotz national ausreichend hoher Ärztedichte ist danach auch das Resultat geringer Attraktivität (Arbeitsbelastung, Infrastruktur) von Praxen in ländlichen Regionen.

Eine gezielte Stärkung des niedergelassenen Primärversorgungsbereichs, etwa durch multiprofessionelle Einheiten mit erweiterten Öffnungszeiten und diagnostischen Möglichkeiten, könnte möglicherweise einen signifikanten Teil der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen substituieren (Czypionka et al., 2013). Der Ausbau von PVE wäre eine Maßnahme, um eine integrierte, multiprofessionelle Erstversorgung zu gewährleisten und die notwendige Filter- und Gatekeeper-Funktion aufzubauen, um unnötige Spitalsbesuche in Ambulanzen zu vermeiden. Freilich zeigen sich auch in diesem Kontext Restriktionen.

Während eine höhere Dichte an Vertragsärzt:innen mit einer geringeren Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen assoziiert ist (Substitutionswirkung), zeigt sich bei Wahlfachärzt:innen häufig ein komplementäres Verhältnis zur spitalsambulanten Versorgung. So ist der extramurale Sektor selbst von einem zunehmenden Ungleichgewicht in den Versorgungsstrukturen geprägt. Während die Zahl der Vertragsärzt:innen mit Kassenvertrag stagniert, steigt die Zahl der Wahlärzt:innen ohne Kassenvertrag kontinuierlich an (Bachner et al., 2019). Wahlärzt:innen sind oft zusätzlich in Krankenanstalten angestellt und stehen in der extramuralen Versorgung daher in einem geringeren Stundenausmaß zur Verfügung als Vertragsärzt:innen. Der Rechnungshof (2025) sieht den steigenden Anteil der wahlärztlichen Versorgung dabei als ein wachsendes Risiko für eine solidarische Versorgung. Die Flucht aus dem Kassenvertrag in die Wahlarztordination schwächt die Steuerungskraft des ÖSG massiv, da Wahlärzte im ÖSG nicht verpflichtend planbar sind.

Empirische Studien deuten darauf hin, dass eine hohe Dichte an Wahlfachärzt:innen nicht substituierend wirkt, sondern gegebenenfalls sogar die Nutzung von Spitalsambulanzen fördert. Wahlfachärzt:innen überweisen ihre Patient:innen für weiterführende Diagnostik oder Behandlungen häufig an Krankenanstalten und Spitalsambulanzen, da ihnen diese Infrastruktur in der eigenen Praxis nicht zur Verfügung steht. Dies verstärkt die Schnittstellenproblematik zusätzlich und konterkariert das Ziel, die Krankenanstalten zu entlasten (Czypionka et al., 2013).

Abbildung 3.2: **Praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner:innen, 2023**



Q: Eurostat.

### 3.4.4 Bedarfsplanung im niedergelassenen Bereich

Die fehlende Gatekeeper-Funktion in der Patient:innensteuerung manifestiert sich in einer Tendenz zur Übernutzung von Spitalskapazitäten. Die institutionelle Fragmentierung und intransparente Finanzierungsanreize befördern diese Ineffizienz an den sektoralen Schnittstellen. Die Komplexität der Zuständigkeitsaufteilungen zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern, unter Finanzierungsbeitrag der Gemeinden, erschwert eine zielgerichtete und schnelle Umsetzung von Reformen, um die Patient:innenströme konsequent in den niedergelassenen Bereich zu lenken. Obwohl der ÖSG theoretisch eine flächendeckende Versorgung vorgibt, wirken in der Praxis mehrere Anreizmechanismen, die das Ziel der Gleichwertigkeit der Versorgung im niedergelassenen Bereich unterwandern.

Die Zahl der auszuscheidenden Kassenstellen wird im Stellenplan festgelegt, der zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung verhandelt wird. Grundlage dafür ist der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entwickelte Bedarfsplan, dessen Berechnungslogik jedoch nur begrenzt transparent ist und eine unabhängige Nachvollziehbarkeit erschwert (Hofmarcher & Singhuber, 2020). Die Bedarfsplanung der Sozialversicherung dient dazu, die regionale Versorgungslage (nach Fachgebieten, Kassenstellen, Einwohnern und Inanspruchnahme) zu

analysieren und zu bestimmen, wie viele Vertragsärzt:innen regional nötig wären. Der Bedarfsplan bildet die Basis für den Stellenplan, der wiederum darüber entscheidet, ob eine Vertragsarztstelle geöffnet, nachbesetzt oder gesperrt wird. Wie viele Kassenstellen dabei tatsächlich ausgeschrieben werden, wird somit zwischen Ärztekammer und Sozialversicherungsträgern ausgehandelt.

In zwei Berichten (Rechnungshof, 2021, 2025) untersuchte der Rechnungshof die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich für die Zeiträume 2009 bis 2019, bzw. 2018 bis 2024 und stellt dabei auch ein Auseinanderfallen von Plan- und Ist-Zahlen fest (Rechnungshof, 2025, S. 33):

*„Die ÖSG-Planrichtwerte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachgebiete stiegen zwischen 2020 und 2025 um sieben Prozentpunkte an, die Ist-Werte bis 2023 gingen jedoch leicht zurück. Während im Jahr 2020 die Ist-Werte die Planrichtwerte noch um zwei Prozentpunkte überschritten, lagen sie 2023 um mehr als zwei Prozentpunkte darunter.“*

Aus institutioneller Perspektive haben Ärztekammer und Sozialversicherung zu wenig Anreize, die ambulante Versorgung im niedergelassenen Bereich zu verbessern, und damit aber auch die Spitäler und Spitalsambulanzen zu entlasten. Die extramurale Versorgung wird von Verhandlungspartnern gesteuert, die beide keine Gesamtverantwortung für das System haben, deren Maßnahmen aber auch die Kosten für einen dritten Akteur (Bundesländer) erheblich beeinflussen. Dabei erschweren die Fragmentierung der Finanzierungsverantwortung, die Interessenlage der Ärztekammer und die kurzfristige Budgetlogik der Sozialversicherung den ausreichenden Vollzug struktureller Maßnahmen in der extramuralen Versorgung. Die Hauptursache liegt in der fehlenden Budgetverantwortung für den gesamten Versorgungssektor:

- Die Sozialversicherung trägt primär Kosten des extramuralen Bereichs, die Länder tragen die Hauptkosten des intramuralen Bereichs.
- Bessere ambulant-niedergelassene Versorgung belastet tendenziell finanziell die Sozialversicherung, und entlastet die Spitalsambulanzen der Länder. Entsprechend fehlen der Sozialversicherung (und in indirekter Folge dem Bund) starke finanzielle Anreize für strukturelle Investitionen in die niedergelassenen Primärversorgung.
- Umgekehrt ist die Sozialversicherung lediglich mit einem Fixbetrag (nach der Höhe der Beitragseinnahmen) an der Spitalsfinanzierung beteiligt. Dieser Betrag ist unabhängig von der tatsächlichen Nutzung des Spitalsangebots. Auch deshalb bestehen wenig finanzielle Anreize für die Sozialversicherung, durch ein verbessertes Angebot im niedergelassenen Bereich die Versorgung zu verbessern (Czypionka et al., 2024).

In der Ökonomik spricht man vom "Moral Hazard" der Akteure aufgrund der geteilten Finanzierung. Die Sozialversicherung spart durch unbesetzte Kassenstellen im ländlichen Raum zunächst Honorarausgaben. Wenn die Patienten stattdessen ins (teurere) Krankenhaus gehen, belastet dies primär das Budget des jeweiligen Landesfonds, nicht direkt den Kernhaushalt der Sozialversicherung. Damit ist die Situation für die Länder durch ein Dilemma gekennzeichnet. Einerseits entsteht durch eine unzureichende niedergelassene Versorgung politökonomischer Druck auf die Landespolitik, die regionale Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Andererseits haben die Länder keine Gestaltungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich. Da aber Patienten –

zumal bei fehlendem Kassenarzt – einfach in die Ambulanz gehen können (siehe Abschnitt 3.4.2), sinkt der politische Druck auf die Sozialversicherung, unbesetzte Stellen um jeden Preis (z. B. durch Bonuszahlungen) zu füllen. Die "Auffangfunktion" der Spitäler wirkt als Fehlanreiz für eine konsequente Planung der niedergelassenen Versorgung.

Im Verantwortungsbereich der Sozialversicherungsträger entsteht nicht nur das Problem der Kostenexternalisierung auf Bundesländer, sondern auch ein Problem des maßgeblichen Zeithorizonts. Langfristige Investitionen in die Verbesserung der Primärversorgung (z. B. durch die Etablierung von PVE, Digitalisierung, multiprofessionelle Versorgung) bedeuten kurzfristige Kosten, deren Nutzen durch Effizienzverbesserung und Einsparungen oftmals erst nach Jahren sichtbar werden. Hinzu kommt, dass seitens der Entscheidungsträger:innen auf Bundesebene das politisch-administrative Interesse eher auf der leicht zu beobachtenden Beitragsstabilität in der Krankenversicherung als auf der schwerer messbaren Versorgungseffizienz fokussiert.

Ein weiterer Aspekt betrifft Verhandlungsmacht und Interessenlage der Ärztekammer. Die Ärztekammer hat als Vertretung eine Monopolstellung inne, die Mitgliedschaft ist für Ärzt:innen obligatorisch. Ökonomisches Ziel der Ärztekammer ist, Einkommen und Arbeitsbedingungen der Mitglieder zu sichern. Bessere Versorgung durch Kassenstellen oder längere Öffnungszeiten könnten den Wettbewerb zwischen den Ärzt:innen stärken, damit aber auch Arzthonorare und ärztliche Verhandlungsmacht schwächen. Es besteht ein Anreiz, Stellen im Primärversorgungsbereich eher zurückhaltend zu besetzen. In ruralen Regionen müssten die Honorare deutlich höher sein, um den dortigen Standortnachteil für die niedergelassenen Ärzte auszugleichen. Im Kassenvertragssystem ist eine regionale Differenzierung jedoch schwer umsetzbar. Mangelversorgung ist somit nicht unbedingt ein Planungsfehler im Sinne einer falschen Berechnung, sondern ein Umsetzungsdefizit, das aus der Zersplitterung der Finanzierung resultiert.

Insgesamt werden somit weder die Ärztekammer noch die Sozialversicherungsträger direkt belohnt, wenn die Versorgung effektiv und kostengünstiger im niedergelassenen Bereich statt im intramuralen Bereich erfolgt. Obwohl das früher bestehende Anstellungsverbot für Ärzt:innen inzwischen aufgehoben wurde – und somit ein institutionelles Hindernis für die Ausweitung der Primärversorgung entfällt, schränken weiterhin finanzielle Rahmenbedingungen für Hausärzt:innen und das System der Einzelleistungsvergütung (Bachner et al., 2019) die Leistungsfähigkeit der allgemeinmedizinischen Versorgung ein. Dies zeigt sich in überfüllten Kassenordinationen, langen Wartezeiten und sehr kurzen Konsultationen (Hoffmann, 2022). Trotz einer insgesamt hohen Ärzt:innendichte entsteht dadurch im vertragsärztlichen Bereich ein zunehmend spürbarer Mangel an niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen. Hoffmann (2022, S. 275) diagnostiziert in diesem Zusammenhang:

*„In Österreich wurden die Allgemein- und Familienmedizin wie auch der gesamte öffentliche Primärversorgungssektor in den letzten Jahrzehnten strukturell und finanziell vernachlässigt [...] Die Kontinuität der Versorgung war zwar zumeist innerhalb der hausärztlichen Versorgung gesichert, nicht aber innerhalb der Primärversorgungsebene [...] oder zwischen den Versorgungsebenen.“*

Daraus resultierte u. a. im kassenärztlichen Versorgungsbereich trotz hoher Ärzt:innendichte ein immer deutlicher werdender Mangel an niedergelassenen Ärzt:innen, sodass sich gleichzeitig durch angebotsinduzierte Nachfrage vor allem in städtischen Bereichen Patient:innen immer

häufiger für eine Spitalambulanz oder niedergelassene FachärztInnen für die Erstkonsultation entscheiden. Unterversorgung im extramuralen Bereich ist nicht primär ein Mengenproblem, sondern ein Struktur- und Anreizproblem, die zu einer systematischen Überinanspruchnahme des Spitalssektors führt. Der Spitalsbereich fungiert zunehmend als Auffangsystem für Defizite der Primärversorgung.

### **3.4.5 Governance-induzierte Fehlanreize im Spitalsbereich**

Während die institutionellen Fehlanreize im extramuralen Bereich tendenziell in Richtung einer Unterversorgung speziell im ländlichen Raum wirken, entfalten andere Faktoren vor allem politökonomische Anreize, die eine Persistenz der bestehenden Versorgungsstrukturen im Bereich der Krankenanstalten begünstigen.

Formal entscheiden die Bundesländer über Krankenanstaltsstrukturen und Bettenkapazitäten; sie sind jedoch – wie oben diskutiert – spätestens seit der Verknüpfung mit Finanzierungsmodalitäten in erheblichem Maße auch an Planungen des ÖSG gebunden. Die Vorgaben des ÖSG fließen in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) ein, die von den Ländern per Verordnung erlassen werden. Seit der Zielsteuerung Gesundheit ist die Bindungswirkung allerdings stärker geworden. Weicht ein Land massiv vom ÖSG ab, riskiert es den Verlust von Fondsmitteln aus dem Finanzausgleich. Eingeschränkte Steuerungskapazitäten sind allerdings nicht gleichbedeutend mit völliger Abwesenheit. Der ÖSG belässt den Ländern keinen allumfassenden, aber immerhin begrenzten Spielraum bei der konkreten Ausgestaltung der Standorte innerhalb einer Region, solange die regionale Gesamtzahl der Betten und die Qualitätskriterien (z. B. Mindestfallzahlen) formal eingehalten werden. Die konkrete Umsetzung erfolgt jedoch im RSG. Solange das Land innerhalb der Korridore des ÖSG bleibt, entscheidet es mit dem RSG wesentlich über die Spitalsstandorte. Die Länder (oder ihre Holding-Gesellschaften) sind außerdem die Rechtsträger der meisten Krankenanstalten. Als Eigentümer entscheiden sie letztendlich über Bauinvestitionen, Personalbesetzungen und die operative Führung.

Dabei gibt es auch im Spitalsbereich eine ausgeprägte Mischfinanzierung. Ein erheblicher Teil der laufenden Spitalsfinanzierung stammt nicht aus den Budgets der Länder selbst, sondern aus Mitteln des Bundes und der Sozialversicherung (über die Landesgesundheitsfonds). Gleichzeitig tragen die Länder (bzw. ihre Spitalsträger) den Betriebsabgang. Der jährliche Monitoringbericht der Zielsteuerung Gesundheit (2025) weist aus, dass die Finanzierungsanteile der Sozialversicherung an Fondsspitalern zwar seit 2017 (45,5%) leicht gesunken sind; allerdings zeigen die Daten im letztverfügbaren Jahr 2023 immer noch einen Finanzierungsanteil der Sozialversicherungsträger in Höhe von 42,2% (siehe Übersicht 3.4). Der Anteil des Bundes, der in der COVID19-Pandemie auf 14,8% angestiegen war, belief sich 2023 auf 12,1%. Damit ergibt sich ein Finanzierungsanteil von österreichweiten (bundesstaatlichen) institutionellen Einheiten von über 50%. Länder und Gemeinden trugen zusammen 45,7%.

Übersicht 3.4: **Finanzierungsanteile an Fondsspitalern, 2017 bis 2023**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bund	11,3	11,2	11,1	14,8	14,8	12,4	12,1
Länder	32,6	33,0	33,6	32,1	32,7	34,2	35,3
Gemeinden	10,6	10,6	10,4	10,0	10,1	10,1	10,4
SV-Träger	45,5	45,2	44,8	43,1	42,5	43,3	42,2

Q: Haindl et al. (2025).

Die Krankenanstaltenfinanzierung weist somit drei zentrale Eigenschaften auf, externe Mitfinanzierung (Bund, Sozialversicherung) bei gleichzeitiger Deckelung dieser Mittel (z. B. durch Ausgabenpfade) und Restfinanzierung durch die Länder, einschließlich des Betriebsabgangs. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Expansion und Kostendisziplin, mit widersprüchlichen Anreizen:

- Die Mitfinanzierung der Spitalstrukturen durch Sozialversicherung und Bund einen Anreiz für die Länder, das stationäre Angebot aufrecht zu erhalten, da dessen Kosten zumindest teilweise externalisiert werden können. Da ein erheblicher Teil der Finanzierung von anderen Sektoren mitgetragen wird, internalisieren Länder nicht die vollen Kosten zusätzlicher Leistungen. Mischfinanzierung und Kostenteilung begünstigt die generelle Tendenz Leistungen auszubauen – man spricht in diesem Kontext auch von einem common pool-Problem (Pitlik, 2007).
- Beiträge von Bund und Sozialversicherung sind jedoch gedeckelt und an Ausgabenpfade gebunden. Dabei haben die Länder in letzter Konsequenz den Betriebsabgang zu decken, sodass eine Ausweitung des stationären Angebots nicht zwingend in ihrem finanziellen Interesse liegt (harte Budgetrestriktion). Müssen Defizite von Ländern getragen werden, werden marginale Kosten zusätzlicher Leistungen letztlich internalisiert.
- Ein Krankenhaus ist gerade in ländlichen Regionen oft ein wichtiger Arbeitgeber und ein Prestigesymbol. Spitäler sichern qualifizierte Arbeitsplätze und Kaufkraft am Standort. Der fiskalische Abgang wird politökonomisch gegen regionale Wertschöpfung und Umwegrentabilität aufgerechnet. Ist die Krankenhausinfrastruktur bereits vorhanden, entstehen hohe politischen Kosten einer Schließung oder eines Kapazitätsabbaus, wenigstens, solange die Defizite im Landesbudget darstellbar sind. Fehlanreize entstehen speziell mit Blick auf die Vorhaltekapazitäten: es gibt wenig Motivation, stationäre Kapazitäten abzubauen<sup>30</sup>). Eine hohe Krankenanstaltdichte –viele kleine Standorte in einer Region – treibt nicht nur die Gesamtkosten und mindert die Effizienz aufgrund fehlender Skalenvorteile, sondern kann auch die Versorgungsqualität beeinträchtigen, speziell bei seltenen Eingriffen.

<sup>30</sup>) Die LKF-Reform 2025 adressiert diese Problematik durch die nunmehr erfolgende explizite Abbildung von Vorhaltekosten (Strukturanteile) und einheitlichere Kalkulationen für ambulant versus stationär.

Diese Überlegen gelten prinzipiell auch für Betrieb und Ausbau von Spitalsambulanzen. Die Finanzierung von Spitalsambulanzen erfolgt über das Gesamtbudget der Krankenanstalten. Die Länder haben dabei als Betreiber einen Anreiz, die Spitalsinfrastruktur insgesamt auszulasten, insofern die Kosten über den LGF-Topf gedeckt werden, in den auch Pauschalbeiträge der Sozialversicherung und Bundesmittel einfließen. Stationäre Aufenthalte erhöhen den Betriebsabgang jedoch stärker als tagesklinische und spitalsambulante Leistungen.

Krankenanstalten nehmen theoretisch für die allermeisten Gesundheitsleistungen eine nachgelagerte Funktion ein. Die Versorgungsqualität des niedergelassenen Bereichs ist dabei ein Bestimmungsfaktor für die Inanspruchnahme des stationären Bereichs. Der Ausbau der extramuralen Versorgung ist aber nur begrenzt im finanziellen Interesse der hierfür relevanten Entscheidungsträger:innen. Jedoch verfügen die Länder zur Entlastung der Spitäler über keine Handlungsspielräume mit Blick auf die (regionale oder lokale) Versorgung im niedergelassenen Sektor, wo die Steuerungskompetenz bei Bund, Sozialversicherung und Ärztekammer liegt. Sie können aber versuchen, Versorgungsmängel durch den Ausbau von Stationsambulanzen zu kompensieren. Wenn die Länder die politische Letztverantwortung für die regionale Versorgungssicherheit spüren, finanzieren sie Spitalsambulanzen lieber selbst, als den Unmut der Bevölkerung über fehlende Kassenärzte zu riskieren. Somit werden die Länder durch nicht selbst verschuldete Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich ökonomisch und politisch in die Rolle ambulanter Leistungserbringer „gedrängt“.

Dabei wird diese Kombination institutioneller Anreize in empirischen Studien durchaus auch als Quelle beträchtlicher Ineffizienzen im österreichischen Gesundheitssystem angesehen. In einer räumlichen Paneldatenanalyse der österreichischen Bezirke für den Zeitraum 2008 bis 2014 untersucht Renner (2019) die Auswirkungen der fragmentierten Steuerungsstruktur in Österreich auf die Effizienz des Gesundheitssystems. Als primärer Indikator für mögliche Ineffizienz und Schwächen in der Primärversorgung wurden die vermeidbaren Krankenanstaltsaufnahmen (Ambulatory Care Sensitive Conditions – ACSC) verwendet. Zentrale These von Renner (2019) ist, dass ein starker Fokus auf Spitäler mit einer unterentwickelten Primärversorgung einher geht. Länder mit schwacher niedergelassener Versorgung weisen überdurchschnittlich oft vermeidbare Krankenanstaltsaufnahmen auf (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC). Hierbei handelt es sich um stationäre Behandlungen für Krankheiten, die bei effektiver niedergelassener Erstversorgung vermieden werden könnten (OECD, 2023; Starfield & Shi, 2002). Die Rate der ACSC dient als zentraler Indikator für strukturelle Ineffizienz an der sektoralen Schnittstelle. Die Studie liefert Evidenz dafür, dass die regulatorische Gewaltenteilung im österreichischen Gesundheitssystem signifikant zur Ineffizienz beiträgt. Die geteilte Verantwortung und damit einhergehende Fehlanreize zwischen dem stationären Sektor und dem extramuralen Sektor führen danach zu einer suboptimalen Allokation von Ressourcen. Ein signifikanter Befund von Renner (2019) ist die positive Korrelation zwischen der Krankenanstaltsdichte (gemessen an der Anzahl der stationären Betten oder Spitalsstandorte pro Bezirk) und den ACSC-Raten. In Bezirken, in denen das Spitalsangebot leichter zugänglich ist, werden mehr Patient:innen wegen vermeidbarer Erkrankungen stationär behandelt. Dies stützt die These der Nachfrageinduktion oder der Substitution von Primärversorgung durch Akutversorgung. Renner (2019) interpretiert die erhöhten ACSC-Raten in Regionen mit hoher Spitalsdichte als Indiz dafür, dass die Spitalsambulanzen

die Rolle der Primärversorgung durch niedergelassene Ärzt:innen übernehmen – und das oft weniger effizient.

Die Analyse zeigt dabei signifikante räumliche Übertragungseffekte. Die ACSC-Raten eines Bezirks werden nicht nur durch die eigene Krankenanstaltsdichte beeinflusst, sondern auch durch die Spitalsdichte in benachbarten Regionen. Dies deutet darauf hin, dass Patient:innen regionale Unterschiede in der Angebotsstruktur nutzen oder dass die regionale Planung der Länder keine effektive Koordination über die Landesgrenzen hinweg gewährleistet. Da die Spitäler durch die Länder gesteuert werden und die Sozialversicherung die Finanzierung der niedergelassenen Ärzt:innen steuert, führt die fehlende Koordinierung an dieser Schnittstelle zu einer Übernutzung des teureren stationären bzw. spitalsambulanten Sektors.

Die jüngste Ausgabe der OECD „Health at a Glance“ (2025) sieht in den letzten Jahren (zwischen 2013 und 2023) eine signifikante Verbesserung durch die Reduktion der 'vermeidbaren' Spitalsaufnahmen in Österreich, etwa bei den Krankheitsbildern Asthma, COPD oder Diabetes. Österreich liegt nur noch im europäischen Mittelfeld. Die Zahl potenziell vermeidbarer Krankenanstaltseinweisungen wegen chronischer Krankheiten war in Österreich früher deutlich höher als in den meisten anderen europäischen Ländern, sind aber in den letzten zehn Jahren zurückgegangen und liegt bei einigen Krankheiten nun näher am EU-Durchschnitt. Auch die Europäische Kommission (2023) konstatiert in ihrem Länderbericht „State of Health in the EU: Synthesis Report 2023“ zu Österreich Fortschritte bei der Schaffung interdisziplinärer Primärversorgungseinrichtungen und den Bemühungen zur Verbesserung der integrierten Gesundheitsversorgung; die Fortschritte bleiben jedoch hinter dem Zeitplan zurück.

## 4. Gesundheitsökonomische Folgewirkungen unterschiedlicher Versorgungsdichten im niedergelassenen Bereich

### 4.1 Einleitung

Eine gut ausgebaute niedergelassene Versorgung wird häufig als wichtiger Ansatzpunkt zur Begrenzung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen angesehen, insbesondere durch eine potenzielle Entlastung des stationären Bereichs (Caminal et al., 2004; Duminy et al., 2022; Renner, 2019). Die vorhandene empirische Literatur zeigt zu diesem Thema allerdings keine einheitlichen Befunde (siehe z. B. Jürges & Pohl, 2012; Parkinson et al., 2026; Rosano et al., 2013). Vor diesem Hintergrund untersucht dieses Kapitel empirisch den Zusammenhang zwischen der regionalen Verfügbarkeit extramuraler ärztlicher Versorgung und der Inanspruchnahme intramuraler Gesundheitsleistungen.

Die vorangestellte deskriptive Analyse dokumentiert die Entwicklung der regionalen Ärztedichten zwischen 2020 und 2024, getrennt nach Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen indikationsspezifischen Fachärztdichten und der Zahl stationärer Patient:innen mit ausgewählten medizinischen Indikationen (Schenkelhalsfraktur, Herz-, Krebs- und zerebrovaskuläre Erkrankungen) exemplarisch für das Jahr 2023 dargestellt. Ziel dieser deskriptiven Auswertungen ist es, erste Hinweise darauf zu gewinnen, ob und in welchem Ausmaß die Verfügbarkeit fachärztlicher Expertise im niedergelassenen Bereich mit der Inanspruchnahme stationärer Leistungen für bestimmte Krankheitsbilder zusammenhängt.

Die anschließende empirische Analyse richtet den Fokus gezielt auf die Schnittstelle zwischen extra- und intramuralem Sektor, für die sich insbesondere die Raten vermeidbarer Hospitalisierungen bei akuten und chronischen Erkrankungen (ACSC) als geeigneter Indikator erwiesen haben. Diese messen stationäre Aufenthalte, die bei einer gut funktionierenden extramuralen Versorgung teilweise vermeidbar wären, und bilden damit direkt die Funktionsfähigkeit der Versorgungskoordination ab. In den folgenden Regressionsanalysen stehen daher vermeidbare Hospitalisierungen im Zentrum der empirischen Untersuchung.

Als zentrale erklärende Variable wird die Veränderung der regionalen Allgemeinmediziner- und Fachärztdichte in Relation zur Bevölkerung herangezogen. Aufbauend auf früheren Arbeiten, insbesondere Renner (2019), die einen Zusammenhang zwischen Allgemeinmediziner:innen und vermeidbaren Hospitalisierungen bis 2013 analysiert, erweitert diese Studie den zeitlichen Horizont deutlich. Die Analysen basieren auf aktuellen, detaillierten Daten der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer und decken den Zeitraum 2020 bis 2024 ab.

In einem weiteren Schritt untersuchen wir die kausalen Effekte neu errichteter Primärversorgungseinheiten (PVE) im Zeitraum 2018 bis 2023 auf vermeidbare Hospitalisierungen auf Gemeindeebene. PVE wurden explizit mit dem Ziel geschaffen, die wohnortnahe Versorgung zu stärken und die Spitäler zu entlasten, und eignen sich daher besonders zur Analyse von Schnittstellenproblemen im österreichischen Gesundheitssystem. Das gewählte empirische Design erlaubt es, kausale Rückschlüsse auf die Auswirkungen von PVE-Eröffnungen auf vermeidbare Hospitalisierungen zu ziehen.

## 4.2 Daten

Für die nachfolgende empirische Analyse wurden dem WIFO unterschiedliche Datensätze, die die regionale Gesundheitsversorgung und -inanspruchnahme detailliert beschreiben, zur Verfügung gestellt:

1. Die Österreichische Ärztekammer hat Daten zu den niedergelassenen Ärzt:innen für die Jahre 2017-2024 bereitgestellt. Dieser Datensatz enthält Informationen zu den niedergelassenen Ärzt:innen in Österreich nach Fachrichtung und Adresse (Postleitzahl, Gemeindegrenznummer, Adresse). Da die Daten insbesondere in den Jahren 2018 und 2019 von größeren Datenbrüchen aufgrund einer Umstellung der Methodik zur Trennung von Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen gekennzeichnet betroffen waren, konnten für die vorliegende Analyse nur die Daten 2020-2024 verwendet werden.
2. Die Österreichische Gesundheitskasse hat Daten zu Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (FOKO) im Zeitraum 2017-2024 übermittelt. Dies sind administrative Mikrodaten zur individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf Tagesbasis. Vier integrierte Datensätze liefern Informationen zu: (1) Arbeitsunfähigkeitsmeldungen mit ICD-Diagnosen,<sup>31)</sup> (2) stationärem Aufenthalt einschließlich Kur- und Reha (Daten, Wohnort der Patient:innen, Postleitzahl/Gemeindegrenznummer Leistungserbringer, Dauer, Leistungen, ICD-Diagnosen), (3) Arztbesuche (Wohnort der Patient:innen, Daten, Fachgruppencode Leistungserbringer, Postleitzahl/Gemeindegrenznummer Leistungserbringer) und (4) Heilmitteldaten (Wohnort der Patient:innen, Postleitzahl/Gemeindegrenznummer Leistungserbringer, Datum der Abgabe des Heilmittels, ATC Code<sup>32)</sup>, Anzahl der Verordnungen). Die Informationen der Patient:innen beinhalten das Alter und das Geschlecht sowie den Wohnort auf Gemeindeebene, der sich aus den vorher beschriebenen Datensätzen ergibt. Diese Datensätze erlauben eine umfassende Beschreibung des gesundheitlichen Zustands der Bevölkerung in kleinräumiger Betrachtung sowie ein detailreiches Bild der bezogenen Gesundheitsleistungen.
3. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat Detailinformationen der regionalen Versorgungsprofile Primärversorgung (RVP PV) übermittelt. Dies sind kleinräumige Informationen auf Bezirksebene, die die neuen Primärversorgungseinheiten darin unterstützen sollen, eine Versorgungsstrategie unter Berücksichtigung der spezifischen lokalen Gesundheits- und Epidemiologieprofile zu entwickeln. Der Zweck dieser Versorgungsstrategien besteht darin, sicherzustellen, dass die Gesundheitsdienstleister den lokalen Bedürfnissen gerecht werden, aber auch als Grundlage für organisatorische Weiterentwicklungen der lokalen Gesundheitsversorgung (Mathis-Edenhofer et al., 2022). Das Onlinetool steht den Mitgliedern der Plattform Primärversorgung zur Verfügung, die GÖG hat dem WIFO für die Erstellung des vorliegenden Berichts die dahinterliegenden Daten übermittelt. Das Indikatorenset umfasst die Bereiche Demografie und Sozioökonomie (6 Indikatoren zu Einwohner:innen, Altersverteilung, Durchschnittseinkommen), Prävention und Risikofaktoren (4 Indikatoren zu selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, Tabakkonsum, Bewegung, Adipositas), Epidemiologie

---

<sup>31)</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

<sup>32)</sup> Amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe

und Mortalität (12 Indikatoren zu Lebenserwartung, Rate von chronischen und anderen Krankheiten, Pflegegeldempfänger:innen), Versorgungsangebot (9 Indikatoren zu Verhältnis Kassenärzt:innen und Einwohnerstruktur, Distanz zu Krankenanstalt und Pflegeheim, Apotheken) sowie ambulante Inanspruchnahme (4 Indikatoren zur Nutzung von Leistungen von Kassenärzt:innen). Im Laufe des Projekts hat sich jedoch herausgestellt, dass wir diese Daten für die durchzuführende Analyse nicht verwenden konnten – einerseits wegen der kurzen zeitlichen Abdeckung (2021-2024) und andererseits aufgrund der fehlenden Variationen zwischen den Jahren 2021-2022.

4. Weiters hat die Gesundheit Österreich Daten zu den Gesundheitsdienstleistungsanbieter (GDA) im Bereich der Primärversorgungseinheiten in Österreich übermittelt. Diese Daten listen die Adressen sowie die erbrachten Leistungsstunden nach GDA-Typen (Einzelpraxis in einem Primärversorgungsnetzwerk, Gruppenpraxis als Primärversorgungszentrum, Gruppenpraxis in einem Primärversorgungsnetzwerk, selbständiges Ambulatorium als Primärversorgungszentrum) für den Zeitraum 4/2015 bis 12/2023. Diese Daten können Unschärfen enthalten, da sie für die vorliegende Analyse nachträglich in die Vergangenheit berechnet wurden. Diese Unschärfen sollten mit der nachfolgend verwendeten Spezifikation keine Rolle spielen. Aus diesen Daten verwenden wir für die nachfolgende Analyse die Adressinformationen.

## 4.3 Deskriptive Ergebnisse

### 4.3.1 Ärztedichte

Die Entwicklung der gesamten Ärztedichte<sup>33)</sup> in Österreich zwischen 2020 und 2024 (Übersicht 4.1) ist durch einen Anstieg im Ausmaß von 3,1% gekennzeichnet, eine Entwicklung, die stark von Wien getragen wurde, wo die Ärztedichte mit 4,5% überdurchschnittlich gestiegen ist. Den stärksten Anstieg verzeichnet mit 8,8% das Burgenland. Vorarlberg ist das einzige Bundesland mit einem Rückgang der Ärztedichte (-2,2%), wobei der Anstieg in Tirol mit 0,2% am schwächsten ausfällt. Im gesamten Bundesgebiet lag der Mittelwert im Jahr 2024 bei rund 246 Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen (EW). Wien, das Land mit der höchsten Ärztedichte, weist demgegenüber mit etwa 343 Ärzt:innen je 100.000 EW eine annähernd doppelt so hohe Ärztedichte auf wie Vorarlberg, das Land mit der niedrigsten Ärztedichte.

---

<sup>33)</sup> Die genaue Berechnung der Ärztedichten befindet sich im Anhang.

### Übersicht 4.1: Ärztedichte: Österreich versus Bundesländer

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	211,3	215,5	220,1	222,7	229,8	8,8%
Kärnten	215,6	221,1	224,6	223,7	224,5	4,1%
Niederösterreich	236,5	237,5	239,7	239,5	239,8	1,4%
Oberösterreich	192,3	195,8	191,7	192,5	194,4	1,1%
Salzburg	236,7	244,2	243,5	245,4	243,9	3,0%
Steiermark	204,8	211,3	211,7	212,7	213,5	4,2%
Tirol	217,5	211,0	213,5	215,6	217,9	0,2%
Vorarlberg	183,8	197,1	193,7	176,2	179,8	-2,2%
Wien	328,0	331,2	336,3	339,0	342,7	4,5%
Österreich	238,2	241,6	242,9	243,6	245,5	3,1%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Auf Bezirksebene sticht insbesondere der erste Wiener Gemeindebezirk mit rund 3.773 Ärzt:innen je 100.000 EW (2020: 3.359) als extremer Ausreißer hervor, da sich Ärzt:innen vermehrt im zentralen Innenstadtraum ansiedeln (Überblicksgrafiken zur Ärztedichte in den Bezirken der einzelnen Bundesländer finden sich in Übersicht A9 bis Übersicht A35 Übersicht A35 im Anhang). Abseits Wiens ist die Streuung der übrigen Bundesländer geringer, wenn auch mit relevanten Unterschieden. Im Burgenland ist zwischen 2020 und 2024 eine 8,8%ige Erhöhung der Ärztedichte zu beobachten, 2024 lag der Durchschnitt bei rund 230 Ärzt:innen je 100.000 EW, wobei die Ärztedichte in Eisenstadt (Stadt) mehr als dreimal so hoch ist wie im Landesdurchschnitt (Übersicht A9). Niederösterreich weist im Jahr 2024 eine ähnlich hohe Ärztedichte auf wie das Burgenland, wenngleich seit 2020 nur ein schwach zunehmender Trend zu beobachten ist. In Niederösterreich liegt Krems an der Donau mit einer Ärztedichte von rund 509 Ärzt:innen pro 100.000 EW an der Spitze und ist damit doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt (Übersicht A15).

Salzburg wird mit einer durchschnittlichen Ärztedichte von 244 Ärzt:innen je 100.000 EW vor allem vom Stadtbezirk Salzburg getragen, der eine annähernd doppelt so hohe Ärztedichte wie der Landesdurchschnitt aufweist (Übersicht A21). In Kärnten zeigen sich ebenfalls nur geringe Veränderungen, aber große Bezirksunterschiede: Klagenfurt (Stadt) liegt mit etwa 447 Ärzt:innen je 100.000 EW fast doppelt so hoch wie der Kärntner Durchschnitt von rund 225 Ärzt:innen je 100.000 EW im Jahr 2024 (Übersicht A12). In Tirol hat sich die Ärztedichte zwischen 2020 und 2024 um 0,2% erhöht und liegt 2024 bei 218 Ärzt:innen je 100.000 EW erhöht. Innsbruck (Stadt) weist eine mehr als doppelt so hohe Ärztedichte als der Landesdurchschnitt auf (Übersicht A27).

Vorarlberg zeigt einen leichten Rückgang der Ärztedichte zwischen 2020 und 2024 und liegt mit 180 Ärzt:innen je 100.000 EW deutlich unter dem Österreich-Schnitt (Übersicht A30). Darüber hinaus zeigt sich im Jahr 2024 eine geringe Streuung zwischen den Bezirken mit Dornbirn am oberen (205) und Bregenz am unteren Rand (157). Ebenso deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt liegen 2024 mit 194 Ärzt:innen je 100.000 EW Oberösterreich (Übersicht A18), während die Steiermark mit 214 Ärzt:innen je 100.000 EW eine zwar höheren Wert aufweist, aber auch unterdurchschnittlich liegt (Übersicht A24). Während Oberösterreich in den Jahren 2020-2024 einen leichten Anstieg von 1,1% verzeichnet, ist die Ärztedichte in der Steiermark um 4,2% gestiegen. Während sich in Oberösterreich die Städte des Zentralraums (Linz, Steyr, Wels) um etwa das 1,5-fache vom Landesdurchschnitt abheben, zeigt sich das in der Steiermark nur in Graz (Stadt), die restlichen steirischen Bezirke weisen eine relativ geringe Streuung auf.

Bei der Dichte der Allgemeinmediziner:innen (AM) ergibt sich ein etwas anderes Bild: Übersicht 4.2 zeigt die Entwicklung auf Bundesebene, wobei zwischen 2020 und 2024 ein Rückgang um 4,4% erkennbar ist. Der Bundesdurchschnitt liegt 2024 bei etwa 81 Allgemeinmediziner:innen je 100.000 EW. Regional zeichnet sich ein West-Ost-Gefälle ab: Wien liegt mit rund 86 AM je 100.000 EW über dem Bundesdurchschnitt, ebenso wie das Burgenland, Niederösterreich und die Steiermark. Tirol (62) und Vorarlberg (53) liegen deutlich darunter während sich Oberösterreich (77) und Kärnten (79) etwas unterhalb des Bundesschnitts bewegen.

#### Übersicht 4.2: Ärztedichte Allgemeinmediziner: Österreich versus Bundesländer

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	84,9	84,8	86,7	83,3	85,8	1,0%
Kärnten	82,7	81,8	81,0	79,3	79,0	-4,5%
Niederösterreich	92,5	91,9	92,2	90,4	89,2	-3,6%
Oberösterreich	81,5	83,0	80,0	78,0	76,8	-5,8%
Salzburg	82,0	83,6	82,1	80,6	80,8	-1,4%
Steiermark	86,0	87,0	86,0	84,8	84,0	-2,3%
Tirol	75,4	69,5	68,7	65,9	65,2	-13,5%
Vorarlberg	63,5	68,1	66,7	58,3	53,4	-15,8%
Wien	87,6	87,0	87,2	85,2	85,7	-2,2%
Österreich	84,4	84,3	83,6	81,4	80,7	-4,4%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Im zeitlichen Verlauf (2020-2024) sind, mit Ausnahme des Burgenlandes (Zuwachs von 1%), in allen Bundesländern Rückgänge zu verzeichnen. Besonders drastisch stellen sich diese in Tirol (-13,5%) und in Vorarlberg (-15,8%) dar (Übersicht 4.2). Darüber hinaus zeigt sich in Oberösterreich, Salzburg und Tirol eine relativ breite Streuung zwischen den Bezirken bei der Versorgung

mit Allgemeinmediziner:innen. Auf Bezirksebene sind städtische Konzentrationen erkennbar, während einzelne Bezirke große Fluktuationen (z. B. Murau in der Steiermark) oder deutliche Rückgänge aufweisen (z. B. in Leoben oder in den meisten Bezirken in Tirol). In Wien sind starke Unterschiede zwischen den Bezirken erkennbar, mit Rückgängen insbesondere in Alsergrund, Floridsdorf und Liesing, aber hohe Zugewinne in Favoriten, Leopoldstadt oder der Inneren Stadt.

Im Gegensatz zu den Allgemeinmediziner:innen ist bei der Entwicklung der Fachärztedichte in Österreich zwischen 2020 und 2024 ein deutlicher Anstieg um 7,2% zu verzeichnen. Die Dynamik wird stark von Wien, Steiermark, Tirol, Kärnten und dem Burgenland getragen, wo die Fachärztedichten am stärksten gestiegen sind. Im Bundesdurchschnitt lag die Fachärztedichte 2024 bei rund 166 Fachärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen, während Wien mit etwa 259 je 100.000 in etwa bei dem 1,5-Fachen liegt. Auf Bezirksebene zeigt sich – analog zur gesamten Ärztedichte – eine ausgeprägte Konzentration in innerstädtischen Lagen: Der 1. Wiener Gemeindebezirk sticht mit rund 3.090 Fachärzt:innen je 100.000 als extremer Ausreißer hervor (2020: rund 2.786), was die starke Standortattraktivität des zentralen Versorgungsraums widerspiegelt.

### Übersicht 4.3: Fachärztedichte: Österreich versus Bundesländer

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	126,7	131,4	134,8	140,4	145,4	14,8%
Kärnten	133,6	139,8	144,0	144,8	145,9	9,2%
Niederösterreich	145,6	147,1	149,3	151,1	152,4	4,7%
Oberösterreich	111,5	113,7	112,4	115,4	118,7	6,5%
Salzburg	155,3	161,2	161,9	165,4	163,8	5,5%
Steiermark	119,3	124,8	126,3	128,2	130,0	9,0%
Tirol	142,7	141,8	145,1	150,4	153,2	7,4%
Vorarlberg	120,6	129,2	127,2	118,1	126,3	4,8%
Wien	242,1	246,0	251,1	256,1	259,0	7,0%
Österreich	154,8	158,3	160,4	163,4	166,0	7,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Abseits Wiens liegen die Bundesländer deutlich enger beisammen, allerdings weiterhin mit klaren Stadt-Land-Unterschieden. Niederösterreich weist 2024 eine Fachärztedichte von rund 152 je 100.000 auf (+4,7% seit 2020; Übersicht A17), Burgenland liegt mit etwa 145 (+14,8%) in ähnlicher Größenordnung (Übersicht A11); innerhalb des Burgenlands ist die Spreizung jedoch sehr groß, etwa mit Eisenstadt (Stadt) als starkem Schwerpunkt (rund 649) und teils sehr niedrigen Werten in peripheren Bezirken. Salzburg liegt im Durchschnitt bei rund 164 (+5,5%) und wird stark vom Stadtbezirk getragen, während Tirol trotz Rückgangs der Allgemeinmediziner:innen einen deutlichen Zuwachs bei Fachärzt:innen zeigt (2024: 153 und 7,4% Wachstum; Übersicht A23).

Vorarlberg liegt 2024 bei rund 126 (+4,8%) mit vergleichsweise moderater Streuung zwischen den Bezirken (Übersicht A32). Kärnten erreicht etwa 146 (+9,2%), wobei die Fachärztedichte in Klagenfurt (Stadt) das 2,3-fache des Landesniveaus beträgt (Übersicht A14). Am unteren Ende liegen Oberösterreich (2024: rund 119, +6,5%; Übersicht A20) und die Steiermark (rund 130, +9%; Übersicht A26), wobei auch hier urbane Zentren (z. B. Graz bzw. Linz) die regionalen Spitzen bilden. Insgesamt verdeutlichen die Fachärztedaten damit noch stärker als bei der Allgemeinmedizin eine Konzentration spezialisierter Versorgung in städtischen Räumen und zentrale Versorgungsstandorte, während periphere Bezirke deutlich niedrigere Dichten aufweisen.

Insgesamt zeigt sich eine ausgeprägte urbane Konzentration ärztlicher Versorgung, die insbesondere bei den Fachärzt:innen deutlich hervortritt. Wien übertrifft die nationalen Durchschnittswerte bei der gesamten Ärztedichte wie auch bei der Fachärztedichte um ein Mehrfaches und stellt damit einen klaren strukturellen Ausreißer dar. Abseits dieses urbanen Zentrums liegen die Bundesländer bei der Ärztedichte zwar vergleichsweise nahe beieinander, weisen jedoch auf Bezirksebene erhebliche Heterogenität auf, die vor allem durch starke Konzentrationen in Städten und Bezirkshauptstädten geprägt ist.

Bei den Allgemeinmediziner:innen zeigt sich zusätzlich ein West–Ost-Gefälle mit höheren Dichten in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland und deutlich niedrigeren Werten in Tirol und Vorarlberg. Gleichzeitig ist die Streuung zwischen den Bundesländern bei den Allgemeinmediziner:innen geringer als bei den Fachärzt:innen, während sich innerhalb der Bundesländer – insbesondere zwischen urbanen und ländlichen Bezirken – teils beträchtliche Unterschiede ergeben. Insgesamt zeigt sich ein Trend zur Spezialisierung. Während die Anzahl der Allgemeinärzt:innen in vielen Teilen Österreich zurückgehen, verzeichnen Fachärzt:innen einen teils starken Anstieg.

#### **4.3.2 Zusammenhang Ärztedichte und stationäre Aufnahmen**

In einem nächsten Schritt setzen wir indikationsspezifische Facharztdichten des Jahres 2023 in einen Zusammenhang mit der Zahl stationärer Patient:innen mit spezifischen medizinischen Indikationen (Schenkelhalsfraktur, Herzkrankheiten, Krebserkrankungen, zerebrovaskulären Erkrankungen; Abbildung 4.1 bis Abbildung 4.4). Dies soll erste Rückschlüsse erlauben, ob das Vorhandensein fachärztlicher Expertise im niedergelassenen Bereich für ein bestimmtes Krankheitsbild die Rate der stationären Einlieferungen beeinflusst. Den vier Indikationen wurden jeweils typische Facharztqualifikationen zugeordnet (z. B. Kardiolog:innen für Herzkrankheiten, Fachärzt:innen der Inneren Medizin für zerebrovaskuläre Erkrankungen). Eine vollständige Aufstellung dieser Zuordnungen findet sich in Übersicht A2 im Anhang.

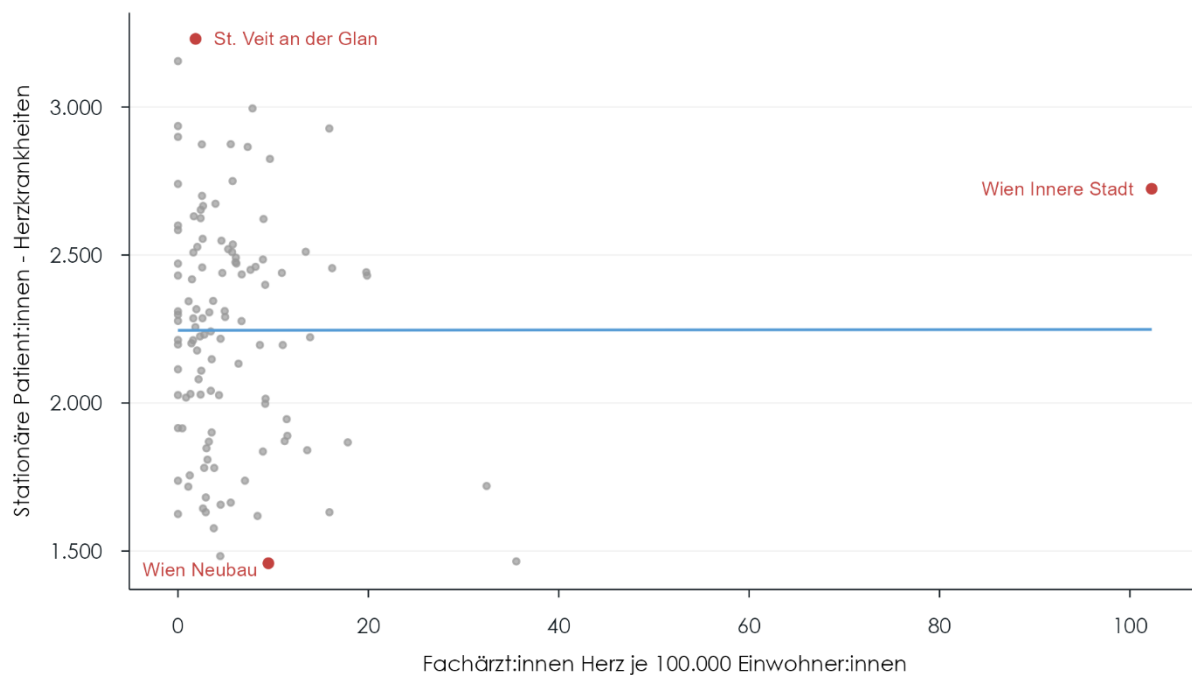
In allen Darstellungen zeigt sich zunächst, dass der Bezirk „Wien Innere Stadt“ ein extremer Ausreißer ist. Darüber hinaus wird klar, dass über alle Indikatoren hinweg die gleiche indikationsspezifische Facharztdichte pro Bezirk mit deutlich unterschiedlichen Raten stationärer Patient:innen in 2 Jahren einhergehen kann.<sup>34)</sup> In rot dargestellt ist jeweils der politische Bezirk mit der höchsten und der niedrigsten Rate stationärer Patient:innen in 2 Jahren. Dies spricht

---

<sup>34)</sup> Das gleiche Bild zeigt sich bei einer Darstellung der Zahl der stationären Fälle in den betrachteten Indikationen und der generellen Ärztedichte in den Bezirken. Auch hier zeigt sich kein statistischer Zusammenhang (nicht dargestellt).

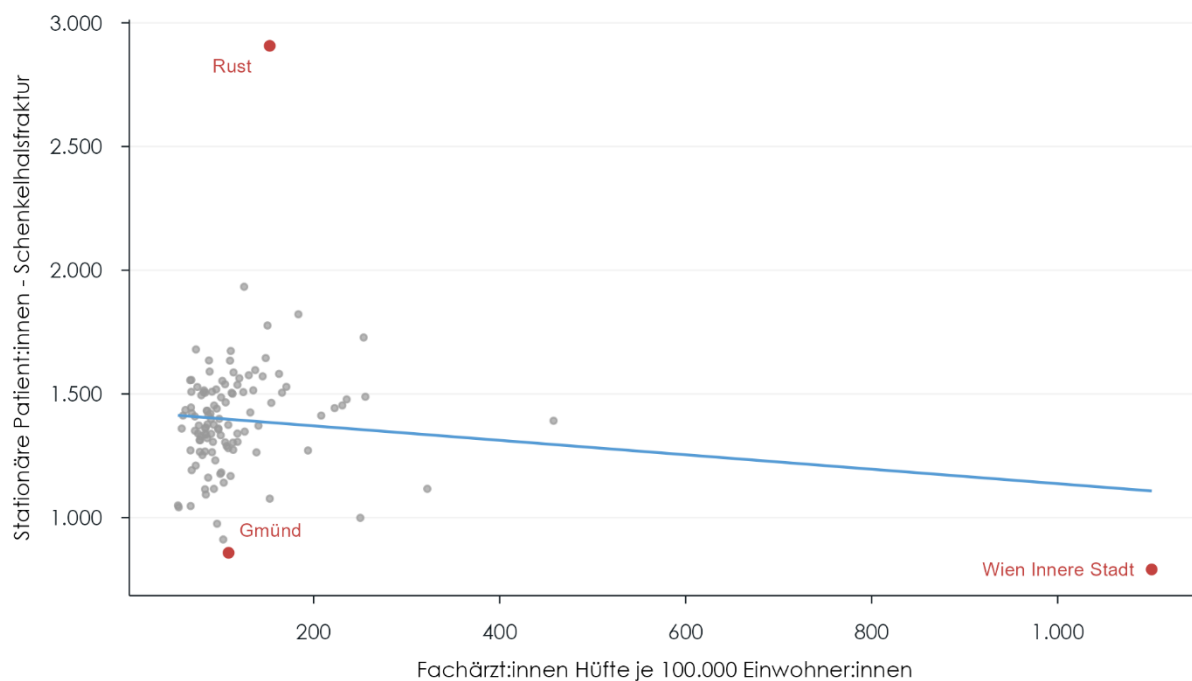
zunächst nicht dafür, dass für diese ausgewählten Indikatoren die Anzahl der niedergelassenen Fachärzte einen Einfluss auf die stationären Einlieferungen hat. Dasselbe Ergebnis zeigt sich, wenn nicht auf die Dichte der entsprechenden Fachärzte, sondern auf die allgemeine Ärztedichte regressiert wird (nicht dargestellt). Im Folgenden wird dieser Fragestellung vertieft nachgegangen.

Abbildung 4.1: **Stationäre Patient:innen – Herzkrankheiten versus Fachärztdichte (2023)**



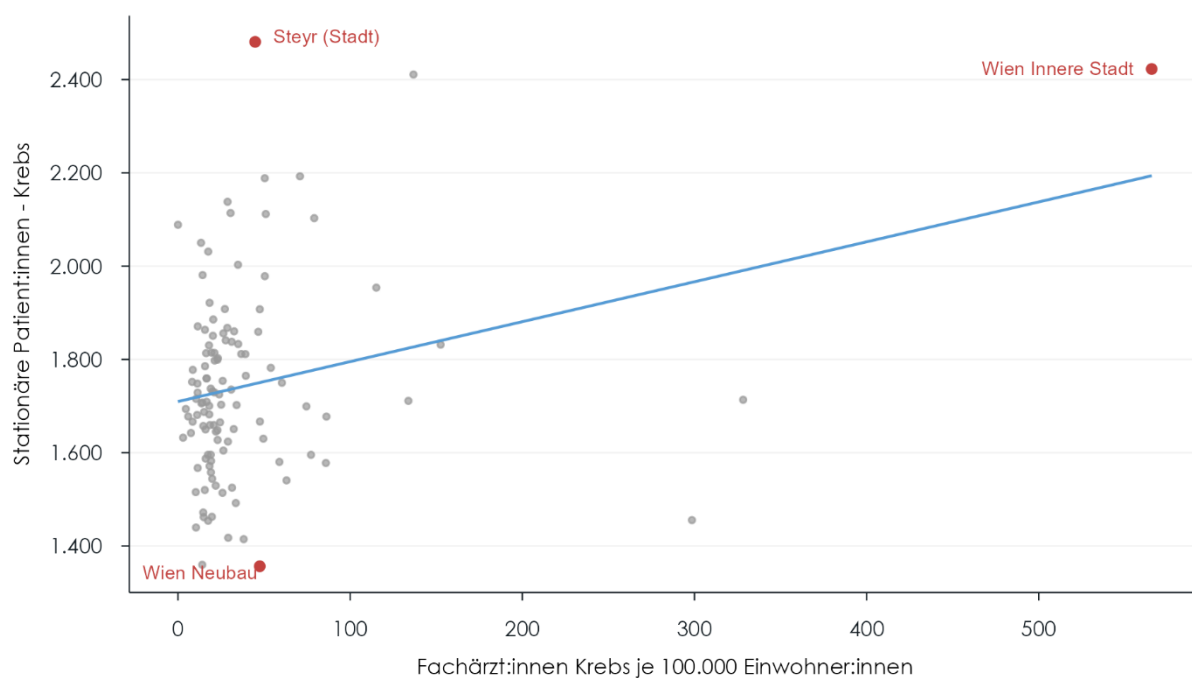
Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, FOKO-Daten der ÖGK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 4.2: **Stationäre Patient:innen – Schenkelhalsfraktur versus Facharztdichte (2023)**



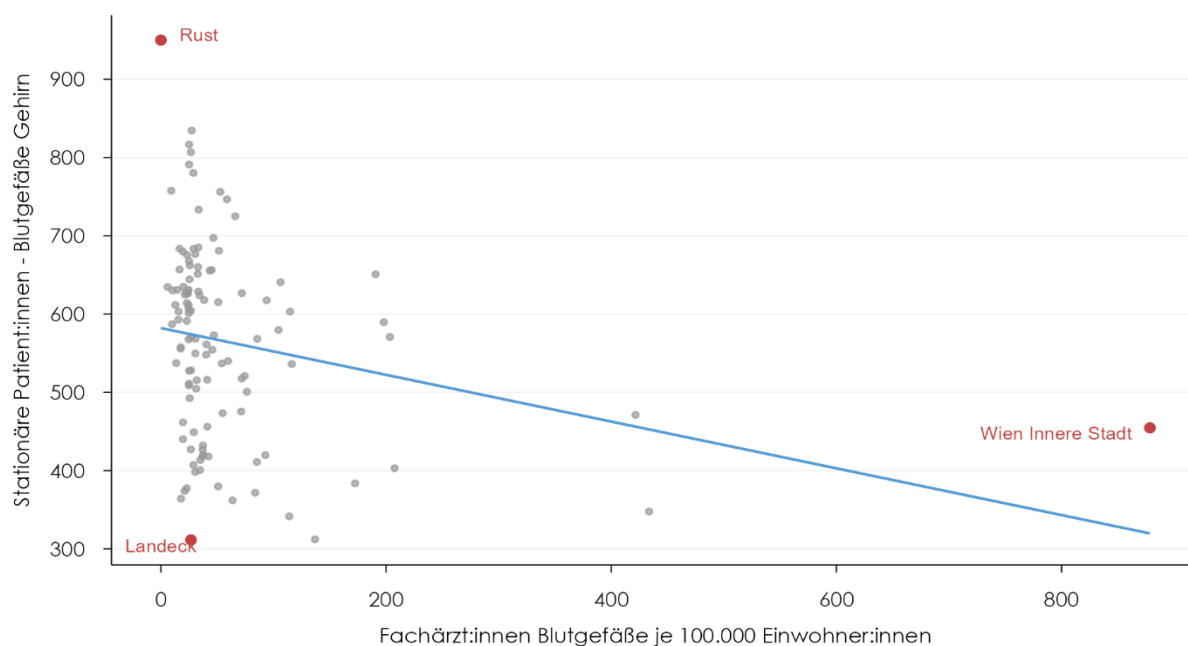
Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, FOKO-Daten der ÖGK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 4.3: **Stationäre Patient:innen – Krebs versus Facharztdichte (2023)**



Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, FOKO-Daten der ÖGK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 4.4: Stationäre Patient:innen – Blutgefäße Gehirn versus Fachärztdichte (2023)



Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, FOKO-Daten der ÖGK, WIFO-Berechnungen.

#### 4.4 Die Effekte der regionalen Ärztedichten auf intramurale Leistungen: eine Paneldatenanalyse auf Ebene der Bezirke

Dieses Kapitel untersucht, wie sich Veränderungen in der regionalen Verfügbarkeit von Allgemein- und Fachärzten des niedergelassenen Bereichs auf die Inanspruchnahme intramuraler Gesundheitsleistungen auswirken. Die eingangs dargestellten Indikatoren der GÖG liefern dabei zwar Rückschlüsse auf den Zusammenhang zwischen Ärztedichten und stationären Gesundheitsoutcomes, sind aber nicht auf die Fragestellung der Schnittstellenproblematik zwischen extra- und intramuralem Bereich zugeschnitten. Hierfür eignen sich vermeidbare Hospitalisierungsraten akuter und chronischer Krankheiten besser, weshalb sie in den folgenden Regressionen die zu erklärende Variable bilden. Wie oben beschrieben, hat sich die Rate vermeidbarer Hospitalisierungen in Österreich im letzten Jahrzehnt deutlich reduziert. Renner (2019) hat den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Allgemein- und Fachmediziner:innen und den vermeidbaren Hospitalisierungen analysiert, allerdings endet der Untersuchungszeitraum im Jahr 2013. Die folgenden Untersuchungen auf Basis detaillierter Daten der ÖGK und der Ärztekammer gehen daher dieser Fragestellung in einem aktuelleren Zeitfenster nach und konzentrieren sich auf die Jahre 2020 bis 2024.

Anschließend wird in einem weiteren Schritt die Auswirkung neu eingerichteter PVE auf die Rate vermeidbarer Hospitalisierungen auf Ebene der Gemeinden untersucht. Die PVE wurden auch im Hinblick auf eine Entlastung der Spitäler errichtet und eignen sich deshalb sehr gut, um Schnittstellenprobleme im Österreichischen Gesundheitswesen zu untersuchen. Das gewählte Untersuchungsdesign erlaubt dabei kausale Rückschlüsse der Errichtung von PVE auf vermeidbare Hospitalisierungen.

#### 4.4.1 Vermeidbare Hospitalisierungsraten und Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)

Vermeidbare Hospitalisierungsraten bezeichnen stationäre Aufnahmen aufgrund von Erkrankungen, bei denen eine rechtzeitige, qualitativ angemessene ambulante Versorgung Krankenhausaufenthalte ganz oder teilweise verhindern könnte. Sie werden international als Indikator für den Zugang zur ambulanten Versorgung, deren Qualität sowie für die Effektivität der Primärversorgung verwendet. Die konzeptionelle Grundlage geht auf Weissman et al. (1992) zurück, die vermeidbare Hospitalisierungen erstmals systematisch als Outcome-Maß für die Leistungsfähigkeit ambulanter Versorgungssysteme vorgeschlagen haben. Seither sind diese Raten ein etabliertes Instrument in der gesundheitsökonomischen und versorgungswissenschaftlichen Forschung.

Operationalisiert wird das Konzept über die *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC). ACSC umfassen Krankheitsbilder, bei denen Prävention, frühzeitige Diagnose, kontinuierliche Behandlung und Versorgungskoordination im ambulanten Bereich die Notwendigkeit einer stationären Versorgung reduzieren können (Purdy et al., 2009). Sie bilden damit eine Brücke zwischen ambulanter Versorgungsstruktur – wie z. B. regionaler Ärztedichte oder mangelnder Öffnungszeiten – und intramuraler Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Wie in der entsprechenden Literatur üblich, wird bei der folgenden Analyse zwischen *akuten* und *chronischen* ACSC unterschieden, da sich die zugrundeliegenden Mechanismen deutlich unterscheiden:

- *Akute* ACSC umfassen Erkrankungen mit plötzlichem Beginn, bei denen eine rasche ambulante Intervention entscheidend ist, etwa Dehydratation, Harnwegsinfektionen oder HNO-Infektionen. Hohe vermeidbare Hospitalisierungsraten bei akuten ACSC werden häufig mit eingeschränktem zeitnahe Zugang zur ambulanten Versorgung, Defiziten in der hausärztlichen Versorgung oder mangelnder Verfügbarkeit ambulanter Alternativen zur stationären Aufnahme in Verbindung gebracht. Entsprechend wird theoretisch und empirisch ein negativer Zusammenhang zwischen regionaler Ärztedichte – insbesondere im hausärztlichen Bereich – und Hospitalisierungsraten für akute ACSC erwartet (Laditka et al., 2005; Sundmacher & Kopetsch, 2015).
- *Chronische* ACSC beziehen sich auf langfristige Erkrankungen wie Asthma, COPD<sup>35)</sup>, Herzinsuffizienz, Diabetes oder Hypertonie. Hier spiegeln vermeidbare Hospitalisierungen weniger kurzfristige Zugangsprobleme wider als vielmehr Defizite in der kontinuierlichen Versorgung, im Disease Management und in der sektorenübergreifenden Koordination. Für chronische ACSC ist nicht nur die Anzahl der Ärzt:innen relevant, sondern auch deren Erfahrung, Spezialisierung und die Integration ambulanter und stationärer Versorgung. Empirische Befunde zeigen, dass die Determinanten vermeidbarer Hospitalisierungen bei chronischen Erkrankungen systematisch von jenen bei akuten Erkrankungen abweichen (Busse et al., 2010; Purdy et al., 2009).

---

<sup>35)</sup> Chronic Obstructive Pulmonary Disease bzw. chronisch obstruktive Lungenerkrankung.

Übersicht 4.4 listet die in nachfolgender Analyse verwendeten relevanten ACSC und die dazugehörigen ICD-10 Codes sowie die Klassifikation nach akuten und chronischen ACSC auf.

Übersicht 4.4: ICD-10 Codes der relevanten akuten und chronischen ACSC

Krankheit	Klassifikation	ICD-10 Code
Angina	Akut	I20, I24.0, I24.8, I24.9
Cellulitis	Akut	I89.1, L01, L02, L03, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L88, L98.0, L98.3
Dehydratation und Gastroenteritis	Akut	E86, K52.2, K52.8, K52.9
Entzündungen des Beckens	Akut	N70, N73, N74
Gangrän	Akut	R02
Harnwegsinfektion	Akut	N10, N11, N12, N13.6, N15.9, N30.0, N30.8, N30.9, N39.0
Influenza und Pneumonie	Akut	J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18.8
Ohren-, Nasen- und Halsinfektionen	Akut	H66, H67, J02, J03, J04, J06, J31.2
Perforiertes/blutendes Geschwür	Akut	K20, K21, K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6
Asthma	Chronisch	J45, J46
Blutkrankheiten	Chronisch	D51, D52
COPD	Chronisch	J20, J41, J42, J43, J44, J47
Diabetes	Chronisch	E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E12, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E16.2
Eisenmangelanämie	Chronisch	D50.1, D50.8, D50.9
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Chronisch	I13.0, I25, I48
Herzinsuffizienz	Chronisch	I11.0, I50, J81
Hypertonie	Chronisch	I10, I11.9
Krämpfe und Epilepsie	Chronisch	G40, G41, R56
Mangelernährung	Chronisch	E40, E41, E42, E43, E55.0, E64.3

Q: Renner (2019).

Vermeidbare Hospitalisierungsraten für ACSC gelten als valider, wenngleich nicht ausschließlich angebotsseitig determinierter Indikator. Sie werden auch durch Morbiditätsstruktur, sozioökonomische Faktoren, Gesundheitskompetenz und Patientenverhalten beeinflusst.

Die Variablen werden aus den FOKO-Daten der ÖGK konstruiert. Alle Krankenanstaltsaufenthalte werden nach Aufnahmen bzw. Wiederaufnahmen und den ICD-10 Codes gefiltert und nach Akut und Chronisch unterschieden. In einem nächsten Schritt summieren wir die Tage, die im Krankenhaus verbracht werden bzw. die Anzahl an Einlieferungen und ordnen sie der Gemeinde und des Bezirks des Wohnsitzes der Patient:in zu.

#### 4.4.2 Erklärende Variablen der Regressionen

Ziel der Regressionen ist es, den Effekt der Ärztedichten auf vermeidbare Hospitalisierungen zu schätzen. Um diesen Effekt isoliert betrachten zu können werden in die Regression Kontrollvariablen mit einbezogen, die für demografische und sozioökonomische Faktoren kontrollieren, welche sowohl die Ärztedichte als auch vermeidbare Hospitalisierungen beeinflussen könnten. Im Einzelnen sind dies:

- Die Altersstruktur in den Bezirken gemessen mit dem Anteil der Bevölkerung unter 14 Jahren und dem Anteil der Bevölkerung über 75 Jahren. Diese Variablen werden kontrolliert, da die Altersstruktur sowohl die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung als auch die Hospitalisierungsraten maßgeblich beeinflusst. Ältere Bevölkerungen (über 75 Jahre) weisen höhere Raten chronischer Erkrankungen auf und benötigen daher mehr ärztliche Versorgung, während sie gleichzeitig häufiger hospitalisiert werden. Jüngere Bevölkerungen (unter 14 Jahre) weisen hingegen deutlich niedrigere Raten vermeidbarer Hospitalisierungen auf, da z. B. relevante chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herzinsuffizienz, COPD) in dieser Altersgruppe selten sind.
- Die Arbeitslosenquote auf Ebene der politischen Bezirke. Die Arbeitslosenquote ist eine wichtige ökonomische Determinante sowohl der Ärztedichte als auch vermeidbarer Hospitalisierungen. Höhere Arbeitslosigkeit geht mit niedrigeren Einkommen, schlechterem Zugang zu präventiven Maßnahmen (z. B. Medikamente, Vorsorgeuntersuchungen) und schlechterem Gesundheitsverhalten (z. B. Stress, Rauchen) einher und steht somit in Verbindung mit den Hospitalisierungsraten. Gleichzeitig könnte die Ärztedichte in wirtschaftlich schwächeren Regionen niedriger sein. Zudem fängt die Arbeitslosenquote konjunkturelle Schwankungen auf bezirksspezifischer Ebene ab, die über die allgemeine Jahres-Fixe Effekte hinausgehen.
- Zudem wird noch für den Anteil der Personen mit jeweils Pflichtschul- bzw. Hochschulabschluss kontrolliert. Die Einbeziehung von Bildung als unabhängige Variable in Regressionsanalysen zu vermeidbaren Hospitalisierungen ist wesentlich, da Bildung eine wichtige soziale Determinante von Gesundheit ist. Bildung beeinflusst unter anderem die Gesundheitskompetenz und Präventionsverhalten und somit auch vermeidbare Hospitalisierungen. Zugleich korrelieren auch die Ärztedichten mit dem Bildungsstand der Bevölkerung.
- Als Regressionen werden Modelle mit fixen Effekten für den Bezirk und die Jahre 2020 bis 2024 verwendet. Diese beiden fixen Effekte kontrollieren für alle zeitinvarianten, bezirksspezifischen Charakteristika (z. B. geografische Lage, historische und/oder kulturelle Besonderheiten) sowie für alle zeitspezifischen Faktoren, die alle Bezirke gleichermaßen betreffen (wie bundesweite gesundheitspolitische Maßnahmen, makroökonomische Entwicklungen oder saisonale Effekte). Dadurch wird die Identifikation des Effekts der Ärztedichte auf die Variation innerhalb der Bezirke über die Zeit beschränkt. Dieser Regressionsansatz wird im Folgenden noch detaillierter beschrieben.

#### 4.4.3 Verwendete Methodik

Die folgende Analyse untersucht, inwiefern Veränderungen der ambulanten Versorgungsdichte – gemessen als Anzahl der Ordinationen praktizierender Allgemeinärzt:innen und Fachärzt:innen pro 1.000 Einwohner:innen – mit der Inanspruchnahme stationärer Krankenanstaltsleistungen zusammenhängen. Als abhängige Variablen werden auf Bezirk-Jahr-Ebene für Patient:innen mit *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) jeweils getrennt nach akuten und chronischen Verläufen (a) die Summe der stationären Krankenanstaltsaufenthalte in Tagen, (b) die Anzahl der stationären Aufenthalte und (c) die durchschnittliche Verweildauer pro Aufenthalt betrachtet. Die Schätzungen basieren auf einem Panel der österreichischen Bezirke für die

Jahre 2020–2024 und identifizieren Effekte aus zeitlichen Veränderungen der Ärztedichten innerhalb der einzelnen Bezirke.

Als zentrale Erklärungsvariablen dienen Änderungen der Ärztedichte, welche über zwei verschiedene Messansätze operationalisiert wird: über eine aggregierte Allgemeinmedizinerdichte und eine aggregierte Fachärztedichte pro Bezirk. Die Effekte werden sowohl separat für Allgemeinärzt:innen und Fachärzt:innen als auch gemeinsam – d. h. unter gleichzeitiger Berücksichtigung beider Dichten – geschätzt. Zeitveränderliche Einflussgrößen, die in bestimmten Spezifikationen hinzugefügt werden, umfassen die oben beschriebenen Kontrollvariablen.

Die Schätzungen erfolgen zunächst mittels linearer Fixed-Effects-Panelregressionen auf Bezirk-Jahr-Ebene mit Bezirks- und Jahres-fixen-Effekten. In der kombinierten Version mit beiden Ärztedichten ist die Schätzgleichung gegeben als:

$$VH_{it} = \beta_1 \text{Allgemeinärzte}_{it} + \beta_2 \text{Fachärzte}_{it} + X_{it}\gamma + \alpha_i + \delta_t + \varepsilon_{it}$$

Dabei ist:

- $VH_{it}$ : vermeidbarer Hospitalisierungen im Bezirk  $i$  zum Zeitpunkt  $t$  nach den drei genannten Messkonzepten,
- $\text{Allgemeinärzte}_{it}$ : die Allgemeinärztedichte im Bezirk  $i$  zum Zeitpunkt  $t$ ,
- $\text{Fachärzte}_{it}$ : die Fachärztedichte im Bezirk  $i$  zum Zeitpunkt  $t$ ,
- $X_{it}$ : Vektor der oben genannten zeitveränderlichen Kontrollvariablen mit dem zugehörigen Koeffizientenvektor  $\gamma$
- $\alpha_i$  bezirksspezifische fixe Effekte, die für alle zeitinvarianten, unbeobachteten Charakteristika auf Bezirksebene kontrollieren,
- $\delta_t$  jahresspezifische fixe Effekte, die für alle zeitspezifischen Faktoren kontrollieren, die alle Bezirke gleichermaßen betreffen sowie
- $\varepsilon_{it}$  als Fehlerterm.

Die Koeffizienten  $\beta_1$  und  $\beta_2$  messen den Effekt einer Veränderung der Allgemein- bzw. Fachärztedichte auf die Rate vermeidbarer Hospitalisierungen, kontrolliert für zeitveränderliche Kovariaten sowie bezirks- und jahresspezifische fixe Effekte. Die Identifikation beruht damit auf der Within-Variation – also auf Veränderungen der Arztdichten innerhalb desselben Bezirks über die betrachteten Jahre.

Um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen und die Rolle unterschiedlicher Messungen der Arztdichte zu beleuchten, werden verschiedene Regressionen geschätzt. Zunächst wird nur die Dichte der Allgemeinärzt:innen, anschließend nur jene der Fachärzt:innen, und abschließend eine Kombination beider Dichten auf die akuten und chronischen ACSC geschätzt. Die Schätzungen erfolgen zunächst nur für die jeweiligen Ärztedichten und anschließend werden die genannten Kontrollvariablen hinzugefügt. Die schrittweise Spezifikation erlaubt zu überprüfen, wie stabil die geschätzten Effekte gegenüber der Einführung zusätzlicher erklärender Variablen bleiben.

Die verwendeten Daten auf Ebene der Bezirke umfassen den relativ kurzen Zeitraum der Jahre 2020 bis 2024. Da eine effiziente Schätzung von Regressionen mit fixen Effekten

Veränderungen der unabhängigen Variablen erfordert, welche in dem verhältnismäßig kurzen Beobachtungszeitraum nicht immer gegeben sind, wird als ergänzende Spezifikation eine Mundlak-Random-Effects-Methode eingesetzt. Klassische Random-Effects-Modelle setzen voraus, dass unbeobachtete Bezirks-Effekte unkorreliert mit den Regressoren sind, eine Annahme die für unsere Regressionen nicht plausibel ist.

Der Mundlak-Ansatz bindet daher zusätzlich die Mittelwerte aller zeitveränderlichen Regressoren in die Schätzgleichung ein, wodurch Unterschiede zwischen den Bezirken explizit modelliert werden und mögliche Korrelationen zwischen unbeobachteten Bezirksmerkmalen und den erklärenden Variablen kontrolliert werden. Zusätzlich zu den Schätzergebnissen der Regressionen mit fixen Effekten sind in diesen Modellen somit auch die bezirksspezifischen Mittelwerte über den Beobachtungszeitraum ausgewiesen. Die Koeffizientenwerte dieser Parameter zeigen, ob Bezirke mit unterschiedlichem Niveau der Ärztedichte (z. B. hohe versus niedrige Dichte) sich systematisch in den vermeidbaren Hospitalisierungen unterscheiden. Signifikante Koeffizienten der Mittelwerte deuten darauf hin, dass nicht nur zeitliche Veränderungen innerhalb eines Bezirks, sondern auch das durchschnittliche Versorgungsniveau eine eigenständige Rolle spielt und dass unbeobachtete strukturelle Unterschiede zwischen Bezirken relevant sind.

Darüber hinaus werden Regressionen mit einem dreijährigen Zeitverzug (Lag von 3 Jahren: Veränderung der ambulanten Dichte zu Zeit  $t$  erklärt stationäre Aufenthalte zu  $t+3$ ) sowie Schätzungen mit und ohne Wien durchgeführt. Die Schätzungen mit Zeitverzug sollen abbilden, dass Änderungen der Ärztedichte nicht zwingend einen kontemporären Effekt auf vermeidbare Hospitalisierungen haben, sondern sich womöglich erst mit zeitlicher Verzögerung auswirken. Die Regressionen ohne Wien werden durchgeführt, da die eingangs dargestellten deskriptiven Statistiken zur Ärztedichte die Sonderstellung Wiens zeigen und um sicher zu gehen, dass die Einbeziehung nicht zu deutlich veränderten Effektgrößen führt.

Die verschiedenen gewählten Ansätze sollen in Summe einen belastbare Aussage ermöglichen, in welcher Form Änderungen der ambulanten Versorgungsdichte für Allgemein- und Fachärzt:innen mit Veränderungen der stationären Nutzung aufgrund vermeidbarer Hospitalisierungen in Verbindung stehen.

#### **4.4.4 Ergebnisse der Datenanalyse**

##### **Interpretation der Ergebnisse: Akute ACSC**

Die Fixed-Effects-Schätzungen ohne Kontrollvariablen zeigen für akute ACSC einen negativen Zusammenhang zwischen der ambulanten Versorgungsdichte und der stationären Inanspruchnahme, der allerdings statistisch nicht signifikant ist. Weder bei getrennter Schätzung nach Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen noch bei gemeinsamer Schätzung zeigen sich robuste Ergebnisse für die Effekte der Ärztedichte auf die Anzahl der Tage, die Einlieferungen oder die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Übersicht A36).

Nach Einbezug demografischer und sozioökonomischer Kontrollvariablen zeigt sich ein signifikanter negativer Effekt der Anzahl der Allgemeinmediziner:innen auf Krankenhausseinlieferungen aufgrund von akuten Erkrankungen (Übersicht A37). Eine Erhöhung der Allgemeinärzt:innendichte um 1 Arzt pro 1000 Einwohner:innen reduziert in dieser Spezifikation akute

ACSC-Einlieferungen um 30,75 bzw. 8,7% gemessen am Mittelwert. Alle anderen Spezifikationen zeigen keine statistisch signifikanten Ergebnisse, wobei sich die Größenordnung der Effektstärke nicht erheblich ändert.

Die Sensitivitätsanalysen ohne Wien bestätigen im Großen und Ganzen das davor gezeichnete Bild – keine der definierten Spezifikationen ist signifikant, weder in der Spezifikation ohne Kontrollvariablen noch in jener mit Kontrollvariablen (Übersicht A38 und Übersicht A39).

Die Lag-Spezifikationen mit einer dreijährigen Zeitverzögerung liefern insgesamt keine signifikanten Hinweise auf mittelfristige Effekte der ambulanten Ärztedichte auf akute stationäre ACSC-Inanspruchnahme (Übersicht A40 bis Übersicht A43).

Die Mundlak-Schätzungen erlauben es, die Veränderungen der ambulanten Versorgungsdichte innerhalb eines Bezirks (Within-Effekte) und das durchschnittliche Versorgungsniveau mit Ärzt:innen zwischen den Bezirken (Between-Effekte) zu trennen und liefern damit wichtige Zusatzinformationen zur Interpretation der Fixed-Effects-Ergebnisse. Signifikante Koeffizienten der Mittelwerte deuten darauf hin, dass nicht nur zeitliche Veränderungen innerhalb eines Bezirks, sondern auch das durchschnittliche Versorgungsniveau eine eigenständige Rolle spielt und dass unbeobachtete strukturelle Unterschiede zwischen Bezirken relevant sind.

In der Basisspezifikation ohne zeitliche Verzögerung und ohne zusätzliche Kontrollvariablen zeigen sich keine signifikanten Within-Effekte der aktuellen Ärztedichten – weder für Allgemeinmediziner:innen noch für Fachärzt:innen – auf die akuten stationären Tage, die Anzahl der Einlieferungen oder die durchschnittliche Verweildauer (Übersicht A44). Veränderungen der ambulanten Versorgungskapazitäten innerhalb der Bezirke über die Zeit sind damit nicht systematisch mit Veränderungen der akuten stationären Inanspruchnahme verbunden.

Demgegenüber weisen die strukturellen Niveauunterschiede zwischen den Bezirken (Between-Effekte) der Allgemeinärztedichte ein klares Muster auf: Bezirke mit höherer hausärztlicher Versorgungsdichte verzeichnen signifikant weniger akute stationäre Tage und Einlieferungen. Dieser Zusammenhang spricht für langfristige präventive und steuernde Effekte einer gut etablierten Primärversorgung, die sich nicht in Anpassungen der Kapazitäten über die Zeit, sondern über dauerhaft höhere Versorgungsniveaus entfalten.

Mit Einbezug demografischer und sozioökonomischer Kontrollvariablen bleibt dieses Grundmuster weitgehend stabil (Übersicht A45). Die Within-Effekte der Ärztedichten bleiben überwiegend insignifikant; lediglich für die Allgemeinärztedichte zeigt sich punktuell ein negativer Effekt auf die Anzahl der Einlieferungen, der jedoch nicht konsistent über alle Outcomes hinweg ist. Die Between-Effekte der Allgemeinärztedichte bleiben hingegen insbesondere für die stationären Tage signifikant negativ, was die Bedeutung struktureller Unterschiede in der hausärztlichen Versorgung unterstreicht.

Für die Fachärztedichte zeigen sich in einzelnen Spezifikationen signifikant negative Within-Effekte auf die Zahl der Krankenanstaltseinlieferungen. Dies deutet darauf hin, dass Erhöhungen der fachärztlichen ambulanten Kapazitäten über den Beobachtungszeitraum in bestimmten Konstellationen mit einer Reduktion akuter Einweisungen einhergingen. Diese Effekte sind jedoch weniger robust als jene der hausärztlichen Between-Effekte und sollten daher vorsichtig interpretiert werden.

Nach Ausschluss Wiens verändern sich die Ergebnisse teilweise. In den Mundlak-Schätzungen ohne zeitliche Verzögerung zeigen sich negative Within-Effekte der Allgemeinärztedichte auf die Zahl der Krankenanstaltseinlieferungen, was darauf hindeutet, dass Kapazitätsausweitungen über den Beobachtungszeitraum im hausärztlichen Bereich außerhalb des urbanen Sonderfalls Wien eher mit einer Reduktion akuter Einweisungen verbunden sind. In dieser Spezifikation sind die Niveauunterschiede zwischen den Bezirken (Between-Effekte) zunächst nicht signifikant (Übersicht A47). Werden jedoch zusätzlich demografische und sozioökonomische Kontrollvariablen berücksichtigt, treten erneut signifikant negative Between-Effekte der Allgemeinärztedichte sowohl für stationäre Tage als auch für Einlieferungen zutage (Übersicht A45 und Übersicht A46).

### **Interpretation der Ergebnisse: Chronische ACSC**

Die Fixed-Effects-Schätzungen ohne Kontrollvariablen zeigen für chronische ACSC keinen robusten Zusammenhang zwischen kurzfristigen Veränderungen der ambulanten Versorgungsdichte und der stationären Inanspruchnahme (Übersicht A48). Weder für Allgemeinmediziner:innen noch für Fachärzt:innen ergeben sich statistisch signifikante Effekte auf die Summe der stationären Tage, die Anzahl der Einlieferungen oder die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Damit liefern die Basisspezifikationen – analog zu den akuten ACSC – keine Hinweise darauf, dass kurzfristige Kapazitätsänderungen im ambulanten Bereich unmittelbar auf die stationäre Versorgung bei chronischen Erkrankungen durchschlagen.

Nach Einbezug demografischer und sozioökonomischer Kontrollvariablen zeigt sich jedoch ein klareres Muster zugunsten der Fachärztedichte (Übersicht A50). In mehreren Spezifikationen ist eine höhere ambulante Fachärztdichte signifikant mit einer geringeren Zahl stationärer Tage sowie mit einer kürzeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bei chronischen ACSC verbunden. Die Effekte auf die Anzahl der Einlieferungen bleiben hingegen überwiegend insignifikant. Dies deutet darauf hin, dass ambulante fachärztliche Kapazitäten bei chronischen Erkrankungen weniger die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit selbst beeinflussen, sondern vielmehr zur Stabilisierung der Krankheitsverläufe und zu effizienteren stationären Behandlungen beitragen (Übersicht A51). Dies deutet darauf hin, dass die beobachteten Zusammenhänge bei chronischen ACSC stärker von urbanen Versorgungsstrukturen geprägt sind und sich in ländlicheren Bezirken weniger klar nachweisen lassen. Gleichzeitig zeigen sich auch ohne Wien keine Hinweise auf eine systematische kurzfristige Entlastung des stationären Bereichs durch ambulante Kapazitätsausweitungen.

Die Lag-Spezifikationen mit einer dreijährigen Verzögerung liefern für chronische ACSC keine konsistenten Hinweise auf mittelfristige Entlastungseffekte (Übersicht A52). Im Gegenteil zeigen mehrere signifikante Koeffizienten – insbesondere für die Allgemeinmediziner:innen – positive Zusammenhänge mit der Summe der stationären Tage und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Eine höhere hausärztliche Dichte ist mit Verzögerung somit mit mehr stationären Tagen bzw. längeren Aufenthalten verbunden. Diese Ergebnisse sprechen gegen eine einfache zeitverzögerte Substitution stationärer Leistungen durch hausärztliche Kapazitätsausweitungen und deuten vielmehr auf Anpassungs- und Intensivierungseffekte hin, etwa durch frühere Erkennung von Verschlechterungen oder engmaschigere Betreuung chronisch Erkrankter, die temporär zu intensiverer stationärer Behandlung führen kann.

Die Mundlak-Schätzungen für chronische ACSC zeigen ein deutlich differenziertes Wirkungsbild, das stark von der betrachteten Spezifikation abhängt und die Bedeutung einer sauberen Trennung zwischen zeitlichen Veränderungen innerhalb der Bezirke (Within-Effekten) und strukturellen Niveauunterschieden zwischen den Bezirken (Between-Effekten) unterstreicht (Übersicht A56 bis Übersicht A59).

In den Basisspezifikationen ohne Kontrollvariablen zeigen sich für Allgemeinmediziner:innen signifikante positive Within-Effekte auf die Summe der stationären Tage sowie auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Übersicht A56). Erhöhungen der hausärztlichen Versorgungsdichte über die Zeit sind demnach mit einer intensiveren stationären Inanspruchnahme chronischer Patient:innen verbunden. Dieses Muster spricht gegen eine Substitution stationärer Leistungen und deutet vielmehr auf Anpassungs- und Intensivierungseffekte hin, etwa durch frühere Erkennung von Verschlechterungen oder eine engmaschigere Betreuung, die stationäre Behandlungen wahrscheinlicher oder länger macht.

Gleichzeitig zeigen sich in diesen Spezifikationen stark negative und hoch signifikante Niveauunterschiede (Between-Effekte) der Allgemeinärztedichte auf stationäre Tage und Einlieferungen. Bezirke mit dauerhaft höherer hausärztlicher Versorgung weisen eine deutlich geringere stationäre Belastung bei chronischen ACSC auf. Diese Effekte sind klar struktureller Natur und sprechen für präventive und stabilisierende Wirkungen einer langfristig gut ausgebauten Primärversorgung.

Nach Einbezug demografischer und sozioökonomischer Kontrollvariablen verlieren die Niveaueffekte der Allgemeinmediziner:innen jedoch an Signifikanz (Übersicht A57 und Übersicht A58). Stattdessen treten negative Within-Effekte der Fachärztedichte auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hervor. Erhöhungen fachärztlicher ambulanter Kapazitäten über die Zeit sind somit mit kürzeren stationären Aufenthalten verbunden, was auf Effizienzgewinne in der Behandlung chronischer Patient:innen hindeutet.

Nach Ausschluss Wiens verschwinden die meisten signifikanten Within-Effekte (Übersicht A59). Die verbleibenden signifikanten Between-Effekte – insbesondere positive Effekte der hausärztlichen und auch fachärztlichen Dichte auf die Aufenthaltsdauer – sprechen auch außerhalb des urbanen Sonderfalls nicht für eine eindeutige strukturelle Entlastung der stationären Versorgung durch ambulante Kapazitäten.

Die Regressionsergebnisse für chronische ACSC liefern keine Hinweise auf eine kurzfristige Entlastung der stationären Versorgung durch eine höhere ambulante Ärztedichte. In den Fixed-Effects- und Lag-Spezifikationen zeigen sich überwiegend keine oder sogar positive Zusammenhänge zwischen hausärztlicher Dichte und stationären Tagen bzw. Aufenthaltsdauer, was gegen eine zeitverzögerte Substitution stationärer Leistungen spricht. Die Mundlak-Regressionen verdeutlichen, dass Veränderungen über die Zeit (Within-Effekte) teilweise mit einer intensiveren stationären Behandlung einhergehen, während strukturelle Niveauunterschiede (Between-Effekte) uneinheitlich und stark spezifikationsabhängig ausfallen. Für Fachärzt:innen finden sich punktuell Hinweise auf Effizienzgewinne in Form kürzerer Aufenthaltsdauern, jedoch keine konsistenten Entlastungseffekte im Sinne geringerer Hospitalisierung. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ambulante Versorgung bei chronischen ACSC nicht linear

entlastend wirkt, sondern über komplexe, zeitlich differenzierte Mechanismen, die kurzfristig eher intensivierend als substituierend wirken können.

### **Zusammenschau der Ergebnisse**

Die empirischen Analysen zeigen insgesamt ein heterogenes und stark kontextabhängiges Wirkungsbild der ambulanten Versorgungsdichte auf die stationäre Inanspruchnahme, das sich deutlich zwischen akuten und chronischen *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) unterscheidet. Ein zentrales gemeinsames Ergebnis ist, dass Ausweitungen ambulanter Kapazitäten nicht automatisch zu einer Entlastung des stationären Bereichs führen.

Für akute ACSC liefern die Fixed-Effects-Schätzungen überwiegend keine robusten Effekte der ambulanten Ärztedichte auf stationäre Tage, Einlieferungen oder die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Erst nach Einbezug demografischer und sozioökonomischer Kontrollvariablen zeigt sich punktuell ein dämpfender Effekt der Allgemeinmediziner:innen auf die Zahl der Einlieferungen, während alle anderen Effekte insignifikant bleiben. Weder die Sensitivitätsanalysen ohne Wien noch die Lag-Spezifikationen mit dreijähriger Verzögerung ergeben Hinweise auf stabile kurzfristige oder mittelfristige Entlastungseffekte. Die Mundlak-Schätzungen verdeutlichen, dass Veränderungen der ambulanten Versorgung über die Zeit (Within-Effekte) kaum relevant sind, während strukturell höhere hausärztliche Versorgungsniveaus (Between-Effekte) mit weniger akuten stationären Tagen und Einlieferungen einhergehen. Dies spricht für langfristige präventive und steuernde Effekte einer gut etablierten Primärversorgung, die sich nicht über kurzfristige Kapazitätsanpassungen entfalten. Gleichzeitig zeigen sich punktuell negative Within-Effekte der Fachärztedichte auf Einlieferungen, die jedoch weniger robust sind und kontextabhängig bleiben.

Für chronische ACSC ergibt sich ein deutlich komplexeres Bild. Auch hier zeigen die Fixed-Effects-Schätzungen zunächst keine Hinweise auf Entlastungseffekte durch höhere ambulante Ärztedichten. Nach Einbezug von Kontrollvariablen treten jedoch für Fachärzt:innen punktuell negative Effekte auf stationäre Tage und die Aufenthaltsdauer auf, was auf Effizienzgewinne im stationären Behandlungsprozess hindeutet, ohne die Einlieferungswahrscheinlichkeit systematisch zu senken. Die Sensitivitätsanalysen ohne Wien zeigen, dass diese Effekte stark von urbanen Versorgungsstrukturen geprägt sind. Die Lag-Spezifikationen liefern für chronische ACSC keine konsistenten Entlastungseffekte; vielmehr sind höhere hausärztliche Dichten mit Verzögerung teilweise positiv mit stationären Tagen und Aufenthaltsdauer assoziiert. Dies spricht gegen eine einfache zeitverzögerte Substitution und deutet auf Anpassungs- und Intensivierungseffekte hin, etwa durch frühere Erkennung von Verschlechterungen oder engmaschigere Betreuung.

Die Mundlak-Regressionen sind für die Interpretation chronischer ACSC zentral. Sie zeigen, dass Veränderungen innerhalb der Bezirke über die Zeit (Within-Effekte) der Allgemeinmediziner:innen teilweise positiv sind und mit einer intensiveren stationären Inanspruchnahme einhergehen. Gleichzeitig treten – je nach Spezifikation – negative Between-Effekte der hausärztlichen Dichte auf, die auf langfristig geringere stationäre Belastung hindeuten, diese sind jedoch nicht robust gegenüber der Einführung von Kontrollvariablen und dem Ausschluss Wiens. Für Fachärzt:innen zeigen sich kurzfristig teilweise Effizienzgewinne in Form kürzerer Aufenthalte, während

strukturelle Between-Effekte eher positive Zusammenhänge mit der Aufenthaltsdauer aufweisen und damit auf höhere Krankheitskomplexität und Behandlungsintensität in gut versorgten Regionen hinweisen.

Die Ergebnisse sprechen gegen eine lineare, kurzfristig entlastende Wirkung ambulanter Kapazitätsausweitungen auf die stationäre Versorgung. Bei akuten ACSC dominieren neutrale oder schwach präventive Effekte, die sich vor allem langfristig und strukturell über eine starke Primärversorgung entfalten. Bei chronischen ACSC zeigen sich komplexe, zeitlich differenzierte Wirkungsmechanismen: kurzfristig teilweise intensivierend, punktuell effizienter im stationären Behandlungsprozess, jedoch ohne konsistent nachweisbare strukturelle Entlastung über alle Spezifikationen hinweg. Die Befunde unterstreichen damit die Bedeutung eines realistischen Erwartungsmanagements und legen nahe, dass eine Reduktion stationärer Inanspruchnahme weniger durch bloße Kapazitätsausweitungen, sondern durch langfristig etablierte, koordinierte und integrierte Versorgungsstrukturen erreicht werden kann.

#### **4.5 Die Effekte von Primärversorgungszentren auf die intramurale Versorgung**

Im Jahr 2013 wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 und des dazugehörigen Bundes-Zielsteuerungsvertrags (2013–2016) die Primärversorgung als strategisches Ziel definiert. Dieser Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung verpflichtete zur Entwicklung eines Konzepts für eine multiprofessionelle, interdisziplinäre Primärversorgung. Die rechtliche Grundlage für die Planung, Errichtung und Invertragnahme von Primärversorgungseinheiten wurde erst 2017 durch das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) geschaffen (später 2018/2023 novelliert). Ziele sind die Verbesserung der ambulanten Versorgung durch multiprofessionelle Versorgungsteams und neue Versorgungsmodelle, die auch den Wünschen der Gesundheitsdienstleister entgegenkommen. Dementsprechend wurden in den letzten Jahren vermehrt Primärversorgungseinheiten (PVE) mit dem Ziel einer ganzheitlichen Patientenversorgung, aber auch einer besseren Lenkung der Patient:innenströme, eröffnet<sup>36)</sup>.

Eine PVE besteht üblicherweise aus mehreren Allgemeinmediziner:innen sowie Spezialist:innen aus weiteren Gesundheits- und Sozialberufen, die in enger Abstimmung zusammenarbeiten. Hieraus ergeben sich im Regelfall erweiterte Öffnungszeiten<sup>37)</sup> für ärztliche und therapeutische Leistungen sowie – im Idealfall – die Möglichkeit die Patient:innen, ganzheitlich in verschiedenen Dimensionen auch bzgl. Prävention, Aufklärung und Gesundheitskompetenz zu behandeln. Eine mögliche Wirkdimension ist, dass die intramurale Versorgung durch PVE entlastet wird und durch die räumliche Agglomeration von diversen Leistungen positive gesundheitliche Aspekte beobachtbar sind. Aus der vorhergehenden Analyse ist bekannt, dass die Dichte von Allgemeinmediziner:innen tendenziell eher weniger Einfluss auf die intramurale Versorgung hat. PVE unterscheiden sich jedoch strukturell von Allgemeinmediziner:innen durch das erweiterte Leistungsangebot, wodurch die Frage der Wirkdimensionen von PVE offen bleibt. Die folgende

---

<sup>36)</sup> Vereinzelt werden auch Primärversorgungsnetzwerke gebildet, bei denen die Leistungen nicht an einem Standort gebündelt werden.

<sup>37)</sup> Während Einzelordinationen mit Kassenstellen eine Mindest-Ordinationszeit von 20 Wochenstunden anbieten müssen, sind dies in einer PVE mit drei Kassenstellen 40 Wochenstunden.

Analyse untersucht die Effekte der Etablierung von PVE auf die intramurale Versorgung in den Gemeinden.

#### 4.5.1 Verwendete Daten

Die erste PVE wurde 2015 eröffnet, erst ab 2017 sind weitere PVE hinzugekommen. Insgesamt existieren zu Beginn des Jahres 2026 112 PVE. Aufgrund der Datenverfügbarkeit verwenden wir einen jährlichen Paneldatensatz für 2017 bis 2023 in dem wir 60 PVE abbilden (einschließlich Kinder-PVE).

Die Analyse erfolgt auf Gemeindeebene und umfasst rund 14.500 Beobachtungen (etwa 2.080 Gemeinden pro Jahr). Bundeslandhauptstädte werden ausgeschlossen, da sie sich strukturell stark von anderen Gemeinden unterscheiden und Effekte einzelner PVE in großen urbanen Versorgungsmärkten empirisch schwer isolierbar sind. Das führt zu einem Sample, in dem wir 36 eindeutige Allgemeinmedizin-PVE abbilden, die sich vorwiegend im eher ländlichen Bereich befinden.

Jegliche Kontrollvariablen (Bevölkerungsstand, Bevölkerungsdichte, Bevölkerungsanteil bis 14 Jahren, Bevölkerungsanteil ab 75 Jahren, Anteil der Bevölkerung mit tertiärer Ausbildung, Mittleres Einkommen einschließlich Pensionen und Transfers, Arbeitslosenrate, Ärztedichte) wurden von Statistik Austria bezogen.

#### 4.5.2 Verwendete Methodik

Um kausale Effekte der Öffnung einer PVE zu isolieren, verwenden wir einen Differenz-von-Differenzen-Ansatz (DiD). Dabei werden Gemeinden mit PVE-Öffnung (Behandlungsgruppe – Treated) mit Gemeinden ohne PVE-Öffnung (Kontrollgruppe) und deren gesundheitliche Ergebnisvariablen über die Zeit verglichen. Unter der Annahme paralleler Trends, die voraussetzt, dass sich Ergebnisvariablen wie vermeidbare Hospitalisierungen, in Behandlungs- und Kontrollgemeinden in Abwesenheit der PVE-Öffnung gleich entwickelt hätten<sup>38)</sup>, kann der Unterschied in den Ergebnisvariablen auf die Öffnung einer PVE zurückgeführt werden. Solange die Entwicklung zeitlicher Trends gleich verläuft, erlaubt dieser Ansatz kausale Schlussfolgerungen, auch wenn sich die Niveaus der Ergebnisvariablen deutlich unterscheiden. Um jedoch auch die in der vorherigen Analyse erwähnten strukturellen Unterschiede mitzuberücksichtigen, verwenden wir aktuelle ökonometrische Schätzmethoden (doubly robust) und ordnen ähnliche Treatment- und Kontrollgemeinden anhand der oben erwähnten Kontrollvariablen zu. Für die Schätzung und Aggregation der gruppen- und zeitpunktspezifischen Effekte orientieren wir uns an Callaway und Sant’Anna (2021), da wir Heterogenität zwischen den Gruppen und über die Zeit vermuten. Im Anhang vergleichen wir die Resultate mit einfacheren Two-Way Fixed-Effects DiD Methoden, um die Vermutung der Heterogenität und die Robustheit der Ergebnisse zu überprüfen. Als behandelte Gemeinden klassifizieren wir nicht nur die Standortgemeinde der PVE,

---

<sup>38)</sup> Diese Annahme ist zentral, weil nur dann der Unterschied der Veränderungen zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe („treated“ und „control“) kausal der Intervention zugeschrieben werden kann. Ohne gemeinsamen zugrunde liegenden Trend würden unterschiedliche Vorentwicklungen die DiD-Schätzung verzerren (Angrist & Pischke, 2009; Wooldridge, 2010).

sondern auch angrenzende Gemeinden, da räumliche Ausweich- bzw. Mitnahmeeffekte zu erwarten sind. Die Kontrollgruppe umfasst Gemeinden ohne PVE und ohne direkte Gemeinden-Nachbarschaft zu einer PVE. Übersicht 4.5 zeigt eine Übersicht der Kohortengrößen, Treatment- und Kontrollgemeinden.

Übersicht 4.5: **Kontroll- und Treatmentgruppen nach Jahren**

Kohorte	Treated Gemeinden	Treated (inkl. Grenzgemeinden)	Kontrollgemeinden
2018	5	34	2.041
2019	3	13	2.041
2020	10	59	2.041
2021	4	27	2.041
2022	4	23	2.041
2023	9	49	2.041

Q: WIFO-Berechnungen. Beispielfhaft sind in den Kohorten folgende PVE enthalten: 2018-Weiz, 2019-Gratwein-Strabengel, 2020-Liezen, 2021-Saalfelden am Steinernen Meer, 2022-Purgstall an der Erlauf, 2023-Michelhausen.

Ein mögliches methodisches Problem besteht darin, dass PVE nicht zufällig eröffnet werden, sondern bevorzugt dort, wo bereits ein erhöhter Versorgungsbedarf besteht. In diesem Fall könnten beobachtete Veränderungen in der intramuralen Versorgung nicht eindeutig der PVE-Gründung, sondern dem zugrunde liegenden Bedarf zugeschrieben werden. Dieses Risiko wird jedoch deutlich reduziert, da die Standortwahl von PVE in der Praxis stark durch verfügbare personelle Ressourcen (z. B. Ärzt:innen) und räumlich-organisatorische Voraussetzungen begrenzt ist. Zusätzlich kontrollieren wir in der Analyse systematisch für zeitinvariante Unterschiede zwischen Gemeinden und PVE (z. B. Infrastruktur, sozioökonomische Struktur, Vertragsstrukturen), da in einer Gemeinde maximal eine PVE vorhanden ist. Des Weiteren kontrollieren wir für allgemeine zeitliche Entwicklungen zwischen den Gemeinden (z. B. nationale Trends, makroökonomische Schocks) und vergleichen nur strukturell ähnliche Gemeinden<sup>39)</sup>. Dadurch werden unbeobachtete Faktoren, die sich über die Zeit verändern und gleichzeitig die Ergebnisse beeinflussen könnten, weitgehend ausgeschlossen.

Auch die mögliche Vorhersehbarkeit des Eröffnungszeitpunkts einer PVE stellt für die vorliegende Analyse kein wesentliches Problem dar. Anpassungsreaktionen im Vorfeld einer Eröffnung – etwa Verhaltensänderungen von Patient:innen oder Krankenanstalten – sind für die untersuchten stationären Versorgungsindikatoren nur begrenzt plausibel. Insbesondere bei akut-stationären Inanspruchnahmen ist auszuschließen, dass diese systematisch bereits vor der tatsächlichen Eröffnung einer PVE beeinflusst werden.

### 4.5.3 Ergebnisse der Datenanalyse

Wir verwenden – wie in der vorangegangenen Analyse – drei Ergebnisgrößen: (a) Summe der stationären Krankenanstaltsaufenthalte (Tage), (b) Anzahl der stationären Aufenthalte, (c)

<sup>39)</sup> In drei Nachbargemeinden einer behandelten Gemeinde wurde später ein PVE eröffnet und die fixen Effekte können dadurch nicht alle PVE-spezifischen Charakteristika abfangen. In einer Robustheitsanalyse haben wir die Analyse ohne diese Gemeinden durchgeführt und die Ergebnisse weisen kaum Unterschiede auf.

durchschnittliche Verweildauer je Aufenthalt. Die Ergebnisgrößen werden nach akuten und chronischen ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) differenziert. Die folgende Übersicht 4.6 gibt einen Überblick über die Verteilung der Ergebnisgrößen, insbesondere Mittelwert und Median. Es ist wichtig zu beachten, dass die Ergebnisgrößen den Gemeinden anhand der Wohnsitze der Bevölkerung zugeordnet werden und somit kein Krankenhaus in einer Gemeinde existieren muss, damit dieser Gemeinde Krankenanstaltsaufenthalte zugeordnet werden können<sup>40)</sup>. Die Minimum- bzw. Maximumwerte zeigen die Spannweite der Ergebnisse: einige Gemeinden haben keine Krankenanstaltsaufenthalte, andere sehr viele. Die 25%- bzw. 75%-Perzentile geben an, wie sich die meisten Gemeinden verteilen. Der Median (=Zentralwert) zeigt, wie viele Tage bzw. Aufenthalte die „mittlere“ Gemeinde hat, d. h., 50% der Gemeinden liegen darunter und 50% darüber. Der Mittelwert gibt den Durchschnitt aller Gemeinden an, der aufgrund von hohen Werten deutlich über dem Median liegen kann.

Bei Aufenthalten aufgrund von akuten Erkrankungen liegen die meisten Gemeinden zwischen 10 und 50 Tagen, die mittlere Gemeinde hat 23 Tage, der Durchschnitt liegt bei 44,8 Tagen. Ähnliche Muster zeigen sich bei Einlieferungen und Verweildauer sowie bei chronischen Fällen.

#### Übersicht 4.6: Deskriptive Statistiken der Ergebnisgrößen

	Minimum	25%-Perzentil	Median	Mittelwert	75%-Perzentil	Maximum
Akut Summe Tage	0,0	10,0	23,0	44,8	50,0	1.898,0
Akut Anzahl Einlieferungen	0,0	3,0	6,0	10,8	12,0	558,0
Akut Ø Verweildauer	0,0	2,9	4,0	4,1	5,0	68,0
Chronisch Summe Tage	0,0	38,0	76,0	135,4	146,0	5.103,0
Chronisch Anzahl Einlieferungen	0,0	8,0	15,0	26,5	28,0	859,0
Chronisch Ø Verweildauer	0,0	4,0	4,8	5,0	5,7	32,0

Q: FOKO-Daten, WIFO-Berechnungen.

#### Effekte für akut vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSC)

Wir betrachten zunächst akut vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSC), also stationäre Aufenthalte, die bei guter ambulanter Versorgung oft verhindert werden können. Zunächst zeigt ein statistischer Test (Wald-Test) in Übersicht 4.7, dass wir die Annahme paralleler Trends von Gemeinden mit und ohne PVE vor der Eröffnung nicht verwerfen können. Das ist wichtig, weil es darauf hindeutet, dass beobachtete Unterschiede nach der Eröffnung tatsächlich mit der PVE zusammenhängen und nicht mit bereits bestehenden Trends vor PVE-Eröffnung.

Eine Kohortenanalyse gruppiert Gemeinden danach, wann eine PVE eröffnet wurde (z. B. frühe versus spätere Eröffnungen) und vergleicht die durchschnittlichen Effekte dieser Gruppen über den gesamten Nachbeobachtungszeitraum. Sie zeigt, ob sich der Effekt je nach Eröffnungszeitpunkt systematisch unterscheidet und ob bestimmte PVE-Generationen stärker oder schwächer wirken. In den nachfolgenden Ergebnissen wird sichtbar, dass insbesondere rezenterer Kohorten zu den beobachteten Rückgängen bei akuten stationären Aufenthaltstagen beitragen.

<sup>40)</sup> Die Ergebnisgrößen, z. B. die Summe der stationären Krankenhausaufenthalte in Tagen, werden anhand der Wohnsitze der Personen, die einen Krankenhausaufenthalt ausweisen, den Gemeinden zugeordnet.

Nach der Eröffnung einer PVE sinkt die Zahl der stationären Aufenthaltstage wegen vermeidbarer Akut-Erkrankungen. Dieser Rückgang ist durchgängig negativ und teilweise statistisch abgesichert. Im Durchschnitt verzeichnen Gemeinden mit PVE – einschließlich der angrenzenden Gemeinden – 7,5 stationäre Tage weniger, was einer Reduktion von 17% im Vergleich zum Durchschnitt (bzw. 33% im Vergleich zum Median) entspricht (Übersicht 4.7). Dieser Rückgang ist nicht primär auf eine geringere Anzahl an Einlieferungen zurückzuführen, sondern auf eine kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Für die Zahl der Einlieferungen selbst finden sich keine statistisch gesicherten Effekte. Der insgesamt gemessene Effekt wird vor allem durch jene PVE geprägt, die zuletzt eröffnet wurden (Abbildung 4.5).

Die Befunde deuten darauf hin, dass PVE vor allem zu einer kürzeren stationären Versorgung beitragen, nicht jedoch zu einer deutlichen Reduktion der Anzahl akuter Krankenhausaufenthalte. Eine mögliche Erklärung ist, dass akute Krankheitsbilder schwer zu vermeiden sind, die Dauer jedoch durch eine bessere Nachbetreuung durch PVEs verkürzt werden kann.

Übersicht 4.7: **Aggregierte CS-Regressionsergebnisse der akuten ACSC Ergebnisgrößen**

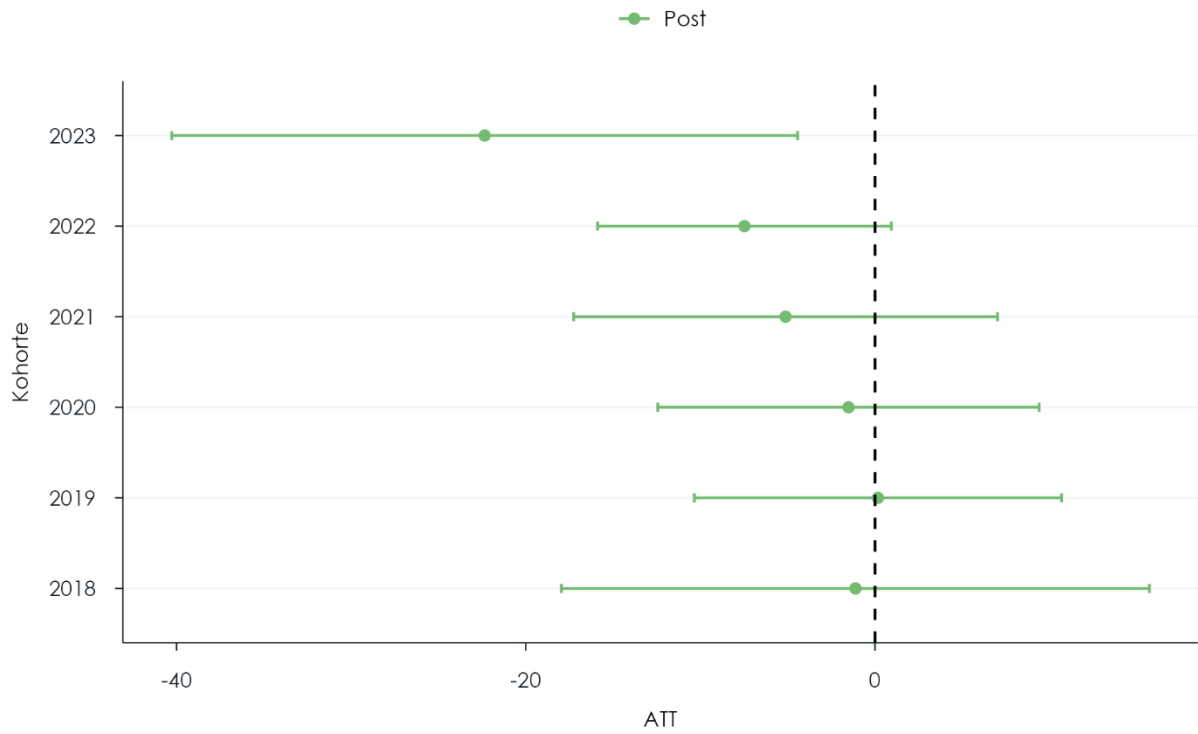
Aggregation	Akut Summe/Tage	Akut Einlieferungen	Akut Ø Dauer
Cohort	-7,47** (3,09)	-0,90 (0,66)	-0,40** (0,18)
Event Time	-3,94 (4,16)	-0,85 (0,89)	-0,42** (0,21)
Pre-test p-value	0,31	0,34	0,29

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Im nächsten Schritt analysieren wir, wie sich der Effekt einer PVE-Eröffnung über die Zeit entwickelt. Die Ereigniszeitanalyse stellt den zeitlichen Verlauf relativ zum Eröffnungszeitpunkt der PVE dar. Sie zeigt, wie sich die Ergebnisgrößen – gemessen durch den „Average Treatment Effect on the Treated“ (ATT; durchschnittlicher Effekt einer behandelten Gemeinde) – vor und nach der Eröffnung entwickeln und erlaubt damit zu prüfen, ob sich Effekte erst nach der Intervention einstellen und wie stabil sie über die Zeit sind. Die Abbildungen verdeutlichen, dass die Schätzungen nach der Eröffnung überwiegend negativ sind, jedoch mit zunehmender Unsicherheit, insbesondere bei längeren Zeitabständen zur Eröffnung.

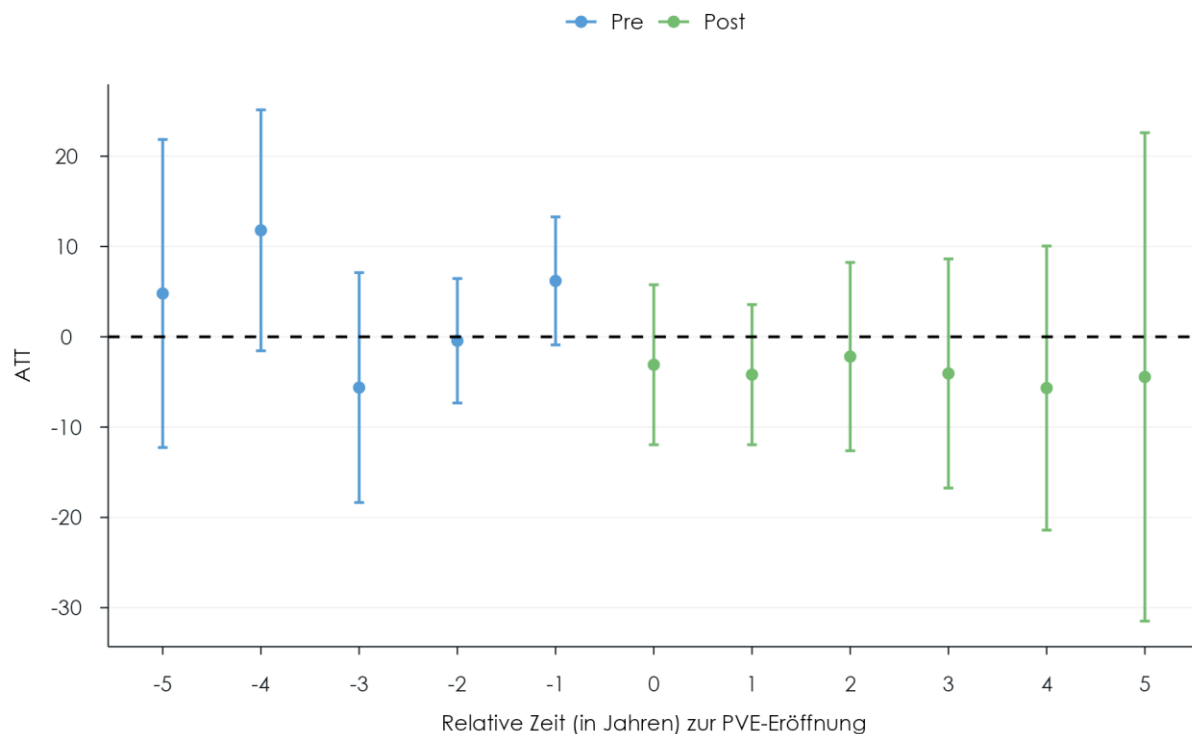
Der über alle Zeitpunkte gemittelte Effekt auf die Zahl der akuten stationären Aufenthaltstage ist mit rund –3,9 Tagen negativ, jedoch statistisch nicht abgesichert (Übersicht 4.7). Die zeitpunktbezogenen Schätzungen nach der Eröffnung Abbildung 4.6 sind überwiegend negativ, weisen jedoch breite Unsicherheitsintervalle auf. Das sichtbare Muster deckt sich mit den Ergebnissen der Kohortenanalyse: Der beobachtete Rückgang wird vor allem von den zuletzt eröffneten PVE (Kohorte 7) getragen, während frühere Kohorten kaum zu dem Gesamteffekt beitragen (Abbildung 4.5). Aufgrund der kurzen Nachbeobachtungszeit und möglicher Unterschiede in Standortwahl und Umsetzung sollten diese zeitlichen Unterschiede allerdings vorsichtig interpretiert werden.

Abbildung 4.5: **CS-Kohortenschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage**  
Akute ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an.

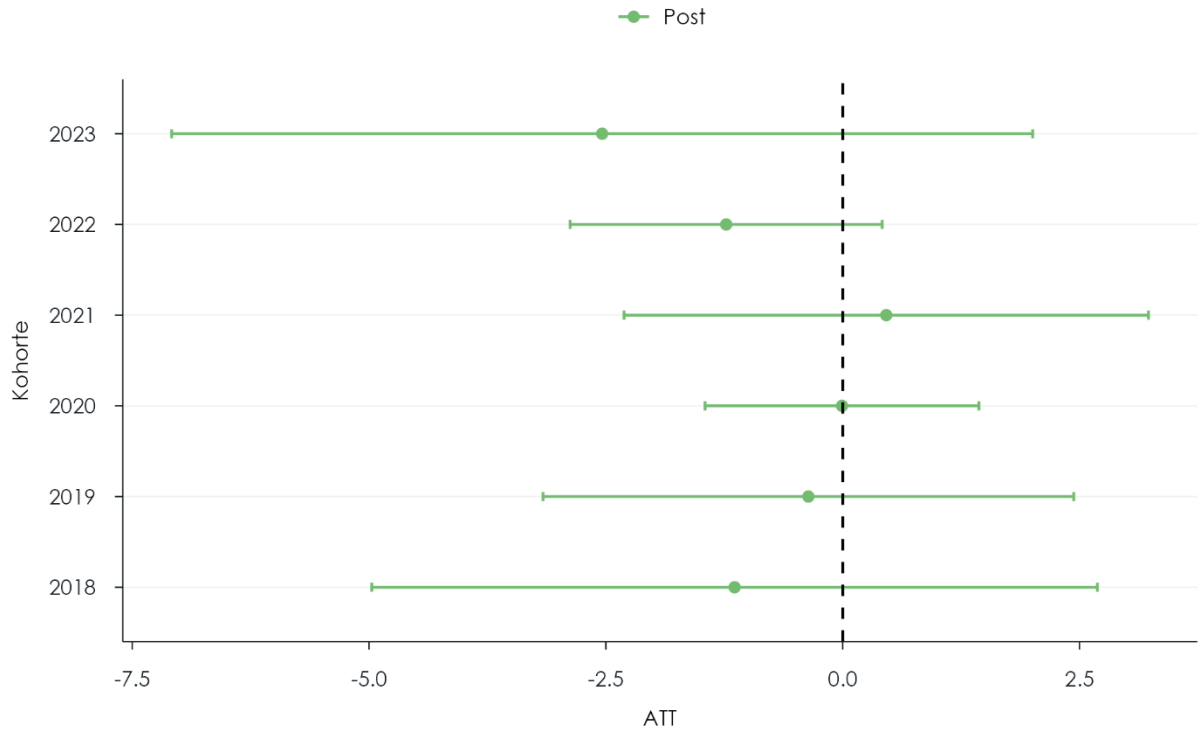
Abbildung 4.6: **CS-Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage**  
Akute ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

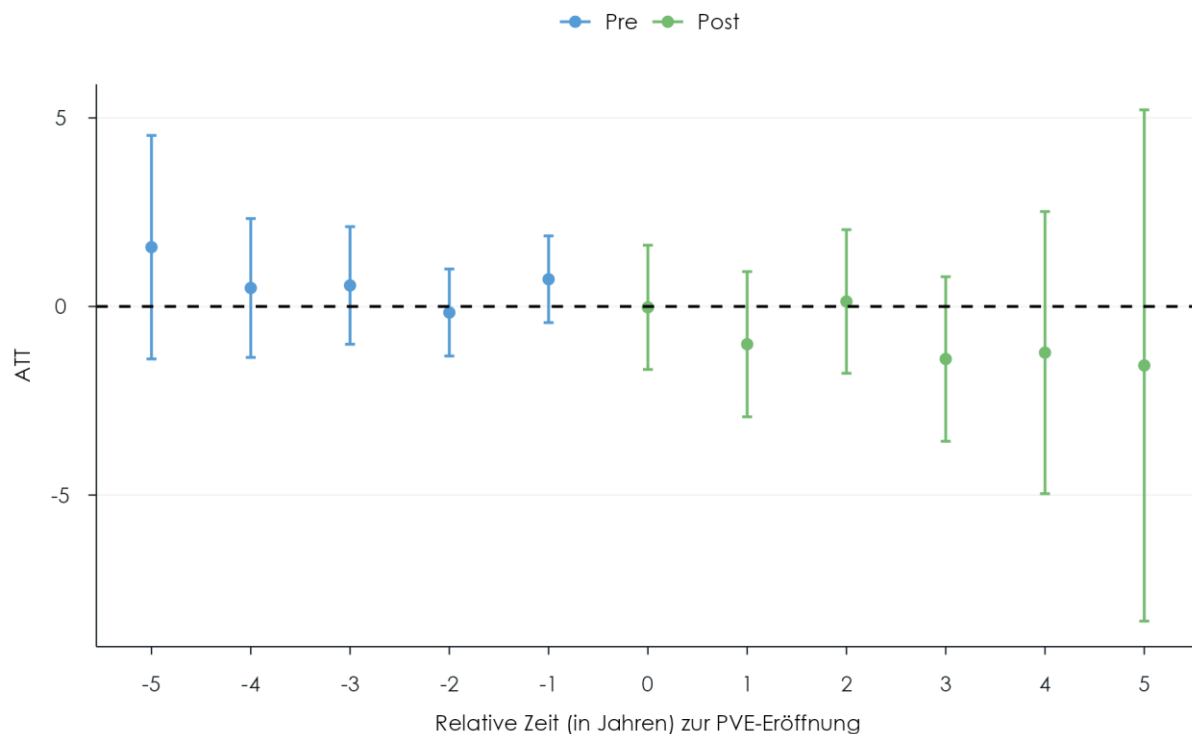
Im nächsten Schritt betrachten wir den Einfluss auf die Anzahl der stationären Einlieferungen. Auch hier zeigen die Punktschätzer in den Grafiken überwiegend ein negatives Vorzeichen, der Effekt ist jedoch schwach ausgeprägt und statistisch nicht signifikant, weder über Gruppen noch über den zeitlichen Verlauf (Abbildung 4.7 und Abbildung 4.8). Über alle Aggregationsebenen hinweg liegt der Effekt bei etwa  $-0,85$  Einlieferungen, was in der Größenordnung als gering einzustufen ist. Inhaltlich spricht dies dafür, dass PVE die Zahl akuter vermeidbarer Krankenhausaufnahmen nur in begrenztem Ausmaß beeinflussen.

Abbildung 4.7: **CS-Kohortenschätzer: Zahl der Einlieferungen**  
Akute ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an.

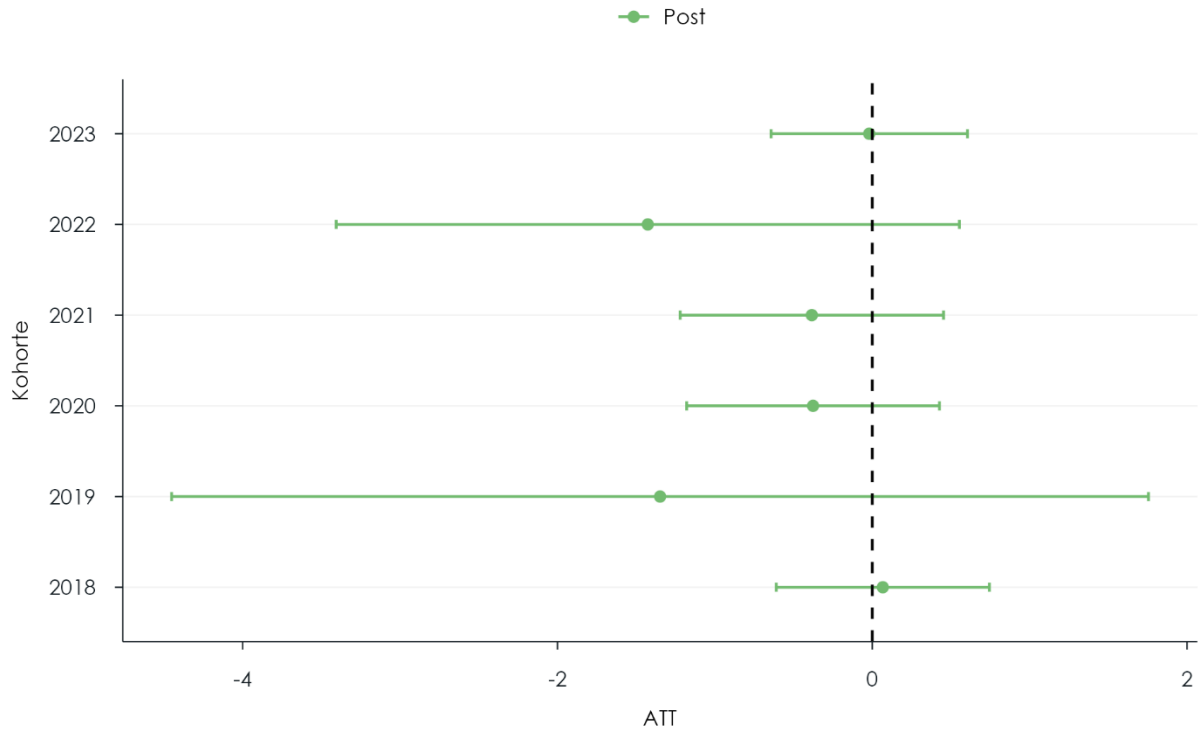
Abbildung 4.8: **CS-Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen**  
Akute ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

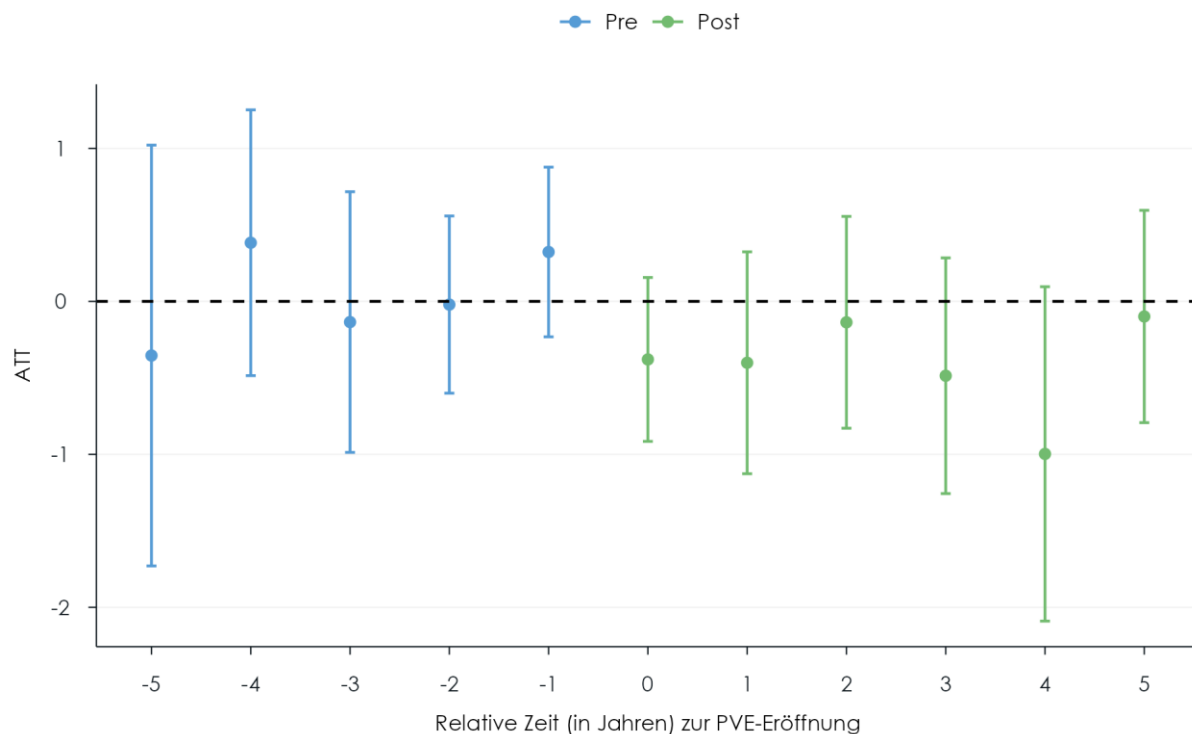
Abschließend analysieren wir die durchschnittliche Aufenthaltsdauer je vermeidbarem Akut-Krankenhausaufenthalt. Hier zeigt sich ein robuster negativer Zusammenhang: Sowohl in der Kohorten- als auch in der Ereigniszeitanalyse ergibt sich eine signifikante Verkürzung der Aufenthaltsdauer um rund 0,4 Tage pro Aufenthalt (Abbildung 4.9 und Abbildung 4.10). Einzelne Zeitpunkte oder Kohorten sind für sich genommen zwar nicht signifikant, das Gesamtmuster über alle Abbildungen hinweg ist jedoch konsistent. Das bedeutet, dass Patient:innen aus Gemeinden mit PVE – einschließlich angrenzender Gemeinden – im Durchschnitt kürzer stationär behandelt werden, wenn es zu einer Einlieferung kommt. Insgesamt legt dieses Befundbild nahe, dass die Reduktion der stationären Tage primär über kürzere Verweildauern zustande kommt und nicht über eine Verringerung der Einlieferungszahlen.

Abbildung 4.9: **CS-Kohortenschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer**  
Akute ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an.

Abbildung 4.10: **CS-Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer**  
Akute ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

### Chronisch vermeidbare Krankenhausaufenthalte:

Im nächsten Schritt analysieren wir chronisch vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSC), also stationäre Aufenthalte, die typischerweise bei langfristiger und koordinierter ambulanter Versorgung reduziert werden können. Auch hier betrachten wir drei Ergebnisgrößen: die Summe der stationären Aufenthaltstage, die Anzahl der Einlieferungen sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufenthalt.

### Übersicht 4.8: Aggregierte CS-Regressionsergebnisse der chronischen ACSC Ergebnisgrößen

Aggregation	Chronisch Summe/Tage	Chronisch Einlieferungen	Chronisch Ø Dauer
Cohort	-11,77* (6,53)	-1,01 (0,83)	0,16 (0,15)
Event Time	-37,51** (18,34)	-4,59** (2,05)	0,14 (0,12)
Pre-test p-value	0,11	0,01	0,69

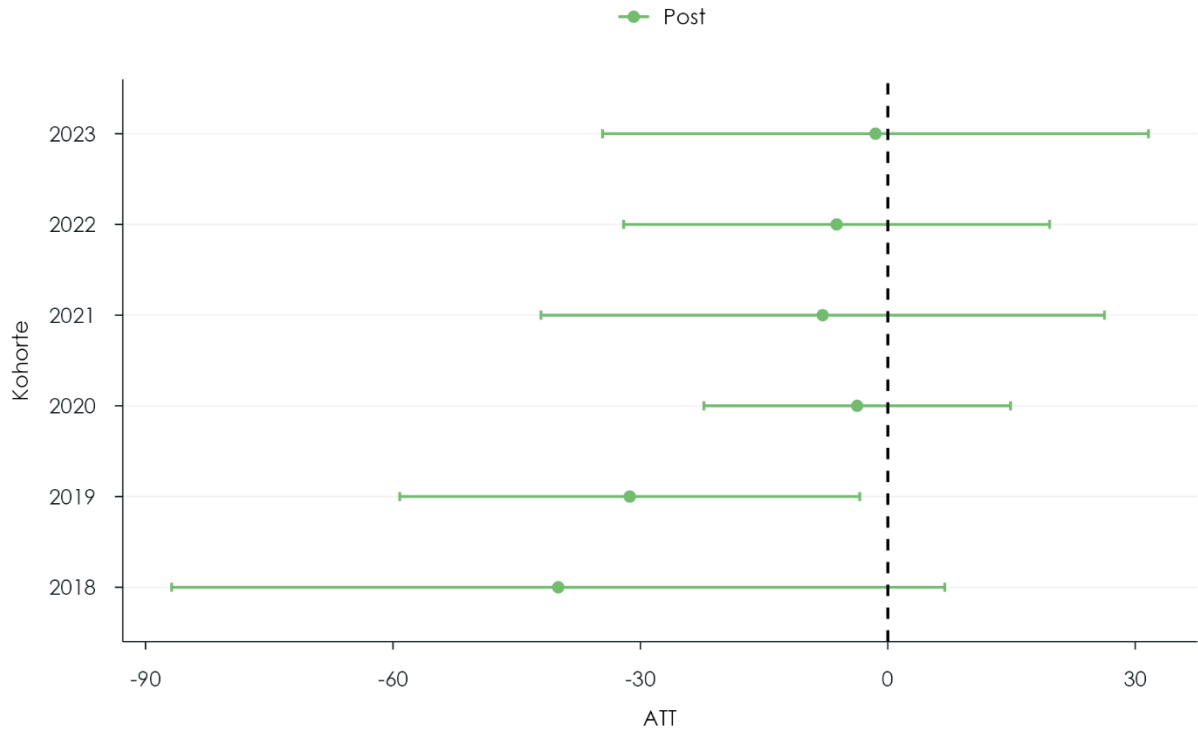
Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Für die Ergebnisgröße Anzahl der chronischen Einlieferungen zeigt der statistische Vorab-Test (Wald-Test), dass wir die Annahme paralleler Trends vor der Eröffnung von Gemeinden mit und ohne PVE verwerfen müssen. Damit ist eine zentrale Voraussetzung für eine kausale Interpretation – die Annahme eines gemeinsamen Trends von Treatment- und Kontrollgruppe – nicht erfüllt. Die entsprechenden Schätzer werden daher nicht als kausale Effekte interpretiert, sondern lediglich als beschreibende Hinweise. Für die beiden anderen Ergebnisgrößen – Summe der stationären Tage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer – können wir die Annahme nicht verwerfen und wir somit die Ergebnisse wie vorgesehen interpretieren.

Die Eröffnung einer PVE ist bei chronischen ACSC mit einem signifikanten Rückgang der gesamten stationären Aufenthaltstage verbunden. Je nach Aggregationsansatz liegt die Reduktion zwischen etwa 11 (Kohortenanalyse) und 38 (Ereigniszeitanalyse) Tagen (Übersicht 4.8). Im Verhältnis zum Mittelwert (Median) entspricht dies einer Reduktion von 9% (16%) in der Kohortenanalyse und 28% (49%) in der Ereigniszeitanalyse. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass PVE auch im Bereich chronischer Erkrankungen zu einer Entlastung der stationären Versorgung beitragen können.

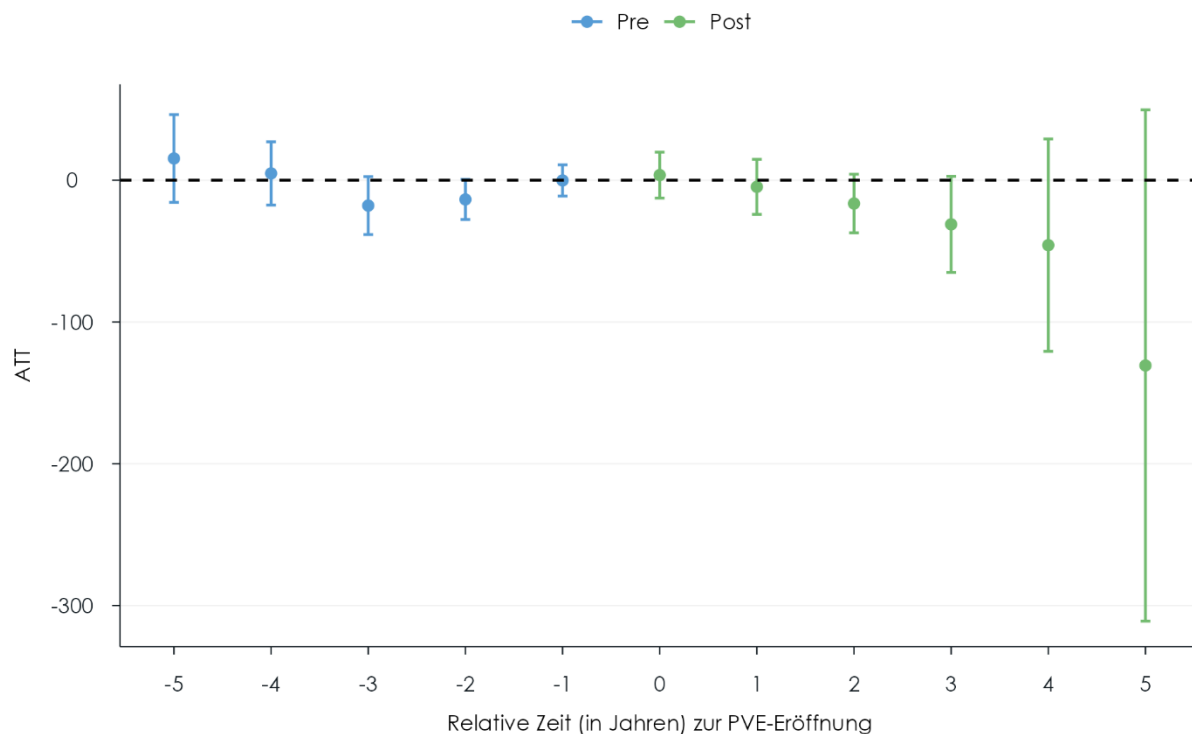
Ein Blick auf die Kohortenanalyse (Abbildung 4.11) zeigt, dass diese Effekte vor allem von früher eröffneten PVE getragen werden, während bei rezent eröffneten Standorten die Effekte geringer ausfallen und näher bei Null liegen. Konsistent dazu nimmt in der Ereigniszeitanalyse (Abbildung 4.12) die Effektstärke tendenziell mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Eröffnung zu. Eine plausible inhaltliche Erklärung ist, dass bei chronischen Erkrankungen Anpassungen in Versorgungsroutinen, Behandlungsbeziehungen und Patient:innenverhalten Zeit benötigen, sodass Effekte erst mittelfristig sichtbar werden. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die statistische Unsicherheit bei längeren Beobachtungszeiträumen zunimmt, da weniger Gemeinden über so lange Zeiträume beobachtbar sind.

Abbildung 4.11: **CS-Kohortenschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage**  
Chronische ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an.

Abbildung 4.12: **CS-Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage**  
Chronische ACSC

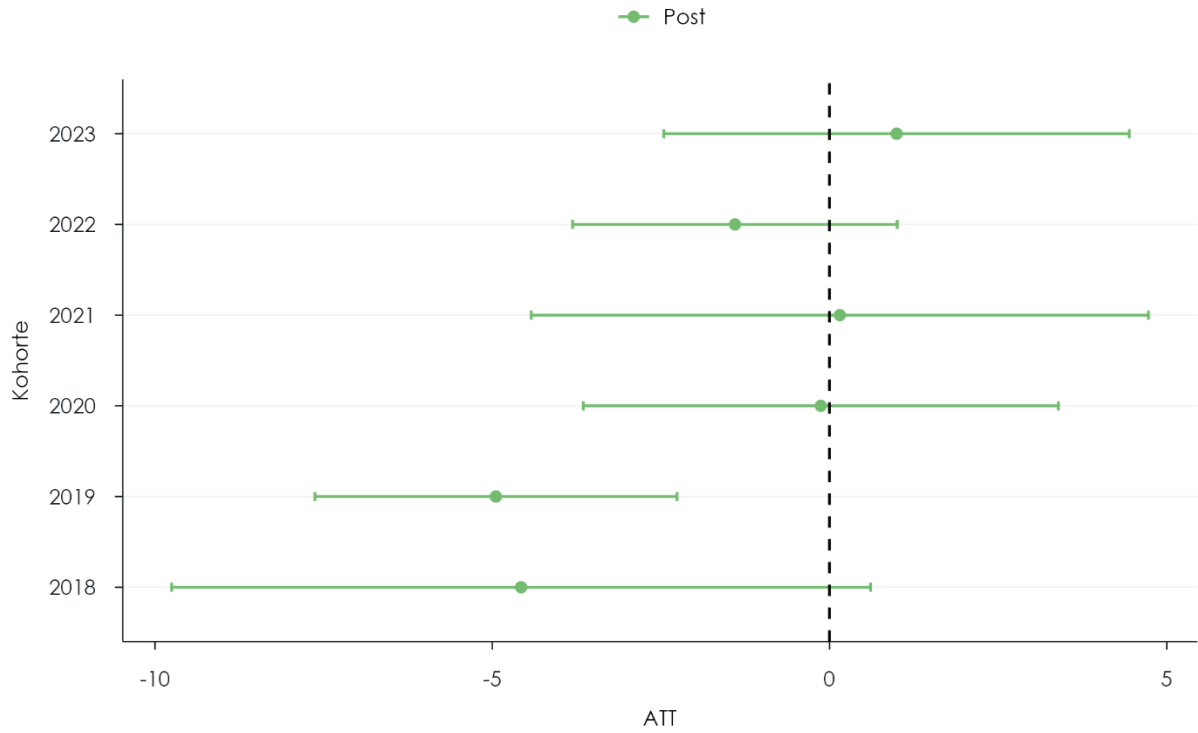


Q: WIFO. Individuelle Schätzer für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Die Ergebnisse zur Anzahl der chronischen Einlieferungen werden bewusst nur kurz diskutiert. Da die methodische Voraussetzung vergleichbarer Trends nicht erfüllt ist, sollte diesen Befunden mit entsprechender Zurückhaltung begegnet werden. Inhaltlich ähneln sie den Ergebnissen zur Summe der Tage. Die aggregierten Punktschätzer sind negativ, wobei die absolute Größe um ein Vielfaches geringer ist. Die Kohorten- und Ereigniszeitanalyse (Abbildung 4.13 und Abbildung 4.14) zeigen, dass die Effekte stärker bei früher eröffneten PVE zu beobachten sind und die Effektstärke somit über die Zeit zunimmt. Diese Ergebnisse sollten jedoch mit größter Vorsicht verstanden werden, da eine zentrale Annahme der ökonometrischen Methode verworfen werden muss.<sup>41)</sup>

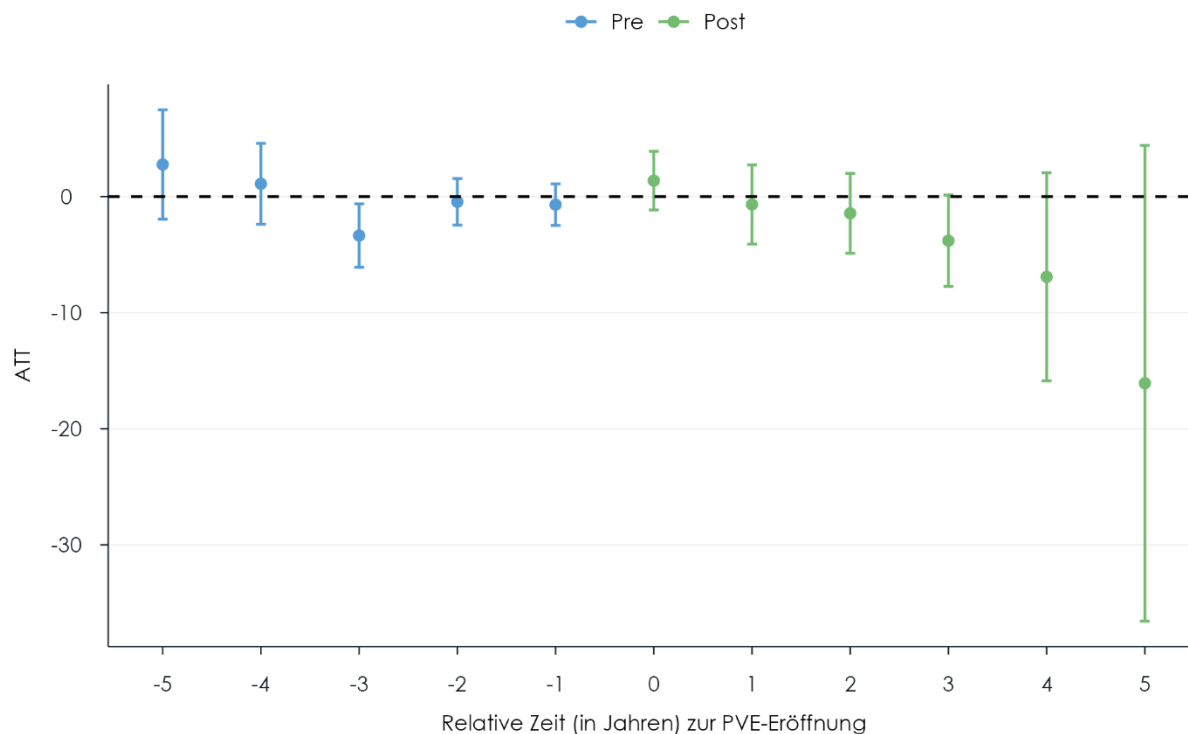
<sup>41)</sup> Exemplarisch zeigt Abbildung 4.14 visuell, dass im relativen Jahr -3 ein statistisch signifikanter Effekt ungleich Null zu sehen ist und dadurch nicht alle Annahmen für diese Methode erfüllt sind.

Abbildung 4.13: **CS-Kohortenschätzer: Zahl der Einlieferungen**  
Chronische ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an.

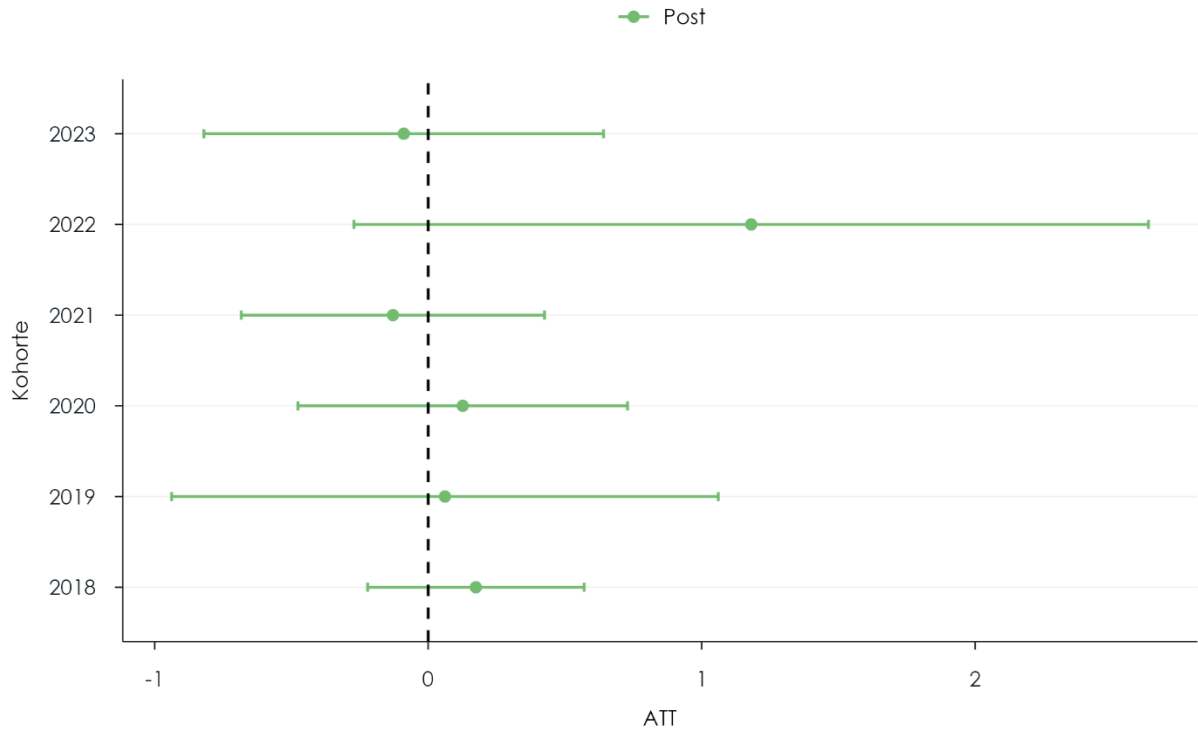
Abbildung 4.14: **CS-Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen**  
Chronische ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

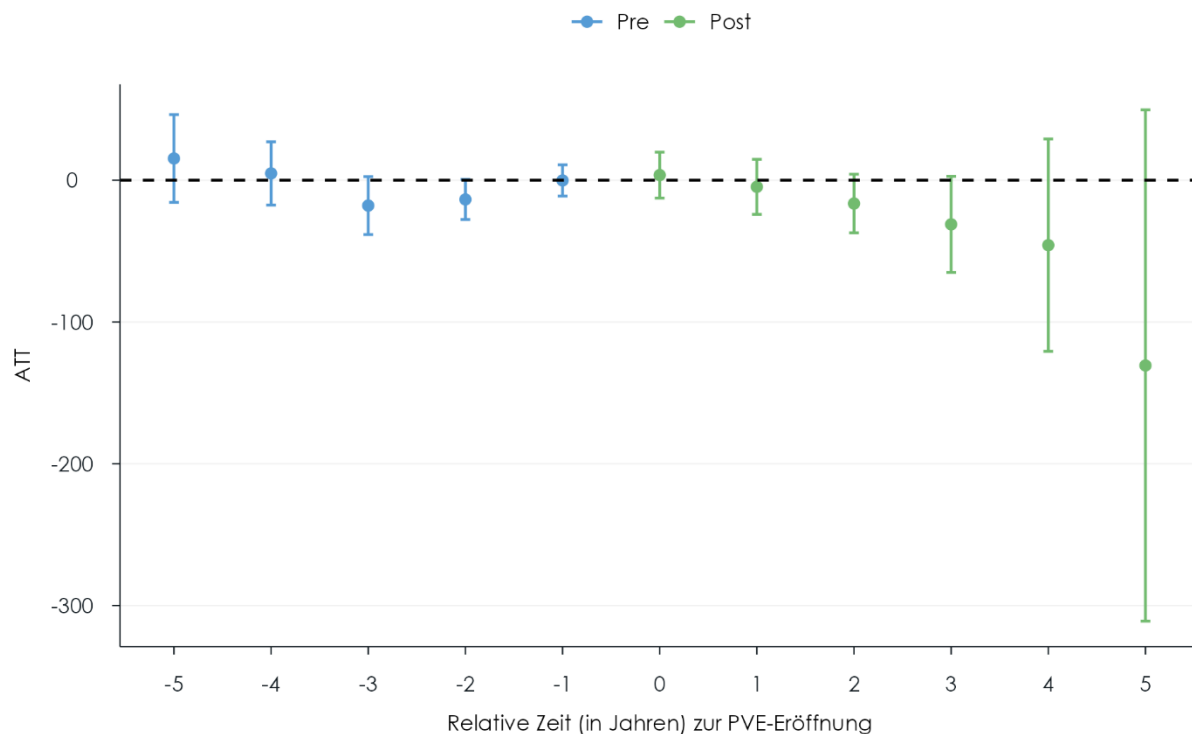
Abschließend betrachten wir die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei chronischen ACSC. Hier zeigen sich keine statistisch signifikanten Effekte. Die geschätzten Veränderungen liegen überwiegend nahe bei Null, sowohl in der Kohorten- als auch in der Ereigniszeitanalyse, mit allenfalls leicht positiven, jedoch nicht abgesicherten Effekten. Dies deutet darauf hin, dass sich die Reduktion der stationären Tage bei vermeidbaren Hospitalisierungen chronischer Erkrankungen nicht über kürzere Aufenthalte, sondern eher über weniger oder anders verteilte stationäre Versorgung insgesamt ergibt.

Abbildung 4.15: **CS-Kohortenschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer**  
Chronische ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an.

Abbildung 4.16: **CS-Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer**  
Chronische ACSC



Q: WIFO. Individuelle Schätzer für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Kohorte 1 ist nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

### Zusammenschau der Ergebnisse

Die Analyse zeigt insgesamt ein konsistentes, aber differenziertes Wirkungsbild von Primärversorgungseinheiten auf die intramurale Versorgung. Sowohl bei akuten als auch bei chronischen vermeidbaren Krankenhausaufenthalten sind PVE mit einer Reduktion der gesamten stationären Aufenthaltstage verbunden, wobei sich die zugrunde liegenden Mechanismen unterscheiden.

Bei akut vermeidbaren Hospitalisierungen zeigt sich, dass die Reduktion der stationären Tage primär über eine verkürzte Aufenthaltsdauer zustande kommt, während die Anzahl der Einlieferungen kaum beeinflusst wird. Dies spricht dafür, dass PVE vor allem die Effizienz der stationären Behandlung verbessern, etwa durch bessere Vor- und Nachbetreuung oder eine engere ambulante Anbindung, ohne akute, medizinisch notwendige Einweisungen wesentlich zu reduzieren. Die Effekte sind dabei stärker bei rezent eröffneten PVE ausgeprägt, sollten jedoch aufgrund der kürzeren Beobachtungszeiträume vorsichtig interpretiert werden.

Bei chronisch vermeidbaren Hospitalisierungen zeigt sich ebenfalls eine deutliche Reduktion der stationären Tage, allerdings mit einem zeitlich verzögerten Wirkungsmuster. Hier werden die

Effekte vor allem von früher eröffneten PVE getragen, was darauf hindeutet, dass bei chronischen Erkrankungen Anpassungen in Versorgungsroutinen und Behandlungsbeziehungen erst mittelfristig wirksam werden. Im Gegensatz zu den akuten Fällen lässt sich die Reduktion der stationären Tage bei chronischen Erkrankungen nicht über kürzere Aufenthaltsdauern erklären, sondern eher über eine insgesamt geringere oder anders organisierte stationäre Inanspruchnahme.

Über beide Krankheitsgruppen hinweg zeigt sich damit ein gemeinsames Muster: PVE tragen zur Entlastung der stationären Versorgung bei, jedoch weniger durch eine Reduktion der Einlieferungszahlen als durch qualitative Veränderungen im Versorgungsprozess. Die Ergebnisse unterstreichen die Rolle von PVE als Instrument zur Verbesserung der Versorgungskoordination an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wobei sich die Effekte je nach Krankheitsart und zeitlichem Horizont unterschiedlich entfalten.

### Weitere Analysen

Ergänzend zu den ACSC-Analysen wurden Spezifikationen durchgeführt, die potenzielle Struktur- und Schnittstellenprobleme im Gesundheitssystem adressieren. In diesen Analysen werden jedoch zentrale Identifikationsannahmen der verwendeten ökonometrischen Verfahren anhand statistischer Tests verworfen, sodass die Ergebnisse nicht verlässlich kausal interpretiert werden können. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, werden diese Spezifikationen in der vorliegenden Studie nicht berichtet. Als zusätzliche Ergebnisvariablen wurden (i) Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (aggregiert sowie nach ICD-Diagnosen), (ii) Arztkontakte bzw. E-Card-Steckungen (differenziert nach Allgemeinmediziner:innen, Fachärzt:innen, Zahnärzt:innen und Krankenhausambulanzen) sowie (iii) Heilmittelverabreichungen, insbesondere Influenza-Impfungen, analysiert. Für alle diese Ergebnisvariablen wird die Annahme paralleler Trends zwischen behandelten und unbehandelten Gemeinden im Pre-Trend-Test (Wald-Test) klar verworfen (hochsignifikante p-Werte). Zusätzlich bestehen in einzelnen Spezifikationen Datenunsicherheiten und Brüche in Zeitreihen (z. B. Änderungen von Fachgruppen-codes) und die Schätzungen potenziell stark verzerren.

## 5. Zusammenfassung der Ergebnisse und gesundheitspolitische Implikationen

Dieses Schlusskapitel fasst die zentralen theoretischen und empirischen Ergebnisse der Studie zusammen und leitet daraus gesundheitspolitische Schlussfolgerungen sowie konkrete Handlungsoptionen ab. Ziel ist es, die Befunde in einen übergeordneten systemischen Zusammenhang einzuordnen und aufzuzeigen, welche Konsequenzen sich daraus für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems ergeben. Der Fokus liegt dabei ausdrücklich nicht auf kurzfristigen Einsparpotenzialen, sondern auf strukturellen Effizienzgewinnen, verbesserter Versorgungskoordination und einer langfristig tragfähigen institutionellen Ausgestaltung.

### 5.1 Zentrale Erkenntnisse aus Theorie und institutioneller Analyse

Die theoretische und literaturbasierte Analyse zeigt, dass viele der seit Jahren diskutierten Effizienzprobleme des österreichischen Gesundheitssystems weniger auf medizinisch-technische Defizite als vielmehr auf **institutionelle Inkonsistenzen** zurückzuführen sind. Insbesondere die Prinzipien der fiskalischen Äquivalenz – also der Zusammenführung von Finanzierungs- und Ausgabenverantwortung – sowie der institutionellen Kongruenz – einer klaren und kohärenten Zuordnung von Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungszuständigkeiten – sind nur unzureichend umgesetzt. Diese resultieren nicht allein aus sektoraler Fragmentierung, sondern auch aus asymmetrischen Kompetenzzuweisungen zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern. Während der Bund zentrale Rahmenbedingungen (z. B. Ausbildungskapazitäten, Leistungsrecht, Dokumentationsvorgaben) definiert, liegt die operative Leistungssteuerung im extramuralen Bereich primär bei der Sozialversicherung, während die Länder vor allem für Organisation und Finanzierung des intramuralen Bereichs verantwortlich sind. Die gegenwärtige Architektur des Systems ist durch eine ausgeprägte **sektorale Fragmentierung** gekennzeichnet: Der stationäre Sektor, der die Versorgung in Krankenanstalten und Spitalsambulanzen umfasst, wird vorwiegend von den Bundesländern verantwortet und teilfinanziert. Durch die Einbindung des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung in die gemeinsame Festlegung des ÖSG, sowie durch die Kopplung von Planung und Finanzierung entsteht eine indirekte Steuerung, die die Handlungsspielräume der Länder erheblich einschränkt. Demgegenüber liegt die Planung und Finanzierung des extramuralen Sektors, der die Versorgung durch niedergelassene Ärzt:innen sowie selbstständige Ambulatorien einschließt, in der Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger und der Ärzteschaft. Die historisch gewachsene Trennung dieser Zuständigkeiten führt nicht nur zu Koordinationsfraktionen, sondern auch zu einer unvollständigen Internalisierung von Kosten- und Nutzenwirkungen über Sektor- und Institutionengrenzen hinweg. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Steuerungsmöglichkeiten einzelner Akteure – insbesondere der Länder im extramuralen Bereich – institutionell und rechtlich begrenzt sind.

Versorgungsdefizite in einem Sektor schlagen sich daher nicht nur versorgungstechnisch, sondern auch budgetär auf andere Sektoren durch. Die Spitäler (einschließlich der Spitalsambulanzen) übernehmen aus dieser Perspektive eine Auffangfunktion für den niedergelassenen Sektor, was wiederum als Minderanreiz für den Ausbau der extramuralen Versorgung wirkt. Diese Wechselwirkungen sind als Ausdruck wechselseitiger Externalitäten zu interpretieren, die aus der institutionellen Trennung von Finanzierungs- und Leistungsverantwortung resultieren und nicht einem einzelnen Systemakteur eindeutig zugeschrieben werden können.

Hinzu kommen getrennte Investitions- und Betriebskostenlogiken und Abrechnungssysteme. Diese Struktur erzeugt nicht nur systematische Fehlanreize und Steuerungsprobleme, sondern auch Reformhemmnisse, da Kosten und Nutzen von Reformmaßnahmen häufig bei unterschiedlichen institutionellen Akteuren anfallen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Umsetzung eines „Best Point of Service“-Prinzips – also der Versorgung am medizinisch und ökonomisch sinnvollsten Ort – in Österreich primär auf institutionelle und politische Herausforderungen stößt, die Reformen erschweren. Fehlende Gatekeeping-Instrumente, sektorspezifische Budgetrestriktionen und eine begrenzte gemeinsame Ergebnisverantwortung führen dazu, dass Patient:innenströme derzeit nur eingeschränkt gesteuert werden können. Die theoretische Analyse legt nahe, dass punktuelle Reformen innerhalb einzelner Sektoren nur begrenzte Wirkung entfalten können, solange die übergeordneten institutionellen Rahmenbedingungen unverändert bleiben. Die begrenzte Steuerbarkeit von Patient:innenströmen ist dabei nicht ausschließlich Folge von Schnittstellenproblemen, sondern insbesondere Ausdruck fehlender oder nur teilweise implementierter Instrumente verbindlicher Patientenlenkung.

## 5.2 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse zur ambulanten Versorgungsdichte

Die empirische Analyse setzt an dieser Schnittstellenproblematik an und untersucht den Zusammenhang zwischen der regionalen Verfügbarkeit ambulanter ärztlicher Versorgung und der Inanspruchnahme intramuraler Leistungen. Die deskriptiven Ergebnisse zeigen eine ausgeprägte urbane Konzentration ärztlicher Versorgung, wobei Wien als struktureller Ausreißer besonders hervorsticht. Abseits der Bundeshauptstadt liegen die Bundesländer im Durchschnitt relativ nahe beieinander, auf Bezirksebene zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede, insbesondere zugunsten städtischer Räume.

Die ökonometrischen Analysen zu vermeidbaren Hospitalisierungen (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*, ACSC) zeichnen ein differenziertes Bild, das klar zwischen akuten und chronischen Erkrankungen unterscheidet. Für **akute ACSC** zeigen sich überwiegend keine robusten kurzfristigen Entlastungseffekte höherer ambulanter Ärztedichten. Punktuell finden sich Hinweise auf dämpfende Effekte der Allgemeinmediziner:innen auf Einlieferungen, insgesamt dominieren jedoch insignifikante Effekte. Auch Lag-Spezifikationen mit Wirkungsverzögerungen von drei Jahren liefern keine Hinweise auf mittelfristige Substitution.

Sogenannte Mundlak-Schätzungen zeigen ein differenzierteres Bild. Diese Schätzungen erlauben es, kurzfristige Veränderungen der ambulanten Versorgungsdichte innerhalb eines Bezirks (Within-Effekte) von dauerhaften strukturellen Unterschieden zwischen Bezirken (Between-Effekte) zu trennen und liefern damit wichtige Zusatzinformationen zur Interpretation der Fixed-Effects-Ergebnisse. Die Mundlak-Schätzungen für akute ACSC verdeutlichen, dass kurzfristige Veränderungen der Versorgungsdichte kaum relevant sind, während dauerhaft höhere hausärztliche Versorgungsniveaus mit geringerer akuter stationärer Inanspruchnahme einhergehen. Dies spricht für langfristige präventive und steuernde Effekte einer starken Primärversorgung, nicht jedoch für kurzfristige Entlastungswirkungen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass diese

Zusammenhänge auch durch endogene Standortentscheidungen und unbeobachtete Nachfragefaktoren beeinflusst sein können.

Für **chronische ACSC** ergibt sich ein deutlich komplexeres Wirkungsbild. Kurzfristige Effekte höherer ambulanter Ärztedichten sind auch hier schwach oder nicht vorhanden. Lag-Spezifikationen mit einer zeitlichen Verzögerung von drei Jahren zeigen teilweise sogar positive Zusammenhänge zwischen hausärztlicher Dichte und stationären Tagen bzw. Aufenthaltsdauer, was gegen eine einfache zeitverzögerte Substitution spricht und vielmehr auf Anpassungs- und Intensivierungseffekte hindeutet. Die Mundlak-Regressionen für chronische ACSC machen deutlich, dass kurzfristige Kapazitätsausweitungen teilweise mit intensiverer stationärer Behandlung einhergehen können, während strukturelle Between-Effekte uneinheitlich und stark spezifikations- und regionenabhängig sind. Für Fachärzt:innen finden sich punktuell Hinweise auf Effizienzgewinne in Form kürzerer Aufenthaltsdauern, jedoch keine konsistenten Reduktionen der Hospitalisierungswahrscheinlichkeit.

Über beide Krankheitsgruppen (akute und chronische ACSC) hinweg zeigt sich eine starke urbane Prägung der Ergebnisse. Viele Effekte werden maßgeblich von Wien getrieben, was auf eine spezifische Kombination aus Versorgungsdichte, Spezialisierung und institutionellen Rahmenbedingungen im urbanen Kontext hindeutet. Dies unterstreicht, dass Versorgungsdichte allein kein hinreichender Indikator für Entlastungseffekte ist und dass organisatorische Strukturen, Spezialisierung und institutionelle Einbettung eine zentrale Rolle spielen können.

### 5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Primärversorgungseinheiten (PVE)

Einen zentralen Beitrag dieser Studie stellt die kausale Analyse der Effekte von Primärversorgungseinheiten auf die intramurale Versorgung dar. Die Ergebnisse ergänzen die Befunde zur allgemeinen Ärztedichte um eine wichtige strukturelle Dimension.

Für vermeidbare Hospitalisierungen von akuten Erkrankungen zeigt sich, dass die Eröffnung einer PVE mit einer Reduktion der gesamten stationären Aufenthaltstage verbunden ist. Diese Reduktion kommt jedoch nicht durch eine geringere Zahl an Einlieferungen zustande, sondern primär durch eine verkürzte durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Dies spricht dafür, dass PVE insbesondere die Effizienz der stationären Behandlung verbessern, etwa durch bessere ambulante Vor- und Nachbetreuung, verbesserte Informationsflüsse oder eine raschere Rückübernahme in den extramuralen Bereich. Einweisungen von Personen mit akuten Erkrankungen werden hingegen kaum beeinflusst, was aus medizinischer Sicht plausibel sein kann.

Bei vermeidbaren Hospitalisierungen von chronischen Erkrankungen zeigt sich ebenfalls eine signifikante Reduktion der stationären Tage, allerdings mit einem zeitlich verzögerten Wirkungsmuster. Die Effekte werden vor allem von früher eröffneten PVE getragen und nehmen mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Eröffnung zu. Dies legt nahe, dass PVE bei chronischen Erkrankungen über langfristige Anpassungen in Versorgungsroutinen, Behandlungsbeziehungen und Patient:innenverhalten wirken. Im Unterschied zu den akuten Fällen erfolgt die Entlastung hier nicht über kürzere Aufenthaltsdauern, sondern über eine insgesamt geringere stationäre Inanspruchnahme.

Über beide Krankheitsgruppen hinweg ergibt sich damit ein gemeinsames Muster: PVE tragen zur Entlastung des stationären Bereichs bei, jedoch weniger durch eine Reduktion der Einlieferungszahlen als durch qualitative Veränderungen im Versorgungsprozess. Sie fungieren damit als Koordinationsknoten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und adressieren genau jene institutionellen Bruchstellen, die in der theoretischen Analyse als zentral identifiziert wurden.

Die Ergebnisse sind im Kontext der bestehenden institutionellen Zuständigkeiten zu interpretieren, wonach der Ausbau der Primärversorgung maßgeblich von der Ausgestaltung und Finanzierung des extramuralen Bereichs abhängt.

#### 5.4 Aus der Analyse abgeleitete gesundheitspolitische Handlungsoptionen

Die Ergebnisse der Studie haben weitreichende Implikationen für die gesundheitspolitische Debatte. Erwartungen an rasche Einsparungen im stationären Bereich durch den bloßen Ausbau ambulanter Kapazitäten sind empirisch nicht gedeckt. Vielmehr zeigen die Befunde, dass Entlastungseffekte – wenn überhaupt – **langfristig, strukturell und kontextabhängig** auftreten.

Erstens unterstreichen die Ergebnisse die ganz grundlegende Notwendigkeit, **fiskalische Äquivalenz und institutionelle Kongruenz** im Gesundheitssystem zu stärken. Diese liegt vor, wenn jene politische Ebene, die über Umfang und Struktur einer Leistung entscheidet, auch die finanzielle Verantwortung für deren Kosten trägt und vom Nutzen profitiert. Ohne eine bessere Verzahnung von Finanzierungs-, Planungs- und Steuerungskompetenzen bleiben sektorenübergreifende Effizienzgewinne begrenzt. Dies erfordert eine konsistente Abstimmung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern und kann nicht isoliert einer einzelnen Systemebene zugeschrieben werden. Reformoptionen reichen von einer stärkeren Bündelung von Finanzierungsströmen bis zu einer klareren funktionalen Zuordnung von Leistungs- und Finanzierungsverantwortung. Fiskalische Äquivalenz impliziert gemeinsame Budgets und sektorübergreifende Verantwortung, nicht jedoch eine vollständige Zentralisierung der Versorgung oder gar eine Abschaffung des Föderalismus, und lässt sich auch durch **funktionale Integration** herstellen, etwa durch integrierte regionale Gesundheitsbudgets. Entscheidend ist, dass Planung, Budgetverantwortung und Nutzenwirkung auf derselben Ebene zusammengeführt werden. Dafür kommen eine Reihe institutioneller Alternativen in Betracht. Diese reichen von einer vollständigen Übertragung der Finanzierungsverantwortung auf die Länder (Devolution) über eine Zentralisierung in Form eines österreichischen Gesundheitsfonds mit nachgeordneten Regionalfonds, die sowohl für den intra- als auch den extramuralen Bereich zuständig sind und im Auftrag des übergeordneten Fonds agieren, bis hin zur vollständigen Verlagerung der Krankenhausfinanzierung auf die Sozialversicherung. Darüber hinaus sind Vergütungssysteme denkbar, bei denen die Finanzierung dem Behandlungsfall und nicht dem jeweiligen Versorgungssektor folgt. In jedem Falle braucht es aber eine Stärkung und Ausbau der Zielsteuerung, die von einer mehr oder weniger verbindlichen Koordination zu einer verbindlichen Budgetsteuerung weiterentwickelt werden könnte. Ambitionierte Ziele im Gesundheitswesen müssen von fundamentalen Governance-Reformen flankiert werden, denn ohne Anpassung der Finanzierungs- und Verantwortungsstrukturen bleiben alle positiven Reformeffekte begrenzt.

Zweitens erfordern die Befunde ein **realistisches Erwartungsmanagement** beim Ausbau ambulanter Versorgung. Ziele, Instrumente und zeitliche Horizonte sind so festzulegen, dass sie mit den strukturellen, personellen und institutionellen Rahmenbedingungen vereinbar sind, um Überforderung, Fehlsteuerung und gegebenenfalls auch politische Enttäuschungen zu vermeiden und stattdessen schrittweise, empirisch überprüfbare Verbesserungen zu ermöglichen. Kapazitätsausweitungen allein führen weder bei akuten noch bei chronischen Erkrankungen automatisch zu geringerer stationärer Inanspruchnahme. Kapazitätsausweitungen im extramuralen Bereich erfordern, dass die hierfür zuständigen Institutionen – insbesondere die Sozialversicherung im Rahmen ihrer Vertrags- und Leistungssteuerung – über entsprechende Ressourcen und Steuerungsinstrumente verfügen. Gesundheitspolitische Zielsetzungen und Steuerungssysteme sollten daher stärker auf mittel- und langfristige Qualitäts- und Koordinationsgewinne ausgerichtet werden. Demografische und epidemiologische Realitäten (Bevölkerungsalterung, Multimorbidität) bedeuten, dass verbesserte extramurale Versorgung stationäre Spitalsleistungen nicht vollständig ersetzen kann, in der Regel die weniger kostenintensiven Krankheitsfälle; Der Ausbau der extramuralen Versorgung ist daher auch nicht primär kurzfristig ein Sparinstrument, sondern ein Instrument zur besseren Koordination und Qualität. Zu einem realistischen Erwartungsmanagement im Gesundheitssystem zählt insbesondere die Berücksichtigung von Realitäten am Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen und insbesondere auch begrenzte ärztliche Angebotskapazitäten.

Drittens bestätigt die Analyse den **strategischen Wert von Primärversorgungseinheiten**. Ihr weiterer Ausbau sollte jedoch stärker in eine verbindliche regionale Versorgungsplanung eingebettet und mit klaren Schnittstellen zu Spitälern, Fachärzt:innen und Pflegeeinrichtungen kombiniert werden. Der Ausbau der ambulanten Versorgung ist grundsätzlich personalintensiv und auch neue Versorgungsmodelle benötigen zusätzliches Personal.

Viertens sprechen die Ergebnisse klar für eine **aktive Steuerung der Patient:innenströme**. Ein rein nachfragegetriebenes Verständnis des Best-Point-of-Service-Prinzips ist nicht ausreichend. Die derzeitige Situation ist weniger durch strukturelle Schnittstellenprobleme als durch das Fehlen verbindlicher, systemweit implementierter Instrumente der Patientenlenkung gekennzeichnet. Eine solche Steuerung müsste – insbesondere im extramuralen Bereich – institutionell verankert und österreichweit konsistent ausgestaltet werden. Gatekeeping-Elemente, transparente Zuweisungslogiken und digitale Steuerungsinstrumente gewinnen vor diesem Hintergrund an Bedeutung. Freier Zugang zu Fachärzt:innen und Spitalsambulanzen kann zusätzliche Nachfrage induzieren, sodass verbesserte ambulante Versorgung kurzfristig auch mit steigender Spitalsnutzung einhergehen kann. Verbesserte ambulante Versorgung erhöht zunächst oft die Inanspruchnahme, die dann – zumindest teilweise – auch in einer höheren und nicht reduzierten Spitalsnutzung resultieren kann.

## 5.5 Zentrale Reformdimensionen

Aufbauend auf den empirischen und institutionellen Befunden lassen sich zentrale Reformdimensionen ableiten, die bestehende Inkonsistenzen in der Steuerungs- und Finanzierungsarchitektur adressieren. Diese Reformperspektiven betreffen nicht einzelne Sektoren isoliert, sondern

erfordern eine abgestimmte Weiterentwicklung der Zuständigkeiten und Anreizstrukturen über alle Systemebenen hinweg.

Die zentrale Reformdimension besteht in der stärkeren Herstellung fiskalischer Äquivalenz und institutioneller Kongruenz. Effizienzgewinne setzen voraus, dass jene Akteure, die über Leistungsumfang und Versorgungsstrukturen entscheiden, auch die finanzielle Verantwortung tragen. Dies kann über unterschiedliche institutionelle Arrangements erreicht werden, etwa durch eine stärkere Bündelung von Finanzierungsströmen oder durch eine klarere funktionale Zuordnung von Finanzierungs- und Steuerungskompetenzen innerhalb bestehender Strukturen. Entscheidend ist weniger die konkrete institutionelle Ausgestaltung als die konsistente Verknüpfung von Entscheidungskompetenz, Budgetverantwortung und Ergebnisverantwortung. Je strenger institutionelle Kongruenz verwirklicht wird, desto weniger sind intersektorale Kostenverlagerungen und die Externalisierung von Versorgungslasten an den Schnittstellen zwischen extra- und intramuraler Versorgung möglich.

Ein weiterer Ansatzpunkt betrifft die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme. Die bestehenden Finanzierungsmechanismen setzen teilweise Anreize zur Ausweitung von Leistungsvolumina, ohne notwendigerweise zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität oder -koordination beizutragen. Eine sektorübergreifende Ausgestaltung der Vergütung, bei der die Finanzierung stärker entlang ganzer Behandlungsepisoden (statt einzelner Leistungen) erfolgt, könnte beitragen, diese Fehlanreize zu reduzieren und die Koordination zwischen den Versorgungsbereichen zu verbessern.

Die Analyse unterstreicht zudem die Bedeutung einer systematischen Steuerung der Patient:innenströme. Derzeit bestehen nur eingeschränkt verbindliche Mechanismen, die eine Versorgung entlang des medizinisch und ökonomisch sinnvollsten Versorgungspfades sicherstellen. Die Einführung digitaler Instrumente der Patientenlenkung kann dazu beitragen, Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten und unnötige Parallelstrukturen zu reduzieren. Eine evidenzbasierte Weiterentwicklung des Systems erfordert ebenfalls den Ausbau der Daten- und Steuerungsinfrastruktur. Verfügbarkeit und Nutzung von Versorgungsdaten ist notwendig, um Versorgungsprozesse systematisch zu analysieren, Steuerungsmaßnahmen zu evaluieren und Anpassungen evidenzbasiert vorzunehmen. Dies umfasst sowohl die Weiterentwicklung bestehender Systeme als auch den Aufbau integrierter Datenstrukturen, die eine sektorenübergreifende Betrachtung ermöglichen.

Schließlich ist ein realistisches Verständnis der zeitlichen Wirkungsmechanismen von Reformen erforderlich. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem ihre Effekte in der Regel erst mittel- bis langfristig entfalten. Reformmaßnahmen sollten daher nicht primär an kurzfristigen Einsparzielen ausgerichtet werden, sondern auf nachhaltige Verbesserungen der Versorgungsqualität, der Koordination und der Effizienz abzielen. Eine schrittweise Umsetzung mit begleitender Evaluation ist daher sachgerecht, um Anpassungen im Zeitverlauf zu ermöglichen und institutionelle Lernprozesse zu unterstützen.

## 6. Literatur

- Austrian Health Report (2025). *Austrian Health Report (AHR 2025)*. So Gesund Ist Österreich Und so Steht Es Um Die Medikamentenversorgung. <https://www.austrianhealthreport.at/ahr-2025/> (retrieved 19/11/2025).
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & Winkelmann, J. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen* (No. 3; Vol. 20). WHO Regional Office for Europe. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1398/> (retrieved 19/11/2025).
- Biach, A., & Plas, R. (2023). Patientenströme. *Zeitschrift Für Gesundheitspolitik*, 3, 49–95.
- Bittschi, B., Famira-Mühlberger, U., Kletzan-Slamanig, D., Klien, M., Pitlik, H., & Schratzenstaller, M. (2024a). Finanzausgleich 2024 bis 2028. Erste Schritte zu einer Wirkungsorientierung. *WIFO-Monatsberichte*, 97(1), 29–41.
- Bittschi, B., Famira-Mühlberger, U., Kletzan-Slamanig, D., Klien, M., Pitlik, H., & Schratzenstaller, M. (2024b). Finanzausgleich 2024 bis 2028. Erste Schritte zu einer Wirkungsorientierung. *WIFO-Monatsberichte*, 97(1), 29–41.
- Blankart, C. B. (2007). *Föderalismus in Deutschland und in Europa*. Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845200040>.
- BMASGPK (2024). *eHealth-Strategie Österreich (v1.0; Zielsteuerung-Gesundheit)*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMASGPK (2025). *LKF-Systembeschreibung*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMF (2025). *Zahlungsströme zwischen den Gebietskörperschaften 2025/2026*. Bundesministerium für Finanzen. [https://service.bmf.gv.at/Budget/Budgets/2025\\_2026/beilagen/Zahlungsstroeme\\_Gebietskoerperschaften\\_2025\\_2026.pdf](https://service.bmf.gv.at/Budget/Budgets/2025_2026/beilagen/Zahlungsstroeme_Gebietskoerperschaften_2025_2026.pdf).
- Bobek, J., Lepuschütz, L., & Bachner, F. (2019). Country report: Austria. In Sauter, W., Boertjens, J., Van Manen, J., & Mikkers, M. (Eds), *The Law and Policy of Healthcare Financing*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781788115926.00016>.
- Brüngger, B., Bähler, C., Schwenkglens, M., Ulyte, A., Dressel, H., Von Wyl, V., Gruebner, O., Wei, W., Serra-Burriel, M., & Blozik, E. (2021). Surgical procedures in inpatient versus outpatient settings and its potential impact on follow-up costs. *Health Policy*, 125(10), 1351–1358. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.006>.
- Büro des Fiskalrates (2025). *Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? Status quo und Reformoptionen*. <https://www.fiskalrat.at/publikationen/studien-des-bueros/kurzanalysen-informationen-uebersicht/20240613.html>.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges*. World Health Organisation (WHO).
- Büyükdürmus, T., Kopetsch, T., Schmitz, H., & Tauchmann, H. (2017). On the interdependence of ambulatory and hospital care in the German health system. *Health Economics Review*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0132-4>.
- Callaway, B., & Sant'Anna, P. H. C. (2021). Difference-in-Differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, 225(2), 200–230. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.12.001>.
- Caminal, J., Starfield, B., Sánchez, E., Casanova, C., & Morales, M. (2004). The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*, 14(3), 246–251. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.246>.
- Czypionka, T., Kraus, M., & Stegner, C. (2019). Verlagerungspotenziale im österreichischen Gesundheitssystem. *Health System Watch*, V, 1–16.
- Czypionka, T., Mayer, S., Röhring, G., & Pock, M. (2013). Interdependenzen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Österreich. *Health System Watch*, III, 1–16.
- Czypionka, T., Reiss, M., & Stegner, C. (2024). *Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten in Österreich—Ein Update* [Projektbericht]. Institut für Höhere Studien.
- Czypionka, T., Riedel, M., Arnhold, T., & Koisser, L. (2023). Ambulante Fachversorgung: Wie sieht ambulante Fachversorgung international aus? *Health System Watch*, I, 40–51.
- Duminy, L., Röss, V., & Wild, E.-M. (2022). Complex community health and social care interventions – Which features lead to reductions in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions? A systematic literature review. *Health Policy*, 126(12), 1206–1225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.003>.

- Espinosa-González, A. B., Delaney, B. C., Marti, J., & Darzi, A. (2021). The role of the state in financing and regulating primary care in Europe: A taxonomy. *Health Policy*, 125(2), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.008>.
- European Commission (2023). *State of health in the EU: Synthesis report 2023*. Publications Office, Directorate General for Health and Food Safety. <https://data.europa.eu/doi/10.2875/458883> (retrieved 20/01/2026).
- European Commission. Statistical Office of the European Union. (2019). *Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics: classification of the functions of government (COFOG): 2019 edition*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/498446> (retrieved 20/11/2025).
- Fabricant, P. D., Seeley, M. A., Rozell, J. C., Fieldston, E., Flynn, J. M., Wells, L. M., & Ganley, T. J. (2016). Cost Savings From Utilization of an Ambulatory Surgery Center for Orthopaedic Day Surgery. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 24(12), 865–871. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-15-00751>.
- Fischer, S., & Zechmeister-Koss, I. (2014). *Kosten tageschirurgischer Leistungen in Österreich: Daten- und Methodenanalyse am Beispiel Varizenoperation* (Endbericht No. 71; HTA-Projektbericht). Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.
- Gentili, A., Failla, G., Melnyk, A., Puleo, V., Tanna, G. L. D., Ricciardi, W., & Cascini, F. (2022). The cost-effectiveness of digital health interventions: A systematic review of the literature. *Frontiers in Public Health*, 10, 787135. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.787135>.
- Gönenç, R., Hofmarcher, M. M., & Wörgötter, A. (2011). *Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System* (OECD Economics Department Working Papers No. 895; OECD Economics Department Working Papers, Vol. 895). <https://doi.org/10.1787/5kg51mbntk7j-en>.
- Haindl, A., Bachner, F., Brzozowska, Z., Carrato, G., Ellmerer, E., & Gredinger, G. (2025). *Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit* [Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag]. Gesundheit Österreich GmbH.
- Hoffmann, K. (2022). Die Zukunft der österreichischen Gesundheitsreform zur Stärkung der Primärversorgung. Lernen aus der COVID-19-Pandemie zur Steigerung der Gesundheitssystem-Resilienz. *Gesundheitspolitik Und Gesellschaft in Der COVID-19-Krise: Eine Globale Herausforderung*, 3, 271.
- Hofmarcher, M., & Singhuber, C. (2020). *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19*. (Health System Intelligence) [Factbook].
- Hofmarcher, M., & Singhuber, C. (2021). *Föderalismus im Gesundheitswesen Schwächen des COVID-19 Krisenmanagements* (Health System Intelligence) [Policy Brief].
- Jürges, H., & Pohl, V. (2012). Medical guidelines, physician density, and quality of care: Evidence from German SHARE data. *The European Journal of Health Economics*, 13(5), 635–649. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0372-5>.
- Kraxner, R., Dorner, T. E., Roth, D., & Hoffmann, K. (2025). Access points to different levels of health care over 13 years. Utilization behaviour in a changing health care system. Results of a three-wave cross-sectional series in Austria. *European Journal of Public Health*, 35(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae180>.
- Ladička, J. N., Ladička, S. B., & Probst, J. C. (2005). More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Services Research*, 40(4), 1148–1166. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00403.x>.
- Mathis-Edenhofer, S., Röthlin, F., Wachabauer, D., Haneef, R., Ventura, I., & Fülöp, G. (2022). Regional Health Care Profiles – an Improved Method for Generating Case Studies on the Catchment Areas of Envisaged Primary Health Care Units in Austria: A Report to the InfAct Joint Action. *Archives of Public Health*, 80, 50. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00821-6>.
- Mohr, E. (2017). Finanzierungsverflechtungen bei Gesundheit und Pflege. In Bauer, H., Biwald, P., Mitterer, K., & Thöni, E. (Eds), *Finanzausgleich 2017: Ein Handbuch* (pp. 175–196). NWV Verlag GmbH.
- Oates, W. E. (1972). Fiscal federalism. *New York*, 1. [https://www.academia.edu/download/75892483/PKIEP\\_130\\_prikaz\\_Jurlina.pdf](https://www.academia.edu/download/75892483/PKIEP_130_prikaz_Jurlina.pdf) (retrieved 15/12/2025).
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. *Health at a Glance*, 2025. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
- OECD & European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

- Olson, M. (1969). The Principle of 'Fiscal Equivalence': The Division of Responsibilities among Different Levels of Government. *The American Economic Review*, 59(2), 479–487.
- Parkinson, B., Sutton, M., & Meacock, R. (2026). Provision of community health services and use of hospital care in England: Nationwide retrospective observational study. *Health Policy*, 165, 105538. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105538>.
- Pitlik, H. (1997). *Politische Ökonomie des Föderalismus: Föderative Kompetenzverteilung im Lichte der konstitutionellen Ökonomik*. Peter Lang International Academic Publishers. <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/61053> (retrieved 15/12/2025).
- Pitlik, H. (2007). Theoretische Eckpunkte einer grundlegenden Reform des aktiven Finanzausgleichs. *WIFO-Monatsberichte*, 80(12), 951–964.
- Pitlik, H., Klien, M., Schratzenstaller, M., & Seyfried, C. (2015). *Umfassende Steuerhoheit der österreichischen Bundesländer*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/4113544> (retrieved 19/11/2025).
- Produktivitätsrat (2025). *Produktivitätsbericht 2025: Strukturwandel als Chance für Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung*.
- Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: Terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001>.
- Pyone, T., Smith, H., & Van Den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710–722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>.
- Rechnungshof (2015). *Bericht des Rechnungshofes: Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung*. Rechnungshof Österreich.
- Rechnungshof (2017). *Bericht des Rechnungshofes: Mittelflüsse im Gesundheitswesen*. Rechnungshof Österreich.
- Rechnungshof (2021). *Bericht des Rechnungshofes: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich*. Rechnungshof Österreich.
- Rechnungshof (2022). *Bericht des Rechnungshofes: Reform der Sozialversicherungsträger—Fusion und Finanzielle Lage*. Rechnungshof Österreich.
- Rechnungshof (2025). *Bericht des Rechnungshofes: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023*. Rechnungshof Österreich.
- Renner, A.-T. (2019). Inefficiencies in a healthcare system with a regulatory split of power: A spatial panel data analysis of avoidable hospitalisations in Austria. *The European Journal of Health Economics*, 21(1), 85–104. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01113-7>.
- Richter, D. L., & Diduch, D. R. (2017). Cost Comparison of Outpatient Versus Inpatient Unicompartamental Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 5(3), 2325967117694352. <https://doi.org/10.1177/2325967117694352>.
- Rosano, A., Loha, C. A., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G., & de Belvis, A. G. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 23(3), 356–360. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>.
- Saltman, R. B., & Duran, A. (2015). Governance, Government, and the Search for New Provider Models. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 33–42. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.198>.
- Scharpf, F. (1999). *Governing in Europe: Effective and Democratic?* Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198295457.001.0001>.
- Schuettig, W., & Sundmacher, L. (2022). The impact of ambulatory care spending, continuity and processes of care on ambulatory care sensitive hospitalizations. *The European Journal of Health Economics*, 23(8), 1329–1340. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01428-y>.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201–218. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00208-1).
- Sundmacher, L., & Kopetsch, T. (2015). The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 16(4), 365–375. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0578-4>.

Walther, H. (2021). Hat Österreich wirklich zu viele Akutbetten und zu hohe Gesundheitsausgaben? *Zeitschrift Für Wirtschafts- Und Sozialwissenschaften*, 2, 48–72.

Weissman, J. S., Gatsonis, C., & Epstein, A. M. (1992). Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*, 268(17), 2388–2394.

## 7. Anhang

### Übersicht A1: Abgrenzung der Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts versus COFOG

Rechenwerk	SHA	COFOG
<b>Ziel</b>	Messung aller Gesundheitsausgaben (öffentlich + privat, incl. private Versicherungsleistungen) nach Funktion (HC) Anbieter (HP) Finanzierungsquelle (HF)	Nur öffentliche Ausgaben nach (Regierungs-)Funktionen
<b>Institutioneller Fokus</b>	Alle institutionellen Anbieter im Gesundheitswesen (Krankenanstalten, Ärzte, Apotheken, Pflege) öffentliche, obligatorische und private Ausgaben	Nur staatliche Akteure (in Abgrenzung nach ESVG 2010) Ausgaben, die direkt in öffentlichen Budgets verbucht sind
<b>Ausgabenkategorien</b>	Laufende Gesundheitsausgaben, Investitionen ohne F&E	Gesamte Staatsausgaben im Gesundheitswesen (incl. Investitionen und F&E)
<b>Kompatibilität</b>	SHA kann in COFOG überführt werden	COFOG kann nicht in SHA überführt werden

Q: WIFO.

## Übersicht A2: Zuordnung medizinischer Fachrichtungen zu Krankheitsbildern

Krankheitsbild	Fachrichtung
Schenkelhalsfraktur	Allgemeinmedizin
	Allgemeine Rehabilitation
	Chirurgie
	Diabetologie
	Endokrinologie
	Innere Medizin
	Orthopädie
	Orthopädische Chirurgie
	Physikalische Medizin
	Traumatologie
Unfallchirurgie	
Herzkrankheiten	Anästhesiologie
	Angiologie
	Herzchirurgie
	Innere Medizin
	Intensivmedizin
Kardiologie	
Krebserkrankungen	Innere Medizin
	Hämatologie
	Internistische Onkologie
	Nuklearmedizin
	Radiologie
Strahlentherapie-Radioonkologie	
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Anästhesiologie
	Allgemeinchirurgie
	Angiologie
	Gefäßchirurgie
	Innere Medizin
	Intensivmedizin
	Neurobiologie
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Neuropathologie
Psychiatrie	
Radiologie	
Strahlentherapie-Radioonkologie	

Q: WIFO. Eigene Zuordnungen.

### 7.1 Berechnung der Ärztedichten

Die Berechnung der Ärztedichten erfolgt aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Dementsprechend wird die Anzahl an Arztstandorten für die Berechnung der allgemeinen Ärztedichte herangezogen. In der Konsequenz werden Ärzt:innen, die über mehrere Ordinationsstandorte verfügen, mehrfach berücksichtigt. Die Unterscheidung zwischen Allgemeinärzt:in und Fachärzt:in wird anhand des von der Ärztekammer zugewiesenen Erstfachs getroffen.

## 7.2 Robustheit der Ergebnisse

Zur Überprüfung der Robustheit der Hauptergebnisse werden ergänzend Difference-in-Differences-Schätzungen mit Two-Way Fixed Effects (TWFE) durchgeführt. Diese Spezifikationen erlauben einen Vergleich der Ergebnisse mit einem restriktiveren Modellansatz. Sie sind jedoch mit bekannten methodischen Einschränkungen verbunden, insbesondere wenn sich Effekte zwischen Gruppen oder über die Zeit unterscheiden. Abweichungen zu den präferierten Schätzungen können daher auf Heterogenitäten in den Effekten hinweisen.

Um die Vergleichbarkeit zwischen Gemeinden zu erhöhen, werden in diesen Robustheitsschätzungen Treated- und Control-Gemeinden mittels Coarsened Exact Matching einander zugeordnet. Als Kontrollgruppe werden ausschließlich Gemeinden herangezogen, in denen im gesamten Beobachtungszeitraum keine PVE eröffnet wurde.

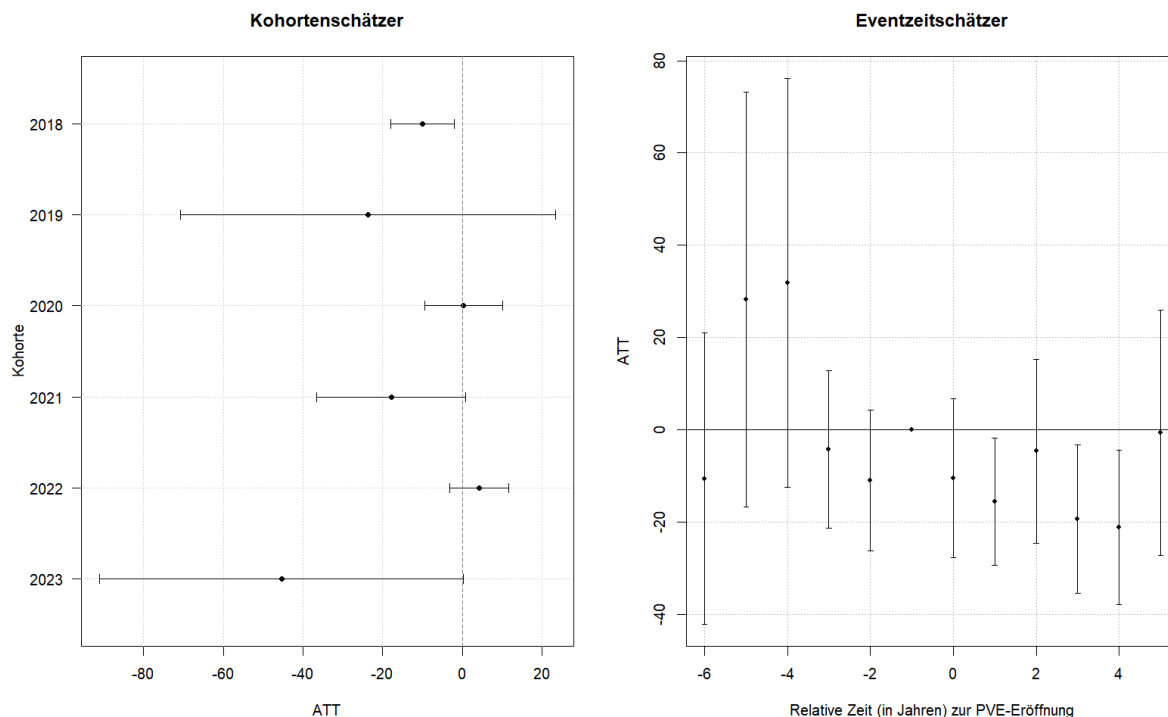
Übersicht A3: **Aggregierte TWFE-Regressionsergebnisse der akuten ACSC Ergebnisgrößen**

Aggregation	Akut Summe/Tage	Akut Einlieferungen	Akut Ø Dauer
Cohort	-10,51** (5,10)	1,08 (0,94)	0,04 (0,19)
Event Time	-5,15 (4,95)	0,67 (1,30)	-0,30 (0,28)
Pre-test p-value	0,83	0,65	0,88

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \*  $p < 0,10$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$ .

Für die akuten ACSC zeigt sich, dass die Punktschätzer für die Summe der stationären Aufenthaltstage weiterhin negativ sind und in ihrer absoluten Größe teilweise zunehmen. Gleichzeitig fallen die Standardfehler geringer aus, sodass einzelne Effekte in diesen Spezifikationen statistisch signifikant erscheinen. Das grundlegende Muster der Ergebnisse entspricht damit jenem der präferierten Analyse.

Abbildung A1: **TWFE-Kohorten und Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage Akute ACSC**



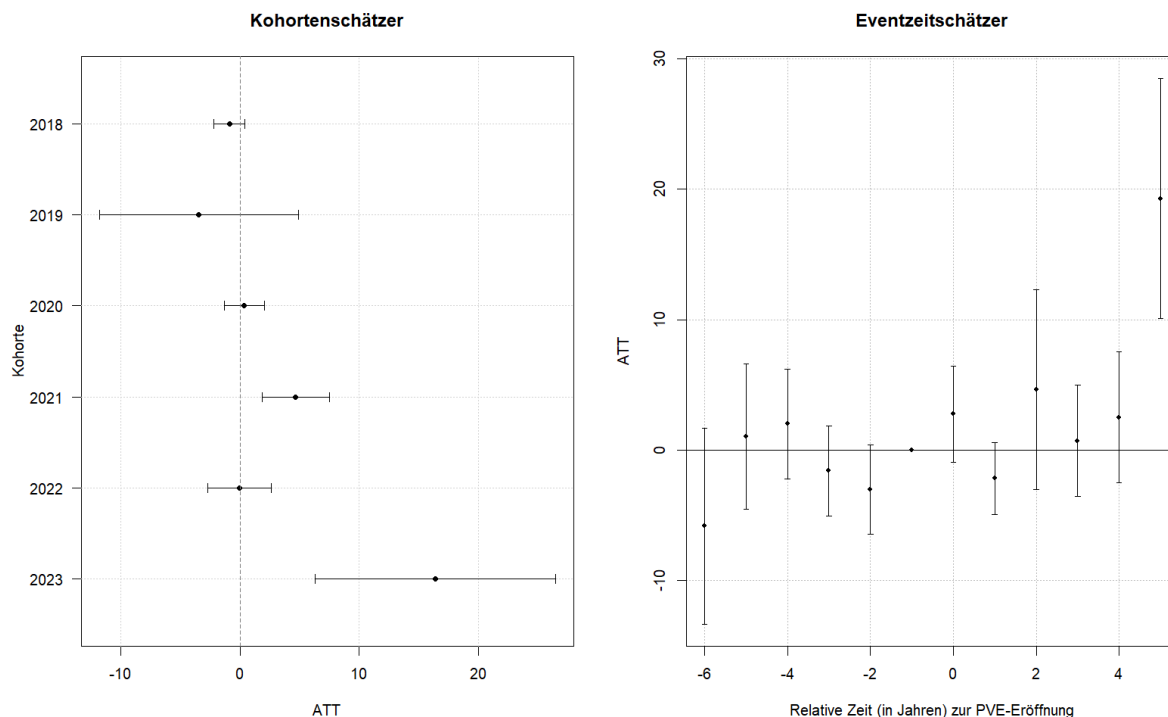
Q: WIFO. Kohortenschätzer: aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an. Man beachte die invertierte Anordnung der Y-Achse.

Eventzeitschätzer: für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Kohorte 1 ist in beiden Spezifikationen nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt.

Bei der Anzahl der Einlieferungen weichen die Ergebnisse hingegen stärker ab: Die Punktschätzer sind leicht positiv, sowohl in der Kohorten- als auch in der Ereigniszeitanalyse. Dies deutet darauf hin, dass die Effekte über Gemeinden oder Zeiträume hinweg nicht homogen sind und sensibel auf die gewählte Modellierung reagieren.

Abbildung A2: **TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen**  
 Akute ACSC



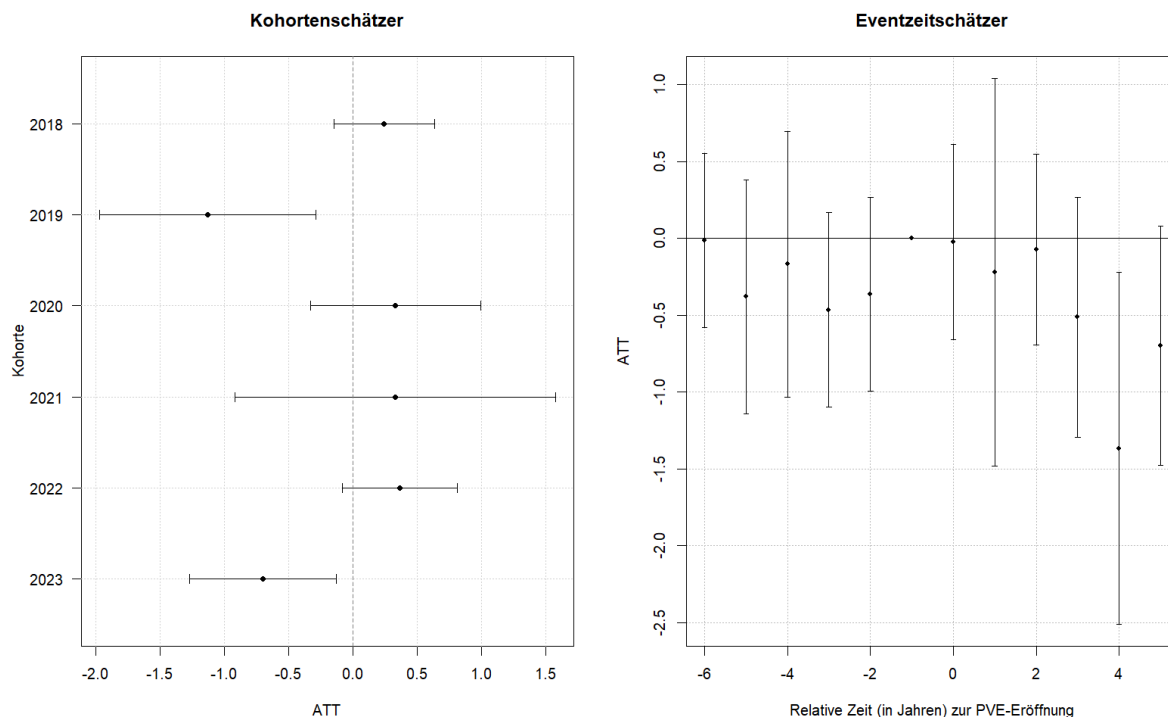
Q: WIFO. Kohortenschätzer: aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an. Man beachte die invertierte Anordnung der Y-Achse.

Eventzeitschätzer: für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Kohorte 1 ist in beiden Spezifikationen nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt.

Die Ergebnisse zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zeigen wiederum ein ähnliches Bild wie in der präferierten Spezifikation. Auch hier sind die Punktschätzer überwiegend konsistent in der Richtung, wobei die geringeren Standardfehler dazu führen, dass einzelne Schätzungen statistisch signifikant werden.

Abbildung A3: **TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer Akute ACSC**



Q: WIFO. Kohortenschätzer: aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an. Man beachte die invertierte Anordnung der Y-Achse.

Eventzeitschätzer: für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Kohorte 1 ist in beiden Spezifikationen nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt.

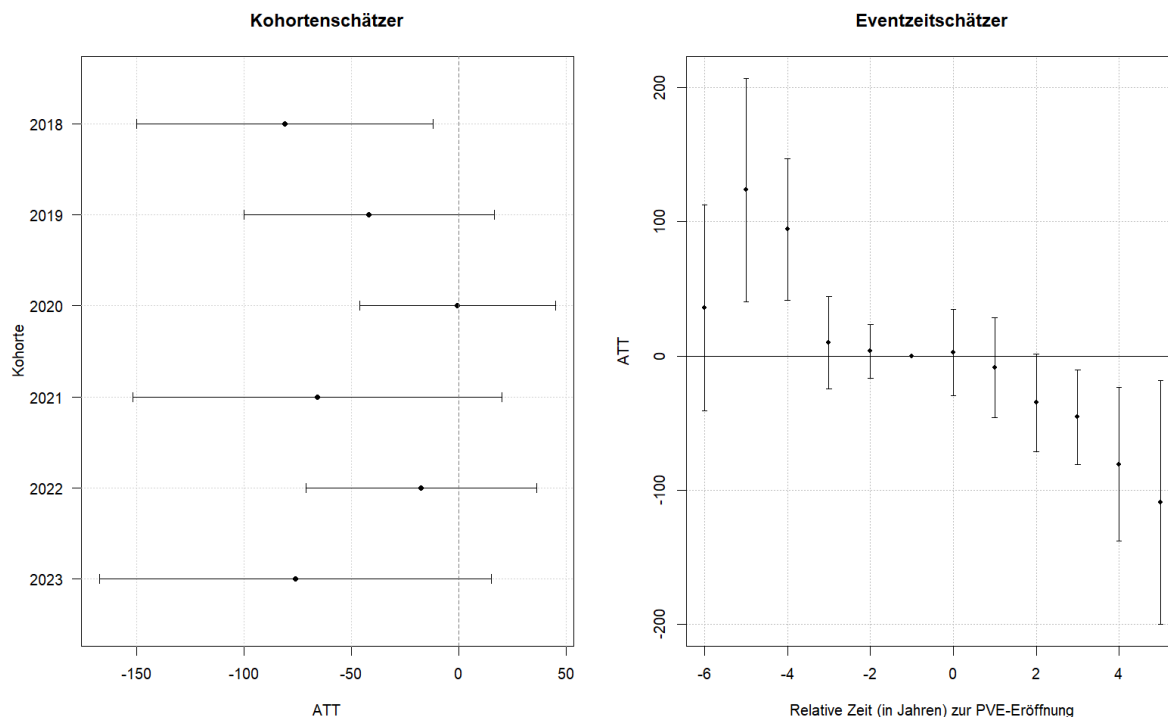
**Übersicht A4: Aggregierte TWFE-Regressionsergebnisse der chronische ACSC Ergebnisgrößen**

Aggregation	Chronisch Summe/Tage	Chronisch Einlieferungen	Chronisch Ø Dauer
Cohort	-41,02** (17,15)	-3,33 (3,05)	-0,08 (0,10)
Event Time	3,60 (13,83)	2,40 (2,57)	0,10 (0,13)
Pre-test p-value	0,02	0,05	0,26

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Für die chronischen ACSC ist die Aussagekraft der TWFE-Schätzungen stärker eingeschränkt. Für die Summe der stationären Tage und die Anzahl der Einlieferungen wird die Annahme vergleichbarer Trends zwischen Gemeinden mit und ohne PVE im Vorfeld verworfen. Diese Ergebnisse können daher nicht kausal interpretiert werden und dienen allenfalls als deskriptiver Vergleich. Zwar unterscheiden sich die aggregierten Schätzer teilweise von der präferierten Spezifikation, das zeitliche Muster der Kohorten- und Ereignisschätzungen bleibt jedoch ähnlich.

Abbildung A4: **TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: Summe stationärer Aufenthaltstage Chronisch**

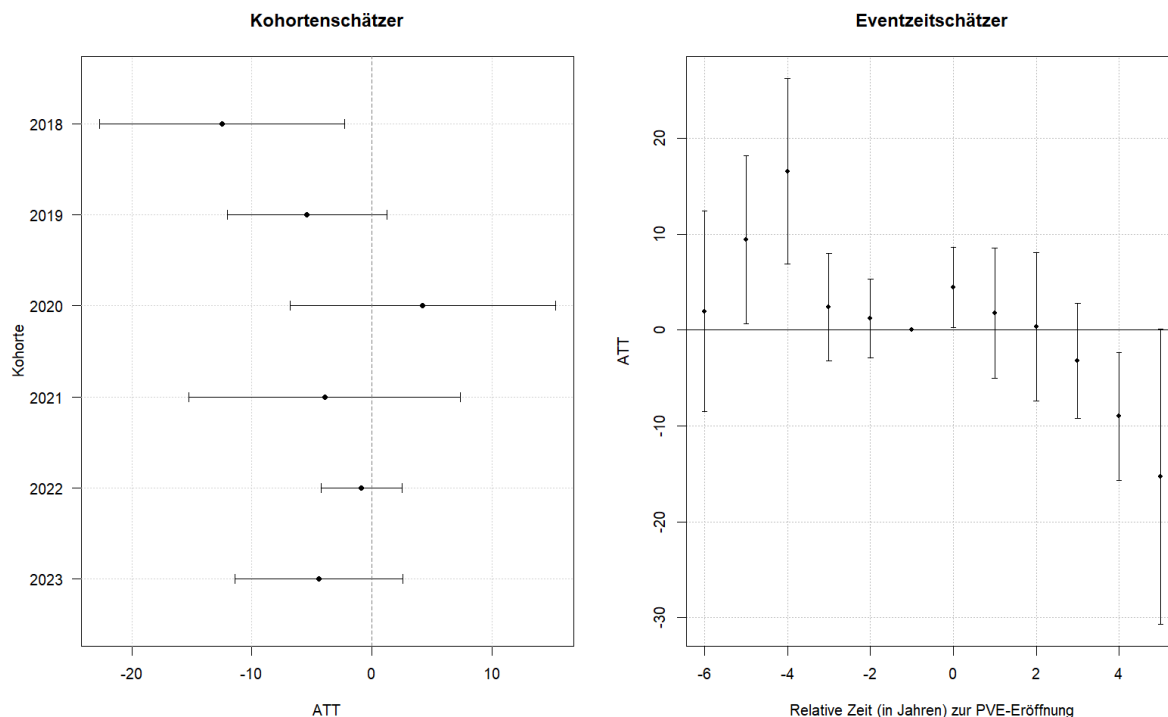


Q: WIFO. Kohortenschätzer: aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an. Man beachte die invertierte Anordnung der Y-Achse.

Eventzeitschätzer: für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Kohorte 1 ist in beiden Spezifikationen nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt.

Abbildung A5: **TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: Zahl der Einlieferungen**  
Chronische ACSC



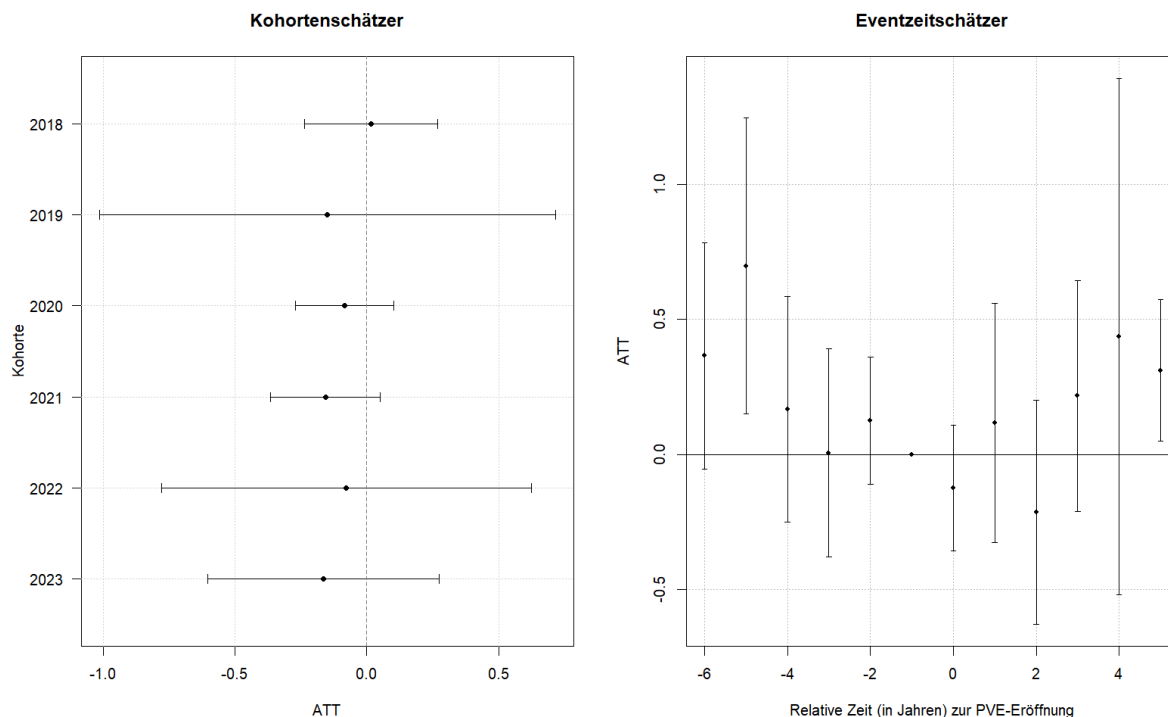
Q: WIFO. Kohortenschätzer: aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an. Man beachte die invertierte Anordnung der Y-Achse.

Eventzeitschätzer: für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Kohorte 1 ist in beiden Spezifikationen nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt.

Für die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergeben sich hingegen auch in diesen Spezifikationen Punktschätzer nahe Null, die sowohl in der Kohorten- als auch in der Ereigniszeitanalyse mit den Hauptergebnissen übereinstimmen.

Abbildung A6: **TWFE-Kohorten- und Eventzeitschätzer: durchschnittliche Aufenthaltsdauer**  
Chronische ACSC



Q: WIFO. Kohortenschätzer: aggregiert über die Zeit für jede Treatment-Kohorte. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Jahre gemittelt und differenziert nach Kohorten an. Man beachte die invertierte Anordnung der Y-Achse.

Eventzeitschätzer: für jede Periode vor bzw. nach dem Treatment aggregiert über alle Kohorten. Periode 0 bezeichnet die erste Treatment-Periode. Die Punktschätzer geben den durchschnittlichen Effekt einer PVE-Öffnung über alle Kohorten gemittelt und differenziert nach Treatment-Dauer an.

Kohorte 1 ist in beiden Spezifikationen nicht enthalten, da es für diese keine Kontrollgemeinden gibt.

Zusammenfassend zeigen die Robustheitsanalysen, dass sich die aggregierten Effekte in einzelnen Spezifikationen von der präferierten Analyse unterscheiden können, während die zeitlichen und kohortenspezifischen Muster überwiegend stabil bleiben. Die TWFE-Modelle weisen durchgehend kleinere Standardfehler auf, was teilweise zu statistisch signifikanten Ergebnissen führt. Gleichzeitig beruhen diese Modelle auf stärkeren Annahmen, etwa konstanten Effekten über die Zeit oder über Kohorten hinweg, die in diesem Kontext nur eingeschränkt plausibel sind.

Die Robustheitsanalysen sprechen daher insgesamt für das Vorliegen von Heterogenitäten in den Effekten und unterstreichen die Bedeutung der im Hauptteil verwendeten, flexibleren Schätzverfahren. Die TWFE-Ergebnisse sollten entsprechend mit Vorsicht interpretiert und primär als ergänzende Einordnung der Hauptergebnisse verstanden werden.

### 7.3 Heatmaps

#### Übersicht A5: **Ärztedichte Fachärzte Blutgefäße: Österreich versus Bundesländer**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	43,5	43,9	45,4	45,5	46,4	6,7%
Kärnten	37,9	39,5	41,1	42,2	42,5	11,9%
Niederösterreich	46,6	46,6	46,9	46,8	47,2	1,2%
Oberösterreich	28,0	28,6	28,6	28,4	29,0	3,7%
Salzburg	39,8	40,8	41,8	42,9	41,5	4,3%
Steiermark	36,6	37,6	37,7	37,8	37,9	3,5%
Tirol	41,7	41,4	41,7	42,3	43,4	4,1%
Vorarlberg	34,7	37,1	38,1	34,9	38,1	9,5%
Wien	75,4	76,9	78,1	79,6	78,9	4,6%
Österreich	46,2	47,1	47,7	48,1	48,4	4,6%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

#### Übersicht A6: **Ärztedichte Fachärzte Herz: Österreich versus Bundesländer**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	6,5	6,4	6,4	6,0	6,3	-2,5%
Kärnten	4,6	4,8	5,7	5,8	5,6	21,3%
Niederösterreich	5,3	5,2	5,8	5,2	5,5	3,1%
Oberösterreich	3,4	3,4	3,4	3,2	3,3	-0,7%
Salzburg	3,9	4,6	4,6	4,9	4,9	24,4%
Steiermark	3,4	3,4	3,4	3,8	4,0	16,4%
Tirol	6,2	7,1	7,5	7,1	7,3	18,4%
Vorarlberg	3,8	4,5	4,7	3,9	5,9	55,0%
Wien	5,7	5,4	5,6	6,4	7,1	24,1%
Österreich	4,7	4,8	5,0	5,1	5,4	15,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A7: **Ärztedichte Fachärzte Hüfte: Österreich versus Bundesländer**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	106,3	107,4	112,6	109,5	114,3	7,5%
Kärnten	104,8	104,8	104,9	102,8	104,3	-0,5%
Niederösterreich	118,0	118,2	119,0	118,2	117,2	-0,7%
Oberösterreich	100,7	102,4	98,3	96,9	96,5	-4,1%
Salzburg	108,7	112,4	111,3	111,0	111,8	2,9%
Steiermark	104,1	106,8	105,7	105,2	104,7	0,5%
Tirol	97,5	92,4	92,5	91,3	90,9	-6,9%
Vorarlberg	80,3	87,4	85,1	74,8	70,2	-12,5%
Wien	123,0	123,7	124,4	122,2	122,8	-0,2%
Österreich	109,0	110,0	109,5	107,8	107,7	-1,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A8: **Ärztedichte Fachärzte Krebs: Österreich versus Bundesländer**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Burgenland	29,9	28,7	29,9	30,2	30,8	3,1%
Kärnten	26,7	28,1	29,2	29,4	29,8	11,7%
Niederösterreich	30,3	30,5	30,4	30,7	30,9	2,1%
Oberösterreich	18,9	19,5	19,5	19,4	20,1	6,0%
Salzburg	26,0	26,6	26,7	27,6	26,6	2,4%
Steiermark	24,8	25,7	25,4	25,5	25,8	4,2%
Tirol	25,9	26,0	26,7	27,1	28,9	11,6%
Vorarlberg	24,2	25,3	26,1	24,6	27,1	12,0%
Wien	50,4	52,1	53,6	54,0	53,6	6,4%
Österreich	30,8	31,6	32,0	32,3	32,7	6,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A9: **Ärztedichte: Burgenland versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Eisenstadt (Stadt)	735,7	745,2	761,2	775,6	773,2	5,1%
Rust	202,0	200,0	151,2	152,7	151,2	-25,2%
Eisenstadt-Umg.	145,7	152,8	153,6	151,8	151,8	4,2%
Güssing	186,8	186,3	194,8	198,7	195,6	4,7%
Jennersdorf	128,7	128,6	122,4	133,2	168,3	30,8%
Mattersburg	154,8	158,7	160,1	168,9	168,4	8,7%
Neusiedl am See	211,7	215,2	222,0	213,7	227,9	7,7%
Oberpullendorf	171,2	173,6	167,9	174,9	174,6	2,0%
Oberwart	227,0	234,3	246,5	247,4	259,2	14,2%
Burgenland	211,3	215,5	220,1	222,7	229,8	8,8%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A10: **Allgemeinärztedichte: Burgenland versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Eisenstadt (Stadt)	121,5	134,3	137,8	139,9	130,9	7,8%
Rust	151,5	150,0	151,2	152,7	151,2	-0,2%
Eisenstadt-Umg.	81,0	84,4	81,3	80,4	80,4	-0,7%
Güssing	85,6	89,3	93,5	91,7	84,4	-1,4%
Jennersdorf	76,0	76,0	69,9	81,1	87,0	14,5%
Mattersburg	82,4	81,9	76,4	73,4	75,6	-8,2%
Neusiedl am See	75,0	67,9	78,9	66,4	77,6	3,4%
Oberpullendorf	72,2	77,4	74,6	74,2	74,1	2,5%
Oberwart	99,6	95,9	101,2	96,4	99,7	0,0%
Burgenland	84,9	84,8	86,7	83,3	85,8	1,0%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

**Übersicht A11: Fachärztedichte: Burgenland versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Eisenstadt (Stadt)	614,2	617,7	629,9	648,5	648,5	5,6%
Rust	50,5	50,0	0,0	0,0	0,0	-100,0%
Eisenstadt-Umg.	67,1	70,7	74,6	73,7	73,7	9,8%
Güssing	101,2	97,0	101,3	107,0	111,2	9,9%
Jennersdorf	52,6	52,6	52,5	52,1	81,2	54,3%
Mattersburg	72,4	76,9	83,8	95,5	92,7	28,0%
Neusiedl am See	136,7	147,4	144,7	147,3	150,3	10,0%
Oberpullendorf	99,0	96,1	93,3	100,7	100,5	1,6%
Oberwart	127,3	138,4	147,2	151,0	163,1	28,1%
Burgenland	126,7	131,4	134,8	140,4	145,4	14,8%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

**Übersicht A12: Ärztedichte: Kärnten versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Klagenfurt (Stadt)	416,6	433,4	438,5	441,9	447,2	7,4%
Villach (Stadt)	324,4	325,8	332,4	327,0	318,6	-1,8%
Hermagor	149,6	138,5	144,2	149,6	133,0	-11,1%
Klagenfurt Land	140,0	142,1	141,1	141,8	134,5	-3,9%
St. Veit an der Glan	173,5	176,3	181,8	179,3	184,7	6,5%
Spittal an der Drau	159,5	164,0	172,1	167,5	174,5	9,4%
Villach Land	97,5	97,0	102,6	97,4	99,2	1,7%
Völkermarkt	157,7	155,4	155,1	156,9	152,3	-3,4%
Wolfsberg	150,2	161,9	160,6	154,9	163,2	8,7%
Feldkirchen	167,2	178,0	163,9	165,8	159,6	-4,6%
Kärnten	215,6	221,1	224,6	223,7	224,5	4,1%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A13: Allgemeinärztedichte: Kärnten versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Klagenfurt (Stadt)	125,4	118,9	113,0	111,2	114,4	-8,7%
Villach (Stadt)	98,6	96,5	96,8	86,0	79,3	-19,6%
Hermagor	66,5	60,9	61,0	66,5	55,4	-16,6%
Klagenfurt Land	68,3	67,8	65,6	68,5	68,1	-0,4%
St. Veit an der Glan	60,9	68,7	68,6	68,4	66,5	9,2%
Spittal an der Drau	72,5	74,0	76,8	73,9	78,0	7,6%
Villach Land	68,1	63,2	64,3	62,4	64,1	-5,9%
Völkermarkt	83,6	83,7	81,1	83,2	76,2	-8,9%
Wolfsberg	57,0	55,3	59,3	59,3	61,4	7,7%
Feldkirchen	83,6	94,0	87,0	82,9	83,1	-0,6%
Kärnten	82,7	81,8	81,0	79,3	79,0	-4,5%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A14: Fachärztedichte: Kärnten versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Klagenfurt (Stadt)	293,2	315,4	326,5	331,6	333,8	13,8%
Villach (Stadt)	229,0	232,5	237,2	242,6	240,9	5,2%
Hermagor	83,1	77,6	83,2	83,1	77,6	-6,6%
Klagenfurt Land	71,6	74,4	75,4	73,4	66,4	-7,3%
St. Veit an der Glan	112,6	107,6	113,2	110,9	118,2	5,0%
Spittal an der Drau	87,0	89,9	95,3	93,7	96,5	10,9%
Villach Land	29,4	33,9	38,3	35,0	35,1	19,3%
Völkermarkt	74,1	71,7	74,0	73,7	76,2	2,9%
Wolfsberg	93,1	106,7	101,3	95,6	101,7	9,2%
Feldkirchen	83,6	83,9	76,9	82,9	76,5	-8,5%
Kärnten	133,6	139,8	144,0	144,8	145,9	9,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A15: **Ärztedichte: Niederösterreich versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Krems/Donau (Stadt)	487,3	483,2	497,6	494,6	508,6	4,4%
St. Pölten (Stadt)	432,3	434,9	432,9	423,3	443,5	2,6%
Waidhofen/Ybbs (Stadt)	427,7	395,2	378,7	359,5	404,5	-5,4%
Wr. Neustadt (Stadt)	429,9	421,9	428,8	424,0	449,3	4,5%
Amstetten	157,1	159,5	163,3	165,3	165,8	5,6%
Baden	278,7	278,0	282,0	272,8	263,0	-5,6%
Bruck an der Leitha	173,5	180,1	181,9	176,8	186,8	7,6%
Gänserndorf	160,3	168,2	161,0	162,7	172,6	7,6%
Gmünd	186,0	179,2	194,0	192,0	184,7	-0,7%
Hollabrunn	197,9	204,6	207,2	205,5	199,9	1,0%
Horn	397,6	379,4	380,0	380,0	361,6	-9,0%
Korneuburg	260,8	259,3	255,5	269,9	257,9	-1,1%
Krems (Land)	205,4	210,4	210,2	228,6	222,5	8,4%
Lilienfeld	206,6	212,0	208,6	204,9	178,0	-13,8%
Melk	172,7	176,3	169,4	176,8	172,5	-0,1%
Mistelbach	224,8	219,4	228,7	220,4	220,4	-2,0%
Mödling	356,8	356,4	367,0	370,1	363,7	1,9%
Neunkirchen	205,0	203,9	210,4	209,6	210,6	2,7%
St. Pölten (Land)	193,6	200,7	196,1	185,8	189,8	-2,0%
Scheibbs	161,8	154,0	182,8	180,9	178,6	10,4%
Tulln	277,3	268,5	273,3	283,5	284,0	2,4%
Waidhofen an der Thaya	218,1	223,3	219,5	227,0	204,0	-6,4%
Wr. Neustadt (Land)	108,5	124,0	116,9	117,5	121,1	11,5%
Zwettl	185,8	188,9	191,7	186,8	192,1	3,4%
Niederösterreich	236,5	237,5	239,7	239,5	239,8	1,4%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A16: Allgemeinärztedichte: Niederösterreich versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Krems/Donau (Stadt)	115,8	120,8	120,4	122,7	138,0	19,1%
St. Pölten (Stadt)	102,7	103,8	97,6	93,7	98,5	-4,0%
Waidhofen/Ybbs (Stadt)	106,9	107,8	117,2	107,9	107,9	0,9%
Wr. Neustadt (Stadt)	100,4	88,3	89,2	87,7	96,9	-3,5%
Amstetten	66,9	66,9	71,8	73,7	75,3	12,4%
Baden	109,0	103,3	104,8	98,9	94,5	-13,3%
Bruck an der Leitha	79,0	82,5	85,3	78,3	78,7	-0,4%
Gänserndorf	77,3	78,4	74,9	73,0	72,5	-6,2%
Gmünd	84,8	79,9	83,1	86,3	78,4	-7,6%
Hollabrunn	84,3	85,7	83,3	80,7	82,7	-1,9%
Horn	122,8	113,5	113,7	109,5	96,9	-21,1%
Korneuburg	82,2	81,7	83,7	89,3	83,5	1,6%
Krems (Land)	95,6	97,2	98,9	105,5	100,7	5,3%
Lilienfeld	97,4	102,1	102,4	94,6	87,0	-10,7%
Melk	84,4	86,9	87,9	89,7	90,7	7,4%
Mistelbach	97,9	93,8	97,3	90,8	88,1	-9,9%
Mödling	118,4	114,1	115,4	115,7	113,8	-3,9%
Neunkirchen	90,3	96,2	93,6	87,1	85,8	-5,0%
St. Pölten (Land)	91,1	97,7	93,5	89,5	85,6	-6,1%
Scheibbs	89,3	81,8	96,2	95,2	90,5	1,3%
Tulln	103,3	94,6	92,7	95,4	92,2	-10,7%
Waidhofen an der Thaya	97,3	101,8	105,8	105,7	102,0	4,8%
Wr. Neustadt (Land)	75,3	81,0	70,4	70,5	75,3	0,0%
Zwettl	92,9	90,9	98,2	88,6	88,8	-4,4%
Niederösterreich	92,5	91,9	92,2	90,4	89,2	-3,6%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A17: **Fachärztedichte: Niederösterreich versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Krems/Donau (Stadt)	371,5	362,4	377,2	372,0	370,6	-0,2%
St. Pölten (Stadt)	331,4	334,7	338,9	333,1	344,9	4,1%
Waidhofen/Ybbs (Stadt)	329,7	296,4	270,5	260,7	305,6	-7,3%
Wr. Neustadt (Stadt)	333,9	338,0	343,9	340,4	356,6	6,8%
Amstetten	90,1	92,6	92,3	92,4	93,9	4,2%
Baden	171,0	175,4	179,2	175,2	170,4	-0,4%
Bruck an der Leitha	97,4	100,5	98,5	100,4	109,9	12,9%
Gänserndorf	83,0	90,7	87,0	90,6	101,0	21,6%
Gmünd	101,2	99,2	110,8	105,7	106,3	5,1%
Hollabrunn	113,7	118,8	123,9	124,9	117,2	3,2%
Horn	274,8	265,9	266,3	270,5	264,8	-3,6%
Korneuburg	183,0	179,8	176,1	188,2	178,7	-2,3%
Krems (Land)	109,8	113,2	113,1	123,1	121,9	11,0%
Lilienfeld	113,0	113,8	110,2	110,3	91,0	-19,5%
Melk	88,2	90,7	82,8	88,4	83,1	-5,8%
Mistelbach	126,9	125,6	131,5	129,7	133,5	5,2%
Mödling	240,9	243,2	254,1	257,8	253,2	5,1%
Neunkirchen	117,0	110,1	119,1	124,8	127,0	8,6%
St. Pölten (Land)	103,2	106,0	104,1	97,0	104,2	0,9%
Scheibbs	72,4	72,2	86,6	85,7	88,1	21,6%
Tulln	176,9	176,8	182,5	193,6	194,5	10,0%
Waidhofen an der Thaya	120,7	121,4	113,7	121,3	102,0	-15,5%
Wr. Neustadt (Land)	35,8	44,3	47,8	48,2	48,2	34,7%
Zwettl	95,3	100,4	95,9	100,6	105,6	10,9%
Niederösterreich	145,6	147,1	149,3	151,1	152,4	4,7%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A18: **Ärztedichte: Oberösterreich versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Linz (Stadt)	354,8	369,9	366,7	361,2	369,0	4,0%
Steyr (Stadt)	331,1	324,1	332,6	321,8	315,5	-4,7%
Wels (Stadt)	331,4	336,8	319,7	312,2	301,7	-8,9%
Braunau am Inn	127,0	126,8	119,7	114,2	117,9	-7,1%
Eferding	126,6	122,9	110,7	109,4	106,6	-15,8%
Freistadt	145,1	153,9	144,4	136,8	136,4	-6,0%
Gmunden	203,2	207,6	194,5	213,8	222,7	9,6%
Grieskirchen	161,8	168,9	156,9	158,4	150,3	-7,2%
Kirchdorf an der Krems	147,2	148,7	147,8	141,1	149,3	1,5%
Linz-Land	145,3	144,4	147,1	158,3	156,9	7,9%
Perg	123,2	128,5	116,0	116,3	121,3	-1,6%
Ried im Innkreis	178,3	190,8	184,7	185,9	178,1	-0,1%
Rohrbach	136,2	134,2	147,8	141,4	141,2	3,7%
Schärding	132,4	134,1	125,2	127,5	126,9	-4,2%
Steyr-Land	133,4	123,1	122,5	120,8	123,6	-7,3%
Urfahr-Umgebung	160,5	165,8	169,9	187,8	192,0	19,6%
Vöcklabruck	170,4	168,8	168,6	166,5	167,5	-1,7%
Wels-Land	149,1	151,5	148,9	147,1	153,7	3,1%
Oberösterreich	192,3	195,8	191,7	192,5	194,4	1,1%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A19: **Allgemeinärztedichte: Oberösterreich versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Linz (Stadt)	103,1	108,0	109,0	104,7	102,9	-0,2%
Steyr (Stadt)	113,0	108,0	105,6	97,6	97,3	-13,9%
Wels (Stadt)	86,4	91,0	83,9	82,3	76,6	-11,4%
Braunau am Inn	65,4	65,7	61,3	58,5	57,1	-12,6%
Eferding	66,3	62,9	53,9	50,3	50,3	-24,1%
Freistadt	86,7	91,2	87,8	82,4	82,1	-5,3%
Gmunden	89,3	92,1	86,0	89,0	87,2	-2,5%
Grieskirchen	78,6	82,9	76,1	76,9	73,6	-6,3%
Kirchdorf an der Krems	71,8	71,7	69,6	65,4	68,7	-4,4%
Linz-Land	72,7	71,5	65,1	61,8	62,1	-14,5%
Perg	69,6	67,9	65,9	66,7	70,5	1,4%
Ried im Innkreis	87,5	98,6	96,4	93,7	89,9	2,7%
Rohrbach	74,3	74,2	75,7	71,6	69,7	-6,1%
Schärding	66,2	67,9	64,4	67,2	61,7	-6,8%
Steyr-Land	79,1	73,8	73,5	69,3	70,7	-10,6%
Urfahr-Umgebung	82,6	83,5	81,5	87,6	87,5	6,0%
Vöcklabruck	76,5	74,6	76,0	72,3	70,0	-8,5%
Wels-Land	77,3	81,8	74,4	73,6	71,6	-7,3%
Oberösterreich	81,5	83,0	80,0	78,0	76,8	-5,8%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A20: **Fachärztedichte: Oberösterreich versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Linz (Stadt)	252,7	262,9	258,6	257,5	266,6	5,5%
Steyr (Stadt)	218,1	216,1	227,0	224,2	218,2	0,1%
Wels (Stadt)	244,9	247,4	237,4	231,4	226,7	-7,4%
Braunau am Inn	62,5	62,0	58,5	56,7	61,7	-1,4%
Eferding	60,3	59,9	56,8	59,1	56,3	-6,7%
Freistadt	59,8	65,7	58,1	55,9	55,7	-6,8%
Gmunden	114,9	117,5	109,4	125,8	136,5	18,9%
Grieskirchen	84,8	87,5	82,2	83,0	78,1	-7,8%
Kirchdorf an der Krems	75,3	77,0	78,3	75,7	80,7	7,1%
Linz-Land	72,7	72,8	82,0	96,5	96,7	33,0%
Perg	53,6	60,7	50,1	49,6	50,8	-5,3%
Ried im Innkreis	90,8	92,2	88,4	93,7	89,9	-1,0%
Rohrbach	61,9	60,0	72,1	69,8	71,5	15,4%
Schärding	69,7	69,6	62,6	62,0	68,6	-1,6%
Steyr-Land	56,0	50,9	50,6	53,2	54,6	-2,5%
Urfahr-Umgebung	80,2	83,5	89,5	101,3	106,8	33,1%
Vöcklabruck	94,0	94,9	93,2	95,7	98,9	5,3%
Wels-Land	71,8	69,7	74,4	73,6	82,1	14,2%
Oberösterreich	111,5	113,7	112,4	115,4	118,7	6,5%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A21: **Ärztedichte: Salzburg versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Salzburg (Stadt)	415,4	420,8	424,9	431,0	426,9	2,8%
Hallein	195,6	204,9	194,9	194,6	188,0	-3,9%
Salzburg-Umgebung	144,0	154,6	151,6	151,2	152,6	6,0%
St. Johann im Pongau	187,2	185,5	190,9	198,6	206,7	10,4%
Tamsweg	187,6	208,8	203,4	190,8	175,8	-6,3%
Zell am See	168,9	179,2	178,2	177,4	173,1	2,5%
Salzburg	236,7	244,2	243,5	245,4	243,9	3,0%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A22: **Allgemeinärztedichte: Salzburg versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Salzburg (Stadt)	103,2	106,8	106,2	104,1	104,8	1,6%
Hallein	59,2	57,4	52,4	51,9	53,5	-9,6%
Salzburg-Umgebung	70,4	71,1	70,0	69,2	71,9	2,2%
St. Johann im Pongau	88,7	86,0	86,9	87,2	87,7	-1,0%
Tamsweg	88,9	94,4	89,3	83,2	78,1	-12,1%
Zell am See	73,0	78,3	75,6	72,5	67,7	-7,3%
Salzburg	82,0	83,6	82,1	80,6	80,8	-1,4%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A23: **Fachärztedichte: Salzburg versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Salzburg (Stadt)	313,5	315,9	320,6	328,8	324,7	3,6%
Hallein	136,5	147,6	142,5	142,7	134,6	-1,4%
Salzburg-Umgebung	73,6	83,4	81,6	81,9	80,7	9,6%
St. Johann im Pongau	98,5	99,5	104,0	111,4	119,0	20,8%
Tamsweg	98,8	114,3	114,1	107,6	97,6	-1,1%
Zell am See	97,0	102,1	102,7	104,9	105,4	8,7%
Salzburg	155,3	161,2	161,9	165,4	163,8	5,5%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A24: **Ärztedichte: Steiermark versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Graz (Stadt)	358,3	370,6	369,8	373,2	371,6	3,7%
Deutschlandsberg	159,4	165,9	158,9	155,4	163,4	2,5%
Graz-Umgebung	167,2	171,0	175,2	182,9	186,9	11,8%
Leibnitz	158,1	165,3	167,1	160,9	152,8	-3,4%
Leoben	175,9	184,3	184,3	183,5	177,3	0,8%
Liezen	158,2	170,9	165,8	167,9	163,2	3,1%
Murau	152,5	160,3	157,8	164,8	170,0	11,5%
Voitsberg	158,7	157,0	156,7	158,1	156,0	-1,7%
Weiz	161,1	163,9	160,6	153,7	166,4	3,3%
Murtal	140,9	142,9	151,6	149,3	143,9	2,1%
Bruck-Mürzzuschlag	154,0	162,2	166,9	163,4	172,4	11,9%
Hartberg-Fürstenfeld	158,9	154,5	150,7	146,9	148,1	-6,8%
Südoststeiermark	144,0	149,1	154,1	155,8	147,8	2,6%
Steiermark	204,8	211,3	211,7	212,7	213,5	4,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A25: Allgemeinärztedichte: Steiermark versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Graz (Stadt)	115,4	116,1	116,5	113,9	113,0	-2,1%
Deutschlandsberg	75,6	78,9	75,4	70,4	73,5	-2,7%
Graz-Umgebung	76,2	73,5	72,3	75,1	76,3	0,1%
Leibnitz	83,8	85,6	89,3	86,2	77,5	-7,4%
Leoben	78,7	74,4	74,4	75,1	67,6	-14,2%
Liezen	76,6	79,2	76,6	76,4	71,5	-6,6%
Murau	65,4	72,9	73,4	91,5	92,4	41,4%
Voitsberg	86,2	84,4	84,2	83,9	87,8	1,8%
Weiz	81,6	83,6	79,8	76,9	76,7	-6,0%
Murtal	69,7	74,3	75,8	74,0	74,0	6,2%
Bruck-Mürzzuschlag	82,1	83,6	77,4	75,1	77,5	-5,5%
Hartberg-Fürstenfeld	71,7	69,5	67,1	60,3	65,8	-8,2%
Südoststeiermark	71,4	78,7	78,9	78,5	71,5	0,2%
Steiermark	86,0	87,0	86,0	84,8	84,0	-2,3%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A26: **Fachärztedichte: Steiermark versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Graz (Stadt)	243,6	255,2	253,9	260,0	260,0	6,7%
Deutschlandsberg	83,8	87,1	83,6	85,1	89,8	7,2%
Graz-Umgebung	91,6	98,2	103,5	108,4	111,2	21,3%
Leibnitz	74,3	79,7	77,7	74,7	75,3	1,2%
Leoben	97,2	109,9	109,9	108,4	109,8	13,0%
Liezen	81,6	91,7	90,4	91,4	91,6	12,3%
Murau	87,1	87,4	88,1	76,9	81,3	-6,7%
Voitsberg	72,5	72,6	72,5	74,2	68,3	-5,8%
Weiz	79,4	80,3	80,9	76,9	89,7	12,9%
Murtal	72,5	70,1	75,8	75,4	69,9	-3,7%
Bruck-Mürzzuschlag	74,0	80,6	91,6	88,3	94,9	28,2%
Hartberg-Fürstenfeld	87,2	85,0	83,6	86,6	83,4	-4,4%
Südoststeiermark	72,6	70,4	75,3	77,3	76,3	5,1%
Steiermark	119,3	124,8	126,3	128,2	130,0	9,0%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A27: **Ärztgedichte: Tirol versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Innsbruck (Stadt)	437,3	421,2	423,5	431,6	447,1	2,3%
Imst	158,7	147,7	151,1	158,5	154,8	-2,5%
Innsbruck (Land)	162,4	166,2	170,6	176,5	181,6	11,8%
Kitzbühel	197,9	202,5	216,0	220,5	219,5	10,9%
Kufstein	162,3	162,9	161,6	160,0	154,4	-4,9%
Landeck	202,8	169,1	168,5	153,6	144,3	-28,8%
Lienz	194,9	165,9	168,0	161,7	169,9	-12,8%
Reutte	130,9	151,3	156,2	142,8	138,8	6,0%
Schwaz	175,5	168,1	166,7	172,2	170,9	-2,6%
Tirol	217,5	211,0	213,5	215,6	217,9	0,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A28: Allgemeinärztedichte: Tirol versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Innsbruck (Stadt)	100,8	99,2	95,7	94,4	97,6	-3,2%
Imst	69,5	60,7	61,7	64,1	62,2	-10,4%
Innsbruck (Land)	61,0	61,1	61,2	61,7	61,8	1,4%
Kitzbüchel	73,2	72,7	75,1	60,8	60,6	-17,3%
Kufstein	52,6	48,6	47,3	43,3	40,4	-23,3%
Landeck	87,9	58,6	58,4	51,2	53,3	-39,4%
Lienz	96,4	69,7	69,6	61,4	55,3	-42,7%
Reutte	85,3	81,7	81,1	71,4	67,9	-20,3%
Schwaz	79,5	73,4	71,6	74,0	72,3	-9,0%
Tirol	75,4	69,5	68,7	65,9	65,2	-13,5%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A29: Fachärztedichte: Tirol versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Innsbruck (Stadt)	338,0	323,5	329,3	339,5	351,0	3,9%
Imst	89,3	87,0	89,4	94,5	92,5	3,6%
Innsbruck (Land)	101,4	105,1	109,3	114,8	119,8	18,1%
Kitzbüchel	127,8	129,9	142,5	161,2	160,5	25,6%
Kufstein	109,7	114,3	114,3	116,7	114,0	3,9%
Landeck	114,9	110,5	110,1	102,4	91,0	-20,8%
Lienz	98,5	96,3	98,3	100,3	114,7	16,4%
Reutte	45,7	69,6	75,1	71,4	70,9	55,2%
Schwaz	96,1	94,7	95,1	99,4	99,8	3,9%
Tirol	142,7	141,8	145,1	150,4	153,2	7,4%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A30: **Ärztedichte: Vorarlberg versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Bludenz	184,1	200,4	207,2	181,8	183,5	-0,3%
Bregenz	163,0	181,1	173,4	154,0	156,7	-3,9%
Dornbirn	216,9	225,4	220,1	203,7	204,5	-5,7%
Feldkirch	182,2	191,6	189,1	177,4	185,4	1,8%
Vorarlberg	183,8	197,1	193,7	176,2	179,8	-2,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A31: **Allgemeinärztedichte: Vorarlberg versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Bludenz	76,4	85,4	85,0	71,8	63,7	-16,7%
Bregenz	62,2	70,2	63,2	58,4	52,2	-16,1%
Dornbirn	61,2	65,2	67,1	57,4	52,5	-14,3%
Feldkirch	59,2	57,8	60,0	51,1	49,7	-16,1%
Vorarlberg	63,5	68,1	66,7	58,3	53,4	-15,8%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A32: **Fachärztedichte: Vorarlberg versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Bludenz	109,2	116,5	123,7	111,5	119,8	9,7%
Bregenz	100,8	110,9	110,2	95,6	104,4	3,7%
Dornbirn	155,7	160,2	152,9	146,3	152,0	-2,4%
Feldkirch	123,0	133,9	129,1	126,3	135,7	10,3%
Vorarlberg	120,6	129,2	127,2	118,1	126,3	4,8%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A33: **Ärztedichte: Wien versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Wien Innere Stadt	3358,9	3504,1	3687,9	3652,2	3773,1	12,3%
Wien Leopoldstadt	252,2	256,6	256,0	261,4	277,9	10,2%
Wien Landstraße	345,8	356,0	352,0	351,4	350,6	1,4%
Wien Wieden	484,8	501,9	496,9	561,9	555,0	14,5%
Wien Margareten	263,0	274,0	292,2	299,9	297,8	13,2%
Wien Mariahilf	587,7	587,2	620,2	630,1	650,0	10,6%
Wien Neubau	572,6	606,0	581,0	614,3	628,3	9,7%
Wien Josefstadt	1366,9	1420,1	1517,2	1540,1	1542,9	12,9%
Wien Alsergrund	1372,8	1415,9	1474,1	1469,0	1525,3	11,1%
Wien Favoriten	108,6	115,4	125,3	127,3	128,0	17,9%
Wien Simmering	113,9	113,3	116,9	113,7	119,4	4,8%
Wien Meidling	202,9	199,0	203,2	197,4	197,6	-2,6%
Wien Hietzing	747,6	756,9	739,5	734,2	760,3	1,7%
Wien Penzing	237,1	243,1	253,8	253,0	252,6	6,6%
Wien Rudolfsh.-Fünf.	175,8	178,6	178,5	174,7	178,1	1,3%
Wien Ottakring	167,8	173,7	173,2	174,7	173,2	3,2%
Wien Hernals	352,5	345,2	362,4	374,8	393,5	11,6%
Wien Währing	751,5	728,7	751,0	752,5	776,3	3,3%
Wien Döbling	740,2	763,6	749,9	764,1	795,8	7,5%
Wien Brigittenau	148,2	156,0	161,0	154,0	154,1	4,0%
Wien Floridsdorf	150,6	142,0	143,7	141,9	148,2	-1,6%
Wien Donaustadt	173,6	167,0	170,7	175,9	168,9	-2,7%
Wien Liesing	202,8	203,0	201,4	200,2	192,1	-5,3%
Wien	328,0	331,2	336,3	339,0	342,7	4,5%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

### Übersicht A34: Allgemeinärztedichte: Wien versus Bezirke

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Wien Innere Stadt	592,0	592,4	745,2	691,9	695,4	17,5%
Wien Leopoldstadt	77,5	85,5	86,9	88,7	91,7	18,4%
Wien Landstraße	90,5	90,1	92,8	97,2	89,4	-1,2%
Wien Wieden	126,5	124,0	109,1	127,9	117,6	-7,0%
Wien Margareten	79,8	80,9	87,5	83,6	90,1	12,8%
Wien Mariahilf	154,8	156,4	161,5	152,8	172,1	11,1%
Wien Neubau	175,2	189,4	175,6	183,7	184,1	5,0%
Wien Josefstadt	259,8	258,6	243,9	259,4	240,8	-7,3%
Wien Alsergrund	205,3	203,3	205,4	187,2	180,2	-12,3%
Wien Favoriten	42,5	46,1	49,0	49,0	50,8	19,7%
Wien Simmering	46,9	43,8	45,2	43,1	46,1	-1,7%
Wien Meidling	84,5	81,4	84,8	82,8	81,6	-3,4%
Wien Hietzing	192,5	192,9	192,7	169,2	185,6	-3,6%
Wien Penzing	72,6	72,8	80,7	69,2	66,2	-8,8%
Wien Rudolfsh.-Fünf.	66,4	64,4	63,5	65,7	66,8	0,6%
Wien Ottakring	65,9	66,4	60,0	61,5	61,3	-7,0%
Wien Hernals	77,2	74,4	80,3	78,5	77,6	0,6%
Wien Währing	178,7	175,3	157,3	151,3	159,5	-10,7%
Wien Döbling	134,0	138,1	123,2	127,1	137,9	3,0%
Wien Brigittenau	61,4	57,5	59,2	53,7	56,4	-8,1%
Wien Floridsdorf	53,0	48,3	46,6	44,0	46,7	-11,8%
Wien Donaustadt	52,8	51,8	52,5	50,3	48,5	-8,1%
Wien Liesing	74,2	72,4	67,7	69,6	66,0	-11,2%
Wien	87,6	87,0	87,2	85,2	85,7	-2,2%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A35: **Fachärztedichte: Wien versus Bezirke**

Ärzt:innen nach Standorten je 100.000 Einwohner:innen

	2020	2021	2022	2023	2024	2020/2024 in %
Wien Innere Stadt	2785,6	2924,3	2968,2	2978,3	3089,9	10,9%
Wien Leopoldstadt	175,7	172,9	171,0	174,6	188,0	7,0%
Wien Landstraße	256,3	271,3	263,5	259,4	265,2	3,5%
Wien Wieden	358,3	377,9	387,8	434,1	437,3	22,1%
Wien Margareten	185,0	194,9	204,7	218,1	211,4	14,2%
Wien Mariahilf	439,2	437,2	468,4	480,5	484,3	10,3%
Wien Neubau	397,4	416,6	405,4	433,8	447,4	12,6%
Wien Josefstadt	1115,1	1165,6	1285,7	1292,9	1306,2	17,1%
Wien Alsergrund	1172,3	1215,0	1273,5	1284,2	1350,0	15,2%
Wien Favoriten	67,1	70,8	77,7	79,7	78,5	17,0%
Wien Simmering	67,0	69,5	71,6	71,5	74,2	10,7%
Wien Meidling	119,5	118,6	119,5	115,7	118,0	-1,3%
Wien Hietzing	558,8	567,7	550,4	568,7	578,3	3,5%
Wien Penzing	164,5	171,4	174,2	183,8	186,4	13,4%
Wien Rudolfsh.-Fünf.	110,7	115,6	116,3	110,4	112,6	1,7%
Wien Ottakring	102,8	108,3	114,1	114,2	112,9	9,8%
Wien Hernals	277,1	270,9	283,9	298,0	317,6	14,6%
Wien Währing	578,7	557,2	601,6	612,9	624,6	7,9%
Wien Döbling	611,6	630,9	629,5	643,6	663,1	8,4%
Wien Brigittenau	89,2	99,7	103,0	101,5	98,9	11,0%
Wien Floridsdorf	97,6	93,7	97,1	97,9	101,5	3,9%
Wien Donaustadt	120,9	115,7	119,2	126,0	120,5	-0,3%
Wien Liesing	131,3	134,2	136,3	134,9	129,4	-1,4%
Wien	242,1	246,0	251,1	256,1	259,0	7,0%

Q: Daten der Österreichischen Ärztekammer, WIFO-Berechnungen.

## 7.4 Regressionstabellen

Übersicht A36: **Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-110,71 (162,92)	-25,72 (15,93)	-0,20 (0,61)				-123,31 (184,22)	-20,98 (18,73)	-0,62 (0,70)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				4,51 (84,13)	-11,29 (7,09)	0,65 (0,45)	22,07 (92,26)	-8,30 (8,73)	0,74 (0,46)
Konstante	2969,78*** (156,09)	380,45*** (15,08)	8,20*** (0,58)	2858,36*** (162,39)	377,75*** (12,79)	6,79*** (0,88)	2940,01*** (172,72)	391,65*** (17,91)	7,20*** (0,74)
Beobachtungen	580	580	580	580	580	580	580	580	580
R <sup>2</sup>	0,15	0,25	0,01	0,15	0,24	0,02	0,15	0,25	0,02

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A37: **Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung mit Kontrollvariablen**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	385,78*** (127,47)	41,02** (18,34)	0,01 (0,25)				10,35 (224,00)	-3,21 (29,60)	-0,18 (0,39)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				254,08*** (66,83)	28,62*** (9,05)	0,08 (0,09)	251,00*** (93,30)	29,58*** (10,92)	0,13 (0,16)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	139,95 (204,72)	-17,94 (21,48)	0,59** (0,28)	127,57 (200,58)	-19,19 (21,11)	0,60** (0,29)	128,05 (201,98)	-19,34 (21,01)	0,59** (0,28)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	-13,79 (192,87)	25,35 (21,99)	-0,44** (0,22)	-113,26 (194,97)	13,69 (22,22)	-0,49** (0,24)	-113,13 (194,41)	13,65 (22,15)	-0,49** (0,24)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	-174,08*** (55,23)	-17,53*** (5,77)	-0,02 (0,11)	-170,84*** (54,97)	-17,31*** (5,78)	-0,03 (0,11)	-171,23*** (54,48)	-17,19*** (5,70)	-0,02 (0,11)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	-282,69*** (104,33)	-39,71*** (12,05)	0,04 (0,11)	-282,09*** (102,24)	-39,49*** (11,88)	0,04 (0,11)	-281,73*** (104,25)	-39,60*** (12,05)	0,04 (0,11)
Bevölkerungsanteil Hochschule	-142,90* (73,80)	-27,49*** (7,88)	0,46*** (0,09)	-147,37** (73,69)	-28,02*** (7,84)	0,45*** (0,09)	-147,38** (73,67)	-28,01*** (7,83)	0,45*** (0,09)
Konstante	10.060,63*** (3.838,02)	1.700,03*** (398,10)	-4,33 (4,95)	11.119,84*** (3.817,81)	1.818,50*** (394,52)	-4,04 (5,03)	11.105,03*** (3.891,30)	1.823,09*** (393,83)	-3,78 (4,99)
Beobachtungen	812	812	812	812	812	812	812	812	812
R <sup>2</sup>	0,40	0,55	0,09	0,40	0,55	0,09	0,40	0,55	0,09

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A38: **Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	60,80 (437,55)	-58,63 (43,76)	1,46 (1,11)				83,98 (441,25)	-56,02 (43,69)	1,42 (1,14)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-269,12 (306,91)	-32,61 (30,49)	0,58 (0,85)	-272,16 (312,49)	-30,58 (29,64)	0,53 (0,89)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	444,57* (239,78)	24,25 (21,86)	0,89 (0,96)	474,24* (242,83)	27,30 (22,85)	0,84 (0,89)	473,88* (243,24)	27,54 (22,59)	0,84 (0,91)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	201,38 (237,40)	32,79 (20,44)	0,27 (0,44)	242,04 (242,20)	39,54* (21,16)	0,14 (0,46)	244,85 (243,44)	37,67* (21,33)	0,18 (0,46)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	-15,13 (67,68)	-1,34 (6,96)	0,08 (0,16)	-20,10 (65,96)	-3,51 (6,57)	0,13 (0,16)	-22,17 (66,63)	-2,13 (6,77)	0,10 (0,16)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	-112,40 (111,47)	6,46 (11,44)	-0,64** (0,31)	-107,93 (111,33)	6,37 (11,36)	-0,64** (0,31)	-108,68 (111,38)	6,87 (11,38)	-0,65** (0,31)
Bevölkerungsanteil Hochschule	-173,29 (144,17)	-16,32 (12,32)	-0,19 (0,29)	-171,09 (145,30)	-15,79 (12,03)	-0,20 (0,29)	-170,73 (145,67)	-16,03 (12,23)	-0,20 (0,29)
Konstante	-815,78 (5355,55)	-101,21 (424,14)	4,39 (17,39)	-1308,54 (5386,73)	-213,06 (432,48)	6,71 (16,66)	-1380,99 (5467,07)	-164,72 (436,29)	5,49 (16,74)
Beobachtungen	372	372	372	372	372	372	372	372	372
R <sup>2</sup>	0,14	0,21	0,05	0,14	0,21	0,05	0,14	0,21	0,05

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A39: **Akute ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-131,42 (501,96)	-69,35 (43,59)	0,62 (1,55)				-131,51 (505,62)	-71,82 (43,33)	0,63 (1,57)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-2,97 (274,70)	29,20 (29,02)	-0,15 (0,69)	1,13 (275,03)	31,43 (28,23)	-0,17 (0,71)
Konstante	2863,67*** (430,56)	421,28*** (37,13)	7,05*** (1,36)	2756,88*** (361,30)	325,80*** (37,16)	7,77*** (0,88)	2862,31*** (516,81)	383,38*** (50,26)	7,26*** (1,39)
Beobachtungen	465	465	465	465	465	465	465	465	465
R <sup>2</sup>	0,12	0,23	0,01	0,12	0,23	0,01	0,12	0,24	0,01

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A40: **Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag	179,90 (884,93)	20,86 (52,87)	-2,09 (2,78)				167,52 (889,47)	22,87 (53,01)	-2,28 (2,82)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag				97,61 (210,56)	-14,89 (11,97)	1,37 (0,90)	94,48 (210,15)	-15,32 (11,94)	1,41 (0,90)
Konstante	2924,64*** (819,32)	356,54*** (49,69)	10,24*** (2,58)	2908,43*** (389,51)	403,94*** (21,70)	5,71*** (1,70)	2758,52*** (904,64)	383,48*** (54,17)	7,75** (3,40)
Beobachtungen	232	232	232	232	232	232	232	232	232
R <sup>2</sup>	0,01	0,13	0,03	0,01	0,13	0,04	0,01	0,13	0,04

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A41: **Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen und ohne Wien**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag	-164,56 (1157,15)	22,91 (82,94)	-0,75 (2,78)				-93,06 (1159,78)	30,01 (84,51)	-0,72 (2,79)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag				-645,85 (652,79)	-61,00 (59,50)	-0,35 (1,61)	-638,45 (666,54)	-63,39 (61,34)	-0,30 (1,62)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre, 3 Jahre Lag	167,21 (675,54)	42,36 (52,33)	0,71 (1,95)	245,86 (659,58)	48,79 (52,50)	0,77 (1,98)	242,58 (666,37)	49,84 (53,59)	0,75 (1,99)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre, 3 Jahre Lag	75,48 (491,35)	13,32 (46,57)	-0,20 (1,47)	142,12 (498,94)	20,60 (48,13)	-0,18 (1,48)	143,68 (499,65)	20,10 (47,86)	-0,17 (1,48)
Arbeitslosenquote (%, relativ), 3 Jahre Lag	76,84 (152,91)	-1,50 (14,79)	0,06 (0,28)	65,04 (131,17)	-1,05 (12,68)	0,02 (0,26)	68,87 (155,15)	-2,29 (15,00)	0,05 (0,29)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule 3 Jahre Lag	-22,54 (301,53)	12,23 (27,29)	-0,26 (0,82)	-30,32 (291,79)	13,13 (26,36)	-0,29 (0,82)	-26,34 (301,81)	11,85 (27,11)	-0,26 (0,83)
Bevölkerungsanteil Hochschule, 3 Jahre Lag	437,48 (384,86)	63,39* (32,46)	1,06 (1,22)	423,30 (394,84)	59,96* (31,95)	1,09 (1,20)	418,52 (390,38)	61,51* (32,66)	1,05 (1,22)
Konstante	-6406,62 (13560,49)	-1448,68 (1109,40)	-10,89 (36,29)	-7049,06 (13462,64)	-1478,25 (1094,56)	-11,78 (36,32)	-6967,93 (13461,01)	-1504,41 (1122,62)	-11,15 (36,56)
Beobachtungen	186	186	186	186	186	186	186	186	186
R <sup>2</sup>	0,02	0,15	0,04	0,03	0,15	0,04	0,03	0,16	0,04

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A42: **Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag	-23,68 (1072,33)	22,50 (70,98)	-2,71 (2,80)				-32,65 (1077,84)	23,03 (71,30)	-2,79 (2,87)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag				214,61 (320,60)	-12,57 (21,65)	1,90 (1,15)	214,84 (320,68)	-12,73 (21,77)	1,92 (1,17)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre, 3 Jahre Lag	-226,18 (579,20)	50,14 (51,85)	-0,80 (1,97)	-203,50 (578,19)	47,37 (50,36)	-0,43 (1,96)	-205,71 (580,69)	48,92 (51,85)	-0,62 (1,93)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre, 3 Jahre Lag	-375,92 (396,87)	-27,64 (31,42)	-0,18 (1,62)	-492,40 (480,49)	-20,81 (38,10)	-1,22 (1,77)	-492,50 (480,83)	-20,73 (38,37)	-1,23 (1,76)
Arbeitslosenquote (%, relativ), 3 Jahre Lag	34,67 (134,04)	-2,58 (11,95)	0,17 (0,25)	24,60 (121,13)	-1,30 (10,82)	-0,00 (0,25)	25,66 (136,35)	-2,05 (12,01)	0,09 (0,27)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule, 3 Jahre Lag	404,50 (290,17)	38,84 (24,32)	0,70 (0,83)	401,70 (287,06)	39,54 (24,03)	0,61 (0,81)	402,53 (290,43)	38,95 (24,42)	0,68 (0,82)
Bevölkerungsanteil Hochschule, 3 Jahre Lag	99,71 (297,06)	28,61 (20,33)	-0,59 (1,06)	104,03 (287,79)	28,87 (19,52)	-0,61 (1,03)	104,83 (291,93)	28,31 (20,41)	-0,54 (1,01)
Konstante	1058,85 (12382,24)	-1181,69 (936,44)	21,41 (39,67)	1532,07 (12646,05)	-1194,30 (940,99)	23,83 (38,80)	1555,96 (12571,10)	-1211,15 (948,00)	25,87 (38,55)
Beobachtungen	232	232	232	232	232	232	232	232	232
R <sup>2</sup>	0,02	0,16	0,05	0,02	0,16	0,06	0,02	0,16	0,07

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A43: **Akute ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, ohne Wien**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag	-38,27 (874,41)	5,77 (55,00)	-0,88 (2,30)				7,56 (865,30)	9,20 (55,04)	-0,85 (2,30)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag				-671,52 (619,07)	-49,73 (56,16)	-0,47 (1,41)	-671,93 (623,16)	-50,23 (56,17)	-0,43 (1,42)
Konstante	2987,94*** (731,19)	381,21*** (47,17)	8,39*** (1,92)	3809,79*** (791,14)	449,31*** (71,61)	8,26*** (1,79)	3803,95*** (1026,75)	442,20*** (87,04)	8,91*** (2,56)
Beobachtungen	186	186	186	186	186	186	186	186	186
R <sup>2</sup>	0,00	0,11	0,02	0,01	0,12	0,02	0,01	0,12	0,02

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A44: **Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-105,00 (166,69)	-25,82 (16,36)	-0,23 (0,60)				-120,27 (189,67)	-21,34 (19,36)	-0,63 (0,70)
Mittelwert Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-675,01* (350,79)	-73,45** (33,73)	0,56 (0,80)				-2035,36* (1138,96)	-154,30 (113,53)	-1,17 (1,19)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-7,28 (82,91)	-11,54 (7,18)	0,43 (0,41)	16,12 (95,25)	-8,20 (9,02)	0,57 (0,42)
Mittelwert Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-98,94 (88,73)	-3,62 (7,41)	-0,37 (0,40)	250,03 (216,25)	23,56 (19,26)	-0,19 (0,49)
Konstante	3592,27*** (305,88)	448,85*** (35,04)	7,71*** (0,34)	3064,42*** (191,11)	384,95*** (21,52)	7,89*** (0,20)	4376,60*** (681,84)	491,51*** (70,04)	8,98*** (0,55)
Beobachtungen	580	580	580	580	580	580	580	580	580
Within-R <sup>2</sup>	0,15	0,25	0,01	0,15	0,24	0,02	0,15	0,25	0,02
Overall-R <sup>2</sup>	0,06	0,07	0,01	0,03	0,05	0,03	0,07	0,07	0,07

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A45: **Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-80,23 (179,59)	-31,44** (16,04)	-0,14 (0,60)				-84,22 (203,81)	-26,30 (17,80)	-0,11 (0,74)
Mittelwert Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-758,09** (356,40)	-56,32 (35,72)	-0,34 (0,71)				-202,60 (1019,59)	17,10 (115,74)	-0,34 (0,86)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-2,24 (131,55)	-15,18* (9,07)	-0,15 (0,44)	16,83 (150,87)	-10,08 (10,74)	-0,06 (0,54)
Mittelwert Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-159,43 (161,73)	-1,99 (13,43)	0,07 (0,47)	-130,15 (255,46)	-5,25 (26,94)	0,06 (0,56)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	682,64*** (260,21)	22,61 (19,18)	1,70** (0,69)	689,29*** (259,21)	25,48 (19,05)	1,72** (0,70)	680,98*** (262,21)	23,16 (19,39)	1,70** (0,69)

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	-16,19 (214,06)	24,44 (16,24)	0,03 (0,45)	-15,82 (236,56)	28,29 (17,62)	0,09 (0,48)	-19,18 (237,72)	27,94 (17,69)	0,05 (0,46)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	6,86 (70,86)	3,53 (5,92)	0,11 (0,15)	4,62 (71,22)	2,87 (5,94)	0,11 (0,15)	6,32 (70,98)	3,43 (5,91)	0,11 (0,15)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	82,67 (112,89)	14,07 (10,23)	-0,04 (0,23)	85,54 (111,77)	14,83 (10,12)	-0,02 (0,23)	82,32 (113,01)	14,20 (10,21)	-0,03 (0,23)
Bevölkerungsanteil Hochschule	85,92 (114,40)	-15,00* (7,92)	0,81*** (0,29)	86,95 (113,07)	-13,14* (7,67)	0,82*** (0,28)	82,82 (115,95)	-14,37* (8,01)	0,81*** (0,28)
Mittelwert Bevölkerung unter 14 Jahre	-244,26 (280,58)	21,82 (22,65)	-1,72** (0,71)	-233,31 (281,51)	20,43 (22,77)	-1,73** (0,72)	-230,81 (283,18)	22,65 (23,32)	-1,72** (0,71)
Mittelwert Bevölkerung über 75 Jahre	246,54 (257,29)	-9,59 (21,94)	0,20 (0,47)	230,46 (279,68)	-14,91 (23,31)	0,12 (0,51)	242,88 (278,56)	-14,29 (22,94)	0,17 (0,49)
Mittelwert Arbeitslosenquote (%, relativ)	14,23 (121,78)	-17,15 (11,96)	0,15 (0,18)	20,10 (123,21)	-16,34 (12,22)	0,15 (0,19)	15,52 (121,26)	-16,95 (11,89)	0,15 (0,18)
Mittelwert Bevölkerungsanteil Pflichtschule	34,67 (133,89)	1,92 (11,59)	0,03 (0,22)	37,06 (134,17)	1,77 (11,58)	0,02 (0,21)	39,35 (135,85)	2,35 (11,73)	0,03 (0,22)
Mittelwert Bevölkerungsanteil Hochschule	-17,32 (126,98)	21,92** (9,17)	-0,76** (0,30)	-13,34 (129,53)	20,64** (9,59)	-0,77*** (0,29)	-9,07 (132,15)	21,89** (9,82)	-0,77*** (0,29)
Konstante	-7715,27***	-606,50**	3,99**	-8469,88***	-682,06**	3,78**	-8278,35***	-678,21*	4,02**
Beobachtungen	(2639,33)	(287,88)	(1,67)	(2919,81)	(316,30)	(1,76)	(3171,76)	(352,17)	(1,82)
Within-R <sup>2</sup>	464	464	464	464	464	464	464	464	464
Overall-R <sup>2</sup>	0,15	0,21	0,07	0,15	0,21	0,06	0,15	0,21	0,07

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A46: **Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	28,20 (434,75)	-60,02 (44,05)	0,05 (1,16)				-74,81 (440,51)	-66,16 (44,17)	0,34 (1,08)
Mittelwert	-2272,40*	-242,89*	-0,01				27,27	42,79	-0,79
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	(1229,16)	(145,94)	(1,37)				(1456,46)	(174,20)	(1,31)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-311,35 (300,36)	-32,96 (30,01)	-0,96 (0,99)	-307,75 (304,10)	-30,48 (29,12)	-0,91 (1,03)
Mittelwert				-684,26	-94,90*	1,21	-684,08	-96,24	1,22
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				(433,11)	(50,66)	(1,06)	(504,96)	(59,29)	(1,10)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	496,94** (242,27)	27,37 (21,85)	1,16 (0,87)	517,76** (246,52)	29,52 (22,98)	1,36 (0,88)	517,40** (246,02)	29,70 (22,70)	1,35 (0,89)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	224,28 (233,64)	34,00* (20,40)	0,33 (0,46)	294,43 (241,30)	42,42** (21,22)	0,46 (0,47)	290,85 (242,07)	40,02* (21,34)	0,43 (0,46)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	-2,22 (68,35)	-0,49 (7,10)	0,09 (0,14)	-12,07 (66,78)	-2,91 (6,75)	0,09 (0,13)	-10,36 (67,86)	-1,31 (6,96)	0,08 (0,13)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	-64,31 (113,67)	9,48 (11,50)	-0,31 (0,25)	-57,06 (114,35)	9,56 (11,44)	-0,27 (0,25)	-57,08 (114,27)	10,05 (11,49)	-0,27 (0,25)
Bevölkerungsanteil Hochschule	-166,45 (151,45)	-15,91 (12,76)	-0,01 (0,29)	-188,71 (154,17)	-17,13 (12,54)	0,08 (0,29)	-188,76 (155,06)	-17,36 (12,83)	0,08 (0,29)
Mittelwert Bevölkerung unter 14 Jahre	-787,74** (372,89)	-58,95 (40,92)	-1,15 (0,93)	-780,55** (362,30)	-57,98 (39,97)	-1,38 (0,93)	-779,36** (362,73)	-57,45 (39,69)	-1,36 (0,94)
Mittelwert Bevölkerung über 75 Jahre	-512,15 (378,06)	-75,56* (39,11)	-0,04 (0,51)	-582,22 (375,43)	-85,46** (37,53)	-0,21 (0,50)	-575,39 (372,24)	-81,03** (36,82)	-0,16 (0,49)
Mittelwert Arbeitslosenquote (%, relativ)	25,59 (126,46)	-4,21 (13,84)	0,08 (0,19)	92,89 (123,87)	5,72 (12,93)	0,07 (0,18)	91,07 (125,26)	4,01 (13,54)	0,08 (0,18)
Mittelwert Bevölkerungsanteil Pflichtschule	100,06 (127,41)	-2,06 (13,26)	0,30 (0,24)	142,08 (127,26)	4,04 (12,75)	0,24 (0,24)	142,26 (127,82)	3,71 (12,72)	0,24 (0,24)
Mittelwert Bevölkerungsanteil Hochschule	364,21** (153,28)	36,36*** (13,81)	0,10 (0,29)	459,71*** (169,21)	46,74*** (15,25)	-0,03 (0,30)	460,19*** (167,54)	47,23*** (15,20)	-0,02 (0,30)
Konstante	7811,28 (6457,13)	1061,44 (815,63)	2,40 (3,49)	4629,72 (6115,59)	668,80 (774,50)	3,62 (3,23)	4610,77 (6194,81)	649,23 (779,04)	3,81 (3,14)
Beobachtungen	372	372	372	372	372	372	372	372	372

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Within-R <sup>2</sup>	0,14	0,21	0,04	0,14	0,21	0,02	0,14	0,21	0,03
Overall-R <sup>2</sup>	0,33	0,29	0,24	0,40	0,37	0,26	0,41	0,37	0,26

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

#### Übersicht A47: **Akute ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien**

	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer	Akut - Summe/Tage	Akut - Einlieferungen	Akut - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-195,41 (502,81)	-74,01* (43,88)	0,10 (1,34)				-167,79 (509,98)	-74,58* (43,59)	0,41 (1,34)
Mittelwert	675,33	27,85	1,94				-517,58	-99,65	0,73
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	(1635,82)	(193,75)	(1,49)				(1686,88)	(195,80)	(1,54)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				11,54 (288,86)	30,91 (29,93)	-0,55 (0,81)	17,83 (289,97)	33,38 (29,13)	-0,60 (0,82)
Mittelwert				243,26	-16,68	0,99	326,11	2,93	0,90
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				(422,01)	(44,30)	(0,87)	(384,27)	(40,91)	(0,90)
Konstante	2342,35* (1232,54)	401,48*** (150,73)	5,84*** (0,47)	2434,20*** (329,25)	344,49*** (40,54)	7,04*** (0,19)	2904,54** (1188,57)	464,42*** (144,80)	6,25*** (0,48)
Beobachtungen	465	465	465	465	465	465	465	465	465
Within-R <sup>2</sup>	0,12	0,23	0,01	0,12	0,23	0,00	0,12	0,24	0,01
Overall-R <sup>2</sup>	0,01	0,01	0,08	0,02	0,01	0,09	0,03	0,03	0,10

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A48: **Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	615,51 (944,31)	-15,59 (26,11)	2,23 (2,14)				376,99 (1091,49)	-14,49 (29,32)	1,91 (2,40)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				471,44 (854,12)	-3,99 (18,62)	0,83 (3,34)	417,74 (899,94)	-1,93 (20,82)	0,56 (3,31)
Konstante	7417,53*** (870,12)	686,18*** (23,55)	9,61*** (2,01)	7103,60*** (1642,18)	679,18*** (34,76)	10,12 (6,44)	6853,94*** (1393,88)	688,77*** (35,06)	8,86 (5,39)
Beobachtungen	580	580	580	580	580	580	580	580	580
R <sup>2</sup>	0,01	0,05	0,05	0,01	0,05	0,05	0,01	0,05	0,05

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \*  $p < 0,10$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$ .

Übersicht A49: **Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-677,21 (1419,27)	-19,32 (30,98)	-0,86 (2,09)				77,22 (1590,63)	-5,26 (35,37)	1,17 (2,71)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-1540,59* (911,98)	-29,99 (21,07)	-3,97 (2,63)	-1555,42* (905,59)	-28,98 (22,94)	-4,20 (2,65)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	3542,57** (1782,52)	91,43 (57,57)	3,25* (1,82)	3627,89** (1784,96)	93,60 (57,80)	3,40* (1,84)	3634,57** (1780,36)	93,14 (57,67)	3,50* (1,82)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	2055,12 (1732,04)	16,82 (37,50)	2,48 (2,80)	2571,16 (1703,43)	26,49 (38,96)	3,86* (2,15)	2571,88 (1699,04)	26,44 (38,94)	3,87* (2,15)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	827,70* (482,46)	7,74 (12,87)	1,00** (0,49)	820,76* (478,90)	7,47 (12,71)	1,01** (0,49)	819,10* (482,56)	7,58 (12,84)	0,98** (0,49)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	-251,76 (733,46)	17,43 (22,05)	-0,07 (0,73)	-231,93 (729,98)	17,94 (22,14)	-0,03 (0,73)	-230,36 (735,68)	17,83 (22,17)	-0,01 (0,74)
Bevölkerungsanteil Hochschule	1048,41 (823,97)	33,52* (18,80)	1,31 (0,96)	1160,64 (813,26)	35,93* (18,54)	1,57 (0,98)	1164,30 (843,34)	35,68* (19,09)	1,62* (0,98)
Konstante	-79505,42** (34269,36)	-1642,66* (914,93)	-85,24 (52,25)	-85870,06** (34155,25)	-1780,42* (927,30)	-99,66** (50,17)	-86091,21** (34191,35)	-1765,35* (927,99)	-103,02** (48,95)
Beobachtungen	464	464	464	464	464	464	464	464	464
R <sup>2</sup>	0,04	0,05	0,07	0,04	0,05	0,09	0,04	0,05	0,09

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern. \* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A50: **Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-217,77 (2423,98)	-28,64 (101,14)	-4,30 (4,63)				-90,38 (2411,60)	-28,48 (99,55)	-3,97 (4,48)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-1498,70 (1486,65)	-2,95 (64,64)	-3,93* (2,33)	-1495,43 (1486,18)	-1,92 (63,26)	-3,79* (2,22)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	847,97 (1664,47)	89,27 (78,94)	0,80 (1,83)	1008,64 (1700,30)	89,36 (82,22)	1,19 (1,85)	1009,02 (1705,58)	89,48 (82,43)	1,21 (1,86)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	1768,31* (984,51)	57,09 (38,68)	3,37* (1,78)	2010,16* (1040,80)	58,35 (40,32)	4,11** (2,02)	2007,15* (1045,12)	57,40 (40,74)	3,98** (1,93)
Arbeitslosenquote (% relativ)	368,98 (319,69)	-6,98 (11,91)	1,13* (0,57)	328,08 (304,33)	-7,73 (11,23)	0,93* (0,53)	330,30 (312,09)	-7,03 (11,57)	1,03* (0,54)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	-352,51 (377,95)	-17,22 (22,39)	-0,20 (0,62)	-332,90 (378,87)	-17,45 (22,46)	-0,19 (0,63)	-332,09 (383,14)	-17,19 (22,67)	-0,15 (0,62)
Bevölkerungsanteil Hochschule	-200,62 (543,14)	13,49 (32,87)	-0,12 (0,76)	-186,17 (535,51)	13,63 (32,57)	-0,06 (0,79)	-186,56 (537,89)	13,51 (32,69)	-0,08 (0,76)
Konstante	-15735,58 (26264,71)	-969,88 (968,26)	-32,38 (45,66)	-18919,29 (27533,93)	-998,43 (1059,62)	-43,68 (48,04)	-18841,31 (27222,40)	-973,86 (1032,10)	-40,25 (46,45)
Beobachtungen	372	372	372	372	372	372	372	372	372
R <sup>2</sup>	0,03	0,07	0,11	0,03	0,07	0,12	0,03	0,07	0,12

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A51: **Chronische ACSC, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	848,10 (1605,78)	-33,52 (80,54)	-2,57 (3,19)				816,95 (1606,81)	-38,43 (80,32)	-2,43 (3,17)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				422,33 (1325,48)	61,38 (54,08)	-1,88 (2,20)	396,89 (1322,40)	62,57 (53,30)	-1,80 (2,16)
Konstante	6336,44*** (1364,29)	685,39*** (67,51)	12,98*** (2,78)	6512,84*** (1759,32)	579,13*** (70,21)	13,21*** (2,85)	5857,89** (2230,61)	609,95*** (108,70)	15,16*** (4,03)
Beobachtungen	465	465	465	465	465	465	465	465	465
R <sup>2</sup>	0,02	0,05	0,08	0,02	0,05	0,08	0,02	0,05	0,08

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A52: **Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	8837,84 (5487,88)	140,39 (161,89)	8,77 (5,41)				8833,39 (5547,25)	146,05 (162,11)	7,53 (5,89)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				198,78 (2512,05)	-40,46 (54,21)	9,59* (5,63)	33,90 (2604,56)	-43,18 (55,47)	9,45 (5,71)
Konstante	-718,79 (5163,30)	579,72*** (151,33)	1,71 (5,06)	7126,66 (4716,13)	786,34*** (100,94)	-8,17 (10,61)	-778,39 (6536,76)	655,64*** (177,38)	-14,91 (11,50)
Beobachtungen	232	232	232	232	232	232	232	232	232
R <sup>2</sup>	0,02	0,04	0,01	0,00	0,03	0,12	0,02	0,04	0,13

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A53: **Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag	9086,71 (6386,23)	165,83 (188,49)	6,95 (6,33)				9104,51 (6413,48)	168,04 (188,30)	6,50 (6,38)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag				-362,29 (3496,74)	-51,57 (86,03)	10,91* (5,97)	-426,31 (3596,98)	-52,76 (87,22)	10,87* (6,08)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre, 3 Jahre Lag	-578,53 (2802,85)	114,57 (92,60)	-4,22 (3,87)	-1234,03 (3013,04)	98,20 (95,15)	-3,62 (3,14)	-619,15 (2830,09)	109,54 (94,92)	-3,19 (3,06)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre, 3 Jahre Lag	1168,08 (3669,80)	13,25 (90,16)	1,67 (6,78)	1369,78 (4753,48)	41,33 (119,57)	-4,25 (5,15)	1399,40 (4746,11)	41,88 (119,01)	-4,23 (5,17)
Arbeitslosenquote (%, relativ), 3 Jahre Lag	-36,20 (640,77)	-5,29 (20,42)	0,50 (0,89)	277,61 (537,89)	2,38 (18,21)	0,25 (0,55)	-18,32 (645,71)	-3,08 (21,27)	0,04 (0,58)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule, 3 Jahre Lag	-478,95 (1704,51)	-19,02 (50,97)	1,90 (2,55)	-243,96 (1651,83)	-14,27 (50,93)	1,97 (2,26)	-475,03 (1714,03)	-18,53 (51,38)	1,80 (2,34)
Bevölkerungsanteil Hochschule, 3 Jahre Lag	-724,04 (2808,93)	24,35 (56,74)	-0,90 (2,38)	-512,25 (2905,33)	27,19 (58,35)	-0,48 (2,52)	-734,18 (2833,56)	23,10 (56,44)	-0,64 (2,48)
Konstante	16667,00 (50544,25)	-1181,51 (1829,40)	24,08 (63,26)	22342,66 (52001,11)	-1180,62 (1870,08)	53,98 (61,12)	15680,60 (51296,59)	-1303,57 (1859,64)	49,23 (61,36)
Beobachtungen	232	232	232	232	232	232	232	232	232
R <sup>2</sup>	0,02	0,05	0,04	0,00	0,04	0,14	0,02	0,05	0,15

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A54: **Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von drei Jahren, mit Kontrollvariablen, ohne Wien**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag	8227,12** (3989,66)	213,48 (161,62)	9,61* (4,86)				9040,63** (4074,05)	234,51 (161,95)	10,29** (4,76)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, 3 Jahre Lag				-6545,01 (5623,78)	-169,09 (181,19)	-5,26 (4,24)	-7264,47 (5885,16)	-187,75 (184,17)	-6,08 (4,61)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre, 3 Jahre Lag	2521,32 (2712,96)	188,75 (129,11)	0,15 (2,90)	3060,39 (2728,87)	202,65 (130,33)	0,51 (2,92)	3378,92 (2701,49)	210,91 (129,57)	0,87 (2,89)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre, 3 Jahre Lag	-1125,79 (2817,43)	5,62 (124,54)	-4,30 (3,05)	-197,88 (3112,12)	29,62 (131,45)	-3,48 (3,17)	-349,78 (3019,35)	25,68 (130,15)	-3,65 (3,07)
Arbeitslosenquote (%, relativ) , 3 Jahre Lag	-676,33 (428,85)	-16,52 (19,60)	-0,79* (0,42)	-394,93 (402,56)	-9,21 (18,12)	-0,44 (0,44)	-767,06* (440,06)	-18,86 (20,01)	-0,86** (0,42)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule, 3 Jahre Lag	-1341,27 (1113,23)	-43,42 (50,65)	-0,87 (1,50)	-998,24 (1112,02)	-34,52 (50,75)	-0,46 (1,44)	-1384,52 (1105,85)	-44,54 (50,55)	-0,90 (1,49)
Bevölkerungsanteil Hochschule, 3 Jahre Lag	3842,68* (2021,72)	112,23 (79,62)	4,09** (1,89)	3161,76 (1946,49)	94,59 (78,93)	3,38* (1,88)	3626,89* (1955,89)	106,65 (79,36)	3,91** (1,87)
Konstante	-53636,09 (55356,93)	-2912,15 (2398,94)	1,20 (48,12)	-52140,95 (56887,26)	-2872,77 (2465,00)	4,82 (49,23)	-60022,79 (55914,62)	-3077,21 (2434,04)	-4,15 (46,93)
Beobachtungen	186	186	186	186	186	186	186	186	186
R <sup>2</sup>	0,08	0,10	0,10	0,07	0,10	0,07	0,11	0,12	0,12

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A55: **Chronische ACSC, mit zeitlicher Verzögerung von 3 Jahren, ohne Wien**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner: innen, 3 Jahre Lag	4796,79 (3676,92)	121,36 (150,59)	6,21 (4,90)				5244,30 (3637,03)	131,30 (150,34)	6,66 (4,78)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner: innen, 3 Jahre Lag				-6276,73 (5099,12)	-138,64 (172,65)	-6,20 (3,91)	-6560,39 (5247,28)	-145,74 (174,46)	-6,56 (4,15)
Konstante									
Beobachtungen	2186,06 (3094,54)	578,73*** (126,07)	3,61 (4,09)	14204,46** (6427,79)	857,15*** (218,48)	16,72*** (4,92)	10153,14 (6968,18)	755,72*** (257,80)	11,57* (6,17)

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A56: **Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	1450,31* (839,83)	-12,34 (26,00)	2,91* (1,61)				1149,37 (1081,94)	-12,07 (29,60)	2,43 (1,75)
Mittelwert Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-4018,03*** (1383,26)	-194,35** (82,83)	-2,37 (2,01)				-10535,72*** (3782,07)	-522,74** (236,13)	-5,79** (2,61)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				248,16 (852,44)	-5,19 (18,58)	0,33 (2,89)	245,04 (861,63)	-2,34 (21,11)	0,21 (2,79)
Mittelwert Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-523,70 (897,19)	-23,10 (18,98)	-0,11 (3,19)	1067,06 (1038,21)	66,21 (41,62)	0,54 (2,99)
Konstante	10378,11*** (1175,76)	863,91*** (77,01)	11,19*** (0,66)	8496,84*** (635,07)	724,39*** (40,54)	11,26*** (0,56)	14275,59*** (2410,91)	1050,40*** (150,32)	13,41*** (1,26)
Beobachtungen	580	580	580	580	580	580	580	580	580
Within-R <sup>2</sup>	0,01	0,05	0,05	0,01	0,05	0,04	0,01	0,05	0,05
Overall-R <sup>2</sup>	0,04	0,07	0,04	0,02	0,04	0,05	0,08	0,09	0,07

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A57: **Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1000 Einwohner:innen	314,40 (1432,50)	-18,43 (32,36)	-1,00 (1,73)				1331,34 (1513,43)	-2,81 (36,32)	0,67 (2,23)
Mittelwert Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-979,55 (1782,51)	-108,12 (66,94)	1,79 (2,25)				192,07 (2685,67)	48,99 (198,82)	0,73 (2,74)
Fachärzt:innen je 1000 Einwohner:innen				-1536,11 (1015,09)	-30,58 (22,39)	-3,62* (1,96)	-1915,84** (932,95)	-30,38 (23,70)	-4,02** (2,00)
				1469,33	4,97	3,98*	1588,12	-2,82	4,16*

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Mittelwert Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				(1061,89)	(27,25)	(2,16)	(1086,85)	(51,01)	(2,14)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	4809,51*** (1853,33)	102,40* (58,05)	2,56 (1,59)	4789,31*** (1839,29)	104,34* (58,13)	2,79* (1,60)	4924,01*** (1855,57)	104,13* (58,19)	2,86* (1,63)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	2960,20* (1632,32)	26,45 (38,04)	2,78 (2,01)	3538,04** (1609,75)	37,00 (39,80)	3,83** (1,64)	3656,64** (1623,82)	37,18 (39,76)	4,00** (1,62)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	1185,94** (494,47)	9,77 (12,85)	0,99** (0,49)	1199,12** (491,79)	9,43 (12,72)	1,04** (0,47)	1169,22** (497,05)	9,49 (12,85)	1,02** (0,48)
Bevölkerungsantei I Pflichtschule	1238,99* (671,36)	31,71 (21,68)	-0,14 (0,65)	1198,44* (668,63)	32,22 (21,78)	-0,13 (0,64)	1274,03* (677,91)	32,20 (21,85)	-0,09 (0,65)
Bevölkerungsantei I Hochschule	1644,75* (846,15)	36,62* (18,91)	0,97 (0,87)	1675,30* (856,39)	38,58** (18,63)	1,21 (0,87)	1729,01** (878,42)	38,46** (19,24)	1,23 (0,88)
Mittelwert Bevölkerung unter 14 Jahre	-3489,65* (1911,91)	1,97 (64,22)	-2,48 (1,66)	-3494,65* (1897,25)	1,82 (64,59)	-2,81* (1,68)	-3609,82* (1910,37)	3,05 (64,39)	-2,87* (1,71)
Mittelwert Bevölkerung über 75 Jahre	-2812,00* (1658,20)	-3,93 (45,25)	-2,91 (1,96)	-3408,15** (1635,13)	-15,88 (48,18)	-4,00** (1,60)	-3581,85** (1658,42)	-17,51 (47,02)	-4,22*** (1,60)
Mittelwert Arbeitslosenquote (%, relativ)	-380,81 (520,69)	-11,80 (24,34)	-0,27 (0,52)	-403,72 (512,47)	-11,71 (24,32)	-0,33 (0,49)	-360,39 (515,94)	-11,28 (24,17)	-0,30 (0,51)
Mittelwert Bevölkerungsantei I Pflichtschule	-1061,47 (665,91)	2,35 (24,35)	0,02 (0,62)	-1019,22 (661,66)	2,87 (24,84)	-0,02 (0,61)	-1090,73 (673,93)	3,03 (25,08)	-0,06 (0,62)
Mittelwert Bevölkerungsantei I Hochschule	-1655,61* (869,34)	-25,74 (20,73)	-1,03 (0,89)	-1682,63* (890,16)	-26,45 (20,99)	-1,30 (0,89)	-1738,96* (912,31)	-26,34 (21,63)	-1,33 (0,90)
Konstante	-19061,67** (7758,62)	-1561,06*** (560,22)	8,86* (4,63)	-19110,05** (8246,09)	-1679,38*** (607,13)	11,66** (5,41)	-19822,00** (8789,06)	-1712,46** (672,88)	11,04** (5,39)
Beobachtungen	464	464	464	464	464	464	464	464	464
Within-R <sup>2</sup>	0,03	0,05	0,07	0,03	0,05	0,08	0,03	0,05	0,09
Overall-R <sup>2</sup>	0,41	0,32	0,24	0,41	0,33	0,25	0,42	0,33	0,25

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Übersicht A58: **Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, mit Kontrollvariablen, ohne Wien**

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1000 Einwohner:innen	5,80 (2429,57)	-30,70 (99,76)	-2,99 (3,13)				-1552,60 (2320,11)	-56,96 (98,01)	-2,89 (3,11)
Mittelwert Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	-3174,49 (4097,81)	-480,99* (280,01)	6,39* (3,61)				4446,79 (3932,60)	110,36 (334,35)	6,60* (3,84)
Fachärzt:innen je 1000 Einwohner:innen				-1940,96 (1590,29)	-5,36 (66,82)	-3,49* (1,79)	-2065,69 (1613,60)	-3,81 (65,12)	-4,01** (1,89)
Mittelwert Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				-356,89 (1888,39)	-247,59*** (94,19)	4,13* (2,12)	-608,13 (2018,95)	-256,89** (110,01)	4,16* (2,19)
Anteil Bevölkerung unter 14 Jahre	1316,12 (1615,65)	96,64 (79,39)	0,25 (1,45)	1283,82 (1618,16)	94,26 (82,01)	0,54 (1,49)	1331,21 (1633,63)	94,54 (82,34)	0,68 (1,53)
Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	2249,41** (952,63)	61,46 (38,95)	3,94** (1,60)	2753,34*** (1031,63)	67,76 (41,22)	4,07** (1,65)	2844,53*** (1026,33)	66,11 (41,32)	4,46*** (1,68)
Arbeitslosenquote (%, relativ)	445,53 (314,65)	-5,43 (11,94)	0,93* (0,49)	341,24 (307,09)	-7,01 (11,37)	0,81 (0,50)	381,43 (313,73)	-5,62 (11,69)	0,89* (0,50)
Bevölkerungsanteil Pflichtschule	34,15 (374,63)	-9,73 (22,70)	-0,71 (0,57)	66,04 (387,03)	-9,13 (22,69)	-0,64 (0,56)	77,50 (395,58)	-8,76 (22,96)	-0,68 (0,56)
Bevölkerungsanteil Hochschule	-134,89 (584,01)	13,93 (32,87)	-0,25 (0,68)	-452,78 (544,33)	8,77 (32,52)	-0,23 (0,67)	-464,64 (547,95)	8,58 (32,63)	-0,22 (0,69)
Mittelwert Bevölkerung unter 14 Jahre	-734,71 (1795,66)	-90,51 (101,00)	0,36 (1,57)	-659,57 (1781,77)	-79,82 (96,71)	-0,02 (1,62)	-692,90 (1783,70)	-79,43 (96,29)	-0,14 (1,66)
Mittelwert Bevölkerung über 75 Jahre	-2181,73** (1059,29)	-99,06 (64,34)	-3,45** (1,56)	-2588,47** (1236,96)	-101,70 (67,62)	-3,52** (1,60)	-2784,11** (1226,71)	-101,50 (64,61)	-4,03** (1,68)
Mittelwert Arbeitslosenquote (%, relativ)	-116,07 (420,44)	13,42 (27,53)	-0,57 (0,49)	131,67 (406,42)	30,17 (25,63)	-0,44 (0,48)	87,97 (423,89)	28,69 (26,33)	-0,53 (0,50)
Mittelwert Bevölkerungsanteil Pflichtschule	64,85 (377,96)	29,85 (22,89)	0,64 (0,55)	152,62 (394,85)	42,18* (23,60)	0,53 (0,54)	150,08 (400,52)	42,08* (23,82)	0,59 (0,55)
Mittelwert Bevölkerungsanteil Hochschule	488,81 (623,33)	24,39 (35,21)	0,23 (0,72)	1019,96* (582,38)	49,20 (35,86)	0,21 (0,73)	1018,60* (583,39)	49,24 (35,81)	0,18 (0,75)

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Konstante	-7599,65 (13688,27)	470,33 (1338,08)	-6,58 (7,99)	-14694,32 (13037,79)	-367,06 (1246,76)	-3,22 (8,67)	-15789,30 (13406,84)	-400,12 (1275,72)	-4,78 (7,85)
Beobachtungen	372	372	372	372	372	372	372	372	372
Within-R <sup>2</sup>	0,03	0,07	0,11	0,03	0,07	0,11	0,03	0,07	0,12
Overall-R <sup>2</sup>	0,25	0,32	0,15	0,33	0,42	0,14	0,34	0,42	0,16

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

### Übersicht A59: Chronische ACSC, Mundlak, ohne zeitliche Verzögerung, ohne Wien

	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer	Chronisch - Summe/Tage	Chronisch - Einlieferungen	Chronisch - Ø Dauer
Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	160,44 (1640,42)	-44,12 (80,56)	-2,67 (2,41)				446,96 (1578,94)	-44,02 (80,27)	-2,54 (2,50)
Mittelwert - Allgemeinärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen	1300,78 (3545,65)	7,94 (344,81)	5,61** (2,50)				-1311,06 (3924,57)	-258,57 (356,47)	5,24* (3,03)
Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				374,54 (1395,81)	62,68 (55,01)	-2,02 (1,82)	374,98 (1391,20)	64,49 (54,20)	-2,23 (1,81)
Mittelwert - Fachärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen				173,80 (1395,80)	-26,81 (80,78)	2,59 (2,03)	297,18 (1420,58)	11,29 (79,05)	2,41 (2,06)
Konstante	5807,16** (2620,53)	687,55** (271,61)	8,29*** (0,96)	6356,24*** (842,26)	611,00*** (79,63)	10,15*** (0,47)	6941,92*** (2563,90)	818,30*** (258,50)	8,32*** (1,05)
Beobachtungen	465	465	465	465	465	465	465	465	465
Within-R <sup>2</sup>	0,02	0,05	0,08	0,02	0,05	0,08	0,02	0,05	0,08
Overall-R <sup>2</sup>	0,01	0,00	0,09	0,02	0,01	0,08	0,02	0,02	0,09

Q: WIFO. Standardfehler in Klammern.\* p < 0,10; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.