POSITIONSPAPIER

Konzept der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der ÖÄK



11.11.2026

AUF EINEN BLICK

Kurzfassung

Die Reformpartnerschaft von Bund, Ländern, Städten und Gemeinden hat im Sommer 2026 beschlossen, die fachärztliche Versorgung zwischen Primärversorgung und Spital neu aufzustellen. Rund 75 Gesundheitsversorgungszentren mit mehreren Fachrichtungen sollen bis 2040 entstehen, die ersten spätestens 2029. Für sie soll erstmals ein gemeinsamer Finanzierungstopf von Bund, Ländern und Sozialversicherung kommen.

Diese Entwicklung wird seitens der Bundeskurie niedergelassene Ärzte und der Bundessektion Fachärzte der Österreichischen Ärztekammer begrüßt.

Versorgung: Facharztzentren (FZE) als zusätzliche Versorgungsstruktur zwischen bestehender niedergelassener Primär- und Facharztversorgung und stationärer Versorgung erweitern das bestehende Netz der fachärztlichen Versorgung. Sie werden nicht konkurrenzierend zur bestehenden niedergelassenen fachärztlichen Versorgung etabliert.

Vorteil: mehrere Fachrichtungen, längere Öffnungszeiten, Diagnostik und Therapie an einem Ort, als Sachleistung für die Patienten. Die jetzt zum Teil fehlenden Termine, die zu einer Verlagerung der Leistungen in dafür nicht vorgesehene und strukturell teurere Ambulanzen der Spitäler führen werden bedarfsgerecht erweitert.

Organisationsformen: fachgleiche sowie multicolore Gruppenpraxen oder Ambulatorien, wobei bei Ausschreibung und Auswahl ein Vorrang der Trägerschaft durch Ärztinnen und Ärzten (vgl. PrimVG) zu geben ist, was das Betriebsrisiko der öffentlichen Hand minimiert und garantiert, dass medizinische Entscheidungen ausschließlich nach medizinischen Forderungen fallen. Ambulatorien in der Trägerschaft von NonProfitorganisationen/Gemeinnützigkeit.

Finanzierung: Bund, Land und Sozialversicherung zahlen in einen regionalen Versorgungstopf ein. Das Geld folgt der Leistung, statt an Sektorgrenzen zu enden.

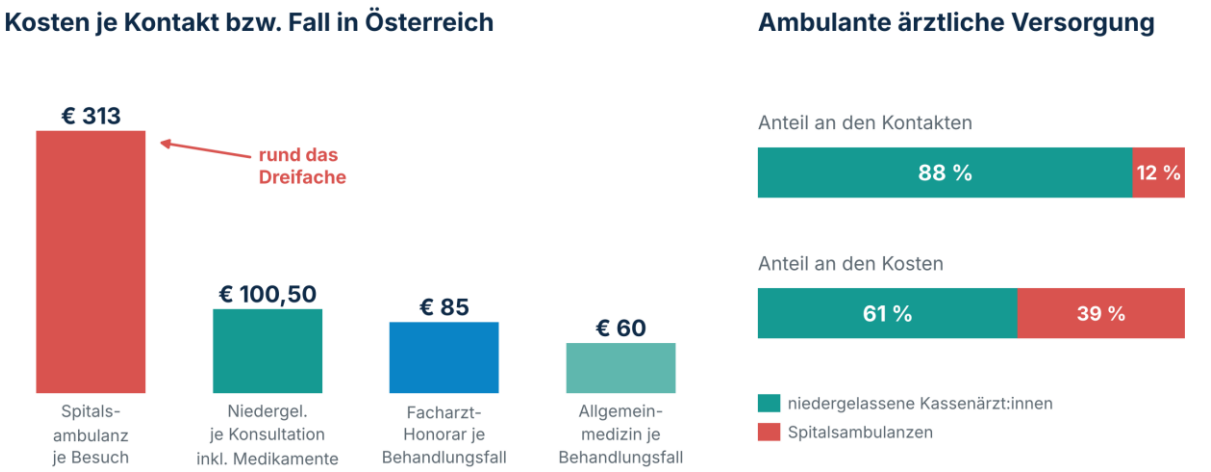
Steuerung: Gesteuert wird über die Bundes- und Landes-Zielsteuerung, in die die Ärztekammern auf Bundes- und Landesebene verbindlich einzubinden sind. Standorte und Leistungsaufträge kommen aus dem RSG, die Honorierung erfolgt über einen Gesamtvertrag.

Honorierung: Leistungen werden entsprechend einem modernen Leistungskatalog honoriert, um dem Monopolzahler ein entsprechendes Verhandlungsgegenüber zu garantieren, ist ein Gesamtvertrag für Facharztzentren erforderlich.

Anbietervielfalt wird gewahrt: Keine marktbeherrschende Stellung, vgl § 338 (2) ASVG und keine finanziellen Benachteiligungen für bestehende Leistungsanbieter.

Warum sich das für die Zahler rechnet

Ein Besuch in der Spitalsambulanz kostet im Schnitt rund 313 Euro, eine Konsultation im niedergelassenen Bereich einschließlich Medikamenten rund 100 Euro. Das fachärztliche Honorar je Behandlungsfall liegt bei rund 85 Euro, in der Allgemeinmedizin bei rund 60 Euro. Niedergelassene Kassenärztinnen und Kassenärzte leisten rund 88 % der ambulanten ärztlichen Kontakte und verursachen dafür rund 61 % der Kosten.



Quelle: WKO Wien/Biach (2023), Spitalswerte nach ÜREG 2022; niedergelassene Werte als Durchschnitt der sozialen Krankenversicherung. Gerundet, nicht 1:1 vergleichbar.

Abb. 1 Kosteneffizienz: Fall im niedergelassenen Bereich und in der Spitalsambulanz

Die Werte sind nicht 1:1 vergleichbar: Spitalsambulanzen tragen Notfälle, komplexere Fälle und Vorhaltekosten rund um die Uhr, und ein Behandlungsfall umfasst oft mehrere Kontakte. Die Größenordnung zeigt aber, wo der Hebel liegt: in der richtigen Zuordnung der Leistung. Laut Studienlage wären bis zu 60 % der Patientinnen und Patienten, die ohne Zuweisung in die Spitalsambulanz kommen, im niedergelassenen Bereich gleich gut oder besser versorgt.

1 Ausgangslage

Mit der Einigung der Reformpartnerschaft vom 30. Juni auf den 1. Juli 2026 ist die Richtung vorgegeben. Die Zahl der Primärversorgungseinheiten soll von rund 120 auf 600 steigen. Österreichweit sind rund 75 Gesundheitsversorgungszentren angepeilt, in denen Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten. Für diese Zentren soll die „Finanzierung aus einer Hand“ kommen: Bund, Länder und Sozialversicherung zahlen in einen gemeinsamen Topf ein. Die Spitäler bleiben bei den Ländern; Teilversorgungsspitäler sollen als ambulante Versorgungsstandorte weitergeführt werden.

Offen ist, wer diese Zentren trägt und betreibt. Im Raum steht ein Modell, in dem Länder und Sozialversicherung selbst als Träger und Betreiber auftreten und Fachärztinnen und Fachärzte dort angestellt sind. Damit entstünde neben den bestehenden Ordinationen, Gruppenpraxen und Ambulatorien eine zweite, öffentlich betriebene Parallelstruktur, mit eigenen Investitions-, Personal- und Vorhaltekosten und dem Risiko, dass Betriebsabgänge wieder bei der öffentlichen Hand landen.

Warum ärztlich geführte Einheiten effizient arbeiten

Die Effizienz ärztlich geführter Einheiten entsteht nicht durch niedrigere Gehälter. Sie entsteht dadurch, wer Investitionen, Fixkosten und Auslastungsrisiko trägt, und dadurch, dass die öffentliche Hand nur für tatsächlich erbrachte Leistungen bezahlt. Folgende Mechanismen wirken zusammen:

1. **Fixkosten liegen beim Träger, nicht beim Haushalt.** Räume, Geräte, Personal, Investitionen und Vertretung finanzieren die ärztlichen Gesellschafter. Die Sozialversicherung bezahlt das Honorar je Leistung. Bei der Spitalsambulanz tragen dagegen Land und Landesgesundheitsfonds Infrastruktur und Defizit, bei einem öffentlich getragenen Ambulatorium landen diese Kosten im Haushalt des Trägers.
2. **Keine Dienstgeberlasten für die öffentliche Hand.** Zu den Spitalsarztgehältern kommen Dienstgeberabgaben sowie Anteile an Infrastruktur, Pflege und Verwaltung dazu. Ein öffentlich getragenes Ambulatorium muss mit den Spitalsarztgehältern konkurrieren und trägt zusätzlich Errichtung, Ausstattung, ärztliche Leitung und Anstaltsorganisation.
3. **Schlanke Organisation.** Entscheidungen über Abläufe, Termine und Investitionen fallen kurz und vor Ort. Arbeitsteilung im Team und gemeinsam genutzte Geräte erhöhen die Zahl qualitätsgesicherter Behandlungen je Arztstunde.
4. **Fehlplanung kostet die öffentliche Hand nichts.** Leerstand, Fehlinvestitionen und Ausfälle tragen die Gesellschafter. Öffentlich getragene Strukturen brauchen dagegen mehrjährige Budgetzusagen aus Haushalten, die schon heute unter Druck stehen. Ärztlich getragene Strukturen brauchen vor allem Planungssicherheit im Vertrag.

> **Vollkostenrechnung:** Pauschale Aussagen wie „angestellt ist immer teurer“ sind nicht belegt. Entscheidend sind Auslastung, Produktivität und die Frage, wer die Fixkosten trägt. Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte schlägt deshalb vor, in den Pilotprojekten eine echte Vollkostenrechnung je Leistungsbündel durchzuführen.

Warum gehandelt werden muss

Die laufenden Gesundheitsausgaben lagen 2025 bei 61,3 Mrd. Euro, das sind 11,9 % des BIP. Am stärksten gewachsen ist der spitalsambulante Bereich: zwischen 2015 und 2024 um 143,5 % auf 4,8 Mrd. Euro, deutlich stärker als der niedergelassene Bereich (+63,0 % auf 11,8 Mrd. Euro) und der stationäre Bereich (+53,4 % auf

18,4 Mrd. Euro). Viele Leistungen, die wohnortnah und ambulant erbracht werden könnten, landen damit im kostenintensivsten Setting.

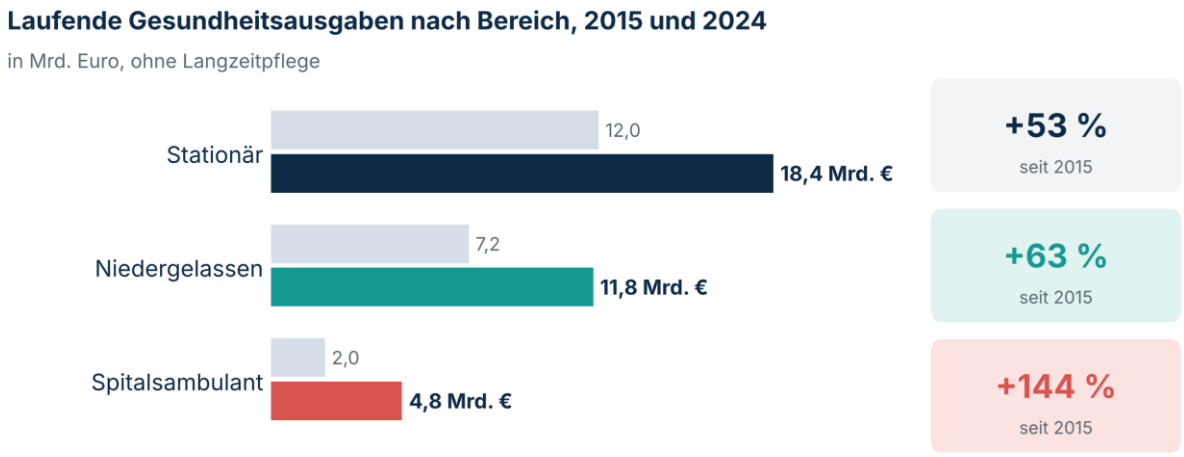


Abb. 3 Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Bereich

Rechnungshof, Fiskalrat und Budgetdienst des Parlaments kommen 2026 übereinstimmend zum selben Befund: Planung, Steuerung und Finanzierung liegen bei unterschiedlichen Akteuren, die Finanzierungsanreize sind ungünstig, und es fehlen Steuerungsdaten. Der Fiskalrat empfiehlt „Finanzierung und Planung aus einer Hand“ und mehr Ambulantisierung.

2 Grundposition

Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte und die Bundessektion Fachärzte bekennen sich zur Weiterentwicklung der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Facharztzentren können wesentlich beitragen zur Versorgungssicherheit, zur patientenzentrierten Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen, zu längeren Öffnungszeiten, zur gemeinsamen Nutzung von Infrastruktur und Personal sowie zur Entlastung der Spitalsambulanzen.

Entscheidend ist die systemische Zuordnung. Das Facharztzentrum soll keine neue Form eines Kassen- oder Landesambulatoriums sein, sondern zusätzlich zur bestehenden niedergelassenen Kassenvertragsfacharztversorgung eine eigenständige Organisationsform der niedergelassenen Versorgung. Der Leitsatz lautet:

> **Öffentlich finanziert. Ärztlich geführt. Gemeinsam gesteuert.**
>
> Die öffentliche Hand und die Sozialversicherung tragen die Verantwortung für Planung, Finanzierung und Ergebnis. Den Betrieb müssen sie dafür nicht selbst übernehmen.

3 Leitbild des Facharztzentrums

Das Facharztzentrum ist das fachärztliche Gegenstück und die Ergänzung zur Primärversorgungseinheit. Während in der Primärversorgungseinheit Allgemeinmedizin und Familienmedizin den medizinischen Kern bilden und weitere Gesundheitsberufe sowie gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte eingebunden werden können, liegt der Kern des FZE bei einer oder mehreren fachärztlichen Disziplinen.

Facharztzentren können fachgleich oder fachübergreifend ausgestaltet sein. Sie sollen an einem Standort organisiert werden, die Möglichkeit von regionalen Netzwerken soll, sofern zweckmäßig, aber durchaus auch bestehen. Sie arbeiten auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes und können selbständig tätige sowie angestellte Ärztinnen und Ärzte einbinden.

Sie werden nicht konkurrenzierend oder ersetzend zur bestehenden medizinischen Versorgung eingerichtet.

Besonders geeignet sind Facharztzentren, in denen Patientinnen und Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild strukturiert und fachübergreifend betreut werden, etwa Schmerzzentren, Zentren für Stoffwechselerkrankungen oder Demenzzentren.

Erweitertes Facharztzentrum

Neben dem klassischen Facharztzentrum soll das Gesetz ausdrücklich das „Erweiterte Facharztzentrum“ vorsehen. Darin können Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Familienmedizin als gleichwertige Partnerinnen und Partner oder angestellt mitwirken und innerhalb ihres Kompetenzbereiches Leistungen erbringen.

So entsteht eine spiegelbildliche Struktur zur Primärversorgungseinheit: In der PVE bildet die Allgemeinmedizin den Kern und kann um fachärztliche Leistungen ergänzt werden; im erweiterten FZE bildet die fachärztliche Versorgung den Kern und kann um Allgemeinmedizin ergänzt werden.

4 Ärztliche Trägerschaft und Leitung

Vorrangiges Organisationsmodell ist die ärztliche Trägerschaft. Als Träger kommen in erster Linie ärztliche Gruppenpraxen in Betracht. Die Anstellung von Fachärztinnen und Fachärzten wird ausdrücklich ermöglicht.

Warum ärztliche Trägerschaft im Interesse von Patienten und Zahlern liegt

- **Patientensicherheit:** Medizinische Entscheidungen fallen ausschließlich nach medizinisch-fachlichen Kriterien.
- **Kein Betriebsrisiko für die öffentliche Hand:** Investitionen, Personal und Organisation verantworten die Träger. Die öffentliche Hand kauft definierte Leistungen ein, statt Betriebsabgänge zu decken.
- **Kontinuität:** Patientinnen und Patienten haben ihre vertrauten Ärztinnen und Ärzte, die im Team arbeiten.
- **Mehr Kassenversorgung:** Das Modell öffnet z.B. Fachärztinnen und Fachärzten, die heute als Wahlärzte tätig sind, aber auch dzt. noch angestellten Ärzten einen attraktiven Weg in die Kassenversorgung, das Sachleistungsangebot kann auch durch Teilkassenverträge ausgebaut werden.

5 Nutzen für die Bevölkerung

Für Patientinnen und Patienten zählt, dass sie rasch, wohnortnah und auf Sachleistungsbasis die richtige fachärztliche Versorgung erhalten. Das Facharztzentrum ist darauf ausgerichtet:



Abb. 5 Nutzen für Patientinnen und Patienten

- **Kürzere Wartezeiten** durch gebündelte Kapazitäten mehrerer Fachärztinnen und Fachärzte und ein gemeinsames Terminmanagement.
- **Längere Öffnungszeiten** durch Arbeitsteilung im Team, auch an Tagesrandzeiten.
- **Alles an einem Ort:** Befund, Diagnostik und Therapie, oft an einem Tag. Das spart Wege, Zeit und Doppeluntersuchungen.
- **Wohnortnah statt Spitalsambulanz:** Wer kein Spital braucht, wird im Zentrum versorgt. Die Spitalsambulanzen bleiben frei für Notfälle und komplexe Fälle.
- **Kassenleistung :** Mehr fachärztliche Versorgung im Kassensystem bedeutet weniger Ausweichen zu Wahlärztinnen und Wahlärzten.
- **Bessere Betreuung chronisch Kranker** in syndrombezogenen Zentren mit strukturierter, fachübergreifender Langzeitbetreuung.
- **Digitale Vernetzung:** Befunde fließen elektronisch zwischen Zentrum, Hausärztin oder Hausarzt, ngl. Facharzt und Spital; Telemedizin ergänzt den persönlichen Kontakt.
- **Freie Arztwahl bleibt:** Die Behandlung in einer Einzelordination außerhalb eines Zentrums bleibt jederzeit möglich.

6 Nutzen für die Zahler

Sozialversicherung, Land und Bund finanzieren die Versorgung gemeinsam. Für sie bietet das Modell Planbarkeit und eine bessere Verwendung der Mittel:

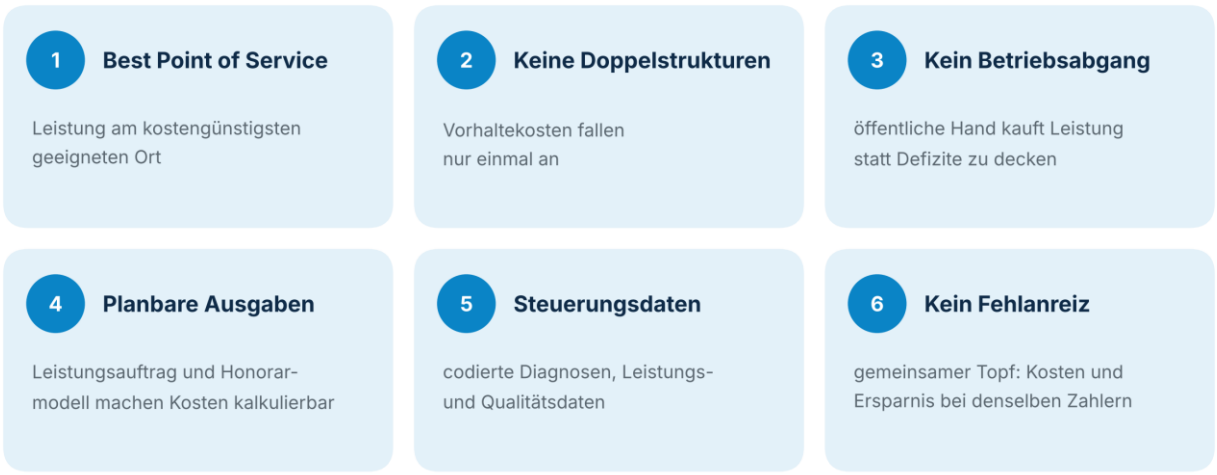


Abb. 6 Nutzen für Sozialversicherung, Land und Bund

- **Best Point of Service:** Leistungen werden am kostengünstigsten geeigneten Ort erbracht. Ein Spitalsambulanzbesuch kostet im Schnitt rund dreimal so viel wie eine niedergelassene Konsultation; jeder Fall, der stattdessen im Zentrum versorgt wird, entlastet das teuerste Versorgungssetting.
- **Keine Doppelstrukturen:** Es entsteht keine zweite, öffentlich betriebene Struktur neben Facharztordinationen und Ambulatorien; Vorhaltekosten fallen nur einmal an.
- **Kein Betriebsabgang:** Die öffentliche Hand finanziert definierte Leistungen und gezielte Anschubförderungen, nicht den laufenden Betrieb und dessen Defizite.
- **Planbare Ausgaben:** Leistungsauftrag und Honorierungsmodell machen die Kosten kalkulierbar und vergleichbar.
- **Steuerungsdaten:** Codierte Diagnosen, Leistungs- und Qualitätsdaten schaffen die Transparenz, deren Fehlen der Rechnungshof kritisiert.
- **Vorhandene Gebäude nutzen:** Standorte von Teilversorgungsspitälern, die künftig ambulant geführt werden, eignen sich als Standorte für Facharztzentren.
- **Kein Fehlanreiz mehr:** Mit dem gemeinsamen Topf tragen dieselben Zahler die Kosten der Verlagerung und erhalten die Ersparnis. Heute trägt die Sozialversicherung die Mehrkosten im niedergelassenen Bereich, während die Ersparnis über sinkende Betriebsabgänge bei den Ländern anfällt.

7 Finanzierung: vom Zwei-Hände-System zum gemeinsamen Topf

Heute: zwei Hände, getrennte Kassen

Die öffentliche Gesundheitsfinanzierung in Österreich fließt in zwei weitgehend getrennten Strömen. Die Sozialversicherung finanziert mit 25,5 Mrd. Euro rund die Hälfte der laufenden Gesundheitsausgaben, darunter die niedergelassene Versorgung. Bund, Länder und Gemeinden finanzieren 12,0 Mrd. Euro, davon fließen 85 % in die stationäre und spitalsambulante Versorgung (jeweils 2024, ohne Langzeitpflege).

Die beiden Ströme sind nur über starre Mechanismen verbunden. Der Pauschalbeitrag der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds betrug 2024 rund 7,6 Mrd. Euro; seine Aufteilung auf die Länder folgt fixen Prozentsätzen, die seit 1997 unverändert sind. Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ wird damit nur eingeschränkt umgesetzt. Wer eine Leistung aus dem Spital in den niedergelassenen Bereich verlagert, verschiebt die Kosten zur Sozialversicherung, während die Ersparnis beim Spitalsträger anfällt. Beide Seiten haben so wenig Anreiz, die Verlagerung voranzutreiben.

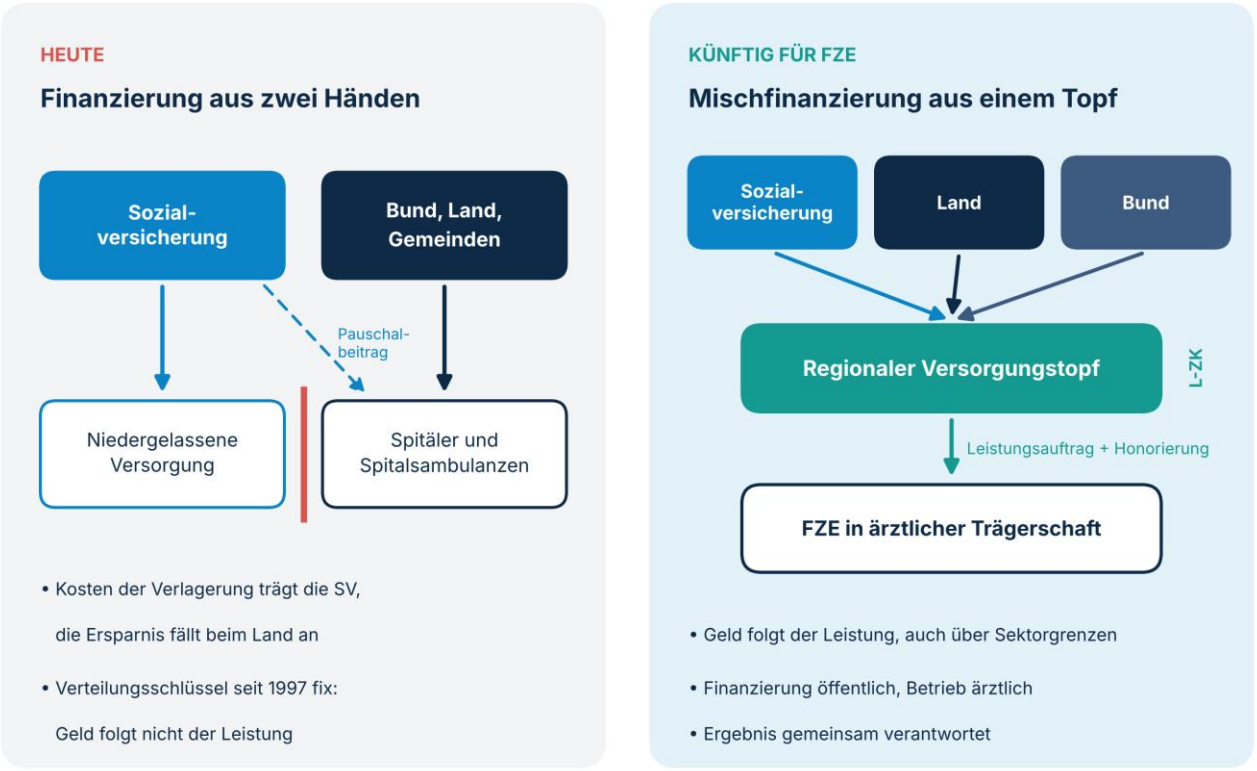


Abb. 7 Von zwei getrennten Finanzierungsströmen zu einem regionalen Versorgungstopf

Künftig: Mischmodell aus Beiträgen und Steuern

Österreich ist bereits ein Mischsystem: Die Krankenversicherung ist beitragsfinanziert (Bismarck-Prinzip), die Spitäler werden zu einem großen Teil aus Steuermitteln getragen (Beveridge-Element). Das Problem ist nicht die Mischung der Quellen, sondern dass beide Mittelströme getrennt geplant und ausgegeben werden.



Abb. 8 Grundtypen der Gesundheitsfinanzierung und das Mischmodell für Facharztzentren

Für die Facharztzentren schlägt die Bundeskurie niedergelassene Ärzte vor, Teile der Mittel aus Beiträgen und Steuern in einem regionalen Versorgungstopf je Bundesland zusammenzuführen. Er wird bei der Landes-Zielsteuerung angesiedelt, beispielsweise im Landesgesundheitsfonds, und von Land und Sozialversicherung gemeinsam bewirtschaftet. In den Topf fließen:

Einzahler	Beitrag zum Versorgungstopf
Sozialversicherung	zusätzliche Mittel zum Ausbau und zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung

Einzahler	Beitrag zum Versorgungstopf
Land	Mittel aus dem spitalsambulanten Bereich in dem Ausmaß, in dem Leistungen aus den Spitalsambulanzen in Facharztzentren übergehen (Verlagerungsausgleich)
Bund	Mittel aus dem Finanzausgleich Gesundheit, der heute schon Bundesmittel für Spitalsambulanzen und den niedergelassenen Bereich vorsieht, sowie Anschub- und Investitionsförderungen

Grundsätze der Finanzierung

- **Geld folgt der Leistung:** Wenn Leistungen von der Spitalsambulanz in ein Facharztzentrum wandern, wandern die Mittel mit, nach einem transparenten Schlüssel statt nach historischen Prozentsätzen. Die Einsparung entsteht nur, wenn das Spital die frei werdende Ambulanzkapazität tatsächlich reduziert oder für Höherwertiges nutzt. Jede Verlagerung braucht daher einen verbindlichen Kapazitätsplan.
- **Trennung von Finanzierung und Betrieb:** Die Zahler betreiben keine Zentren. Förderungen von Bund, Land oder anderen öffentlichen Stellen begründen keinen Einfluss auf medizinische Entscheidungen.
- **Honorierung auf gesamtvertraglicher Grundlage:** Attraktive, gesamtvertraglich vereinbarte Honorierungsmodelle für FZE werden geschaffen. Benachteiligungen von bestehenden Strukturen müssen vermieden werden.
- **Transparent und nachhaltig:** Die Honorierung muss attraktiv sein, damit Zentren Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsberufe dauerhaft beschäftigen und die Versorgung sichern können.
- **Gemeinsame Ergebnisverantwortung:** Einsparungen im spitalsambulanten und stationären Bereich werden ausgewiesen und bei der Weiterentwicklung des Topfes berücksichtigt.

8 Steuerung über Bundes- und Landes-Zielsteuerung

Für die Steuerung braucht es keine neuen Gremien. Mit der Zielsteuerung-Gesundheit gibt es bereits ein Instrument, in dem Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam planen und entscheiden. Es wird auf die Facharztzentren angewendet:



Abb. 9 Steuerung der Facharztzentren über die bestehenden Ebenen

- **Bundesebene:** Die um Ärztekammervertreter erweiterte Bundes-Zielsteuerungskommission, in der Bund, Länder und Sozialversicherung im Einvernehmen entscheiden, legt im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im ÖSG den Rahmen fest: Versorgungsziele, Mindeststandards für Facharztzentren, Kennzahlen und den Ausgabenpfad..
- **Landesebene:** Die um Ärztekammervertreter erweiterte Landes-Zielsteuerungskommission von Land und Sozialversicherung legt im RSG Standorte, Fachrichtungen, Kapazitäten und den Leistungsauftrag jedes Zentrums fest und bewirtschaftet den regionalen Versorgungstopf.
- **Vertragsebene:** Im Gesamtvertrag zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer werden Honorierung, Stellenplan und Qualitätskriterien geregelt. Die Ärztekammer ist verbindlich einzubeziehen, denn die Umsetzung gelingt nur mit jenen, die die Versorgung tragen und wenn dem Nachfragemonopolisten ein entsprechendes Gegengewicht gegenübersteht.
- **Monitoring:** Ein jährlicher Bericht macht die Wirkung messbar: Wartezeiten, Öffnungszeiten, verlagerte Fälle, Kosten je Fall, Qualität und Patientenzufriedenheit. Die Ergebnisse fließen in die nächste Planungsrunde zurück.

Bedarfsorientierte Planung

Die Errichtung eines Facharztzentrums richtet sich nach einem nachgewiesenen regionalen Versorgungsbedarf. Facharztzentren sollen vor allem dort entstehen, wo Versorgungslücken bestehen, oder eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären und spitalsambulanten Bereich medizinisch und ökonomisch zweckmäßig ist. So werden neue Kapazitäten dort geschaffen, wo sie fehlen, und Doppelstrukturen vermieden.

9 Zusammenarbeit und Versorgungspfad

Entwicklung verbindlicher Kooperationsstrukturen von Facharztzentren mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Primärversorgungseinheiten, Spitälern, mobilen Diensten und weiteren Gesundheitsberufen. Ziel ist nicht die Bündelung der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung an ein paar wenigen Standorten, sondern eine bedarfsgerechte Erweiterung der bestehenden niedergelassenen fachärztlichen Versorgung durch zusätzliche Versorgungszentren.

Digitale Kommunikation, Telemedizin, gemeinsames Terminmanagement und strukturierte Überleitungsprozesse sind Bestandteil jedes Versorgungskonzeptes. Die freie Arztwahl und die fachärztliche Versorgung in Einzelordinationen außerhalb eines Facharztzentrums bleiben erhalten.

10 Umsetzung: Pilotregionen Steiermark und Niederösterreich

Die Steiermark bringt die Voraussetzungen für eine Pilotregion mit: Der RSG 2030 sieht drei Facharztzentren vor, die Konzepte sind weit fortgeschritten, und Land und Sozialversicherung haben bereits gemeinsame Projekte über Sektorgrenzen hinweg umgesetzt.

Die Bundeskurie und die Bundessektion Fachärzte schlagen vor, die drei Zentren als Pilotprojekte in ärztlicher Trägerschaft umzusetzen, mit einem regionalen Versorgungstopf in der Landes-Zielsteuerung, einer Laufzeit von fünf Jahren und einer begleitenden Evaluierung von Versorgungsqualität, Effizienz, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit.

> **Steirische Tradition:** Bereits 2005 hat die Ärztekammer für Steiermark mit dem Modell „Ärztezentrum“ ärztlich getragene Zentren vorgeschlagen, finanziert über den damaligen Reformpool, befristet als regionale Projekte und begleitet von einer Evaluierung. An diese Arbeit schließt das vorliegende Papier an.



Vorschlag der Kurie; Startzeitpunkt 2029 und Zielbild 2040 gemäß Reformpartnerschaft

Abb. 10 Vorgeschlagener Umsetzungsfahrplan

Erforderlicher Rechtsrahmen

- **Bundesgesetz über Facharztzentren** mit insbesondere Organisationsform, ärztlicher Leitung, Auswahlkriterien inkl. Vorrang der ärztlichen Berufsausübung .
- **Ärztegesetz und ASVG:** Anpassungen bei Kooperationsformen, Abbau unnötiger bürokratischer Vorgaben, Anstellung und Vertragspartnerrecht.
- **Art.-15a-Vereinbarungen und Finanzausgleich:** Verankerung des regionalen Versorgungstopfes und des Verlagerungsausgleichs in der Zielsteuerung und im nächsten Finanzausgleich.

- **Prüfung von Wettbewerbs- und Unionsrecht** sowie Abstimmung mit dem Primärversorgungsgesetz.

Weiters bietet sich Niederösterreich als zusätzliche Pilotregion an, zumal auch dort im RSG Facharztzentren vorgesehen sind und dort bereits 232 ärztliche Gruppenpraxen bestehen.

11 Forderungen

Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte und die Bundessektion Fachärzte richten folgende Forderungen an Bund, Länder und Sozialversicherung:

1. **Facharztzentren als Teil der niedergelassenen Versorgung:** vorrangig in ärztlicher Trägerschaft.
2. **Ein gemeinsamer regionaler Versorgungstopf** von Bund, Land und Sozialversicherung, in dem das Geld der Leistung folgt und Finanzierung und Betrieb getrennt bleiben.
3. **Steuerung über die Zielsteuerung:** Rahmen über die Bundes-Zielsteuerung, Standorte und Leistungsaufträge über die Landes-Zielsteuerung und den RSG, Honorierung über den Gesamtvertrag unter verbindlicher Einbindung der Ärztekammer.
4. **Bedarfsorientierung:** Zentren dort, wo Versorgungslücken bestehen oder Verlagerungen aus Spitalsambulanzen zweckmäßig sind.
5. **Das „Erweiterte Facharztzentrum“** als gesetzliche Organisationsform, in der auch die Allgemeinmedizin und Familienmedizin mitwirken kann.
6. **Die Steiermark sowie NÖ als Pilotregion** mit den RSG 2030 vorgesehenen Zentren und einer begleitenden Evaluierung.
7. **Bundesgesetz über Facharztzentren** mit insbesondere Organisationsform, ärztlicher Leitung, Auswahlkriterien inkl. Vorrang der ärztlichen Berufsausübung inkl. Verankerung der Finanzierung im nächsten Finanzausgleich.

Quellen

[1] Budgetdienst des Parlaments: Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems, Analyse vom 8. September 2026

[2] Statistik Austria: Gesundheitsausgaben 2025, Pressemitteilung vom 11. Juni 2026

[3] Rechnungshof: Gesundheitssystem 2040 – Reformvorschläge für Versorgungsstrukturen, Finanzierung und Steuerung, 22. Mai 2026

[4] Büro des Fiskalrates: Reformoptionen für das österreichische Gesundheitssystem, 2. Juni 2026

[5] ORF: Reformpartnerschaft – Einigung verkündet, viele Details offen, 1. Juli 2026

[6] APA / gesundheitswirtschaft.at: Gesundheitsreform – Versorgungszentren statt Einzelpraxen im Kommen, 1. Juli 2026

[7] derStandard: Erste aus gemeinsamem Topf finanzierte Facharztzentren sollen spätestens 2029 starten, 2026

[8] news.at / APA: Steiermark will „Pilotregion für Facharztzentren“ werden, 2026

[9] Biach, A. (WKO Wien): Die Lenkung von Patientenströmen – volkswirtschaftlicher Nutzen, Präsentation vom 9. November 2023 (Spitalswerte nach ÜREG 2022)

[10] Land Steiermark: 130 Millionen Euro Personalpaket für die KAGes beschlossen, Landespressedienst, Oktober 2023

[11] Ärztekammer für Steiermark: Modell Ärztezentrum, Tischauflage mit Beilage, August 2005