

Struktur der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich



Struktur der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen und Autoren:

Martin Zuba
Florian Bachner
Giorgio Carrato
Evelyn Ellmerer

Projektassistenz:

Ingrid Freiburger

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen und Autoren dar.

Diese Publikation wurde unter Nutzung von generativer künstlicher Intelligenz zur Ideengenerierung / sprachlichen Überarbeitung erstellt. Alle Inhalte wurden anschließend redaktionell geprüft; die fachliche Verantwortung liegt vollständig bei den Autorinnen und Autoren.

Wien, im Mai 2026
Im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich

Zitiervorschlag: Zuba, Martin; Bachner, Florian; Carrato, Giorgio; Ellmerer, Evelyn (2026): Struktur der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/32/5725

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Inhalt

Abbildungen	V
Tabellen.....	VI
Abkürzungen.....	IX
Executive Summary	XI
1 Einleitung	1
2 Daten und Methoden.....	3
2.1 Datenquellen.....	3
2.1.1 Krankenanstaltenverzeichnis.....	3
2.1.2 Liste der selbstständigen Ambulatorien.....	3
2.1.3 Ärzteliste und Zahnärzteliste	3
2.1.4 Diagnosen- und Leistungsdokumentation.....	4
2.1.5 Krankenanstalten-Kostenrechnung.....	4
2.1.6 Regiomed	5
2.1.7 Gesundheitsberuferegister	6
2.1.8 Hebammenverzeichnis	6
2.1.9 Liste der Therapeutinnen und Therapeuten	6
2.1.10 Bevölkerung zu Jahresanfang.....	7
2.2 Auswertungsmethodik.....	7
2.2.1 Gruppierung von ärztlichen Fachrichtungen.....	7
2.2.2 Alters- und Geschlechtsstandardisierung	8
2.2.3 Planungsrichtwerte	8
2.2.4 Effektive Erreichbarkeit: Floating-Catchment-Area-Analyse	9
3 Krankenanstalten.....	14
3.1 Überblick: Krankenanstalten in Oberösterreich	14
3.1.1 Krankenanstalten-Typen und -Standorte	14
3.1.2 Intensivmedizinische Ausstattung und Ausstattung mit diagnostischen und therapeutischen Großgeräten	18
3.1.3 Kapazitäten (Betten, ambulante Betreuungsplätze) nach Fachrichtung.....	20
3.1.4 Auslastung.....	24
3.1.5 Sonderklasse.....	29
3.2 Personal in Fondskrankenanstalten	31
3.3 Wegzeiten zu Akutkrankenanstalten.....	37
3.4 Effektiv erreichbare Versorgungsdichte im stationären Bereich	41
4 Niedergelassener Bereich	47
4.1 Selbstständige Ambulatorien	47
4.2 Primärversorgungseinheiten.....	50
4.2.1 Anzahl der Primärversorgungseinheiten.....	50
4.2.2 Versorgungswirksamkeit der Primärversorgungseinheiten.....	51
4.3 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	52
4.3.1 Ärztedichte.....	54
4.3.2 Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag	64
4.3.3 Organisationsformen	66

4.3.4	Alter und Geschlecht.....	66
4.4	Ambulante ärztliche Versorgungsdichte.....	68
4.4.1	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten im Österreich-Vergleich... 69	
4.4.2	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten nach Fachrichtung.....	70
4.4.3	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten auf Bezirksebene.....	72
4.4.4	Ärztliche Ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) im Zeitverlauf	73
4.5	Wegzeiten zur niedergelassenen Versorgung.....	75
4.6	Effektiv erreichbare Versorgungsdichte im ambulanten Bereich.....	79
4.7	Gesundheitsberufe.....	85
4.7.1	Registrierte Gesundheitsberufe	86
4.7.2	Hebammen.....	94
4.7.3	Therapeutinnen und Therapeuten.....	98
5	Exkurs: Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Oberösterreich.....	101
6	Referenzen.....	104

Abbildungen

Abbildung 1: Gewichtung der Anbieterinnen und Anbieter in der Floating-Catchment-Area-Analyse, Allgemeinmedizin.....	13
Abbildung 2: Krankenanstalten-Standorte in Oberösterreich, 2025	14
Abbildung 3: Krankenanstalten in Oberösterreich nach Typ, 2025.....	15
Abbildung 4: Akut-Krankenanstalten in Oberösterreich, 2025	16
Abbildung 5: Betten je 100.000 Einwohner:innen im Zeitverlauf nach Bundesland, 2015–2024	21
Abbildung 6: Stationäre Bettenauslastung in Prozent im Zeitverlauf	29
Abbildung 7: Median-Wegzeit zur spitalsambulanten Versorgung in Oberösterreich, 2026	40
Abbildung 8: Versorgungswirksamkeit der Primärversorgungseinheiten als Anteil aller ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten, 2024.....	52
Abbildung 9: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte in Oberösterreich je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, nach Bezirk, 2024	55
Abbildung 10: Niedergelassene Wahlärztinnen und -ärzte in Oberösterreich je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, nach Bezirk, 2024.....	56
Abbildung 11: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen nach Bezirk, österreichweit, 2024	57
Abbildung 12: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen nach Bundesland, 2024.....	58
Abbildung 13: Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag im Zeitverlauf, nach Fachrichtung	64
Abbildung 14: Anteil (Balken) und Anzahl (Label) der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte in Oberösterreich, die älter als 55 Jahre sind, nach Fachrichtung, Dezember 2024	68
Abbildung 15: ÄAVE (alle Fachrichtungen) nach Versorgungsregion, 2024	70
Abbildung 16: ÄAVE nach Fachrichtung und Versorgungsregion, 2024	72
Abbildung 17: ÄAVE im Zeitverlauf und nach Fachrichtung in Oberösterreich, 2015–2024	75
Abbildung 19: Median-Wegzeiten im Individualverkehr zur niedergelassenen fachärztlichen Versorgung (exkl. AM, ZM) im Kassensektor, 2023	77
Abbildung 20: Versorgungsdichte der Pflegeberufe je 1.000 Einwohner:innen, Bundesländervergleich	91

Tabellen

Tabelle 1: Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich, 2023	11
Tabelle 2: Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenanstalten	12
Tabelle 3: Akutkrankenanstalten zur allgemeinen Versorgung der Bevölkerung, 2025	17
Tabelle 4: Fachrichtungen der Intensivbereiche nach Krankenanstalt, 2025.....	19
Tabelle 5: Großgeräte, Ist-Stand per 31.12.2023, und Großgeräteplanung.....	20
Tabelle 6: Betten je 100.000 Einwohner:innen im Zeitverlauf nach Bundesland, 2015–2024	22
Tabelle 7: Betten nach Fachrichtungen in oberösterreichischen Akutkrankenanstalten, 2015 vs. 2024	23
Tabelle 8: Betten je 100.000 Einwohner:innen im Zeitverlauf nach Versorgungsregion, 2015–2024.....	24
Tabelle 9: Intramurale Versorgung in Akutkrankenanstalten je 100.000 Einwohner:innen, 2024.....	25
Tabelle 10: Intramurale Versorgung in Akutkrankenanstalten, 2024	26
Tabelle 11: Intramurale Versorgung nach Krankenanstaltentyp je 100.000 Einwohner:innen, 2024	27
Tabelle 12: Intramurale Versorgung nach Krankenanstaltentyp, 2024.....	27
Tabelle 13: Kennzahlen zur stationären Sonderklasse in oberösterreichischen Akutkrankenanstalten	31
Tabelle 14: Personal in Fondskrankenanstalten	32
Tabelle 15: Personal in Fondskrankenanstalten nach Krankenanstaltentyp gem. KAKuG	36
Tabelle 16: Personal-Kennzahlen in Fondskrankenanstalten nach Krankenanstaltentyp gem. KAKuG.....	37
Tabelle 17: Wegzeiten zur intramuralen Versorgung in Minuten, 2024	38
Tabelle 18: Bevölkerungsanteile nach Wegzeit zur nächstgelegenen öffentlichen Akutkrankenanstalt, Oberösterreich, 2024	40
Tabelle 19: Effektiv erreichbare Versorgungskapazität im stationären Bereich (UKH und FKA exkl. SKA Sierning) in Betten + ambulante Betreuungsplätze je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024, Teil 1/2	43
Tabelle 20: Effektiv erreichbare Versorgungskapazität im stationären Bereich (UKH und FKA exkl. SKA Sierning) in Betten + ambulante Betreuungsplätze je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024, Teil 2/2	44
Tabelle 21: Effektiv erreichbare stationäre Versorgungsdichte 2024, Bezirks-Ranking	45
Tabelle 22: Selbstständige Ambulatorien in Oberösterreich nach Aufgabenbereich, 2026 Teil 1/2	48

Tabelle 23: Selbstständige Ambulatorien in Oberösterreich nach Aufgabenbereich, 2026 Teil 2/2.....	49
Tabelle 24: Inbetriebnahme von Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich	50
Tabelle 25: Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich.....	51
Tabelle 26: Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich, Dezember 2024 (validiert)	53
Tabelle 27: Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich, Zeitreihe 2014 – 2024.....	54
Tabelle 28: Ärztedichte nach Fachrichtung, Dezember 2024	59
Tabelle 29: Ärztedichte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, nach Bezirk, Dezember 2024 (validiert).....	60
Tabelle 30: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024, Bezirksranking	61
Tabelle 31: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen und nach Vertragsstatus im Zeitverlauf.....	63
Tabelle 32: Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag in Oberösterreich, 2024.....	65
Tabelle 33: Organisationsformen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Kassensektor, 2023	66
Tabelle 34: Alter und Geschlecht der oberösterreichischen Ärztinnen und Ärzte, 2024	67
Tabelle 35: ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024.....	73
Tabelle 36: Wegzeiten zur niedergelassenen Versorgung in Minuten, 2023	78
Tabelle 37: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, niedergelassener Kassensektor, 2024	81
Tabelle 38: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, niedergelassene Wahlärztinnen und -ärzte, 2024	82
Tabelle 39: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, Spitalsambulanzen und Erstversorgungsambulanzen, 2024	83
Tabelle 40: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, alle Sektoren, 2024	84
Tabelle 41: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte 2024, Bezirks-Ranking.....	85
Tabelle 42: Anzahl der registrierten Berufsangehörigen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland).....	86
Tabelle 43: Frauenanteil an den registrierten Berufsangehörigen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland).....	87
Tabelle 44: Angehörige der GuK-Berufe mit mind. einem Standort der Berufsausübung in Oberösterreich nach Alter	87

Tabelle 45: Zeitverlauf der registrierten Berufsangehörigen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland).....	88
Tabelle 46: Anzahl der Registrierungen (Berufsberechtigungen) nach Beruf und Berufsausübung (mind. 1 Standort in OÖ).....	89
Tabelle 47: Einsatzgebiet angestellter Angehöriger ausgewählter Berufe mit mind. 1 Standort der Berufsausübung in OÖ	90
Tabelle 48: Versorgungsdichte ausgewählter Berufe nach Bezirk (mind. 1 Berufssitz/ Dienstort im Bezirk) (1/2)	93
Tabelle 49: Versorgungsdichte ausgewählter Berufe nach Bezirk (mind. 1 Berufssitz/ Dienstort im Bezirk) (2/2)	94
Tabelle 50: Versorgungsdichten der registrierten Hebammen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland).....	95
Tabelle 51: Hebammen mit mind. einem Standort der Berufsausübung in Oberösterreich nach Alter.....	95
Tabelle 52: Hebammen mit mind. einem Standort der Berufsausübung in Oberösterreich Zeitverlauf 2021–2025	96
Tabelle 53: Hebammen nach Art der Berufsausübung in absoluten Zahlen und in Prozent.....	96
Tabelle 54: Anzahl der Wahlhebammen und Vertragshebammen (ndgl. Bereich).....	97
Tabelle 55: Versorgungsdichte niedergelassener Hebammen nach Bezirk (mind. 1 Berufssitz im Bezirk).....	97
Tabelle 56: Therapeutinnen und Therapeuten in Oberösterreich.....	99
Tabelle 57: Ausschreibungen von Kassenarztstellen in Oberösterreich (Jänner – April 2026) sowie offene Positionen im Vertragsarztstellenpool (Stichtag 16.04.2026).....	102
Tabelle 58: Geplante Primärversorgungseinheiten.....	103

Abkürzungen

AT	Österreich
ÄAVE	Ärztliche Ambulante Versorgungseinheiten
BA	Berufsangehörige
BFCA	Balanced-Floating-Catchment-Area
BKK	Betriebskrankenkasse
BMA	Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
Diät	Diätologin bzw. Diätologe
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
Ergo	Ergotherapeut:in
EVA	Erstversorgungsambulanz
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FCA	Floating-Catchment-Area
FKA	Fondskrankenanstalt
GBR	Gesundheitsberuferegister
GKK	Gebietskrankenkasse
GPL	Gesundheitspsychologinnen und -psychologen
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
ICD	International Classification of Diseases
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KMZ	Kapazitätsmessziffer
KPL	Klinische Psychologinnen und Psychologen
KUF	Kranken- und Unfallvorsorge
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen
Logo	Logopädin bzw. Logopäde
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MTD	medizinisch-technischer Dienst
MTH	Musiktherapeutinnen und -therapeuten
ndgl.	niedergelassen
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OTA	Operationstechnischen Assistenzberufe
OÖ	Oberösterreich
Ortho	Orthoptist:in
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
PA	Pflegeassistent:in
PFA	Pflegfachassistent:in
Physio	Physiotherapeut:in
PTH	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

PVE	Primärversorgungseinheiten
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RT	Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe
SAN	Sanatorium
std.	standardisiert
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
2SFCA	Two-Step-Floating-Catchment-Area
UKH	Unfallkrankenhaus
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VÄ	Vertragsärztinnen und -ärzte
VU	Vorsorgeuntersuchung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WÄ	Wahlärztinnen und -ärzte
ZÄK	Österreichische Zahnärztekammer

Executive Summary

Der vorliegende Bericht analysiert Struktur, Kapazität und räumliche Verteilung der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich und setzt diese einem österreichweiten Vergleich aus. Ziel ist es, bestehende Versorgungsungleichheiten systematisch sichtbar zu machen und einen empirisch fundierten Beitrag zur Diskussion über die zukünftige Ausrichtung des oberösterreichischen Gesundheitssystems zu leisten. Im Fokus stehen sowohl der intramurale Sektor (stationäre und spitalsambulante Versorgung) als auch der niedergelassene Bereich, ergänzt um kleinräumigere Betrachtungen auf Ebene von Versorgungsregionen, Bezirken und teilweise Gemeinden. Der Bericht stützt sich dabei auf eine Vielzahl an Datenquellen, die systematisch ausgewertet wurden.

Ausgangslage und strukturelle Rahmenbedingungen

Das österreichische Gesundheitssystem beruht auf dem Prinzip eines nahezu universellen Zugangs zu Gesundheitsleistungen und erzielt in vielen Bereichen sehr gute medizinische Ergebnisse. Gleichzeitig ist es zunehmend **mit strukturellen Herausforderungen** konfrontiert: demografische Alterung, steigende Gesundheitsausgaben, Fachkräftemangel sowie eine ausgeprägte sektorale und föderale Fragmentierung. Diese Herausforderungen betreffen Oberösterreich in besonderem Maße.

Im Bundesländervergleich weist Oberösterreich eine **unterdurchschnittliche Dichte an niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten**, gleichzeitig jedoch eine **überdurchschnittlich hohe intramurale Kapazität und Inanspruchnahme intramuraler Versorgung auf**. Diese Konstellation deutet auf ein strukturelles Ungleichgewicht zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hin, das nicht nur Effizienzfragen aufwirft, sondern auch Auswirkungen auf Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit hat – vor allem hinsichtlich der eingeschränkten Erreichbarkeit der stationären Versorgung in ländlichen Regionen.

Intramuraler Sektor: Kapazitäten, Nutzung und regionale Konzentration

Der intramurale Sektor in Oberösterreich ist durch eine vergleichsweise hohe Kapazitätsausstattung gekennzeichnet. Im Jahr 2024 standen in den 14 Akutkrankenanstalten der allgemeinen Versorgung über 7.200 Betten zur Verfügung, was einer **geringfügig höheren Bettendichte als im österreichischen Durchschnitt** entspricht. Gleichzeitig ist im Zeitverlauf ein deutlicher Rückgang der Bettendichte zu beobachten, begleitet von einem Ausbau ambulanter Betreuungsplätze – ein Ausdruck der gesundheitspolitisch intendierten Ambulantisierung.

Die räumliche Verteilung der intramuralen Kapazitäten fällt jedoch ungleich aus:

- Der **Zentralraum Linz** weist mit Abstand die höchste Bettendichte auf und fungiert als überregionaler Versorgungsschwerpunkt mit hochspezialisierten Leistungen.
- Demgegenüber verfügen Regionen wie das **Mühlviertel**, Teile des **Innviertels** sowie einzelne Bezirke im **Traunviertel-Salzkammergut** über deutlich geringere stationäre Kapazitäten.

Diese Unterschiede spiegeln sich auch in der Auslastung wider. Während zentrale Regionen – insbesondere Linz – Auslastungswerte über dem österreichischen Durchschnitt erreichen, liegen

periphere Regionen wie Pyhrn-Eisenwurzen oder das Mühlviertel teils deutlich darunter. Dies deutet weniger auf Überkapazitäten als vielmehr auf eine Kombination aus geringerer Nachfrage vor Ort, längeren Anfahrtswegen und einer stärkeren patientenseitigen Orientierung an zentralen Standorten hin.

Sonderklasse

Ein ergänzender Befund betrifft die stationäre **Sonderklasse** im intramuralen Sektor. Im Jahr 2024 waren in den oberösterreichischen Fondskrankenanstalten rund 18 Prozent der Betten der Sonderklasse zugeordnet, womit der Anteil leicht unter dem Niveau von 2015 und im Mittelfeld der österreichischen Bundesländer liegt. Während der Anteil der Belagstage, der auf die Sonderklasse entfällt, bei rund 14 Prozent in etwa konstant blieb, stieg der Sonderklasse-Anteil von 13 auf 17 Prozent aller Aufnahmen.

Die Auslastung der Sonderklasse liegt durchwegs unter der Gesamtauslastung der Krankenhäuser. Regional zeigen sich keine ausgeprägten Ausreißer; sämtliche Fondskrankenanstalten bleiben unter der gesetzlich definierten 25-Prozent-Schwelle.

Effektiv erreichbare Versorgungsdichte

Die Analyse der Wegzeiten zur Akutversorgung zeigt insgesamt eine bessere Erreichbarkeit der intramuralen Versorgung als in den übrigen Bundesländern. Dennoch bestehen klare Bezirksunterschiede: Während in Städten faktisch keine Wegzeiten anfallen, betragen die Median-Wegzeiten bei geplanten stationären Aufenthalten in Bezirken wie Perg, Freistadt oder Rohrbach deutlich über 30 Minuten. Elektive Leistungen sind damit stärker zentralisiert als ungeplante Akutfälle.

Unter Einbeziehung von Erreichbarkeit und altersstandardisiertem Bedarf (Floating-Catchment-Area-Analyse, siehe Kapitel 2.2.4) treten **klare regionale Muster** zutage:

- Die **urbanen Bezirke** Wels (Stadt), Linz (Stadt), teilweise auch Steyr (Stadt) **sowie deren Umland** Wels-Land und Linz-Land **weisen in mehreren Fachrichtungen erreichbare Versorgungsdichten über dem durch Planungsrichtwerte vorgegebenen Intervall auf**: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und Traumatologie sowie Urologie.
- Bezirke wie **Rohrbach und Schärding** liegen hingegen in allen Fachrichtungen **exklusive Haut- und Geschlechtskrankheiten unter den entsprechenden Vergleichswerten**.
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Intensivüberwachung unterschreitet die effektiv erreichbare Versorgungsdichte in mehreren Bezirken die Planungsrichtwerte.

Diese Ergebnisse sind nicht als formale Abweichung von der Planung zu interpretieren (vgl. Kapitel 2.2.3), verdeutlichen jedoch strukturelle Versorgungsunterschiede, die planerisch relevant sind.

Niedergelassener Bereich: Ärztedichte, Vertragsstatus und regionale Ungleichheit

Im **niedergelassenen Sektor** zeigen sich die regionalen Disparitäten noch ausgeprägter. Oberösterreich weist mit rund **104 Vertragsärztinnen und -ärzten je 100.000 standardisierte Einwohner:innen** die niedrigste Dichte aller Bundesländer auf. Zwar liegt die Allgemeinmedizin knapp über dem Bundesdurchschnitt, in den meisten **fachärztlichen Disziplinen** bleibt Oberösterreich jedoch deutlich zurück.

Die **Bezirksanalyse** verdeutlicht ein starkes Stadt-Land-Gefälle:

- **Linz (Stadt), Wels (Stadt) und Steyr (Stadt)** verfügen über relativ hohe Ärztedichten im Vergleich mit Oberösterreichs Bezirken, sowohl im Kassen- als auch im Wahlarztbereich.
- Ländliche Bezirke wie **Braunau am Inn, Eferding, Urfahr-Umgebung, Schärding oder Rohrbach** weisen demgegenüber deutlich niedrigere Dichten auf, insbesondere bei Fachärztinnen und -ärzten.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein Rückgang der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Kassensektor, insbesondere in der Allgemeinmedizin, während die Spitalsambulanzen in den letzten Jahren ihre Versorgungskapazität deutlich ausgebaut haben.

Der wachsende **Wahlarztsektor** konzentriert sich stark auf urbane Räume und kann Versorgungsdefizite im ländlichen Raum kaum kompensieren. Zudem zeigt die Analyse der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE), dass der Wahlarztsektor trotz hoher Kopfzahlen in allen Fachrichtungen nur einen vergleichsweise geringen Beitrag zur tatsächlichen Versorgungswirksamkeit leistet.

Der Ausbau der **Primärversorgungseinheiten (PVE)** stellt einen zentralen Reformschwerpunkt dar. Oberösterreich zählt hier österreichweit zu den Vorreitern, dennoch wurden 2023 nur rund **4 Prozent der allgemeinmedizinischen Kassenkontakte** über PVE abgewickelt. Der regionale Effekt ist sehr unterschiedlich ausgeprägt: Während etwa **Linz-Land** 2023 einen zweistelligen Versorgungsanteil über PVE erreichte, spielten diese Strukturen in vielen Bezirken faktisch noch keine Rolle.

Die Eröffnung weiterer PVE-Standorte in Oberösterreich hat das Potenzial, die Versorgungslandschaft erheblich zu verändern.

Personalstruktur

Im intramuralen Bereich weist Oberösterreich eine **überdurchschnittliche Pflegepersonalausstattung**, jedoch eine **unterdurchschnittliche ärztliche Ausstattung** je Einwohner:in auf. Aufgrund der überdurchschnittlichen Nutzung des intramuralen Sektors ist sowohl die Anzahl des Pflegepersonals als auch die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je Bett bzw. spitalsambulanten Besuch im Vergleich der Bundesländer unterdurchschnittlich. Bei Betrachtung auf Ebene der Krankenanstalten zeigt sich zudem ein heterogenes Bild, das insbesondere in der Pflegepersonalausstattung sichtbar wird.

Im niedergelassenen Bereich verschärft die **Alterung der Vertragsärzteschaft** – vor allem in fachärztlichen Disziplinen und in ländlichen Bezirken – die mittelfristigen Versorgungsrisiken.

Insbesondere in Anbetracht anhaltender Schwierigkeiten bei der Besetzung von Kassenstellen ergeben sich daraus besondere Herausforderungen in der Versorgungsplanung.

Die Analyse der **weiteren (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufe** zeigt, dass diese für die Funktionsfähigkeit des Systems – insbesondere im Kontext von Ambulantisierung und Primärversorgung – eine zentrale Rolle spielen. Oberösterreich verfügt insgesamt über eine **vergleichsweise hohe Dichte an Pflegeberufen**, insbesondere im intramuralen Bereich, wo auch vergleichsweise viel Leistungserbringung geschieht. In mehreren **psychosozialen Berufsgruppen** (z. B. klinische Psychologie, Psychotherapie) besteht hingegen eine **unterdurchschnittliche Versorgungsdichte**. Wie bei der ärztlichen Versorgung zeigen sich auch bei den **weiteren Gesundheitsberufen** bekannte **regionale Disparitäten**: Urbane Bezirke wie Linz, Wels und Steyr weisen eine hohe Konzentration auf, während ländliche Bezirke – etwa Wels-Land oder Teile des Mühlviertels – deutlich geringer ausgestattet sind. Diese Ungleichverteilung ist vor dem Hintergrund wachsender ambulanter und multiprofessioneller Versorgungsbedarfe besonders relevant.

Datenlimitationen

An mehreren Stellen des vorliegenden Berichts führten Datenlimitationen dazu, dass keine genaueren Aussagen über spezifische Versorgungssektoren getroffen werden konnten.

In Österreich besteht insbesondere bei der Leistungserbringung im Privat- bzw. Wahlarztsektor ein Defizit in der Datenverfügbarkeit. Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMASGPK 2026c) umfasst lediglich den niedergelassenen Kassensektor. Daten zur Inanspruchnahme des wahlärztlichen Sektors liegen somit nicht vor, was einen der größten blinden Flecken der Datenwelt des Gesundheitswesens in Österreich darstellt. In Regiomed wird lediglich die Versorgungswirksamkeit beschrieben, die Daten sind nicht auf kleinräumiger Ebene verfügbar.

Auch Informationen zu Privatleistungen in Fondskrankenanstalten sind nur spärlich verfügbar, und zwar nur die vorhandene Bettenkapazität sowie die Anzahl der Aufnahmen und Belagstage auf Ebene der Krankenanstalten. Es gibt keine Information über einzelne Abteilungen, wie etwa den Sonderklasse-Betten nach Fachrichtungen, oder zu den Leistungen, die in der Sonderklasse erbracht werden. In der Diagnosen- und Leistungsdokumentation ist keine Information über die Sonderklasse verfügbar, was die vergleichende Analyse der Sonderklasse mit der normalen Gebührenklasse verunmöglicht.

Ungenauigkeiten, die die vergleichende Analyse erschweren, bestehen auch in der Krankenanstalten-Kostenrechnung, etwa bei der Zuordnung von Personal zu ambulanten vs. stationären Kostenstellen sowie hinsichtlich Richtigkeit und Vollständigkeit der Liste der selbstständigen Ambulatorien.

Für das Gesundheitsberuferegister (GBR), das Hebammenregister sowie die verfügbaren Berufslisten zu klinischen Psychologinnen und Psychologen, Musiktherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Gesundheitspsychologinnen und -psychologen ist limitierend anzuführen, dass lediglich Daten zur Anzahl der Personen und Orten der Berufsausübung, nicht jedoch zu deren Beschäftigungs- bzw. Tätigkeitsausmaß vorliegen. Daher kann keine Aussage darüber getroffen werden, wie sich die tatsächliche Versorgung darstellt. Im Sinne einer besseren Analyse- und Steuerungsmöglichkeit wäre es daher erforderlich, die Versorgungswirksamkeit der Berufsangehörigen genauer zu erfassen.

Die Qualität der Datengrundlage ist eine wichtige Voraussetzung für evidenzbasierte Gesundheitspolitik sowie eine informierte öffentliche Debatte. In diesem Sinne ist eine Verbesserung der Datenverfügbarkeit geboten.

Highlights

- Das oberösterreichische Gesundheitssystem ist durch eine unterdurchschnittliche Anzahl von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie eine überdurchschnittliche Nutzung von Spitälern gekennzeichnet.
- Die niedergelassene ärztliche Versorgung, insbesondere in spezialisierten Fächern, ist in den Zentralräumen Linz (Stadt) und Wels (Stadt) konzentriert. Bewohner:innen von ländlichen Bezirken müssen daher längere Wegstrecken in Kauf nehmen, um spezialisierte Versorgung in Anspruch zu nehmen. In vielen Fachrichtungen liegt die Ärztedichte deutlich unter dem österreichweiten Durchschnitt.
- Der wachsende Wahlarztsektor ist ebenfalls in den Städten konzentriert und leistet einen vergleichsweise geringen Beitrag zum Versorgungsgeschehen.
- In den letzten Jahren erfolgte ausgehend von einem hohen Niveau ein stetiger Bettenabbau, der mit einem Ausbau der spitalsambulanten Kapazitäten einherging. Der anhaltende Ausbau der Primärversorgung ist Ausdruck der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Ambulantisierung.
- Lücken in der Datenverfügbarkeit erschweren die Analyse der Versorgungssituation, insbesondere im Wahlarztsektor, der stationären Sonderklasse und dem Beschäftigungsausmaß weiterer Gesundheitsberufe im extramuralen Bereich.

1 Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem galt über viele Jahre als eines der besten der Welt. Auch heute funktioniert es über weite Strecken gut und zeigt in vielen Bereichen herausragende Ergebnisse in der medizinischen Versorgung. Hinsichtlich der Zugänglichkeit besteht durch die nahezu universelle Krankenversicherung grundsätzlich ein Anspruch auf einen breiten und flächendeckenden Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Gleichzeitig ist das Gesundheitssystem seit Jahren mit strukturellen Herausforderungen konfrontiert, die seine Leistungsfähigkeit und Verteilungsgerechtigkeit zunehmend unter Druck setzen. Dazu zählen insbesondere der demografische und technologische Wandel, steigende Kosten im Gesundheitswesen, Fachkräftemangel sowie geografische und institutionelle Fragmentierungen zwischen Gebietskörperschaften bzw. ambulanter und stationärer Versorgung. Bedingt durch die föderale Struktur und die fragmentierten, verfassungsmäßig vorgesehenen Kompetenzen im Gesundheitssystem verfügt Österreich bei genauerer Betrachtung nicht überein, sondern über neun Gesundheitssysteme, die sich hinsichtlich Struktur, Ressourceneinsatz und Ergebnissen deutlich voneinander unterscheiden.

Eine Reihe von Faktoren stellen das Gesundheitssystem Österreichs und damit auch jenes Oberösterreichs vor Herausforderungen, die das solidarische Fundament des Systems zunehmend unter Druck bringen. Die demografische Alterung führt gleichzeitig zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, zu einem sinkenden Arbeitskräfteangebot – vor allem bei Pflegeberufen – und letztlich zu einer reduzierten Finanzierungsgrundlage durch fehlende Steuer- und Beitragseinnahmen; ein Umstand, der die langfristige Tragfähigkeit des Systems gefährdet. Bereits jetzt sind die umlagefinanzierten Systeme stark defizitär und nur noch durch Steuerzuschüsse aufrechtzuerhalten. Österreichs Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen im europäischen Spitzenfeld: 5.779 Euro/Kopf im Jahr 2024¹ bedeuten Rang sechs in der Europäischen Union, in der kaufkraftbereinigten Darstellung belegt Österreich den dritten Platz (Eurostat 2025b). Dem stehen Ergebnisgrößen wie etwa eine nur durchschnittliche Lebenserwartung in Gesundheit gegenüber (Eurostat 2025a).

Aus diesem Grund ist eine Reform des Gesundheitswesens auf der Prioritätenliste jeder Bundesregierung. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit arbeiten seit 2013 Bund, Länder und Sozialversicherung an einer gemeinsamen Reformagenda im Gesundheitswesen, die parallel zu den Finanzausgleichsverhandlungen ausverhandelt wird, wo auch sektorale Ausgabenobergrenzen vereinbart werden. Die Zielsteuerung-Gesundheit versucht, das Problem der komplexen Zuständigkeiten im Gesundheitswesen nicht durch deren Neuordnung, sondern durch verstärkte Koordination zwischen den Akteurinnen und Akteuren zu lösen. Die Zielsteuerung-Gesundheit verfügt über eigene Gremien, in denen die Abarbeitung der Reformagenda koordiniert wird. Sogenannte Monitoringberichte, die jährlich veröffentlicht werden, geben Rechenschaft über den Status quo der Zielerreichung anhand einer Reihe von definierten Messgrößen (BMASGPK 2026i).

Die wesentlichen Kernthemen der Reformbemühungen bleiben dabei seit Jahrzehnten die gleichen, etwa die Steigerung der Effizienz des Gesundheitswesens durch Transformation des krankenhauslastigen Gesundheitssystems hin zu kostengünstigeren niedergelassenen Anbieterinnen

¹ Gesundheitsausgaben gesamt gemäß System of Health Accounts.

und Anbietern sowie der Sicherstellung einer zugänglichen Versorgung durch Ausbau der Primärversorgung (Bachner et al. 2018). Im September 2025 unternahm die Regierung mit der „Reformpartnerschaft“ einen neuerlichen Versuch, einen weitergehenden Strukturreformprozess im Gesundheitswesen voranzutreiben, der auch eine Bündelung von Zuständigkeiten vorsieht (APA 2026).

Oberösterreich weist in mehrfacher Hinsicht Systemspezifika auf. Empirische Analysen zeigen, dass das Bundesland durch eine relativ geringe Dichte an niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten gekennzeichnet ist, während gleichzeitig eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme von Spitalsleistungen besteht (Pruckner et al. 2025). Diese Konstellation verweist auf ein strukturelles Ungleichgewicht zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Die stagnierende Entwicklung im Bereich der Kassenärztinnen und -ärzte bei gleichzeitig wachsender Bedeutung des Privat- bzw. Wahlartzsektors führt zu einem strukturellen Spannungsfeld im Zugang: Patientinnen und Patienten sehen sich zunehmend mit einem „wait or pay“-Dilemma konfrontiert (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025), bei dem sie zwischen längeren Wartezeiten im öffentlich finanzierten System und einer schnelleren, jedoch kostenintensiveren privatärztlichen Versorgung wählen müssen. Zugleich lässt sich in Oberösterreich – analog zu gesamtösterreichischen Entwicklungen – eine zunehmende Bedeutung des Wahlartzsystems beobachten. Insbesondere in bestimmten Fachbereichen (etwa der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Augenheilkunde und Optometrie) erfolgt bereits ein erheblicher Anteil der Versorgung außerhalb des öffentlich finanzierten Kassenbereichs. Diese Entwicklung führt zu einer faktischen Differenzierung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen entlang finanzieller Ressourcen und verstärkt bestehende Ungleichheiten im Versorgungssystem.

Für Oberösterreich deuten Studien darauf hin, dass gesundheitliche Outcomes und Versorgungsqualität nicht gleich verteilt sind. Unterschiede in Lebenserwartung und Gesundheitszustand lassen sich auch innerhalb des Bundeslandes beobachten und stehen in engem Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren. Zugang und Nutzung von Gesundheitsleistungen sind stark durch soziale Lage, Wohnort und Erwerbsstatus geprägt (Pruckner et al. 2025).

Der vorliegende Bericht greift diese Problemlagen auf und zeigt anhand von zeitlichen und räumlichen Vergleichen strukturelle Ungleichheiten im oberösterreichischen Gesundheitssystem. Kernstück der Arbeit ist eine Analyse des regionalen Leistungsangebots, wobei die Untersuchung nach mehreren Dimensionen stratifiziert, darunter ärztliche Fachrichtungen sowie zahlreiche weitere Gesundheitsberufe, Organisationsformen (Gruppenpraxen, Primärversorgungszentren etc.) und Vertragsstatus (Wahlärztinnen und -ärzte vs. Kassenärztinnen und -ärzte).

Kapitel 2 beschreibt sowohl die einzelnen zugrunde liegenden Datenkörper als auch die verwendeten Vergleichsmethoden. In den Folgekapiteln 3 und 4 gliedert sich der Bericht nach einzelnen Versorgungssettings bzw. Berufsgruppen. Im Kapitel 5 werden die im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Oberösterreich geplanten Maßnahmen zusammengefasst und mit der vorliegenden Analyse kontrastiert.

2 Daten und Methoden

2.1 Datenquellen

Dieses Kapitel beschreibt die Datenquellen, die in diesem Bericht zum Einsatz kommen.

2.1.1 Krankenanstaltenverzeichnis

Die Liste der Krankenanstalten in Österreich (BMASGPK 2026f) wird seitens des BMASGPK vierteljährlich aktualisiert. Sie enthält eine ausgewählte Anzahl von Strukturmerkmalen zu den österreichischen Krankenanstalten und erlaubt somit eine Darstellung der Verfügbarkeit von Spitalsbetten und Fachrichtungen nach Region.

2.1.2 Liste der selbstständigen Ambulatorien

Die Liste der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (BMASGPK 2026g) wird seitens des BMASGPK basierend auf Bescheiden der Länder zusammengestellt. Die Liste umfasst für jedes Ambulatorium die Bezeichnung, Adresse, Telefonnummer und eines oder mehrere Aufgabenbereiche, zu denen medizinische Behandlung angeboten wird. Die Liste wird laufend aktualisiert. Für diesen Bericht wurde der Datenstand vom 27. März 2026 ausgewertet.

2.1.3 Ärzteliste und Zahnärzteliste

Die Ärzteliste und Zahnärzteliste der Österreichischen Ärztekammer bzw. Zahnärztekammer (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024) bilden die zentrale Datenbasis zur Erfassung aller in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte. Erfasst werden sowohl angestellte als auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte inkl. Ärztinnen und Ärzte mit wohnsitzähnlichen Tätigkeiten² (z.B. Schulärztinnen und -ärzte, Vertretungsärztinnen und -ärzte, Amtsärztinnen und -ärzte), einschließlich Informationen zu Fachrichtung(en), Tätigkeitsform (angestellt/niedergelassen), Ordinationsstandorten sowie Mehrfachzuordnungen (z. B. Kombination aus Anstellung und Ordination).

Die Listen werden von der Gesundheit Österreich qualitätsgeprüft und mit zusätzlichen Informationen zum Vertragsstatus (Kassen- vs. Wahlarzt) validiert und angereichert.

Bei Auswertungen der Ärzteliste und Zahnärzteliste ist zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte mehrfach gezählt werden können, wenn sie mehrere Tätigkeiten oder Standorte ausüben, und sich daher eine bezirks- oder fachrichtungsspezifische Summe von einer bundeslandspezifischen Summe unterscheiden kann. Insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten ohne Vertrag bietet der Eintrag in die Ärzteliste keinen Aufschluss über die tatsächliche Versorgungswirksamkeit.

² Wohnsitzärztinnen und -ärzte sind „zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen/Ärzte, die ausschließlich solche wiederkehrende ärztliche Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt werden“ (Ärztegesetz 1998).

2.1.4 Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen und administrativen Erfassung im Krankenhaus. Dieser Datensatz dient primär der Erfassung von stationären Behandlungsfällen zur Abrechnung im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (Kobel/Pfeiffer 2011) und wurde im Rahmen der Entwicklung des spitalsambulanten leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungsmodells (LKF) im Jahr 2015 erweitert, um spitalsambulante Fälle zu umfassen (BMSGPK 2022).

Der Datensatz umfasst demografische Informationen aller Patientinnen und Patienten (Alter, Geschlecht, Wohnort, Nationalität) sowie eine Reihe von Informationen, die den Spitalsaufenthalt beschreiben, darunter

- Diagnosen nach ICD-10
- Leistungen nach Leistungskatalog
- Abteilungsaufenthalte
- Weitere Informationen zum Spitalsaufenthalt, z.B. geplante/ungeplante Aufnahme

Die Abteilungsaufenthalte können mit den Kostenstellen der jeweiligen Abteilungen aus der Kostenrechnung verknüpft werden.

Ebenfalls seit 2015 werden ambulante Besuche im niedergelassenen Kassensektor in der ambulanten Dokumentation erfasst. Im extramuralen Sektor bestand bislang allerdings mit Ausnahme von Modellversuchen keine Verpflichtung zur Dokumentation von Diagnosen, und auch die Leistungsdokumentation ist rudimentär. Seit dem 1. Jänner 2026 sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, Diagnosen zu kodieren. Derzeit läuft eine sechsmonatige Pilotphase, die vollumfängliche Datenübermittlung ist somit ab 1. Juli verpflichtend (BMSGPK 2026c). Der privat- und wahlärztliche Bereich ist ebenfalls nicht erfasst.

2.1.5 Krankenanstalten-Kostenrechnung

Die Krankenanstalten-Kostenrechnung in Österreich ist ein gesetzlich verankertes, betriebswirtschaftliches Instrument, das der effizienten Steuerung, Transparenz und Finanzierung des Gesundheitswesens dient. Sie ist eng mit dem LKF-System verbunden und bildet die Grundlage für wirtschaftliche und medizinische Entscheidungen.

Die Kostenrechnung der Fondskrankenanstalten (BMSGPK 2025a) beinhaltet Daten zu den Kosten, die in der spitalsambulanten und stationären Versorgung in den Fondskrankenanstalten anfallen. Sie ist die relevanteste Datenquelle für die Gesundheitsausgaben der Fondskrankenanstalten im intramuralen Bereich. Sie beinhaltet aber auch Informationen zu Personal, das den Kostenstellen zugeordnet ist. Diese Information ist allerdings nur für Fondskrankenanstalten verfügbar.

Die Kostenrechnung der Fondskrankenanstalten ist nach Fachrichtungen getrennt und im Zeitverlauf auswertbar. Die hinterlegten Kosten und Personalbestände können über die Abteilungen in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation den Aufenthalten zugeordnet werden, was eine regionale Zuordnung der Daten auf die Wohnorte der Patientinnen und Patienten ermöglicht.

Darüber hinaus beinhaltet die Krankenanstalten-Kostenrechnung eine detaillierte Charakteristik der Abteilungen in Krankenanstalten. Sie erlaubt daher eine genauere Erfassung der Betten in Fondskrankenanstalten. Dieser Wert unterscheidet sich für einige Krankenanstalten geringfügig von der im Krankenanstaltenverzeichnis angegebenen Bettenzahl, weil hier Betten in Abteilungen von Fondskrankenanstalten, die nicht als Fondskrankenanstalten geführt werden (z. B. Pflegebetten) herausgerechnet werden können. Dies betrifft insbesondere das Kepler Klinikum in Linz, wo 76 Pflegebetten in Darstellungen, die auf der Aggregation der Abteilungsinformation basieren, nicht enthalten sind.

Grundsätzlich wird beim Auswerten der verfügbaren Betten die Anzahl der *tatsächlichen* Betten und nicht der *systemisierten* Betten herangezogen. Im Gegensatz zu den systemisierten Betten, die gemäß der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) vorgesehen sind, entsprechen die tatsächlichen Betten eher der verfügbaren Kapazität, weil sie bei unterjährigen Bettensperrungen anteilmäßig reduziert werden.

Die Krankenanstalten-Kostenrechnung enthält darüber hinaus einige Leistungsdaten auf Ebene der Abteilungen. Diese Werte unterscheiden sich geringfügig von der Diagnosen- und Leistungsdokumentation, hauptsächlich deswegen, weil in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation im Unterschied zur Krankenanstalten-Kostenrechnung Nachmeldungen eingepflegt werden. Aus diesem Grund ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation die Datenquelle erster Wahl hinsichtlich Leistungsdaten im intramuralen Bereich. Um Vergleichbarkeit mit Auswertungen, die ausschließlich in der Welt der Krankenanstalten-Kostenrechnung vorliegen zu wahren, wird für manche Auswertungen trotzdem die Kostenrechnung herangezogen. Das betrifft hauptsächlich Auswertungen zum Thema Sonderklasse.

2.1.6 Regiomed

Der Regiomed-Datensatz enthält Zahlen zur Verfügbarkeit ärztlicher Versorgung auf Basis von „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“ (ÄAVE), welche auf Basis der Versorgungswirksamkeit aller ambulanten Anbieterinnen und Anbieter berechnet werden (BMSGPK 2023). Für den niedergelassenen Kassensektor gilt, dass eine durchschnittliche Vertragsärztin bzw. ein durchschnittlicher Vertragsarzt einer ÄAVE entspricht, wodurch die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Jahren mit Vorsicht zu interpretieren ist. Die Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen und Wahlärzten wird in Relation dazu basierend auf der Summe der zur Erstattung eingereichten Honorare berechnet. Für in Kassenambulatorien oder Krankenanstalten angestellte Ärztinnen und Ärzte gilt, dass ein Vollzeitäquivalent einer ÄAVE entspricht.

Der Regiomed-Datensatz dient primär der Erfassung der Versorgungswirksamkeit im Rahmen der Bedarfsplanung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) und wird in diesen Publikationen sowie im RSG-Monitoring (GÖG 2024) und in den Monitoring-Berichten der Zielsteuerung Gesundheit (BMSGPK 2026i) veröffentlicht.

Durch einen Abgleich der ambulanten Dokumentation (Inanspruchnahme) mit der Ärzteliste und Zahnärzteliste (Anbieterinnen und Anbieter) wird auf Basis dieser Daten durch die Gesundheit Österreich GmbH die Versorgungswirksamkeit ergänzt und kleinräumig aufgelöst. Je nach Fachrichtung ist allerdings eine Darstellung auf höherer Aggregationsebene (Bezirke, Versorgungsregionen) geboten.

2.1.7 Gesundheitsberuferegister

Das Gesundheitsberuferegister (GBR) (GÖG 2026) erfasst seit 2018 alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuK) sowie Berufe im medizinisch-technischen Dienst (MTD) auf Grundlage des GBR-Gesetzes. Die Operationstechnischen Assistenzberufe (OTA) werden seit 2022 registriert, aufgrund ihrer geringen Fallzahlen im vorliegenden Bericht jedoch nicht analysiert. Das GBR enthält berufsrechtliche Informationen und ist öffentlich abrufbar (<https://gbr-public.ehealth.gv.at>).

Die Registrierung ist auf fünf Jahre befristet. Mit Beginn der ersten Verlängerungsrunde ab Frühjahr 2023 kam es zu umfassenden Bereinigungen, insbesondere zur Entfernung nicht mehr aktiver Berufsangehöriger. Dadurch ergeben sich wesentliche Limitationen für 2023 sowie fortsetzend für 2024 – und damit für Zeitreihenanalysen – aufgrund folgender Faktoren:

- Eingeschränkte Vergleichbarkeit zu Vorjahren.
- Brüche im Zeitverlauf, insbesondere bei der Art der Berufsausübung.
- Keine stabile Darstellung auf Bezirksebene, da Bereinigungen sowohl die Fallzahlen als auch die regionalen Verteilungen verzerren können.

Alle Auswertungen beziehen sich – sofern nicht anders ausgewiesen – auf den Datenstand vom 31. Dezember 2024.

2.1.8 Hebammenverzeichnis

Die Auswertungen basieren auf dem Hebammenregister (ÖHG 2026), dessen Führung und verpflichtende Eintragung aller zur Berufsausübung berechtigten Hebammen durch das Hebammengesetz geregelt sind. Grundlage der Analyse ist der Datenstand zum Stichtag 31. Dezember 2025.

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass Hebammen unterschiedliche Formen der Berufsausübung kombinieren können und dass Angaben zu Berufs- und Dienstorten nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die Herkunft der tatsächlich versorgten Bevölkerung zulassen.

2.1.9 Liste der Therapeutinnen und Therapeuten

In der Datenbank des Gesundheitsministeriums sind insgesamt vier berufsspezifische Listen veröffentlicht:

- Berufsliste Psychotherapie (BMASGPK 2026a)
- Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen (BMASGPK 2026d)
- Liste der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen (BMASGPK 2026e)
- Liste der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten (BMASGPK 2026h)

Diese Listen beinhalten Informationen zu Arbeits-, Anstellungs- und Dienstorten sowie Kontaktadressen der eingetragenen Personen. Die Listen werden monatlich aktualisiert.

Die Zuordnung der Adressen zu politischen Bezirken erfolgte basierend auf vermerkten Bundesländern, Postleitzahlen und Ortsnamen. Uneinheitliche Schreibweisen von Ortsnamen,

fehlerhafte Einträge und Postleitzahlen, die mehrere politische Bezirke umfassen, führen dabei zu einer gewissen Unschärfe.

2.1.10 Bevölkerung zu Jahresanfang

Daten zur Bevölkerung per Jahresanfang werden mit kleinräumiger Auflösung von Statistik Austria veröffentlicht (Statistik Austria 2026). Die Bevölkerungszahlen sind nach Alter und Geschlecht stratifiziert und auf den einheitlichen Gebietsstand per 1. Jänner 2024 auf Ebene der Gemeinden rückgerechnet.

Dieser Datensatz dient zur Berechnung von bevölkerungsbezogenen Raten der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung (siehe Kapitel 2.2.2).

2.2 Auswertungsmethodik

2.2.1 Gruppierung von ärztlichen Fachrichtungen

Die oben genannten Datenquellen erlauben vielfach Auswertungen nach medizinischen Fachrichtungen. Allerdings sind die Gruppierungen nicht einheitlich geregelt, was die Vergleichbarkeit erschwert. Im Zuge der Studie war es daher notwendig, eine Vereinheitlichung der Fachrichtungsgruppierungen herbeizuführen. Um für kleinere Fachrichtungen eine ausreichend große Anzahl von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in kleineren Regionen zu erfassen, wurden die Fachrichtungen auf möglichst hoher Ebene aggregiert. In den folgenden Analysen werden Fachrichtungen wie folgt dargestellt:

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Augenheilkunde und Optometrie
- Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendheilkunde
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Neurologie
- Orthopädie und Traumatologie
- Psychiatrie
- Urologie
- Zahnmedizin

Die Aggregationsebenen

- Humanmedizin (= alle Fächer exkl. Zahnmedizin)
- Fachärztinnen und -ärzte exkl. Allgemeinmedizin und Zahnmedizin
- Alle Fachrichtungen

wurden, wo sinnvoll, ergänzt. Dabei ist anzumerken, dass Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und Familienmedizin zwar schon mit der Ausbildungsordnung 2015 geschaffen wurden, der Erwerb dieser Facharztbezeichnung aber de facto bislang nicht möglich war, weil die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin bzw. die Möglichkeit zum Erwerb der Berufsbezeichnung erst 2026 startete. In dieser Analyse sind keine Allgemeinmediziner:innen der Gruppe der Fachärztinnen und -ärzte zugeordnet.

Eine gewisse Unschärfe besteht in der Zuordnung der Fächer zu Fachrichtungen, weil diverse Datenquellen unterschiedliche Fachrichtungszuordnungen zugrunde legen. Beispielsweise wird fachrichtungsspezifische Intensivbetreuung in manchen Logiken dem jeweiligen Fach, in anderen Logiken der Fachrichtung Anästhesiologie und Intensivmedizin zugeordnet.

Für diesen Bericht wurde versucht, die jeweils passende Zuordnung zu hinterlegen. Uneindeutige Fachrichtungszuordnungen sind jedoch bei der Interpretation mancher Ergebnisse zu berücksichtigen. Das betrifft beispielsweise den interdisziplinären Bereich in Krankenanstalten, dessen Betten anderen Fachrichtungen zur Verfügung stehen, dort aber nicht in der verfügbaren Bettenkapazität berücksichtigt werden können.

2.2.2 Alters- und Geschlechtsstandardisierung

In der Analyse der Versorgungssituation wird die vorhandene Versorgungskapazität in Relation zur Nachfrage unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Bedarfs gesetzt. Da direkte Daten zum tatsächlichen Versorgungsbedarf auf Populationsebene nicht verfügbar sind, wird dieser in der Health-Services-Research-Literatur häufig über empirische Inanspruchnahmedaten approximiert, da diese als Näherungswerte für den realisierten Bedarf im Gesundheitssystem verwendet werden können (Geiger et al. 2023).

Auf Grundlage von Inanspruchnahmedaten aus dem Jahr 2023 wurde für jede Fachrichtung ein Alters- und Geschlechtsprofil der Patientinnen und Patienten erstellt. Dieses dient als Basis für eine fachrichtungsspezifische Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Dies ist insbesondere deshalb relevant, weil sich die Altersstruktur in den Bezirken Oberösterreichs systematisch zwischen städtischen und ländlichen Regionen unterscheidet. In Fachrichtungen, die überwiegend von älteren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden (z. B. Augenheilkunde und Optometrie), führt eine ältere Bevölkerungsstruktur zu einem entsprechend höheren Versorgungsbedarf, der durch die reine Bevölkerungszahl allein nicht adäquat abgebildet wird.

Die Alters- und Geschlechtsstandardisierung wurde für die ärztlichen Gesundheitsberufe (siehe Abschnitt 2.2.1) sowie separat für stationäre Versorgung durchgeführt.

2.2.3 Planungsrichtwerte

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsplanung stellen die Planungsrichtwerte des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) (BMASGPK 2025b) ein zentrales Steuerungsinstrument dar. Sie versuchen quantitative und qualitative Orientierungsgrößen für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu definieren, etwa in Form von Bandbreiten für die Dichte

von Gesundheitsangeboten (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Spitalsbetten oder Versorgungsstrukturen) in Relation zur Bevölkerung (BMASGPK 2025b).

Methodisch basieren diese Richtwerte auf dem Konzept der evidenzbasierten Versorgungsplanung und berücksichtigen demografische Entwicklungen, Morbiditätsprofile sowie regionale Besonderheiten. Ziel ist es, eine ausgewogene, effiziente und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Dabei fungieren die Planungsrichtwerte nicht als starre Vorgaben, sondern als normierende Orientierungsgrößen innerhalb eines komplexen, föderal organisierten Gesundheitssystems.

Hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit nehmen die Planungsrichtwerte eine intermediäre Stellung ein: Sie sind rechtlich nicht unmittelbar bindend im Sinne strikt einzuhaltender Grenzwerte, entfalten jedoch eine hohe faktische Steuerungswirkung. In den nachgelagerten Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) sollten sie grundsätzlich berücksichtigt und operationalisiert werden. Die Bundesländer sind verpflichtet, ihre regionalen Versorgungsplanungen an den Vorgaben des ÖSG auszurichten, verfügen jedoch über einen gewissen Gestaltungsspielraum, um regionale Spezifika abzubilden. Insbesondere ist eine Anwendung auf Ebene der Bezirke oder Versorgungsregionen nicht zwingend vorgegeben. Abweichungen von den Planungsrichtwerten sind möglich, müssen jedoch sachlich begründet werden und bedürfen der Abstimmung im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. In diesem Sinne sind die Planungsrichtwerte als verbindliche Orientierung mit begründetem Abweichungsspielraum (BMASGPK 2025b) zu verstehen, die eine koordinierte, aber nicht vollständig zentralisierte Steuerung der Gesundheitsversorgung in Österreich ermöglichen.

Zentraler Kritikpunkt ist, dass die Bandbreiten häufig sehr weit gefasst sind und damit ihre Steuerungswirkung eingeschränkt wird. Anstatt klare Zielgrößen für eine bedarfsgerechte Versorgung vorzugeben, erlauben große Spannweiten (z. B. bei Ärztedichten oder Versorgungsangeboten) eine breite Interpretation durch die Bundesländer. Dies kann dazu führen, dass bestehende Versorgungsunterschiede zwischen Regionen nicht nur bestehen bleiben, sondern planerisch legitimiert werden („Pfadabhängigkeit“) (Rechnungshof Österreich 2025). Im Wesentlichen handelt es sich daher bei den Planungsrichtwerten um Bandbreiten, die aus der gegenwärtigen Versorgungsdichte abgeleitet werden, denen aber keine Bedarfsanalyse zugrunde liegt. Somit kann auch nicht abschließend beurteilt werden, ob eine Versorgungsdichte innerhalb der vorgegebenen Bandbreite angesichts der Bedürfnisse der Bevölkerung optimal ist.

Die Planungsrichtwerte für den stationären Bereich wurden bei der Erstellung des ÖSG 2023 pandemiebedingt aus Referenzzahlen des Jahres 2019 errechnet. Die Planungsrichtwerte sind unter Berücksichtigung dieser Umstände zu interpretieren.

2.2.4 Effektive Erreichbarkeit: Floating-Catchment-Area-Analyse

Die Floating-Catchment-Area-(FCA)-Methode dient dazu, die Versorgungssituation zu bewerten, indem Versorgungskapazität und Nachfrage der Bevölkerung gemeinsam mit der räumlichen Distanz zwischen Wohnorten und Versorgungsangeboten sowie zumutbaren Wegzeiten berücksichtigt werden. Dadurch kann besser eingeschätzt werden, wie viel medizinische Versorgung für die Bevölkerung vor Ort tatsächlich erreichbar ist, auch auf kleinräumiger Ebene.

Die FCA-Methoden sind ein etablierter Ansatz zur Messung der räumlichen Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen (Luo/Wang 2003; Paez et al. 2019). Dazu werden für jeden Standort Einzugsgebiete („Catchments“) definiert, innerhalb derer Angebot (z. B. Ärztinnen und Ärzte) und potenzielle Nachfrage (Bevölkerung) miteinander in Beziehung gesetzt werden. Die „Floating“-Eigenschaft bedeutet, dass sich diese Einzugsgebiete überlappen können und nicht an fixe Verwaltungsgrenzen gebunden sind.

Ein zentraler Vorteil der FCA-Methoden liegt darin, dass sie sowohl Angebots- als auch Nachfrageseite berücksichtigen und dabei Distanz bzw. Reisezeit explizit einbeziehen. Klassische Varianten wie die Two-Step-Floating-Catchment-Area (2SFCA) berechnen zunächst ein Verhältnis von Angebot zu Nachfrage innerhalb eines definierten Einzugsgebiets um jeden Leistungsstandort und aggregieren dieses anschließend für Bevölkerungsstandorte. Erweiterungen dieses Ansatzes integrieren Distanzabnahmen (Distance Decay), sodass näher gelegene Angebote stärker gewichtet werden als weiter entfernte.

In dieser Analyse wird die Balanced-Floating-Catchment-Area (BFCA)-Methode verwendet, implementiert im R-Paket „accessibility“ (Pereira et al. 2024). Die BFCA stellt eine Weiterentwicklung der klassischen FCA-Ansätze dar und adressiert insbesondere deren bekannte Verzerrungen, wie etwa die Über- oder Unterschätzung von Versorgungsangeboten in dicht bzw. dünn besiedelten Regionen (Pereira et al. 2021). Sie balanciert die Zuordnung von Angebot und Nachfrage, indem sie Konkurrenzeffekte zwischen Standorten sowie die gleichzeitige Inanspruchnahme mehrerer erreichbarer Anbieterinnen und Anbieter berücksichtigt. Dadurch entsteht ein robusteres Maß für die effektive Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

Die Anwendung der BFCA-Methode ermöglicht somit eine differenzierte Bewertung der regionalen Versorgungssituation, die über einfache Kennzahlen wie Ärztedichte hinausgeht. Insbesondere in einem Flächenbundesland wie Oberösterreich liefert sie wertvolle Hinweise auf potenzielle Unter- oder Überversorgung, da sowohl räumliche Distanzen als auch strukturelle Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen systematisch berücksichtigt werden.

Datenbasis der Floating-Catchment-Area-Analyse sind alters- und geschlechtsstandardisierte Bevölkerungszahlen nach Fachrichtung (Bedarf), Distanzmatrizen, die Reisezeiten im Individualverkehr in Minuten angeben, sowie Regimed-Daten bzw. die Krankenanstalten-Kostenrechnung zur Verfügbarkeit von Versorgungsleistungen. Im intramuralen Setting wurden dem interdisziplinären bzw. gemischten Belag zugeordnete Betten und ambulante Behandlungsplätze denjenigen Fachrichtungen zugeordnet, in denen die Leistungen, die in diesen Abteilungen erbracht werden, üblicherweise erbracht werden.³

Die Analyse erfolgt für Gesamt-Österreich, dargestellt werden nur die oberösterreichischen Bezirke. Allerdings fließen sowohl Versorgungsangebote als auch Nachfrage in benachbarten Bezirken (z. B. Salzburg-Stadt) in die Analyse ein, um die Versorgungssituation der Bevölkerung, die in der Nähe von Bundesländergrenzen lebt, angemessen zu berücksichtigen. Die räumliche Auflösung der Analyse ist die Gemeindeebene, die Ergebnisse werden auf Bezirksebene aggregiert

³ Zum Beispiel: Eine dem interdisziplinären Bereich zugeordnete Abteilung kodiert in einem Jahr für die Hälfte der Patientinnen und Patienten Leistungen, die üblicherweise in Abteilungen für Augenheilkunde kodiert werden und für die andere Hälfte der Patientinnen und Patienten Leistungen, die üblicherweise in Abteilungen für Innere Medizin kodiert werden. Die Betten und ambulanten Behandlungsplätze dieser Abteilung werden folglich zu 50 Prozent der Augenheilkunde und zu 50 Prozent der Inneren Medizin zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt über dem Aufenthalt zugeordnete LDF-Klassen, gewichtet nach Belagstagen auf Abteilungen.

dargestellt. Die Parameter der Analyse (zumutbare Reisezeiten) werden den Planungsrichtwerten entnommen, die in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt sind.

Tabelle 1: Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich, 2023

Fach	Erreichbarkeit ¹	VDmin	VDmax	VD2021
Allgemeinmedizin	10	34,9	64,8	48,7
Kinder- und Jugendheilkunde	20	4,2	7,9	6
Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	0,8	1,4	1
Chirurgie	x	4,5	8,4	6,3
Innere Medizin	20	16	29,8	20,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	30	7	12,9	9,8
Neurologie	30	2,4	4,5	3,4
Psychiatrie	30	3,3	6	4,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	30	3,2	5,9	4,5
Augenheilkunde und Optometrie	30	5,3	9,8	7,3
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	30	2,9	5,4	4,2
Urologie	30	2,5	4,6	3,5
Orthopädie und Traumatologie	30	7,4	13,8	10,4
Zahnmedizin	20	31,6	58,6	45

¹ 90 % der Bevölkerung erreichen die Versorgung innerhalb der angegebenen Anzahl von Minuten.
 VDmin, VDmax, VD2021 = Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 EW, unteres und oberes Intervall,
 Referenzwert aus 2021.

Quelle: ÖSG 2023 (BMASGPK 2025b)

Tabelle 2: Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenanstalten

Fach		Erreichbarkeit ¹	KMZ	KMZ Soll-Intervall
INT/IS	Intensivbehandlungsbereiche	60	17	12,8–21,3
INT/UE	Intensivüberwachungsbereiche	45	8	6–10
NEO	IMCU/ICU Kinder und Jugendliche, Neonatologie	60	6	4,5–7,5
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde	45	13	9,75–16,2
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie	60	11	8,25–13,8
CH	Chirurgie	45	52	39–65
NCH	Neurochirurgie	60	6	4,5–7,5
IM	Innere Medizin	45	139	104–174
GGH	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45	24	18–30
NEU	Neurologie	60	23	17,2–28,8
NEU-ANB/B	Neurologische Akut-Nachbehandlung Stufe B	60	5	3,75–6,25
NEU-ANB/C	Neurologische Akut-Nachbehandlung Stufe C	90	7	5,25–8,75
PSY	Psychiatrie	60	50	37,5–62,5
DER	Haut- und Geschlechtskrankheiten	90	5	3,75–6,25
AU	Augenheilkunde	90	7	5,25–8,75
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	60	9	6,75–11,2
URO	Urologie	60	14	10,5–17,5
ORTR	Orthopädie und Traumatologie	45	58	43,5–72,5
PSO-E	Psychosomatik Erwachsene	90	5	3,75–6,25
PSO-KJ	Psychosomatik Kinder und Jugendliche	90	3	2,25–3,75
AGR	Akutgeriatrie/Remobilisation	45	34	25,5–42,5
PAL	Palliativmedizin Erwachsene	60	6	4,5–7,5

¹ 90 % der Bevölkerung erreichen die Versorgung innerhalb der angegebenen Anzahl von Minuten.

KMZ = Kapazitätsmessziffer (Summe aus vollstationären und tagesklinischen Betten sowie ambulanten Betreuungsplätzen in FKA, UKH und SAN) je 100.000 EW. Das Soll-Intervall ergibt sich aus der KMZ ± 25 %.

Fächer ohne zugeordneter KMZ werden nicht dargestellt.

Quelle: ÖSG 2023 (BMASGPK 2025b), GÖG

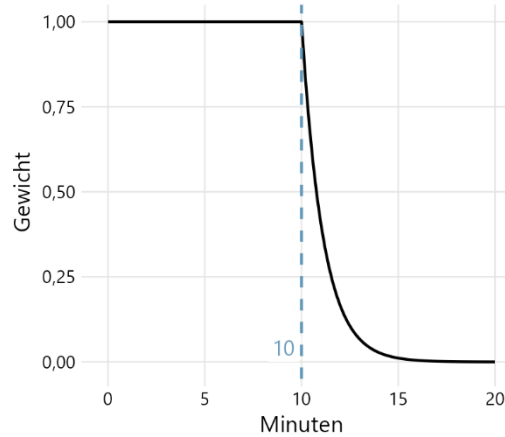
In der Floating-Catchment-Area-Methode bestimmt die Gewichtungsfunktion, wie attraktiv weiter entfernte Anbieterinnen und Anbieter sind, und dementsprechend, wie sehr davon ausgegangen werden kann, dass entfernte Anbieterinnen und Anbieter zur Versorgung einer Gemeinde beitragen. Eine nach dem Planungsrichtwert abfallende Gewichtungsfunktion bewirkt somit, dass zu 90 Prozent Anbieterinnen und Anbieter, die in dem vom Planungsrichtwert für Erreichbarkeit beschriebenen Einzugsgebiet liegen, berücksichtigt werden.

Für die Allgemeinmedizin sehen die Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich vor, dass die Versorgung für 90 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 10 Minuten im Individualverkehr erreichbar ist. Dementsprechend wird für die Allgemeinmedizin eine Gewichtungsfunktion hinterlegt, die alle Anbieterinnen und Anbieter innerhalb eines 10-Minuten-Einzugsgebiets jedes Wohnorts mit 100 Prozent gewichtet. Danach fällt die Gewichtungsfunktion exponentiell ab.

Analog zur 90-Prozent-Regel entspricht die Fläche unter der Kurve rechts des Planungsrichtwerts für Erreichbarkeit 10 Prozent der gesamten Fläche.

Das Ergebnis der Floating-Catchment-Area-Analyse lässt sich als die unter Berücksichtigung von Entfernung und Knappheit realistisch verfügbare Versorgung je 100.000 standardisierte Einwohner:innen interpretieren.

Abbildung 1: Gewichtung der Anbieterinnen und Anbieter in der Floating-Catchment-Area-Analyse, Allgemeinmedizin



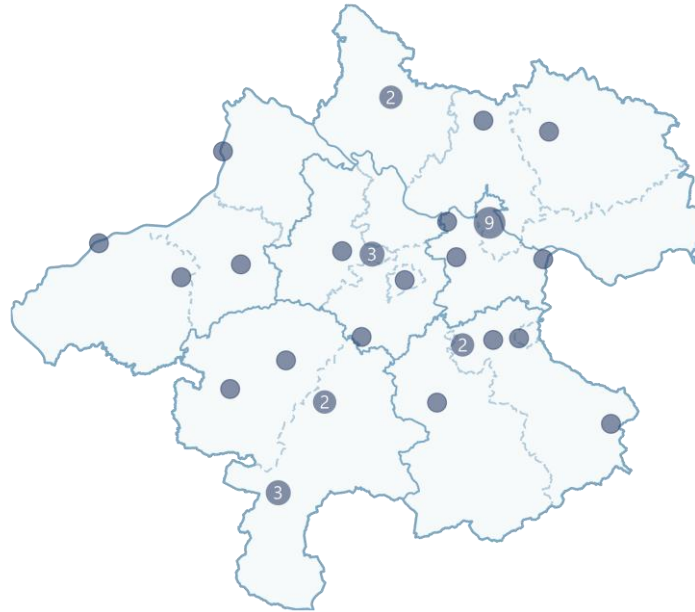
Quelle: GÖG

3 Krankenanstalten

3.1 Überblick: Krankenanstalten in Oberösterreich

3.1.1 Krankenanstalten-Typen und -Standorte

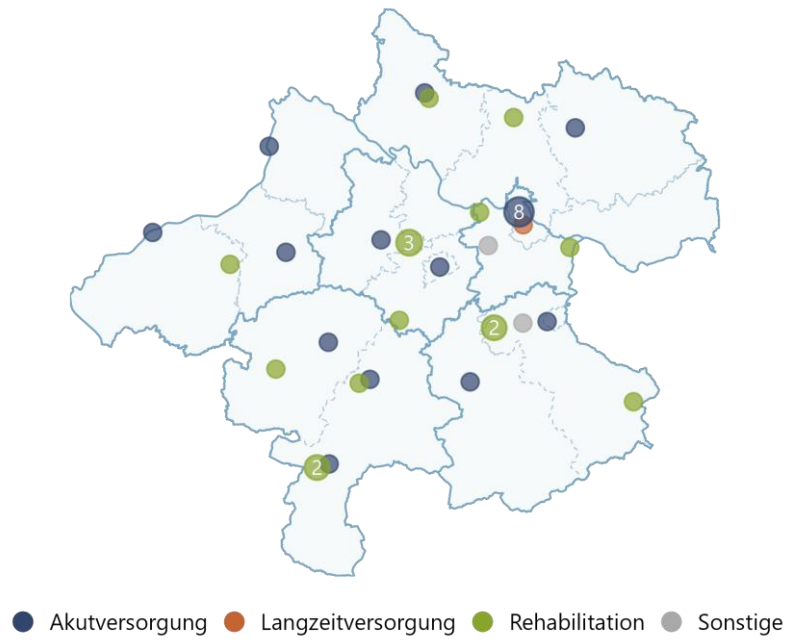
Abbildung 2: Krankenanstalten-Standorte in Oberösterreich, 2025



Quelle: Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f)

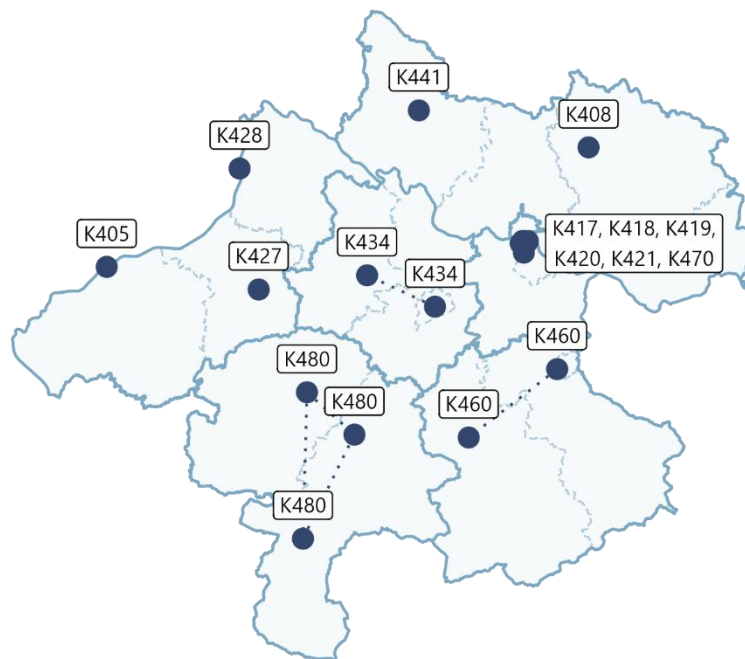
In Oberösterreich gibt es insgesamt 33 Krankenanstalten. Diese gliedern sich in 16 Rehabilitationszentren, 1 Krankenanstalt für die Langzeitversorgung psychisch erkrankter Personen sowie 16 Akutkrankenanstalten. Von den Akutkrankenanstalten dienen 14 der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung, während 2 Einrichtungen auf spezialisierte Patientengruppen ausgerichtet sind: die Sonderkrankenanstalt Sierning (Geriatric) sowie die Sanitätsanstalt Hörsching des Militärkommandos Oberösterreich (Heeresspital). 13 Krankenanstalten werden über den Landesgesundheitsfonds (Fondskrankenanstalten) finanziert.

Abbildung 3: Krankenanstalten in Oberösterreich nach Typ, 2025



Quelle: Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f)

Abbildung 4: Akut-Krankenanstellen in Oberösterreich, 2025



Mehrstandort-Krankenanstellen sind durch strichlierte Linien verbunden.
Bezeichnungen: siehe Tabelle 3

Quelle: Krankenanstellenverzeichnis (BMASGPK 2026f)

Tabelle 3: Akutkrankenanstalten zur allgemeinen Versorgung der Bevölkerung, 2025

KA-Nr.	Bezeichnung	Standorte	Versorgungsregion	Träger	Träger-Typ
K405	Krankenhaus St. Josef Braunau am Inn	1	Innviertel	A.ö. Krankenhaus St. Josef Braunau Gesellschaft mbH	Konfessionell (Orden)
K408	Klinikum Freistadt	1	Mühlviertel	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH	Land
K417	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	1	OÖ Zentralraum Linz	Konvent der Barmherzigen Brüder Linz	Konfessionell (Orden)
K418	Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern	1	OÖ Zentralraum Linz	Ordensklinikum Linz GmbH	Konfessionell (Orden)
K419	Ordensklinikum Linz Elisabethinen	1	OÖ Zentralraum Linz	Ordensklinikum Linz GmbH	Konfessionell (Orden)
K420	Unfallkrankenhaus Linz	1	OÖ Zentralraum Linz	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Medizinische Direktion	AUVA
K421	Klinik Diakonissen Linz	1	OÖ Zentralraum Linz	Klinik Diakonissen Linz Gesellschaft mbH	Sanatorium PRIKRAF
K427	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried	1	Innviertel	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft mbH	Konfessionell (Orden)
K428	Klinikum Schärding	1	Innviertel	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH	Land
K434	Klinikum Wels-Grieskirchen	2	OÖ Zentralraum Wels	Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH	Konfessionell (Orden)
K441	Klinikum Rohrbach	1	Mühlviertel	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH	Land
K460	Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr	2	Pyhrn-Eisenwurzen	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH	Land
K470	Linz Kepler Universitätsklinikum	3	OÖ Zentralraum Linz	Kepler Universitätsklinikum Gesellschaft mbH	Land
K480	Salzkammergut-Klinikum	3	Traunviertel-Salzkammergut	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH	Land

Quelle: Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f)

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels erfolgt eine Fokussierung auf die Akutkrankenanstalten in der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung, deren organisatorische Strukturen und Standorte im Detail betrachtet werden. Ein Teil der Akutkrankenanstalten ist standortübergreifend organisiert, womit sich die 14 Akutkrankenanstalten der allgemeinen Versorgung auf 20 Standorte verteilen. So verfügt das Klinikum Wels-Grieskirchen über Standorte in Wels und Grieskirchen, während das Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr Einrichtungen in Steyr und Kirchdorf an der Krems betreibt. Das Kepler Universitätsklinikum Linz ist auf 3 Standorte innerhalb des Linzer

Stadtgebiets verteilt. Ebenso erstreckt sich das Salzkammergut-Klinikum über die Standorte Gmunden, Bad Ischl und Vöcklabruck.

Das Kepler Universitätsklinikum entstand zum 31. Dezember 2015 durch den Zusammenschluss des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz, der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz sowie der Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg. Ziel der Fusion war die Errichtung eines integrierten Universitätsklinikums im Rahmen der medizinischen Fakultät der Johannes Kepler Universität Linz. Analog dazu wurde das Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr zum 1. Jänner 2020 durch die Zusammenlegung der Krankenhäuser in Steyr und Kirchdorf an der Krems gebildet, um medizinische Leistungen und Ressourcen innerhalb der Region zu bündeln.

Die regionale Verteilung der Standorte zeigt eine deutliche Konzentration im Zentralraum Linz. Insgesamt entfallen 8 Standorte auf den Zentralraum Linz, während sich jeweils 3 Standorte im Innviertel sowie im Traunviertel-Salzkammergut befinden. In den Regionen Zentralraum Wels, Mühlviertel und Pyhrn-Eisenwurzen sind jeweils 2 Krankenanstalten verortet.

Auch hinsichtlich der Bettendichte ist der Zentralraum Linz mit 847 Betten je 100.000 Einwohner:innen österreichweiter Spitzenreiter. Demgegenüber bildet das Mühlviertel mit 127 Betten je 100.000 Einwohner:innen das untere Ende der gesamtösterreichischen Skala. Weiterführende Informationen sind in Kapitel 3.1.3 „Kapazitäten (Betten, ambulante Betreuungsplätze) nach Fachrichtung“ dargestellt.

Ein Blick auf die Trägerschaft der 14 Akutkrankenanstalten der allgemeinen Versorgung (siehe Tabelle 4) zeigt, dass diese Einrichtungen überwiegend gemeinnützig geführt werden (die Ausnahme bildet das Sanatorium Klinik Diakonissen Linz). Sie gliedern sich in 6 von konfessionellen Trägern betriebene Fondskrankenanstalten und 6 vom Land betriebene Fondskrankenanstalten. Ergänzt werden sie durch ein Unfallkrankenhaus (Unfallkrankenhaus Linz) sowie ein Sanatorium (Sanatorium Klinik Diakonissen Linz), das über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds finanziert wird. Letztere beiden Einrichtungen unterliegen nicht dem Öffentlichkeitsrecht, während die übrigen 12 Einrichtungen entsprechende Rechtsstellung besitzen.

3.1.2 Intensivmedizinische Ausstattung und Ausstattung mit diagnostischen und therapeutischen Großgeräten

Die nachfolgenden Tabellen bieten einen strukturierten Überblick über die intensivmedizinische Versorgung in den Akutkrankenanstalten Oberösterreichs. Abgebildet wird sowohl die Verfügbarkeit von Intensivversorgung nach Fachrichtungen als auch die Ausstattung mit ausgewählten Großgeräten. Die Darstellung erfolgt einrichtungsbezogen, wodurch die regionale Verteilung der Versorgungsressourcen transparent wird und Unterschiede zwischen den Standorten nachvollziehbar gemacht werden.

Die in den Tabellen ausgewiesenen Kategorien orientieren sich an den organisatorischen Zuordnungen innerhalb der Krankenanstalten und ermöglichen eine vergleichende Analyse der intensivmedizinischen Infrastruktur.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die intensivmedizinischen Fachbereiche und deren standortbezogene Verteilung in den oberösterreichischen Krankenanstalten. Die Verteilung zeigt deutlich, dass spezialisierte intensivmedizinische Fachbereiche vorwiegend im Zentralraum konzentriert sind, während Basis-Intensivkapazitäten flächendeckend vorgehalten werden.

Tabelle 4: Fachrichtungen der Intensivbereiche nach Krankenanstalt, 2025

KA-Nr.	Kurzbezeichnung	AN	IM	KIJU	GEM	PUL	ORTR	NEU
K405	Braunau-St.-Josef-KH	✓	✓	✓				
K408	Freistadt-KL				✓			
K417	Linz-BBR-KH	✓	✓					
K418	Linz-BHS-KL	✓	✓	✓				
K419	Linz-ELISAB-KL	✓	✓			✓		
K420	Linz-UKH						✓	
K421	Linz-DIA-KH							
K427	Ried/Innkr-BHS-KH	✓	✓	✓				
K428	Schärding-KL				✓			
K434	Wels-Grieskirchen-KL	✓	✓	✓		✓		
K441	Rohrbach-KL				✓			
K460	Pyhrn-Eisenwurzen-KL	✓	✓	✓	✓	✓		
K470	Linz-Kepler-UnivKL	✓	✓	✓				✓
K480	Salzkammergut-KL	✓	✓	✓	✓			

AN = Anästhesiologie und Intensivmedizin; IM = Innere Medizin; KIJU = Kinder- und Jugendheilkunde; GEM = Gemischter Belag; PUL = Pulmologie; ORTR = Orthopädie/Traumatologie; NEU = Neurologie

Quelle: Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f)

Tabelle 5 stellt den Zugang zu ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten (inkl. Funktionsgeräte) an den einzelnen Standorten in Oberösterreich dar. Die Übersicht folgt der Systematik des Großgeräteplans (Zielplanung) und fokussiert auf Akutkrankenanstalten der allgemeinen Versorgung. Abgebildet wird dabei, ob an einem Standort ein entsprechender Gerätezugang besteht bzw. gemäß Planung vorgesehen ist, unabhängig von Anzahl, technischer Ausprägung oder Betriebsform einzelner Geräte, wobei bestehende Privatgeräte in der vorliegenden Übersicht nicht dargestellt werden.

Die Darstellung differenziert zwischen aktuellem und geplantem Versorgungsstand: Häkchen (✓) kennzeichnen den Ist-Stand des Zugangs zu Großgeräten per 31. Dezember 2023, während Kreise (○) zusätzlichen, im Großgeräteplan vorgesehenen Gerätezugang abbilden. Damit werden sowohl bestehende Versorgungsstrukturen als auch geplante Weiterentwicklungen gemäß Zielplanung berücksichtigt.

Die Großgeräte- und Funktionsgeräteplanung erfolgt im intramuralen Bereich zentral und stellt ein wesentliches Instrument der kapazitiven und funktionalen Steuerung dar. Kooperationsmodelle zwischen intra- und extramuralem Bereich sind dabei insbesondere bei diagnostischen Geräten ein expliziter Bestandteil der Planungslogik und dienen der effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen. Groß- und Funktionsgeräte im extramuralen Bereich sind im Großgeräteplan berücksichtigt, stehen jedoch nicht im Fokus der vorliegenden standortbezogenen Übersicht. Für detaillierte Informationen zu extramuralen Gerätezugängen, Betreiberstrukturen und Standorten wird auf den Großgeräteplan verwiesen (BMASGPK 2025b, Anhang 10).

Ergänzend bildet die Darstellung die im Regionalen Strukturplan Gesundheit Oberösterreich 2030 definierten Zielsetzungen ab. Für ausgewählte Gerätebereiche wurden bundesweit Zielbilder zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung bis 2030 entwickelt, wobei in Oberösterreich weiterhin ein abgestimmtes Vorgehen unter Einbeziehung von Kooperationslösungen

vorgesehen ist. Darüber hinaus sind im Zielzeitraum Anpassungen bei spezialisierten Gerätezugängen geplant, die im Großgeräteplan verankert sind und in der Tabelle als geplanter Zugang ausgewiesen werden.

Insgesamt zeigt die Übersicht ein steuerungskonformes Bild aus einer grundsätzlich flächendeckenden Versorgung mit zentralen diagnostischen Geräten und Funktionsgeräten sowie einer gezielten Weiterentwicklung spezialisierter Gerätezugänge an ausgewählten Standorten. Damit wird die im Rahmen der Zielsteuerung angestrebte Kombination aus wohnortnaher Grundversorgung, kooperativer Leistungserbringung und funktionaler Schwerpunktbildung unterstützt.

Tabelle 5: Großgeräte, Ist-Stand per 31.12.2023, und Großgeräteplanung

KA-Nr.	Kurzbezeichnung	CT	MR	ECT	STR	COR	PET
K405	Braunau St. Josef KH	✓	○				
K408	Freistadt KL	✓	○				
K417	Linz BBR KH	✓	✓				
K418	Linz BHS KL	✓	✓	✓	✓		✓
K419	Linz ELISAB KL	✓	✓	✓		✓	
K420	Linz UKH	✓	✓				
K421	Linz DIA KH	✓					
K427	Ried/Innkr BHS KH	○	○	✓			
K428	Schärding KL	✓	○				
K434	Wels-Grieskirchen KL	✓	✓	✓	○	✓	○
K441	Rohrbach KL	✓	✓				
K460	Pyhrn-Eisenwurzen KL	✓	✓	✓	○	○	○
K470	Linz Kepler UnivKL	✓	✓	✓	○	✓	✓
K480	Salzkammergut KL	✓	✓	✓	✓	○	✓

CT = Computertomografiegeräte; MR = Magnetresonanztomografiegeräte; ECT = Emissions-Computertomografiegeräte; STR = Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte; COR = Koronarangiografische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze); PET = Positronen-Emissions-Tomografiegeräte

✓ = bestehendes Gerät per 31. 12. 2023

○ = zusätzlicher, gemäß Großgeräteplan vorgesehener Gerätezugang

Quellen: Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f); Großgeräteplan (BMASGPK 2025b, Anhang 10)

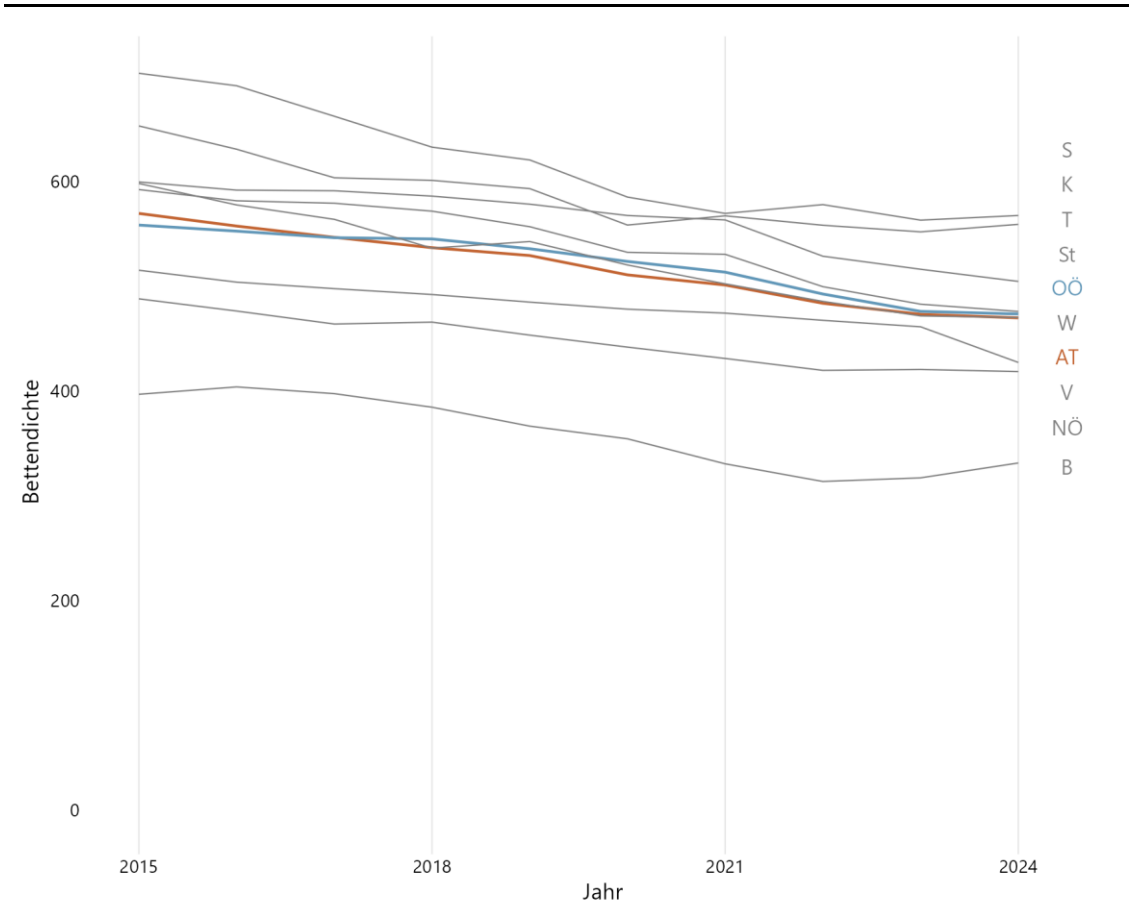
3.1.3 Kapazitäten (Betten, ambulante Betreuungsplätze) nach Fachrichtung

Im Jahr 2024 standen in den 14 Akutkrankenanstalten der Allgemeinversorgung insgesamt 7.244 tatsächlich aufgestellte Betten sowie 371 ambulante Betreuungsplätze in Oberösterreich zur Verfügung. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 473,36 Betten und 24,24 ambulanten Betreuungsplätzen je 100.000 Einwohner:innen. Im bundesweiten Vergleich weist das Bundesland damit eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte auf (Österreichwert 469,65 Betten je 100.000 Einwohner:innen).

Im Zeitverlauf der vergangenen 10 Jahre ist im Einklang mit der Entwicklung in sämtlichen Bundesländern eine rückläufige Bettendichte festzustellen (2015: 558,15 Betten je 100.000 Einwohner:innen). Diese Entwicklung ist insbesondere auf die bundesweit vorangetriebenen Ambulantisierungsbestrebungen zurückzuführen. Auf Landesebene wurden hierzu strukturelle

Maßnahmen umgesetzt, insbesondere im Rahmen der Spitalsreform Oberösterreich 2011 mit dem Ziel der Konzentration stationärer Leistungen sowie des Ausbaus ambulanter Versorgungsangebote. Insgesamt ist seit 2011 in Oberösterreich ein Rückgang der absoluten Bettenkapazitäten um 17,2 Prozent zu verzeichnen und damit eine Entwicklung im Sinne der gesundheitspolitischen Zielsetzung einer Effizienzsteigerung sowie einer verstärkten Verlagerung von Leistungen in den niedergelassenen und tagesklinischen Bereich erkennbar.

Abbildung 5: Betten je 100.000 Einwohner:innen im Zeitverlauf nach Bundesland, 2015–2024



Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a); Darstellung: GÖG

Tabelle 6: Betten je 100.000 Einwohner:innen im Zeitverlauf nach Bundesland, 2015–2024

Jahr	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
2015	396,73	652,75	487,79	558,15	702,97	592,03	599,32	515,07	597,83	569,27
2016	403,76	630,53	476,15	552,36	691,08	581,33	591,50	503,71	577,37	557,21
2017	397,34	603,30	463,75	546,13	661,98	579,00	590,90	497,49	563,62	546,46
2018	384,39	600,82	465,56	544,93	632,49	571,43	585,78	491,91	536,17	536,59
2019	366,35	592,93	453,16	535,59	620,29	556,61	578,11	484,66	542,45	529,09
2020	354,24	558,18	441,73	523,46	584,87	532,17	567,29	477,92	520,09	510,64
2021	330,39	566,99	430,90	513,24	569,28	530,28	563,08	474,15	502,10	500,97
2022	313,53	558,00	419,53	492,38	577,67	499,39	528,46	467,29	485,35	483,55
2023	317,01	551,69	420,40	475,83	562,86	482,69	516,01	461,13	471,47	473,04
2024	331,18	558,85	418,40	473,36	567,30	475,74	504,40	427,10	469,95	469,65

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a)

Eine detaillierte Darstellung der Betten sowie der ambulanten Betreuungsplätze nach Fachrichtungen ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Auffällig ist der Rückgang der Bettendichte in einzelnen Fachrichtungen: Bei der Inneren Medizin verringerte sich die Zahl der Betten um 30,91 je 100.000 Einwohner:innen, in der Chirurgie um 15,23, in der Orthopädie und Traumatologie um 8,71 sowie in der Psychiatrie um 5,99 Betten je 100.000 Einwohner:innen.

Demgegenüber zeigt sich in einigen Fachrichtungen ein korrespondierender Zuwachs an ambulanten Betreuungsplätzen. Besonders deutlich ist dieser Trend in der Psychiatrie, wo die Zahl der ambulanten Betreuungsplätze um 10,59 je 100.000 Einwohner:innen gestiegen ist. Diese Veränderung spiegelt die in der Gesundheitsreform priorisierte Ambulantisierung wider.

Tabelle 7: Betten nach Fachrichtungen in oberösterreichischen Akutkrankenanstalten, 2015 vs. 2024

Fachrichtung	2015		2024				Differenz 2015–24	
	Betten		Betten		Ambulante Be- treuungs- plätze ¹		Betten je 100k EW	amb. BP ¹ je 100k EW
	abs.	je 100k EW	abs.	je 100k EW	abs.	je 100k EW		
Innere Medizin	2.193	152,6	1.862	121,7	83	5,42	-30,91	5,42
Chirurgie	1.142	79,46	983	64,23	1	0,07	-15,23	0,07
Orthopädie und Traumatologie	1.040	72,36	974	63,65	0	0	-8,71	0
Psychiatrie	658	45,78	609	39,79	162	10,59	-5,99	10,59
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	481	33,47	430	28,1	2	0,13	-5,37	0,13
Kinder- und Jugendheilkunde	256	17,81	213	13,92	0	0	-3,89	0
Neurologie	446	31,03	417	27,25	16	1,05	-3,78	1,05
Sonstige	700	48,7	688	44,96	83	5,42	-3,74	5,42
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	177	12,32	153	10	0	0	-2,32	0
Urologie	244	16,98	232	15,16	3	0,2	-1,82	0,2
Augenheilkunde und Optometrie	133	9,25	114	7,45	0	0	-1,8	0
Anästhesie und Intensivmedizin	370	25,74	385	25,16	0	0	-0,58	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	97	6,75	99	6,47	5	0,33	-0,28	0,33
Kinder- und Jugendpsychiatrie	54	3,76	54	3,53	16	1,05	-0,23	1,05
Zahnmedizin	31	2,16	31	2,03	0	0	-0,13	0

¹ Ambulante Betreuungsplätze (amb. BP) messen durch Verlagerung der Leistungserbringung vom stationären in den ambulanten Bereich entlastete Versorgungsstrukturen, wobei ein ambulanter Betreuungsplatz einem Bett entspricht.⁴

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f)

Tabelle 8 veranschaulicht die Entwicklung der Bettendichte je Versorgungsregion im Zeitverlauf. Es zeigt sich, dass die Zentralräume durchwegs eine hohe Bettendichte aufweisen, während die ländlicheren Regionen vergleichsweise weniger versorgt sind. Besonders auffällig ist das Mühlviertel mit der geringsten Bettendichte von 126,91 Betten je 100.000 Einwohner:innen, während der Zentralraum Linz eine Bettendichte von 847,25 Betten je 100.000 Einwohner:innen erreicht.

⁴ Die Zählung der ambulanten Betreuungsplätze wurde im Zuge der Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells eingeführt, um zu verhindern, dass Leistungsverlagerungen vom (halb-)stationären Bereich in den spitalsambulanten Bereich zu einem scheinbaren Rückgang der (Betten-)Kapazität führen. Deshalb wird für ausgewählte sogenannte „platzerzeugende“ Leistungen, die im spitalsambulanten LKF-Modell abgerechnet werden können, die Leistungserbringung in den Ambulanzen in ambulante Betreuungsplätze umgewandelt, welche somit die weggefallenen (halb-)stationären Betten ersetzen, die vor der Ambulantisierung diese Leistungskapazität abgebildet haben. Diese Leistungen sind:

- Onkologische Pharmakotherapie (425 ambulante Besuche entsprechen einem ambulanten Betreuungsplatz)
- Ambulante Tagesbehandlungen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche, Akutgeriatrie und Remobilisation (210 ambulante Besuche = 1 amb. BP)
- Beobachtungsfälle in der Zentralen Erstaufnahme und in definierten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF ambulant (350 ambulante Besuche = 1 amb. BP)
- Ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen (340 ambulante Besuche = 1 amb. PB) (BMASGPK 2025b, S. 225)

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die räumliche Nähe der Regionen sowie der hohe Anteil an Pendlerinnen und Pendlern zwischen den Regionen, wodurch auch eine Mitversorgung der Mühlviertler Bevölkerung im Zentralraum Linz erfolgt.

Tabelle 8: Betten je 100.000 Einwohner:innen im Zeitverlauf nach Versorgungsregion, 2015–2024

Jahr	Innviertel	Mühlviertel	OÖ Zentral- raum Linz	OÖ Zentral- raum Wels	Pyhrn- Eisenwur- zen	Traunvier- tel-Salz- kammergut
2015	448,20	135,36	1039,29	551,25	558,83	455,06
2016	443,69	134,00	1027,01	545,37	550,36	450,15
2017	435,99	133,29	1013,91	535,79	543,95	448,18
2018	435,48	133,05	1002,01	531,26	540,38	461,17
2019	430,65	131,00	982,87	527,29	540,24	440,97
2020	419,79	130,40	953,16	510,46	538,36	438,21
2021	405,26	130,10	933,61	506,93	537,64	421,92
2022	380,25	129,20	891,49	491,36	528,76	401,65
2023	375,35	127,28	849,93	486,62	523,72	373,89
2024	379,26	126,91	847,25	488,89	486,23	379,14

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a)

3.1.4 Auslastung

In diesem Kapitel zur Auslastung in Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt werden Abteilungen entsprechend dem ÖSG-konformen Typ „Fondskrankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“ betrachtet. In dieser Darstellung werden sowohl die Abteilungen als auch die Leistungserbringer entsprechend auf diese Kategorien begrenzt. Das betrifft in Oberösterreich ca. 70 Betten des Neuromed Campus, Teil des Kepler Uniklinikums in Linz, die der forensischen Psychiatrie bzw. dem Suchtmittelentzug (Außenstelle Bad Hall) zugeordnet sind. Diese Betten stehen für die Akutversorgung nicht zur Verfügung und würden aufgrund der hohen durchschnittlichen Belagsdauer vergleichende Analysen verzerren.

Im Jahr 2024 wurden in den oberösterreichischen Krankenanstalten insgesamt 3.184.215 spitalsambulante Besuche, 387.799 stationäre Aufenthalte sowie 1.783.760 Belagstage verzeichnet.

Im Oberösterreich-Österreich-Vergleich zeigt sich, wie aus Tabelle 9 hervorgeht, auf Basis der bevölkerungsbezogenen Kennzahlen je 100.000 Einwohner:innen ein insgesamt überdurchschnittliches Leistungs- und Kapazitätsniveau in Oberösterreich.

Die Bettenausstattung liegt in Oberösterreich mit 468 Betten je 100.000 Einwohner:innen über dem Österreichschnitt von 462 Betten. Die Belagstage bewegen sich mit 113.670 je 100.000 Einwohner:innen leicht unter dem Bundeswert (116.629). Die stationären Aufenthalte je 100.000 Einwohner:innen liegen in Oberösterreich über dem Österreichschnitt (25.341 gegenüber 23.549), ebenso die spitalsambulanten Kontakte (208.071 gegenüber 175.441 je 100.000 Einwohner:innen).

Insgesamt zeigt sich damit in Oberösterreich eine höhere Bettenausstattung bei gleichzeitig über dem Bundesdurchschnitt liegenden Inanspruchnahmeindikatoren im Bereich der stationären und spitalsambulanten Versorgung, während die Belagstage leicht unter dem Österreichwert liegen.

Tabelle 9: Intramurale Versorgung in Akutkrankenanstalten je 100.000 Einwohner:innen, 2024

Versorgungsregion	Betten	Belagstage	Stationäre Aufenthalte	Spitalsambulante Besuche	Bettenauslastung
	je 100.000 EW				
OÖ Zentralraum Linz	827	207.422	45.718	345.450	76,3%
OÖ Zentralraum Wels	489	118.137	26.512	244.939	73,6%
Mühlviertel	127	28.833	6.586	50.925	69,4%
Pyhrn-Eisenwurzen	486	99.546	23.552	222.615	62,7%
Traunviertel-Salzkammergut	379	94.677	19.348	162.591	75,4%
Innviertel	379	93.958	22.323	182.291	75,9%
Oberösterreich gesamt	468	113.670	25.341	208.071	73,9%
Österreich	462	116.629	23.549	175.441	76,2%

Auswertungen nach Standort der Einrichtung (zielbezogen).

In den ausgewiesenen stationären Aufenthalten sind Tagesklinikaufenthalte inkludiert.

Die in der Tabelle dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt gemäß den ÖSG-konformen Typen „Fondskrankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“. Sowohl die berücksichtigten Abteilungen als auch die Leistungserbringer sind entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt, weswegen einige Abteilungen im Kepler Uniklinikum, die nicht als Fondskrankenanstalt geführt werden, in diesen Zahlen nicht enthalten sind.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Verzeichnis, Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Berechnung: GÖG

Tabelle 10: Intramurale Versorgung in Akutkrankenanstalten, 2024

Versorgungsregion	Betten	Belagstage	Stationäre Aufenthalte	Spitalsambulante Besuche	Bettenauslastung
	absolut				
OÖ Zentralraum Linz	3.043	763.586	168.302	1.271.713	76,3%
OÖ Zentralraum Wels	1.185	286.351	64.262	593.703	73,6%
Mühlviertel	361	82.020	18.735	144.864	69,4%
Pyhrn-Eisenwurzen	771	157.846	37.346	352.991	62,7%
Traunviertel-Salzkammergut	928	231.738	47.358	397.970	75,4%
Innviertel	880	218.012	51.796	422.974	75,9%
Oberösterreich gesamt	7.168	1.739.553	387.799	3.184.215	73,9%
Österreich	42.309	10.681.771	2.156.802	16.068.169	76,2%

Auswertungen nach Standort der Einrichtung (zielbezogen).

In den ausgewiesenen stationären Aufenthalten sind Tagesklinikaufenthalte inkludiert.

Die in der Tabelle dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt gemäß den ÖSG-konformen Typen „Fondskrankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“. Sowohl die berücksichtigten Abteilungen als auch die Leistungserbringer sind entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt, weswegen einige Abteilungen im Kepler Uniklinikum, die nicht als Fondskrankenanstalt geführt werden, in diesen Zahlen nicht enthalten sind.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Verzeichnis, Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Berechnung: GÖG

Auf Basis der dargestellten Kapazitäts- und Leistungsdaten wurde die Auslastung der oberösterreichischen Krankenanstalten berechnet. Hierfür kommt folgende vereinfachte Berechnungsformel zur Anwendung:

$$\text{Auslastung} = \frac{0,5 * \text{stationäre Aufenthalte} + \text{Belagstage}}{365 * \text{tatsächlich aufgestellte Betten}}$$

Die Addition der Hälfte der stationären Aufenthalte zu den Belagstagen führt dazu, dass im Gegensatz zur Berechnung basierend nur auf den Belagstagen, die zwar den Entlassungs-, nicht aber den Aufnahmetag zählen, der Aufnahme- bzw. Entlassungstag einer Patientin bzw. eines Patienten jeweils zu 75 Prozent als belegt gewertet wird.⁵

Für Oberösterreich ergibt sich daraus eine Auslastung von 73,9 Prozent, die unter dem österreichweiten Wert von 76,2 Prozent liegt. Innerhalb des Bundeslandes zeigen sich jedoch deutliche regionale Unterschiede: Während der Zentralraum Linz mit 76,3 Prozent über dem Österreichschnitt liegt, weisen das Mühlviertel (69,4 %) und die Region Pyhrn-Eisenwurzen (62,7 %) deutlich niedrigere Auslastungswerte auf.

⁵ Beispiel: Eine Patientin wird an Tag 1 aufgenommen und an Tag 5 entlassen. Das sind 3 ganze Tage (Tage 2–4, Anwesenheit 0–24 h) und zwei kürzere Tage (Aufnahmetag, Entlassungstag). Sie belegt damit 4 volle Mitternachtsstände und wird daher in der Dokumentation mit 4 Belagstagen gewertet. Durch die Addition von 0,5 pro Aufenthalt in der Formel ergibt sich in der Belagsrechnung ein Wert von 4,5. Das entspricht der Zählung der 3 „ganzen“ Tage mit einem Faktor von 1 zuzüglich der „kürzeren“ Tage mit einem Faktor von jeweils 0,75: $3 * 1 + 2 * 0,75 = 4,5$.

Tabelle 11: Intramurale Versorgung nach Krankenanstaltentyp je 100.000 Einwohner:innen, 2024

Region	Kranken- anstalten- typ	Betten	Belagstage	Stationäre Aufent- halte	Spitalsam- bulante Besuche	Auslastung
		je 100.000 EW				
Oberös- terreich	FKA	452	110.457	24.473	202.013	74,4%
	UKH	10	1.872	374	6.058	56,4%
	SAN	7	1.342	494		65,3%
Österreich	FKA	427	110.457	21.490	169.228	77,8%
	UKH	10	1.760	366	6.213	56,0%
	SAN	26	4.412	1.694		56,3%

FKA = Fondskrankenanstalt, UKH = Unfallkrankenhaus, SAN = Sanatorium

In den ausgewiesenen stationären Aufenthalten sind Tagesklinikaufenthalte inkludiert.

Die in der Tabelle dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt gemäß den ÖSG-konformen Typen „Fondskrankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“. Sowohl die berücksichtigten Abteilungen als auch die Leistungserbringer sind entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt, weswegen einige Abteilungen im Kepler Uniklinikum, die nicht als Fondskrankenanstalt geführt werden, in diesen Zahlen nicht enthalten sind.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Verzeichnis (BMASGPK 2026f), Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMASGPK 2026c); Berechnung: GÖG

Tabelle 12: Intramurale Versorgung nach Krankenanstaltentyp, 2024

Region	Kranken- anstalten- Typ	Betten	Belagstage	Stationäre Aufent- halte	Spitalsam- bulante Be- suche	Auslastung
		absolut				
Oberös- terreich	FKA	6.913	1.690.371	374.516	3.091.500	74,4%
	UKH	153	28.645	5.727	92.715	56,4%
	SAN	102	20.537	7.556		65,3%
Österreich	FKA	39.093	10.116.489	1.968.182	15.499.141	77,8%
	UKH	871	161.227	33.511	569.028	56,0%
	SAN	2.345	404.055	155.109		56,3%

FKA = Fondskrankenanstalt, UKH = Unfallkrankenhaus, SAN = Sanatorium

In den ausgewiesenen stationären Aufenthalten sind Tagesklinikaufenthalte inkludiert.

Die in der Tabelle dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt gemäß den ÖSG-konformen Typen „Fondskrankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“. Sowohl die berücksichtigten Abteilungen als auch die Leistungserbringer sind entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt, weswegen einige Abteilungen im Kepler Uniklinikum, die nicht als Fondskrankenanstalt geführt werden, in diesen Zahlen nicht enthalten sind.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Verzeichnis (BMASGPK 2026f), Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMASGPK 2026c); Berechnung: GÖG

Im Vergleich von Oberösterreich mit dem Österreichdurchschnitt, differenziert nach Krankenanstaltentypen und bezogen auf bevölkerungsbezogene Kennzahlen je 100.000 Einwohner:innen, zeigt sich ein heterogenes Bild der stationären und spitalsambulanten Versorgungsstruktur.

Im Bereich der Fondskrankenanstalten (FKA) verfügt Oberösterreich über eine höhere Bettenausstattung als der Österreichschnitt (452 gegenüber 427 Betten). Gleichzeitig liegen sowohl die stationären Aufenthalte (24.473 gegenüber 21.490) als auch die spitalsambulanten Kontakte (202.013 gegenüber 169.228) über dem Bundesdurchschnitt. Die Belagstage bewegen sich auf gleichem Niveau. Die Bettenauslastung liegt mit 74,4 Prozent unter dem österreichweiten Wert von 77,8 Prozent.

Im Bereich der Unfallkrankenhäuser (UKH) zeigen sich weitgehend vergleichbare Strukturen zwischen Oberösterreich und dem Österreichschnitt. Die Bettenausstattung ist mit jeweils 10 Betten je 100.000 Einwohner:innen identisch. Auch die Leistungskennzahlen liegen auf ähnlichem Niveau: Die Belagstage betragen 1.872 gegenüber 1.760 je 100.000 Einwohner:innen, die stationären Aufenthalte 374 gegenüber 366 sowie die spitalsambulanten Kontakte 6.058 gegenüber 6.213. Die Bettenauslastung liegt mit 56,4 Prozent in Oberösterreich nahe am Bundeswert von 56,0 Prozent.

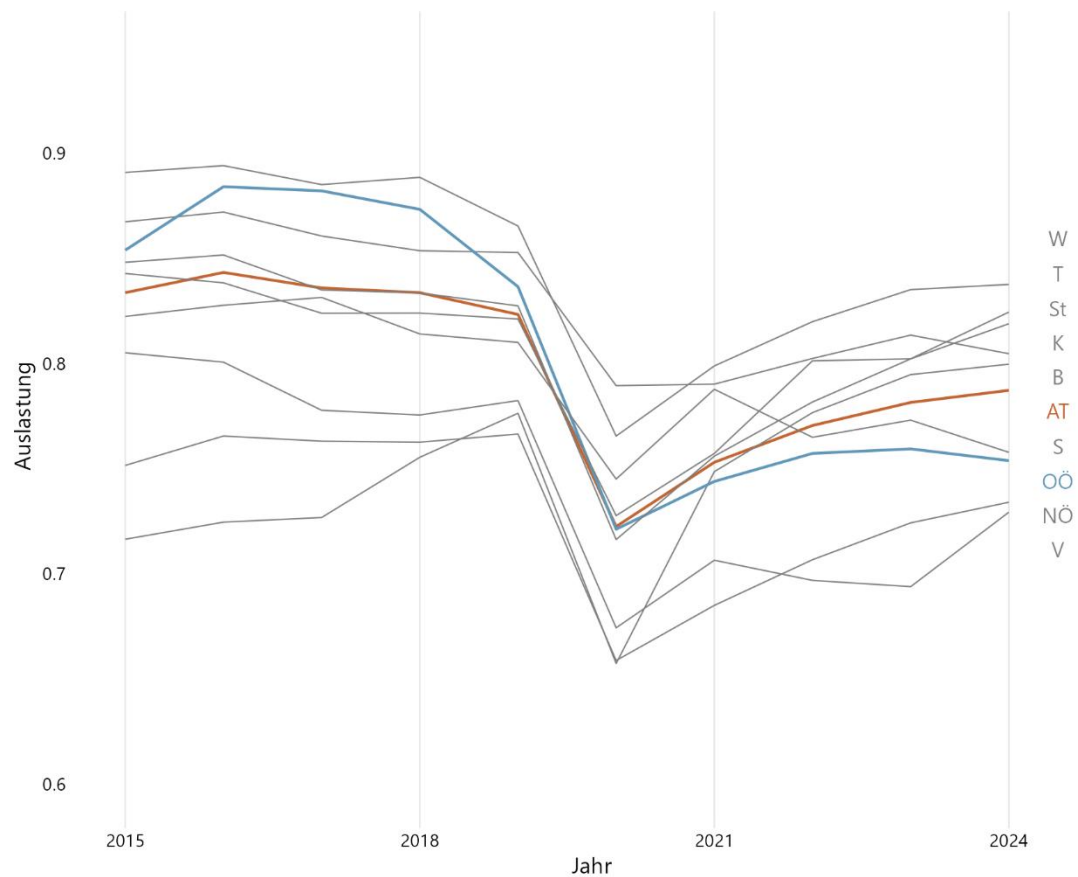
Im Bereich der Sanatorien (SAN) zeigt sich in Oberösterreich im Vergleich zum Österreichschnitt eine deutlich geringere Bettenkapazität von 7 gegenüber 26 Betten je 100.000 Einwohner:innen, die im einzigen oberösterreichischen Sanatorium, den Linzer Diakonissen, zu verorten sind. Entsprechend liegen auch die Leistungskennzahlen unter dem Bundesdurchschnitt: Die stationären Aufenthalte betragen 494 je 100.000 Einwohner:innen gegenüber 1.694 im Österreichschnitt, die Belagstage 1.342 gegenüber 4.412 je 100.000 Einwohner:innen. Demgegenüber ist die Bettenauslastung in Oberösterreich mit 65,3 Prozent höher als im Bundesvergleich (56,3 %).

Insgesamt zeigt sich nach Krankenanstaltentypen ein differenziertes Bild: Im FKA-Bereich höhere Kapazitäten und Inanspruchnahme bei geringerer Auslastung, im UKH-Bereich weitgehend deckungsgleiche Strukturen sowie im SAN-Bereich geringere Kapazitäten bei gleichzeitig höherer Auslastungsintensität in Oberösterreich im Vergleich zum Österreichschnitt.

Bei der Interpretation der Auslastung ist zu berücksichtigen, dass diese aus betrieblichen Gründen üblicherweise deutlich unter 100 Prozent zu liegen kommt. Das liegt unter anderem daran, dass Kapazitäten für Notfälle vorgehalten werden müssen sowie, dass notwendige Prozesse zwischen Entlassung einer Patientin bzw. eines Patienten und der Aufnahme der nächsten Patientin oder des nächsten Patienten eingeplant werden müssen. Darüber hinaus kann Personalknappheit dazu führen, dass Stationen mit geringerer Auslastung betrieben werden als andernfalls möglich wäre.

Während lange Zeit eine Bettenauslastung von 85 Prozent als Ziel für Akutkrankenanstalten angegeben wurde, geht die rezente Fachliteratur davon aus, dass je nach Größe und Fachrichtung einer Abteilung unterschiedliche Auslastungsraten anzusetzen sind. Insbesondere kleinere Abteilungen müssen mehr Betten in Reserve halten, um einen Kapazitätsengpass zu verhindern (Pratt/Wood 2021). Vor diesem Hintergrund ist das Niveau der durchschnittlichen Auslastung der Krankenanstalten Österreichs nachvollziehbar. Der Einbruch im Jahr 2020 ist auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen, als insbesondere von März bis Sommer ein Großteil der elektiven Eingriffe verschoben wurde (Eglau 2020). Auffällig ist, dass die durchschnittliche Auslastung 2021 bis 2023 leicht anstieg, aber das Niveau vor der Pandemie nicht erreicht hat (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Stationäre Bettenauslastung in Prozent im Zeitverlauf



Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a); Berechnung und Darstellung: GÖG

Ebenso auffällig sind systematische Unterschiede in der Auslastung zwischen den Versorgungsregionen, wobei die Versorgungsregion Pyhrn-Eisenwurzen mit einer unterdurchschnittlichen Auslastung hervorsticht.

3.1.5 Sonderklasse

Im vorliegenden Kapitel erfolgt im Unterschied zum vorhergehenden Kapitel eine umfassendere Betrachtung aller Abteilungstypen innerhalb der Akutkrankenanstalten (Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien). Diese erweiterte Darstellung ist auf eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Informationen zur Sonderklasse zurückzuführen, wodurch eine differenzierte Auswertung nach Sonderklasse im gegenständlichen Kapitel nicht in vollem Umfang möglich ist.

Im Jahr 2024 beträgt der Anteil der Sonderklasse-Betten 18,46 Prozent und liegt damit unter dem Vergleichswert des Jahres 2015 (19,68 %). Es ist somit ein geringfügiger Rückgang des Anteils der Sonderklassebetten an allen Akutbetten festzustellen.

Hinsichtlich der Leistungsanspruchnahme entfallen im Jahr 2024 13,98 Prozent der Belagstage sowie 16,85 Prozent der Aufnahmen auf die stationäre Sonderklasse. Im Vergleich dazu lagen die entsprechenden Anteile im Jahr 2015 bei 13,85 Prozent (Belagstage) bzw. 12,66 Prozent (Aufnahmen). Während die Aufnahmen in den bettenführenden Bereich der oberösterreichischen Akutkrankenanstalten generell rückläufig sind, steigt die relative Inanspruchnahme der stationären Sonderklasse. Darüber hinaus ist der rückläufige Trend der Belagstage pro Aufenthalt in der Sonderklasse im Vergleich zu allen Aufenthalten auffällig, was auf eine geringere Tendenz zur Verlagerung von Patientinnen und Patienten mit Privatversicherung vom stationären in den spitalsambulanten Bereich schließen lässt.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass Einnahmen durch Behandlung von Patientinnen und Patienten auf Sonderklasse eine relevante Finanzierungsquelle für Krankenanstalten darstellen und daher finanzielle Anreize gegen Verlagerungen, die diese Zahlungsströme reduzieren, bestehen. Zwar wurde in der KAKuG-Novelle 2018 die Möglichkeit zur Einhebung von Sonderklasse-Gebühren in Spitalsambulanzen geschaffen, derzeit ist aber noch keine Sonderklasse-Ambulanz in einer österreichischen Krankenanstalt in Betrieb. Unklar ist zudem, welche Zusatzleistungen die Einhebung dieser Gebühren rechtfertigen würde (Parlament Österreich 2018).

In der Analyse der Auslastung der vorhandenen Kapazitäten ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden: Für die Sonderklasse stehen ausschließlich Daten aus der Krankenanstaltenstatistik zur Verfügung, welche einem abrechnungstechnischen Cut-off-Datum unterliegen. Nach diesem Zeitpunkt sind keine Nachmeldungen mehr möglich. Daraus resultieren geringfügige Abweichungen im Vergleich zu den Daten der Nicht-Sonderklasse. Der Einfluss dieser Unterschiede wird als vernachlässigbar eingeschätzt.

Die Auswertung zeigt, dass die Auslastung der Sonderklasse in den Jahren 2015 und 2024 unter der Gesamtauslastung liegt, obwohl gleichzeitig ein Anstieg in der anteilmäßigen Verweildauer zu beobachten ist (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Kennzahlen zur stationären Sonderklasse in oberösterreichischen Akutkrankenanstalten

KA-Nr.	Kurzbezeichnung	Auslastung in %		Auslastung Sonderklasse in %		Anteil der Sonderklasse-Betten in %		Anteil der Sonderklasse-Belagstage in %		Anteil der Sonderklasse-Aufnahmen in %	
		2015	2024	2015	2024	2015	2024	2015	2024	2015	2024
K421	Linz DIA KH	50,6	65,3	50,6	65,3	100	100	100	100	100	100
K408	Freistadt KL	86,6	68,3	33,6	34,4	20,0	20,0	7,7	10,1	7,8	10,2
K441	Rohrbach KL	79,6	70,2	25,4	30,2	24,8	25,0	7,9	10,6	8,0	12,2
K428	Schärding KL	80,0	61,2	26,9	30,5	21,4	22,2	7,2	11,0	7,5	11,6
K434	Wels-Grieskirchen KL	81,8	73,6	52,9	50,9	20,5	21,4	13,5	14,6	11,4	16,7
K417	Linz BBR KH	82,0	69,6	60,5	49,5	23,1	24,5	17,6	17,4	14,1	17,0
K427	Ried/Innkr BHS KH	90,2	78,9	77,9	66,5	18,1	19,4	16,0	16,1	13,0	18,2
K405	Braunau St Josef KH	90,9	79,2	72,1	65,5	13,0	14,1	10,5	11,7	8,4	11,4
K470	Linz Kepler UnivKL	96,7	83,7	74,3	73,5	15,6	11,3	12,0	9,6	12,5	13,7
K418	Linz BHS KL	84,0	75,4	53,2	50,2	24,5	25,0	15,8	16,2	13,2	20,0
K419	Linz ELISAB KL	88,4	80,3	70,5	54,2	24,8	24,8	20,0	16,6	17,6	17,8
K460	Pyhrn-Eisenwurzen KL	75,4	62,7	59,3	60,5	14,0	11,7	11,2	11,1	9,5	12,9
K480	Salzkammergut KL	82,8	75,4	58,9	74,2	17,1	13,8	12,3	13,6	10,6	13,2
K420	Linz UKH	67,9	56,4	59,6	55,6	16,8	17,0	14,9	16,8	13,3	15,8

Auslastung Sonderklasse = $(0,5 \times \text{Sonderklasse-Aufnahmen} + \text{Sonderklasse-Belagstage}) / (365 \times \text{Sonderklasse-Betten})$; abweichende Berechnung gegenüber der allgemeinen Auslastungsformel auf Basis sonderklassenspezifischer Leistungs- und Kapazitätsdaten.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a)

In Bezug auf die Entwicklung der Verteilung der Sonderklasse-Anteile an den Betten zeigen sich keine auffälligen Ausreißer. Sämtliche Fondskrankenanstalten liegen unterhalb des Schwellenwertes von 25 Prozent, der gemäß § 16 KAKuG (KAKuG 1957) für gemeinnützige Krankenanstalten einzuhalten ist. Eine Ausnahme stellt daher die Krankenanstalt der Diakonissen in Linz dar, die als Sanatorium einen Sonderklasse-Anteil von 100 Prozent aufweist.

3.2 Personal in Fondskrankenanstalten

Dieses Kapitel analysiert die Struktur der Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Fondskrankenanstalten im Jahr 2024 in Oberösterreich und stellt diese dem österreichweiten Durchschnitt gegenüber⁶. Die Betrachtung erfolgt differenziert nach dem stationären und dem spitalsambulanten Sektor⁷. Als Vergleichskennzahlen dienen in der Gesamtbetrachtung VZÄ je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, im spitalsambulanten Bereich VZÄ je 100.000 Besuche sowie im stationären Bereich VZÄ je 1.000 Betten. Ergänzend werden zentrale Verhältniskennzahlen zwischen Ärztinnen und

⁶ Selektion der Fondskrankenanstalten erfolgt auf Abteilungsebene, d.h. exklusive Abteilungen in Fondskrankenanstalten, die nicht als Fondskrankenanstalten geführt werden. Daten zu Personal in Unfallkrankenanstalten und Sanatorien sind in der Krankenanstalten-Kostenrechnung nicht verfügbar, siehe Kapitel 2.1.5.

⁷ Die Zuordnung des Personals auf den stationären bzw. spitalsambulanten Bereich erfolgt anhand der Klassifikation der Kostenstelle in der Kostenrechnung. Es bestehen Unschärfen in der Zuordnung des Personals, das sowohl in Spitalsambulanzen als auch im stationären Bereich tätig ist, die als Limitation zu berücksichtigen sind.

Ärzten sowie dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weiteren Gesundheitsberufen einschließlich Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste dargestellt.

In Folge der überdurchschnittlichen Kapazität des intramuralen Bereichs Oberösterreichs im Bundesländervergleich weisen mehrere Berufsgruppen in oberösterreichischen Krankenanstalten einen überdurchschnittlichen Personalstand im Verhältnis zur Einwohnerzahl des Bundeslandes auf (siehe Tabelle 14). Im Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie der weiteren Gesundheitsberufe zeigt sich in Oberösterreich im Jahr 2024 insgesamt ein über dem Bundesdurchschnitt liegender Wert von 477,4 VZÄ je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Österreich: 455,6). Im stationären Bereich liegt Oberösterreich hingegen mit 696,9 VZÄ je 1.000 Betten unter dem österreichischen Durchschnitt von 716,4. Auch im spitalsambulanten Bereich ist mit 78,4 VZÄ je 100.000 Besuchen ein geringerer Wert als im Bundesmittel (88,1) zu verzeichnen. Die überdurchschnittliche Personalausstattung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Zusammenhang mit der unterdurchschnittlichen Personalausstattung je Bett bzw. Besuch ist durch eine überdurchschnittliche Betteninanspruchnahme bzw. Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen zu erklären.

Bei den Ärztinnen und Ärzten zeigt sich ein durchgehend unter dem österreichischen Durchschnitt liegendes Niveau in Oberösterreich. Insgesamt entfallen 212,4 VZÄ je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf diesen Bereich (Österreich: 235,4). Im stationären Sektor beträgt der Wert 211,1 VZÄ je 1.000 Betten gegenüber 251,7 im Bundesdurchschnitt. Im spitalsambulanten Bereich ergibt sich mit 57,3 VZÄ je 100.000 Besuchen ebenfalls ein deutlich geringerer Wert als in Österreich insgesamt (75,5).

Tabelle 14: Personal in Fondskrankenanstalten

Berufsgruppe	Gesamt VZÄ je 100.000 EW		Stationär VZÄ je 1.000 Betten		Spitalsambulant VZÄ je 100.000 Besuche	
	OÖ	AT	OÖ	AT	OÖ	AT
Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen und ähnliche	21,1	17,1	9	11,3	8,4	7,2
Betriebspersonal	51	34,2	84,5	54,9	6,1	6,3
Gehobene med.-technische Dienste, med.-techn. Fachdienst und Masseur/Masseurinnen	115,6	114,5	5,3	17	56	63,3
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe	477,4	455,6	696,9	716,4	78,4	88,1
Hebammen	16,1	13,3				
Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste	141,3	132,9	211,9	207,6	21,9	26
Sonstiges Personal	9	13	11,8	16,5	1,8	3,5
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	54,8	48,5	62,8	50,6	12,9	15,9
Ärzte/Ärztinnen	212,4	235,4	211,1	251,7	57,3	75,5

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), Berechnung: GÖG

In Tabelle 15 und Tabelle 16 werden die Personalkennzahlen der Fondskrankenanstalten Oberösterreichs mit Österreich-Durchschnittswerten verglichen. Um eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden Krankenanstalten dabei nach ihrem Typ gemäß §2a KAKuG (KAKuG 1957) in Standard-, Schwerpunkt- und Zentral-Krankenanstalten gruppiert. Diese Einteilung ist zwar mit gewissen Limitationen behaftet. Beispielsweise führt die Fusion einer Standard-Krankenanstalt mit einer Schwerpunkt-Krankenanstalt dazu, dass beide Standorte als Schwerpunkt -Krankenanstalt geführt werden, und die Unterscheidung zwischen den Typen ist nicht immer trennscharf nachvollziehbar. Trotzdem bietet diese Einteilung eine gewisse Richtschnur, die einen Vergleich von Krankenanstalten mit ähnlichem Versorgungsumfang ermöglicht.

Die Betrachtung der Personalrelationen auf Krankenanstaltenebene erfolgt auf Basis jener Abteilungen und Leistungserbringer, die den ÖSG-konformen Typen „Fonds-Krankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ sowie „Sanatorium“ zugeordnet sind. Sowohl die dargestellten Abteilungen als auch die berücksichtigten Leistungserbringer werden in dieser Analyse entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt. In Oberösterreich heißt das, dass die Abteilungen der forensischen Psychiatrie in Linz sowie die Langzeit-Entzugsklinik der Außenstelle Bad Hall in der Analyse ausgeklammert werden. Dadurch wird eine vergleichbare Betrachtung der Personal- und Ressourcenstrukturen innerhalb der relevanten Versorgungssegmente ermöglicht.

Die in Tabelle 16 dargestellten Ratios werden dabei wie folgt definiert: Die Nurse-to-Physician-Ratio beschreibt das Verhältnis des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe einschließlich der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte. Die Physician-to-Bed-Ratio beschreibt das Verhältnis der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zur Bettenanzahl und die Nurse-to-Bed-Ratio das Verhältnis des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe einschließlich der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste zur Bettenanzahl. Diese Kennzahlen stellen etablierte Instrumente des Gesundheitsversorgungsmonitorings dar, da sie eine standardisierte Betrachtung der Personalstruktur unabhängig von der absoluten Größe einer Krankenanstalt ermöglichen und dadurch Unterschiede zwischen Versorgungseinheiten sichtbar machen.

Im Bereich der Standardkrankenanstalten liegen die ärztlichen Personalausstattungen je 1.000 Betten teilweise deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt von 441,75. Besonders niedrige Werte zeigen sich im Klinikum Rohrbach mit 363,72 sowie im Klinikum Schärding mit 401,44 VZÄ der Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Betten. Das Krankenhaus St. Josef Braunau am Inn liegt mit 471,29 hingegen über dem Bundesdurchschnitt.

Die Physician-to-Bed-Ratio entspricht im österreichischen Durchschnitt der Standardkrankenanstalten einem Wert von 0,44. Während Braunau diesen Wert mit 0,47 leicht überschreitet, liegen insbesondere Rohrbach (0,36) und Schärding (0,40) darunter. Demgegenüber weisen sämtliche oberösterreichischen Standardkrankenanstalten deutlich höhere Nurse-to-Physician-Ratios auf als der österreichische Durchschnitt von 2,69. Die höchsten Werte zeigen sich im Klinikum Rohrbach (3,42) und im Klinikum Schärding (3,30). Gleichzeitig liegen die Personalausstattungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe je 1.000 Betten durchgehend über dem österreichischen Referenzwert von 914,08. Besonders hohe Werte zeigen sich im Klinikum Schärding mit 1.148,95 sowie im Krankenhaus Braunau mit 1.080,72 VZÄ je 1.000 Betten. Die VZÄ der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste je 1.000 Betten liegen in den Standardkrankenanstalten zwischen 175,62 und 304,70 und sind damit im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt von 276,14 heterogen ausgeprägt, wobei insbesondere

das Krankenhaus St. Josef Braunau am Inn sowie das Klinikum Freistadt über dem Referenzwert liegen, während das Klinikum Schärding und das Klinikum Rohrbach darunter liegen.

Die Nurse-to-Bed-Ratio liegt in den oberösterreichischen Standardkrankenanstalten ebenfalls durchgehend über dem österreichischen Durchschnitt von 1,19 und erreicht Werte zwischen 1,25 im Klinikum Rohrbach und 1,39 im Krankenhaus Braunau sowie 1,32 im Klinikum Freistadt und im Klinikum Schärding. Dies unterstreicht die insgesamt relativ hohe pflegerische Personalausstattung im Verhältnis zur Bettenkapazität.

Im Bereich der Schwerpunktkrankenanstalten zeigen sich im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt überwiegend niedrigere ärztliche Personalausstattungen je 1.000 Betten. Während österreichweit 575,04 VZÄ Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Betten ausgewiesen werden, liegen die oberösterreichischen Schwerpunktkrankenanstalten unter diesem Wert. Einzig das Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern weist mit 582,67 VZÄ Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Betten einen höheren Wert aus. Das Ordensklinikum Linz Elisabethinen folgt mit 541,34 VZÄ je 1.000 Betten, während das Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr mit 377,30 den niedrigsten Wert erreicht. Parallel dazu liegen auch die Physician-to-Bed-Ratios der oberösterreichischen Einrichtungen überwiegend unter dem österreichischen Referenzwert von 0,58. Besonders niedrige Werte zeigen sich im Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr (0,38), im Klinikum Wels-Grieskirchen (0,44) sowie im Salzkammergut-Klinikum (0,43).

Hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung je 1.000 Betten zeigt sich ein heterogenes Bild. Das Ordensklinikum Linz Elisabethinen weist mit 1.180,72 VZÄ des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe je 1.000 Betten einen deutlich über dem österreichischen Durchschnitt von 1.053,44 liegenden Wert auf. Auch das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz sowie das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried liegen annähernd auf Bundesniveau. Dagegen liegen insbesondere das Klinikum Wels-Grieskirchen sowie das Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum deutlich unter den österreichischen Vergleichswerten. Die VZÄ der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste je 1.000 Betten liegen in den Schwerpunktkrankenanstalten zwischen 206,93 und 335,79 und sind im Vergleich zum österreichischen Referenzwert von 293,66 VZÄ je 1.000 Betten heterogen ausgeprägt.

Die Nurse-to-Physician-Ratio liegt in mehreren oberösterreichischen Schwerpunktkrankenanstalten über dem österreichischen Durchschnitt von 2,34. Besonders hohe Werte weisen das Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr (3,06), das Salzkammergut-Klinikum (2,86) sowie das Ordensklinikum Linz Elisabethinen (2,79) auf. Diese Relation ist dahingehend zu interpretieren, dass im Verhältnis zur ärztlichen Personalausstattung ein vergleichsweise stärkeres Gewicht des Pflegepersonals besteht. Die Nurse-to-Bed-Ratio liegt in diesen Einrichtungen ebenfalls auf einem vergleichsweise hohen Niveau und reicht von 1,16 im Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum über 1,24 im Salzkammergut-Klinikum bis hin zu 1,51 im Ordensklinikum Linz Elisabethinen und liegt damit teilweise über bzw. im oberen Bereich des österreichischen Vergleichswertes von 1,35. Die Kombination aus hohen Nurse-to-Bed-Ratios und niedrigen Physician-to-Bed-Ratios erklärt demnach die hohen Nurse-to-Physician-Ratios in oberösterreichischen Schwerpunktkrankenanstalten.

Im Bereich der Zentralkrankenanstalten zeigt das Kepler Universitätsklinikum Linz im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt deutlich niedrigere Werte sowohl bei den VZÄ der Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Betten als auch bei der Physician-to-Bed-Ratio. Während österreichweit

735,17 VZÄ der Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Betten beziehungsweise eine Physician-to-Bed-Ratio von 0,74 ausgewiesen werden, liegt das Kepler Universitätsklinikum bei 496,94 beziehungsweise 0,50. Auch die Pflegepersonalausstattung je 1.000 Betten liegt mit 1.225,60 VZÄ des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe unter dem österreichischen Vergleichswert von 1.375,59. Die VZÄ der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste je 1.000 Betten liegen im Kepler Universitätsklinikum Linz mit 410,06 VZÄ leicht unter dem österreichischen Durchschnitt von 412,32 VZÄ je 1.000 Betten und sind damit nahezu auf Bundesniveau.

Die Nurse-to-Bed-Ratio liegt mit 1,64 unter dem österreichischen Referenzwert von 1,79. Gleichzeitig weist das Kepler Universitätsklinikum mit einer Nurse-to-Physician-Ratio von 3,29 einen deutlich höheren Wert auf als der österreichische Durchschnitt der Zentralkrankenanstalten von 2,43. Aus der Kombination aus niedriger Physician-to-Bed-Ratio und ebenfalls niedrigerer Nurse-to-Bed-Ratio ergibt sich dennoch eine vergleichsweise hohe Nurse-to-Physician-Ratio.

Insgesamt zeigt sich damit über nahezu alle Krankenanstaltentypen hinweg ein konsistentes Muster: Oberösterreichische Krankenanstalten weisen vielfach niedrigere ärztliche Personalausstattungen pro Bett beziehungsweise niedrigere Physician-to-Bed-Ratios auf als die jeweiligen österreichischen Durchschnittswerte. Gleichzeitig liegen die Nurse-to-Physician-Ratios häufig über dem Bundesdurchschnitt, was auf eine vergleichsweise stärkere Gewichtung des Pflegepersonals im Verhältnis zur ärztlichen Personalausstattung hinweist. Die Ergebnisse sind dabei auch im Kontext der regionalen Versorgungsstruktur sowie der unterschiedlichen Bettendichten und organisatorischen Rahmenbedingungen der Krankenanstalten zu interpretieren.

Tabelle 15: Personal in Fondskrankenanstalten nach Krankenanstaltentyp gem. KAKuG, 2024

Krankenanstalten- typ gem. KAKuG	Krankenanstalt	in VZÄ			
		Ärzte/Ärztinnen je 1.000 Betten	Gehobener Dienst für Gesund- heits- und Krankenpflege und wei- tere Gesundheitsberufe je 1.000 Betten"	Pflegeassistenz und Sanitätshilfs- dienste je 1.000 Betten	Ärzte/Ärztinnen je 100.000 Besuche
Standard-KA	Krankenhaus St. Josef Braunau am Inn	471,29	1.080,72	304,70	1,18
	Klinikum Freistadt	439,45	1.023,15	293,64	1,02
	Klinikum Schärding	401,44	1.148,95	175,62	1,21
	Klinikum Rohrbach	363,72	999,54	245,56	0,97
	Österreich	441,75	914,08	276,14	1,52
Schwerpunkt-KA	Krankenhaus der Barm- herzigen Brüder Linz	509,94	1.028,56	323,48	1,24
	Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern	582,67	1.003,46	335,79	1,19
	Ordensklinikum Linz Elisa- bethinen	541,34	1.180,72	332,31	1,05
	Krankenhaus der Barm- herzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried	486,50	1.048,41	234,22	0,81
	Klinikum Wels-Grieskir- chen	443,38	859,00	325,19	0,88
	Pyhrn-Eisenwurzen Klini- kum Kirchdorf Steyr	377,30	948,09	206,93	0,82
	Salzkammergut-Klinikum	432,35	999,44	235,98	1,01
	Österreich	575,04	1.053,44	293,66	1,31
Zentral-KA	Linz Kepler Universitätskli- nikum	496,94	1.225,60	410,06	1,31
	Österreich	735,17	1.375,59	412,32	1,32

Die in der vorliegenden Tabelle verwendeten Berufsgruppenbezeichnungen entsprechen den Hauptgruppen- und Untergruppenbezeichnungen der primären Kostenarten gemäß dem *Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten*, in der Fassung mit Wirksamkeit zum 1. Jänner 2026.

Die in der Tabelle dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt gemäß den ÖSG-konformen Typen „Fonds-Krankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“. Sowohl die berücksichtigten Abteilungen als auch die Leistungserbringer sind entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt, weswegen einige Abteilungen im Kepler Uniklinikum, die nicht als Fonds-Krankenanstalt geführt werden, in diesen Zahlen nicht enthalten sind.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), Berechnung: GÖG

Tabelle 16: Personal-Kennzahlen in Fondskrankenanstalten nach Krankenanstaltentyp gem. KAKuG, 2024

Krankenanstaltentyp gem. KAKuG	Krankenanstalt	Nurse-to-Physician Ratio	Physician-to-Bed Ratio	Nurse-to-Bed Ratio
Standard-KA	Krankenhaus St. Josef Braunau am Inn	2,94	0,47	1,39
	Klinikum Freistadt	3,00	0,44	1,32
	Klinikum Schärding	3,30	0,40	1,32
	Klinikum Rohrbach	3,42	0,36	1,25
	Österreich	2,69	0,44	1,19
Schwerpunkt-KA	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	2,65	0,51	1,35
	Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern	2,30	0,58	1,34
	Ordensklinikum Linz Elisabethinen	2,79	0,54	1,51
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried	2,64	0,49	1,28
	Klinikum Wels-Grieskirchen	2,67	0,44	1,18
	Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr	3,06	0,38	1,16
	Salzkammergut-Klinikum	2,86	0,43	1,24
	Österreich	2,34	0,58	1,35
Zentral-KA	Linz Kepler Universitätsklinikum	3,29	0,50	1,64
	Österreich	2,43	0,74	1,79

Nurse-to-Physician-Ratio = Verhältnis des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe einschließlich der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste zu Ärztinnen und Ärzten; Physician-to-Bed-Ratio = Verhältnis der Ärztinnen und Ärzte zur Bettenanzahl; Nurse-to-Bed-Ratio = Verhältnis des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiterer Gesundheitsberufe einschließlich der Pflegeassistenz und Sanitätshilfsdienste zur Bettenanzahl.

Die in der vorliegenden Tabelle verwendeten Berufsgruppenbezeichnungen entsprechen den Hauptgruppen- und Untergruppenbezeichnungen der primären Kostenarten gemäß dem *Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten*, in der Fassung mit Wirksamkeit zum 1. Jänner 2026.

Die in der Tabelle dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf Akutkrankenanstalten mit allgemeinem Versorgungsschwerpunkt gemäß den ÖSG-konformen Typen „Fonds-Krankenanstalt“, „Unfallkrankenhaus“ und „Sanatorium“. Sowohl die berücksichtigten Abteilungen als auch die Leistungserbringer sind entsprechend auf diese Kategorien eingeschränkt, weswegen einige Abteilungen im Kepler Uniklinikum, die nicht als Fonds-Krankenanstalt geführt werden, in diesen Zahlen nicht enthalten sind.

Abweichungen sind aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich.

Quelle: Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), Berechnung: GÖG

3.3 Wegzeiten zu Akutkrankenanstalten

Zur Analyse der Wegzeiten zu Akutkrankenanstalten wurde aus der Diagnose- und Leistungsdocumentation der Krankenanstalten (BMASGPK 2026b) der Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsort herangezogen und mit Wegzeiten aus der Kürzeste-Wege-Matrix hinterlegt. Die analysierten Wegzeiten entsprechen somit den tatsächlich beobachteten Patientenwegen der oberösterreichischen Bevölkerung und umfassen Besuche in öffentlichen

Akutkrankenanstalten (= Unfallkrankenhäuser und Fondskrankenanstalten exkl. Sierning, siehe Kapitel 3.1) in allen österreichischen Bundesländern. Das heißt, dass Besuche in Krankenanstalten in benachbarten Bundesländern, etwa Salzburg-Stadt, einbezogen werden. Um die Analyse robust gegenüber Extremwerten zu gestalten, die etwa bei Krankenhausbesuchen im Urlaub entstehen, werden für jeden Bezirk der Median und die Interquartilsrange aller Wegzeiten angegeben.⁸

Tabelle 17 zeigt die Wegzeiten (in Minuten) zur Versorgung in öffentlichen Akutkrankenanstalten (FKA exkl. Sierning und UKH) nach Behandlungsart (stationär geplant/ungeplant sowie spitals-ambulant). In der Spalte (Minimum) ist die durchschnittliche Wegzeit angegeben, die anzusetzen wäre, wenn jede Patientin bzw. jeder Patient die jeweils nächstgelegene Akutkrankenanstalt aufsucht.

Tabelle 17: Wegzeiten zur intramuralen Versorgung in Minuten, 2024

Bezirk	Spitals ambulant	Stationär (geplant)	Stationär (ungeplant)	Minimum (nächstes Spital)
	Median [Interquartilsrange]			
Linz (Stadt)	0 [0;0]	0 [0;0]	0 [0;0]	0
Steyr (Stadt)	0 [0;0]	0 [0;43]	0 [0;0]	0
Wels (Stadt)	0 [0;0]	0 [0;0]	0 [0;0]	0
Braunau am Inn	26 [24;45]	27 [24;48]	24 [23;33]	22
Eferding	30 [29;33]	30 [29;34]	29 [29;31]	26
Freistadt	32 [20;38]	38 [23;38]	22 [19;37]	19
Gmunden	22 [13;44]	37 [13;50]	14 [12;25]	12
Grieskirchen	30 [29;32]	31 [28;35]	30 [17;32]	15
Kirchdorf an der Krems	23 [18;41]	33 [19;47]	18 [18;26]	17
Linz-Land	22 [22;22]	22 [22;22]	22 [22;22]	21
Perg	43 [37;45]	45 [43;45]	38 [37;44]	33
Ried im Innkreis	11 [11;13]	12 [11;29]	11 [11;12]	11
Rohrbach	20 [18;51]	50 [19;51]	18 [18;27]	18
Schärding	32 [19;57]	38 [22;53]	21 [19;36]	18
Steyr-Land	20 [19;26]	23 [19;49]	19 [19;21]	18
Urfahr-Umgebung	26 [23;26]	26 [25;26]	24 [23;26]	22
Vöcklabruck	19 [18;28]	23 [18;43]	19 [18;21]	18
Wels-Land	17 [17;18]	17 [17;23]	17 [17;17]	17
Oberösterreich	19 [17;27]	23 [17;32]	17 [16;21]	15
Österreich	19 [14;28]	24 [16;34]	16 [13;23]	11

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025); Berechnung: GÖG

Die Ergebnisse zeigen ein klares räumliches Gefälle der Erreichbarkeit intramuraler Versorgung. Während urbane Zentren Versorgung innerhalb der Quellgemeinde anbieten und dort daher kaum Wegzeiten anfallen, steigen diese in peripheren Bezirken deutlich an. Besonders hohe

⁸ Der Median ist der Wert, für den gilt, dass die Hälfte der Werte darunter und die Hälfte darüber liegt. Die Interquartilsrange bezeichnet die Spanne, für die gilt, dass jeweils ein Viertel der Werte darunter und ein Viertel darüber liegt.

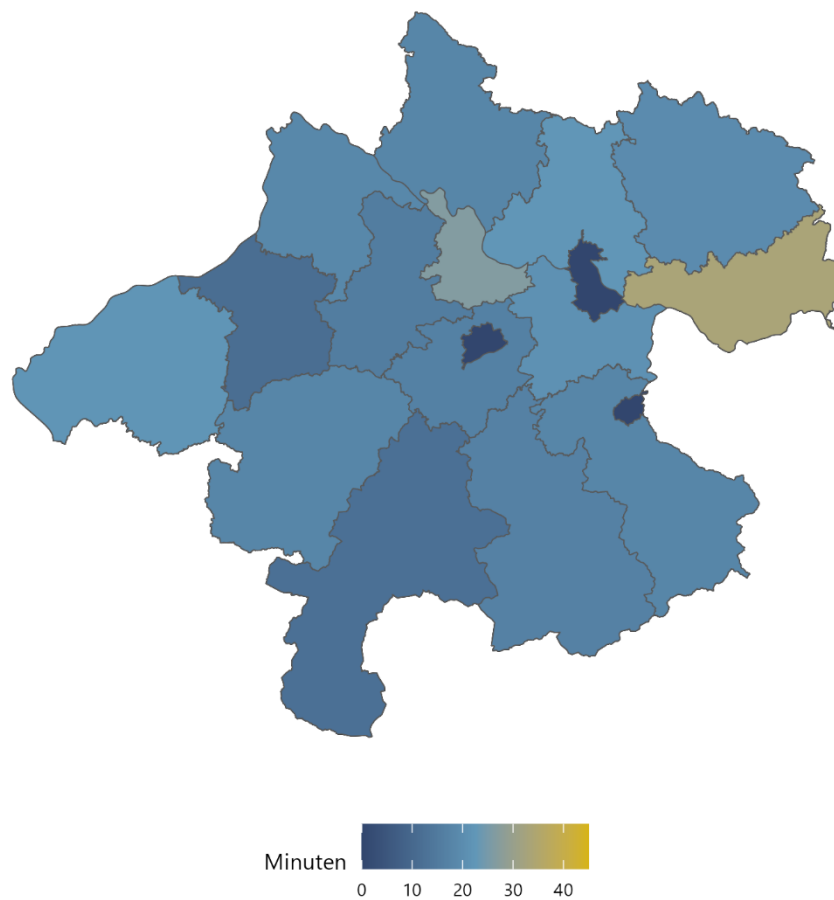
Median-Wegzeiten finden sich in Bezirken wie Perg, Freistadt oder Rohrbach, vor allem bei geplanten stationären Aufenthalten. Dies weist darauf hin, dass spezialisierte oder planbare Leistungen stärker zentralisiert sind und daher längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden.

Auffällig ist zudem, dass die Wegzeiten bei ungeplanten stationären Aufenthalten durchgehend niedriger sind als bei geplanten. Dies spricht für eine vergleichsweise gute regionale Verteilung von Akutversorgungsstrukturen, während elektive Leistungen stärker auf wenige Standorte konzentriert sind bzw. längere Wege in Kauf genommen werden.

Im Landesvergleich liegt Oberösterreich insgesamt nahe am österreichweiten Durchschnitt, wobei die Unterschiede innerhalb des Bundeslandes beträchtlich sind. Die Spannweite zwischen sehr gut versorgten urbanen Räumen und abgelegeneren Regionen deutet auf eine räumlich ungleich verteilte Versorgungsinfrastruktur hin, die insbesondere für planbare stationäre Leistungen deutlich ist.

Trotz hoher geografischer Variation zeigt sich, dass selbst das dritte Quartil der Wegzeiten den Vorgaben der ÖSG-Planungsrichtwerte zur Erreichbarkeit stationärer Versorgung genügt. Diese sehen vor, dass für 90 Prozent der Bevölkerung einer Versorgungsregion binnen 45 bzw. 60 Minuten (je nach Fachrichtung) das nächste Versorgungsangebot erreichbar ist, weshalb dieser Richtwert in Oberösterreich deutlich unterschritten wird.

Abbildung 7: Median-Wegzeit zur spitalsambulanten Versorgung in Oberösterreich, 2026



Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation (BMASGPK 2026b), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025); Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 18: Bevölkerungsanteile nach Wegzeit zur nächstgelegenen öffentlichen Akutkrankenanstalt, Oberösterreich, 2024

Distanz	Einwohner:innen 2024	% der Bevölkerung
<10 min	539.736	35,3
<20 min	435.838	27,8
<30 min	372.346	24,3
<40 min	143.662	9,39
≥40 min	48.767	3,19

Quelle: Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025), Krankenanstaltenverzeichnis (BMASGPK 2026f); Berechnung: GÖG

3.4 Effektiv erreichbare Versorgungsdichte im stationären Bereich

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse zur effektiv erreichbaren Versorgungsdichte für den stationären Bereich dargestellt. Sie basieren auf Daten der Krankenanstalten-Kostenrechnung zur verfügbaren Kapazität je Standort (Betten + ambulante Behandlungsplätze), die dem fachrichtungsspezifischen Bedarf (basierend auf der Altersstruktur der oberösterreichischen Gemeinden) gegenübergestellt wird (siehe Kapitel 2.2.4). Die Analyse der effektiv erreichbaren Versorgungsdichte erfolgt auf Ebene der Gemeinden und wird mittels einwohnergewichteten Durchschnitts auf die Bezirksebene aggregiert.

Die Ergebnisse stellen Verhältnisse zwischen Angebot und Nachfrage in einem räumlichen Kontext dar. Die Nachfrage wird dabei durch die altersstandardisierte Bevölkerung einer Region abgebildet. Das Angebot umfasst die für jede Quellregion unter möglichst realitätsnaher Berücksichtigung von Entfernung (Wegzeiten in Minuten) und Knappheit (die sich durch Nachfrage anderer Quellregionen ergibt) effektiv verfügbaren Versorgungsstrukturen (Details siehe Kapitel 2.2.4.).

Die Werte in den Zellen von Tabelle 19 und Tabelle 20 zeigen, wie viel Versorgungskapazität den Bewohnerinnen und Bewohnern der oberösterreichischen Bezirke zur Verfügung steht, und zwar unter Berücksichtigung

- des durch die Demografie bedingten Bedarfs,
- der Entfernung zu den medizinischen Angeboten in Zusammenspiel mit den Planungsrichtwerten für Erreichbarkeit sowie
- der Knappheit durch Nachfrage anderer Bezirke.

Zur Einordnung der effektiv erreichbaren Versorgungsdichte sind die Planungsrichtwerte aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BMASGPK 2025b) am Ende der Tabelle angefügt. Dabei ist zu betonen, dass die Planungsrichtwerte zur Versorgungsdichte und die Ergebnisse dieser Analyse insofern vergleichbar sind, als dass es sich bei beiden Werten um Verhältnisse von Angebot und Nachfrage handelt (Kapazität je Einwohner:innen). Die Planungsrichtwerte wurden aber grundsätzlich für andere Zwecke erarbeitet. Eine Über- oder Unterschreitung der Planungsrichtwerte in der Floating-Catchment-Area-Analyse bedeutet also nicht, dass die Vorgaben der Planung nicht erfüllt sind, sondern illustriert die Versorgungssituation einer Region im Vergleich zu dieser Referenzzahl.

Details zur Methode sind Kapitel 2.2.3 und 2.2.4 zu entnehmen.

Lesehilfe:

Folgendes Beispiel illustriert die Interpretation der Ergebnisse anhand des ersten Datenwerts in Tabelle 19. Den Bewohnerinnen und Bewohnern von Linz (Stadt) stehen gemäß der Analyse 8 Betten und ambulante Behandlungsplätze der Fachrichtung Augenheilkunde und Optometrie je 100.000 standardisierten Einwohnerinnen und Einwohnern zur Verfügung, und somit etwas mehr als dem Oberösterreich-Schnitt von 6,8 und dem Österreich-Wert von 7,2. Diese effektiv verfügbare Versorgungsdichte von 8 Betten plus ambulanten Behandlungsplätzen je 100.000 standardisierten Einwohnerinnen und Einwohnern liegt auch innerhalb des von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervalls von 5,3 bis 8,8, weswegen von einer ausreichenden stationären Versorgung der Linzer Bevölkerung in der Augenheilkunde und Optometrie ausgegangen werden kann. In der Betrachtung der Summe aller Fachrichtungen zeigt sich, dass z.B. Linz (Stadt) mit 620 effektiv erreichbaren Betten und ambulanten Behandlungsplätzen je 100.000 standardisierten Einwohnerinnen und Einwohnern der Bezirk mit dem höchsten Wert Österreichs ist.

Tabelle 19: Effektiv erreichbare Versorgungskapazität im stationären Bereich (UKH und FKA exkl. SKA Sierning) in Betten + ambulante Behandlungsplätze je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024, Teil 1/2

Bezirk	Augenheilkunde und Optometrie	Chirurgie inkl. Neurochirurgie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Linz (Stadt)	8,0	93,9	39,9	7,6	9,7	195	20,0	7,1
Steyr (Stadt)	6,4	83,8	26,9	5,5	7,5	168	16,2	6,8
Wels (Stadt)	8,0	92,6	39,8	8,6	10,1	187	18,8	7,3
Braunau am Inn	5,4	62,1	35,6	6,6	8,8	132	15,8	3,8
Eferding	6,2	66,7	27,3	5,6	8,6	133	13,1	5,5
Freistadt	6,0	52,4	19,2	4,6	6,7	93	8,4	5,8
Gmunden	6,4	69,8	27,1	7,7	10,1	129	13,3	6,3
Grieskirchen	6,5	59,2	27,4	6,4	9,7	129	11,0	5,2
Kirchdorf an der Krems	7,5	71,6	28,5	7,7	8,8	136	11,5	5,5
Linz-Land	8,1	88,9	36,2	8,2	9,6	183	17,7	7,2
Perg	6,6	54,8	21,0	5,3	7,1	108	10,3	6,3
Ried im Innkreis	6,9	58,5	35,4	7,9	9,2	152	14,1	3,3
Rohrbach	4,0	41,6	16,9	3,8	5,0	81	8,7	3,7
Schärding	4,8	29,5	16,6	4,3	5,4	80	5,0	1,6
Steyr-Land	6,2	56,5	19,3	6,0	6,9	116	11,0	5,9
Urfahr-Umgebung	6,0	69,4	27,5	5,0	7,6	135	12,8	5,9
Vöcklabruck	7,3	68,7	34,2	8,2	12,3	127	14,0	7,2
Wels-Land	7,9	85,0	36,3	8,6	10,2	171	17,2	7,0
Oberösterreich	6,8	70,9	30,8	6,9	9,0	144	14,3	5,9
Österreich	7,2	68	31	5,3	10,4	143	13,5	5,7
Planungsrichtwert Erreichbarkeit (Minuten)	90	45/60	45	90	60	45	45	60
Planungsrichtwert Versorgungsdichte, unteres Intervall	5,3	44	18	3,8	6,8	104	9,8	8,2
Planungsrichtwert Versorgungsdichte, oberes Intervall	8,8	72	30	6,2	11	174	16	14

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), stationäre Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Tabelle 20: Effektiv erreichbare Versorgungskapazität im stationären Bereich (UKH und FKA exkl. SKA Sierning) in Betten + ambulante Behandlungsplätze je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024, Teil 2/2

Bezirk	Neurologie	Orthopädie und Traumatologie	Psychiatrie	Urologie	Palliativpflege	Intensivüberwachung und -behandlung inkl. Neonatologie	SUMME
Linz (Stadt)	37,3	92,6	54,5	17,2	7,2	28,9	620
Steyr (Stadt)	29,2	70,0	49,2	14,3	4,7	25,4	514
Wels (Stadt)	37,8	91,1	63,1	16,9	7,1	31,2	619
Braunau am Inn	18,5	70,5	54,8	9,1	5,7	21,9	451
Eferding	27,8	61,1	42,7	13,7	5,9	23,4	441
Freistadt	29,1	44,3	42,0	11,1	4,1	19,9	347
Gmunden	31,5	61,5	42,4	14,8	5,4	28,4	454
Grieskirchen	28,1	55,6	56,1	14,4	6,5	23,9	439
Kirchdorf an der Krems	31,7	60,0	43,9	15,1	6,2	26,3	460
Linz-Land	37,0	85,3	55,3	17,3	6,9	28,9	589
Perg	29,4	46,8	46,3	12,8	4,8	21,1	380
Ried im Innkreis	20,3	65,7	60,7	11,3	6,1	21,1	473
Rohrbach	13,4	38,1	24,6	7,2	3,4	13,9	265
Schärding	9,8	30,0	34,9	5,9	4,0	11,1	243
Steyr-Land	27,9	50,6	44,5	13,5	5,0	21,8	391
Urfahr-Umgebung	26,8	62,6	43,4	12,3	5,2	21,7	441
Vöcklabruck	35,5	66,9	50,7	17,1	6,6	31,3	487
Wels-Land	37,0	83,6	58,5	17,1	6,8	30,1	576
Oberösterreich	30,0	67,9	49,7	14,1	5,9	25,2	482
Österreich	32,0	65,0	40,5	13,1	4,9	29,3	469
Planungsrichtwert Erreichbarkeit (Minuten)	60/90	45	60	60	60	45/60	
Planungsrichtwert Versorgungsdichte, unteres Intervall	26,2	43,5	37,5	10,5	4,5	23,2	345
Planungsrichtwert Versorgungsdichte, oberes Intervall	43,8	72,5	62,5	17,5	7,5	38,8	575

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), stationäre Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Tabelle 21: Effektiv erreichbare stationäre Versorgungsdichte 2024, Bezirks-Ranking

Bezirk	effektiv erreichbare stationäre Versorgungsdichte in Betten + amb. BP je 100.000 std. EW	Rang in OÖ	Rang in AT
Linz (Stadt)	620	1	1
Wels (Stadt)	619	2	2
Linz-Land	589	3	8
Wels-Land	576	4	11
Steyr (Stadt)	514	5	28
Vöcklabruck	487	6	42
Ried im Innkreis	473	7	51
Kirchdorf an der Krems	460	8	55
Gmunden	454	9	58
Braunau am Inn	451	10	59
Urfahr-Umgebung	441	11	61
Eferding	441	12	62
Grieskirchen	439	13	64
Steyr-Land	391	14	82
Perg	380	15	86
Freistadt	347	16	97
Rohrbach	265	17	109
Schärding	243	18	112

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), stationäre Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Insgesamt fallen die Ergebnisse gemischt aus. Die effektiv verfügbare Versorgungsdichte Oberösterreichs kommt in vielen Bezirken und Fachrichtungen in die Nähe des Österreich-Durchschnitts und innerhalb des von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervalls.

In den Fächern Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe liegt die effektiv erreichbare Versorgungskapazität in Oberösterreich über dem von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervall, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt Oberösterreich wie auch Österreich gesamt darunter. In der Intensivbehandlung und -betreuung inkl. Neonatologie weisen ebenfalls zahlreiche Bezirke eine Versorgungsdichte unter dem von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervall auf, was auf eine unterdurchschnittliche Ausstattung an Intensivüberwachungsbetten zurückzuführen ist.

In der regionalen Betrachtung sind die Bezirke Rohrbach und Schärding auffällig. Hier liegt die effektiv erreichbare Versorgungsdichte in allen Fachrichtungen mit Ausnahme der Haut- und Geschlechtskrankheiten unter dem Intervall der Planungsrichtwerte. Die Bezirke Linz (Stadt), Wels (Stadt), Linz-Land und Wels-Land weisen hingegen in zahlreichen Fachrichtungen sowie in der Gesamtbetrachtung aller Fachrichtungen Versorgungsdichten über dem oberen Intervall des Planungsrichtwerts auf.

In der regionalen Betrachtung fällt auf, dass die urbanen Zentren sowie deren Umland, insbesondere Linz (Stadt), Wels (Stadt), Linz-Land und Wels-Land, in vielen zusätzlichen Fachrichtungen eine effektiv erreichbare Kapazität über dem oberen Intervall des Planungsrichtwerts aufweisen (z.B. Chirurgie, Neurologie, Orthopädie und Traumatologie, tlw. Innere Medizin). Die

Bewohner:innen von Linz-Land profitieren dabei von der günstigen Lage des Bezirks in Nähe der urbanen Zentren Linz und Wels. Die Bezirke Rohrbach und Schärding liegen hingegen in vielen Fachrichtungen unter den von den Planungswerten vorgegebenen Richtwerten.

Bei den Darstellungen der effektiv erreichbaren Versorgungskapazität ist darüber hinaus zu bedenken, dass für diese Analyse die Privatkrankenanstalten generell (in Oberösterreich: Diakonissen) und das Geriatriische Krankenhaus in Sierning, das als Sonderkrankenanstalt auf Geriatrie fokussiert, nicht berücksichtigt wurden, in den Planungen des RSG allerdings schon. Betten in diesen Krankenanstalten stehen neben den Betten der untersuchten Akutkrankenanstalten für die Versorgung spezifischer Teile der Bevölkerung zur Verfügung.

4 Niedergelassener Bereich

4.1 Selbstständige Ambulatorien

Selbstständige Ambulatorien zählen rein rechtlich zu Krankenanstalten, werden aber häufig auch dem niedergelassenen Bereich zugeordnet, weil sie nicht über Betten verfügen und daher keine Patientinnen und Patienten aufnehmen können. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG 1957 § 2 Z 5) definiert selbstständige Ambulatorien als „organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen“.

Selbstständige Ambulatorien können von der öffentlichen Hand, etwa den Krankenversicherungsträgern, sowie von privaten Trägern betrieben werden. Ein wesentliches Merkmal gegenüber anderen Organisationsformen wie ärztlichen Gruppenpraxen ist die Möglichkeit zur Anstellung von Ärztinnen und Ärzten sowie die häufige Spezialisierung auf technisch aufwendige Diagnose- oder Therapieverfahren inkl. operativen Eingriffen.

Die Liste der selbstständigen Ambulatorien in Österreich führt 81 Einrichtungen in Oberösterreich. Die selbstständigen Ambulatorien sind im Zentralraum konzentriert: ein Drittel davon (27) befindet sich in Linz, während in den Bezirken Rohrbach und Kirchdorf an der Krems kein selbstständiges Ambulatorium verortet ist.

Das häufigste Angebot von selbstständigen Ambulatorien ist die physikalische Medizin, sie wird in 34 Ambulatorien in Oberösterreich angeboten. Diese Institute sind weit über das Gebiet Oberösterreichs, in allen Bezirken bis auf Freistadt, Kirchdorf an der Krems und Rohrbach, verteilt. Zahnmedizin (17), ambulante Rehabilitation (12) und bildgebende Verfahren (12) sind ebenfalls häufige Aufgabenbereiche, die von selbstständigen Ambulatorien abgedeckt werden.

Nicht alle selbstständigen Ambulatorien haben einen Kassenvertrag. In Regiomed werden selbstständige Ambulatorien entweder unter einer der folgenden Kategorien geführt:

- Kassenambulatorien (bei von den Krankenversicherungsträgern betriebenen Ambulatorien)
- Institute (selbstständige Ambulatorien mit Kassenvertrag)
- Wahlärztinnen und -ärzte (selbstständige Ambulatorien ohne Kassenvertrag)

Tabelle 22: Selbstständige Ambulatorien in Oberösterreich nach Aufgabenbereich, 2026 Teil 1/2

Bezirk	Allergien (Immunologie, Haut, Lunge ...)	Arbeitsmedizin / e-Impfpass	Augen, Sehschule	Bildgebende Verfahren (inkl. Nuklearmedizin)	Blutspende, Blutbanken	Chirurgie	Dialyse/Nieren	Fertilitätsstörung, Schwangerenbetreuung, In-vitro-Fertilisation	Frauenmedizin, Hormondiagnostik, klimakterische Beschwerden	Genetik, Andrologie	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Intern, Herz/Kreislauf, Lunge	Kinder- und Jugendheilkunde	Komplementärmedizin, Naturheilverfahren
Linz (Stadt)		2		4	1	1		2					1		
Steyr (Stadt)				1									1		
Wels (Stadt)				2				2							
Braunau am Inn				1											
Eferding															
Freistadt				1											
Gmunden				1											
Kirchdorf an der Krems															
Grieskirchen															
Linz-Land															
Perg															1
Ried im Innkreis				1											
Rohrbach															
Schärding															1
Steyr-Land													1		
Urfahr-Umgebung															1
Vöcklabruck				1											
Wels-Land															
Oberösterreich		2		12	1	1		4					3		3
Österreich	14	13	21	142	3	13	19	28	18	9	7	10	39	4	15

Datenstand März 2026

Ein selbstständiges Ambulatorium kann mehreren Aufgabenbereichen zugeordnet sein, weswegen die Gesamtzahl der Ambulatorien kleiner als die Summe der Aufgabenbereiche ist.

Quelle: Liste der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (BMASGPK 2026g)

Tabelle 23: Selbstständige Ambulatorien in Oberösterreich nach Aufgabenbereich, 2026 Teil 2/2

Bezirk	Labordiagnostik	Mehrzweckambulatorium	Neurologie, Neurophysiologie, Psychiatrie	Orthopädie, Sportmedizin	Physikalische Medizin (inkl. Balneotherapie)	Primärvorsorgeeinheit	Prävention, Vorsorge	Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen, Sucht	Schmerzbehandlung	Sonstiges	Stoffwechselstörungen, Diät, Diabetes	Verhaltensstörung, Behinderung, Hörschädigung	Zahn/Kiefer	Ambulante Rehabilitation	Gesamt
Linz (Stadt)	3				4		1	2			1		8	5	27
Steyr (Stadt)					1								2	2	5
Wels (Stadt)					4								1	2	9
Braunau am Inn					1								1		3
Eferding					1										1
Freistadt													1		2
Gmunden	1				5								2		9
Kirchdorf an der Krems															
Grieskirchen					4										4
Linz-Land					1										1
Perg			1	1	1		1			1	1				2
Ried im Innkreis					1									1	3
Rohrbach															
Schärding					3								1		4
Steyr-Land					1		1							1	2
Urfahr-Umgebung					3		1			1					3
Vöcklabruck			1	1	3								1	1	5
Wels-Land					1										1
Oberösterreich	4		2	2	34		4	2		2	2		17	12	81
Österreich	62	3	33	54	276	10	65	109	31	70	23	21	111	62	956

Datenstand März 2026

Ein selbstständiges Ambulatorium kann mehreren Aufgabenbereichen zugeordnet sein, weswegen die Gesamtzahl der Ambulatorien kleiner als die Summe der Aufgabenbereiche ist.

Quelle: Liste der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (BMASGPK 2026g)

4.2 Primärversorgungseinheiten

Primärversorgungseinheiten (PVE) sind multiprofessionelle Zentren, in denen Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie weiteren Gesundheitsfachkräften die medizinische Grundversorgung anbieten. Im Zuge der österreichischen Gesundheitsreform „Zielsteuerung-Gesundheit“ wird die Stärkung der Primärversorgung als zentrale Strategie verfolgt, weshalb der Ausbau von PVE zunehmend vorangetrieben wird. Sie sollen die wohnortnahe Versorgung verbessern, die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und die hausärztliche Betreuung insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und steigender chronischer Erkrankungen sichern.

4.2.1 Anzahl der Primärversorgungseinheiten

Die erste Primärversorgungseinheit (PVE) in Oberösterreich nahm ihren Betrieb im Jänner 2017 auf, und zwar als Pilotprojekt in Enns. Damit war sie eine der ersten Einrichtungen dieses Versorgungsmodells in Österreich außerhalb Wiens und setzte den Startschuss für die weitere Entwicklung der Primärversorgung im Bundesland. Wie in Tabelle 24 ersichtlich, erfolgte ab 2017 ein stetiger Ausbau. Im Jahr 2025 wurden mit acht Primärversorgungseinheiten eine Rekordzahl an neuen Einrichtungen in Betrieb genommen. Im Jahr 2024 eröffnete das erste Kinder-PVE Oberösterreichs in Linz.

Tabelle 24: Inbetriebnahme von Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich

Jahr	PVE-Neueröffnungen	... davon Kinder-PVE	PVE-Bestand
2017	2		2
2018	2		4
2019	–		4
2020	1		5
2021	1		6
2022	2		8
2023	2		10
2024		1	11
2025	8 ¹		19

¹ Darunter ein Primärversorgungsnetzwerk mit zwei Standorten.

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, Abteilung Primärversorgung

Mit insgesamt 19 Primärversorgungseinheiten bzw. 1,24 PVE je 100.000 EW liegt Oberösterreich auf dem dritten Platz hinter Wien (34) und der Steiermark (26) bzw. hinter der Steiermark (2,04 je 100.000 EW) und Wien (1,68).

Die Inbetriebnahme weiterer Primärversorgungseinheiten ist geplant. Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) sieht 14 neue PVE-Standorte bis 2030 vor (siehe Kapitel 5).

4.2.2 Versorgungswirksamkeit der Primärversorgungseinheiten

Seit dem Datenjahr 2024 wird in Regiomed zwischen Primärversorgungseinheiten und anderen Organisationsformen unterschieden. Das erlaubt eine Darstellung, welcher Anteil der allgemeinmedizinischen Versorgung auf Primärversorgungseinheiten entfällt.

Wie in Tabelle 25 und Abbildung 8 ersichtlich, gab es bis Ende 2024 in sieben Bezirken Oberösterreichs Primärversorgungseinheiten, die gemeinsam in etwa vier Prozent der allgemeinmedizinischen Versorgungsleistung (ausgedrückt in ÄAVE) leisteten. In den Bezirken Linz-Land mit drei PVE lag der Anteil mit 17 Prozent auffällig hoch. In den anderen Bezirken entsprachen die PVE in etwa vier bis elf Prozent der allgemeinmedizinischen Versorgungsleistung.

Bis inklusive April 2026 wurden in fünf weiteren Bezirken PVE eröffnet. Ein weiterer Ausbau ist geplant (siehe Kapitel 5).

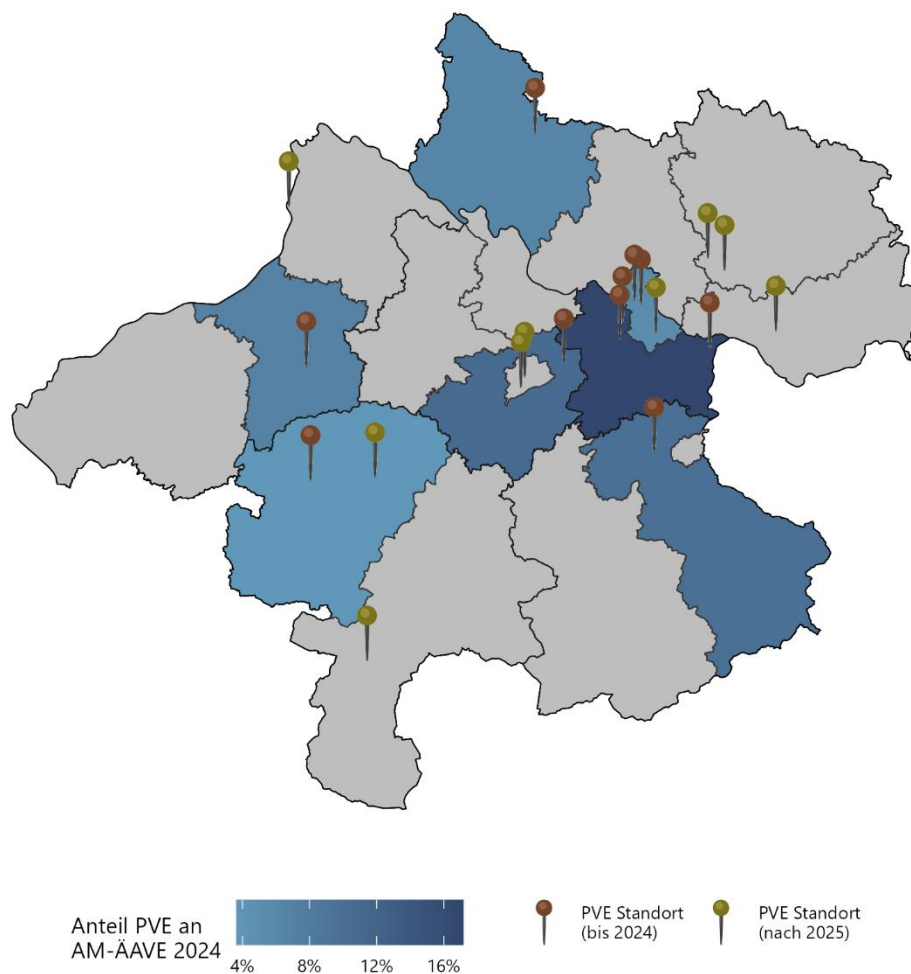
Tabelle 25: Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich

Bezirk	Anzahl PVE 12/2024	Anzahl PVE 04/2026	Anteil PVE an AM-ÄAVE
Linz (Stadt)	2 (+1 K-PVE)	3 (+1 K-PVE)	5,17%
Steyr (Stadt)			
Wels (Stadt)		2	
Braunau am Inn			
Eferding			
Freistadt		1	
Gmunden		1	
Grieskirchen			
Kirchdorf an der Krems			
Linz-Land	3	3	17,16%
Perg		1	
Ried im Innkreis	1	1	6,97%
Rohrbach	1	1	6,32%
Schärding		1	
Steyr-Land	1	1	9,95%
Urfahr-Umgebung			
Vöcklabruck	1	2	3,65%
Wels-Land	1	1	10,71%
Oberösterreich	11	19	4,30%
Österreich	77	108	5,12%

PVE = Primärversorgungseinheit, K-PVE = Kinder-Primärversorgungseinheit, AM = Allgemeinmedizin, ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheiten

Quelle: PVE-Landkarte, Regiomed (siehe Kapitel 2.1.6), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 8: Versorgungswirksamkeit der Primärversorgungseinheiten als Anteil aller ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten, 2024



PVE = Primärversorgungseinheit, AM = Allgemeinmedizin, ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheiten

Quelle: PVE-Landkarte, Regiomed (siehe Kapitel 2.1.6), Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

In der Ärzteliste und Zahnärzteliste der Ärzte- bzw. Zahnärztekammer sind für Oberösterreich per Dezember 2024 7.659 Ärztinnen und Ärzte gelistet. Die Aufteilung in angestellte und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kann Tabelle 26 entnommen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte in mehr als eine Kategorie fallen können, wie etwa angestellte Ärztinnen bzw. Ärzte, die zusätzlich eine niedergelassene Praxis betreiben.

Tabelle 26: Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich, Dezember 2024 (validiert)

Oberösterreich	Gesamt	Ange- stellt	Nie- derge- lassen	Ver- trags- ärztin- nen/- ärzte ¹	Wahl- ärztin- nen/- ärzte ¹	davon reine Wahl- ärztin- nen/- ärzte ²	Ärztin- nen/Är- zte mit wohn- sitz- ärztl. Tätig- keiten
Gesamt (Human + Zahnmedizin)	7.659	4.897	3.327	1.596	1.731	928	350
Zahnmedizin	713	135	559	366	193	159	58
Humanmedizin	6.946	4.762	2.768	1.230	1.538	769	292
Allgemeinmedizin (exkl. FA f. AM)	1.908	808	1.134	716	418	284	195
Fachärztinnen/-ärzte	3.638	2.558	1.630	514	1.116	482	95

Ärztinnen und Ärzte können in mehr als eine Kategorie fallen, wie etwa angestellte Ärztinnen, die zusätzlich eine niedergelassene Praxis betreiben.

¹ Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

² „Reine“ Wahlärztinnen und -ärzte haben neben ihrer Wahlarztpraxis keine Anstellung.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024). Berechnung und Darstellung: GÖG

Zeitreihe

Die Entwicklung der Ärzteschaft in Köpfen wird in Tabelle 27 dargestellt. Während die Bevölkerung Oberösterreichs zwischen 2014 und 2024 um 6,5 Prozent wuchs, stieg die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte um 19 Prozent.

Innerhalb der dargestellten Kategorien zeigt sich jedoch eine ungleichmäßige Entwicklung. Die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte nahm mit rund zwei Prozent deutlich schwächer zu als die Bevölkerung. Die stärksten Zuwächse entfallen auf Ärztinnen und Ärzte mit wohnsitzärztlicher Tätigkeit, deren Zahl sich im betrachteten Zeitraum etwa verdoppelte, sowie auf Wahlärztinnen und -ärzte ohne Anstellung, die um 38 Prozent anstiegen.

Tabelle 27: Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich zum 31.12, 2014 – 2024

Oberösterreich							
Jahr	Gesamt	Ange- stellt	Nieder- gelassen	Ver- trags- ärztin- nen/- ärzte ¹	Wahl- ärztin- nen/- ärzte ¹	davon reine Wahl- ärztin- nen/- ärzte ²	Ärztin- nen/Ärz- te mit wohn- sitz- ärztl. Tätig- keiten
2014	6.452	4.184	3.030	1.558	1.472	674	172
2015	6.634	4.301	3.107	1.588	1.519	694	194
2016	6.704	4.303	3.109	1.582	1.527	719	390
2017	6.805	4.397	3.120	1.580	1.540	711	435
2018	6.897	4.446	3.158	1.576	1.582	743	219
2019	7.010	4.554	3.175	1.571	1.604	762	210
2020	7.121	4.602	3.213	1.573	1.640	793	600
2021	7.279	4.666	3.237	1.570	1.667	832	335
2022	7.334	4.634	3.203	1.573	1.630	847	399
2023	7.488	4.774	3.281	1.579	1.702	899	347
2024	7.659	4.897	3.327	1.596	1.731	928	350
Wachstum 2014–2024	+19 %	+17 %	+10 %	+2 %	+18 %	+38 %	+103 %

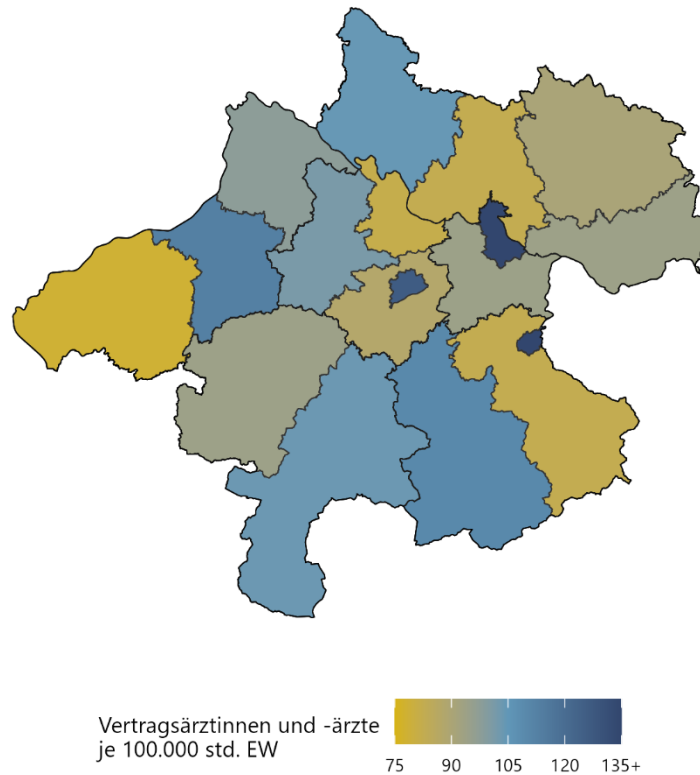
Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024). Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3.1 Ärztedichte

1.596 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag in Oberösterreich entsprechen 104 je 100.000 Einwohner:innen.⁹ Damit belegt Oberösterreich den letzten Platz der 9 Bundesländer und liegt deutlich unter dem Österreich-Wert von 112 Kassenärztinnen und -ärzten je 100.000 Einwohner:innen. In der Betrachtung nach alters- und geschlechtsstandardisierten Einwohnerinnen bzw. Einwohnern liegt Oberösterreich knapp vor dem Burgenland, dessen höherer Altersdurchschnitt zu einem Wert von 99 Kassenärztinnen und -ärzten führt.

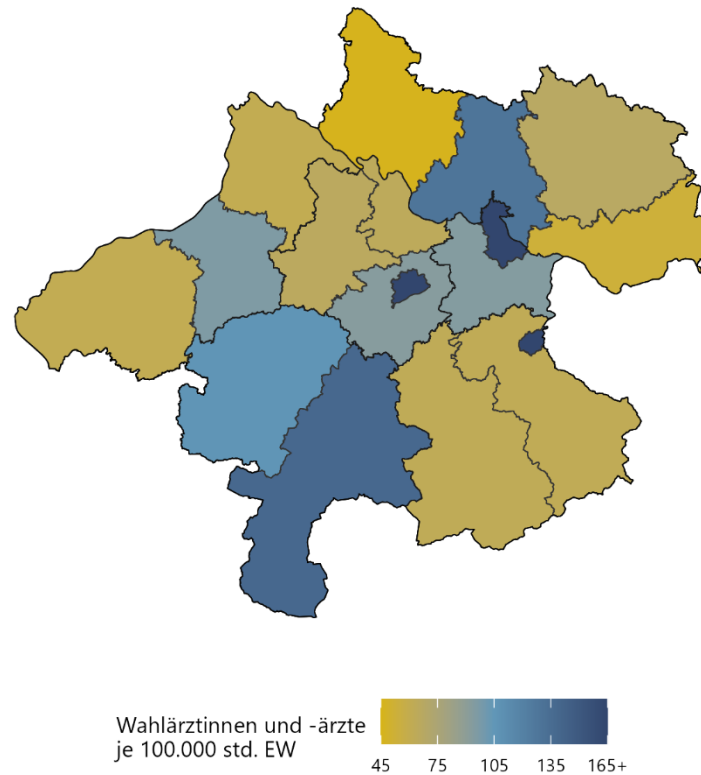
⁹ Da die Daten der (Zahn-)Ärzteliste den Datenstand Dezember abbilden, wurde die Bevölkerung zum Jahresanfang des Folgejahres herangezogen.

Abbildung 9: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte in Oberösterreich je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, nach Bezirk, 2024



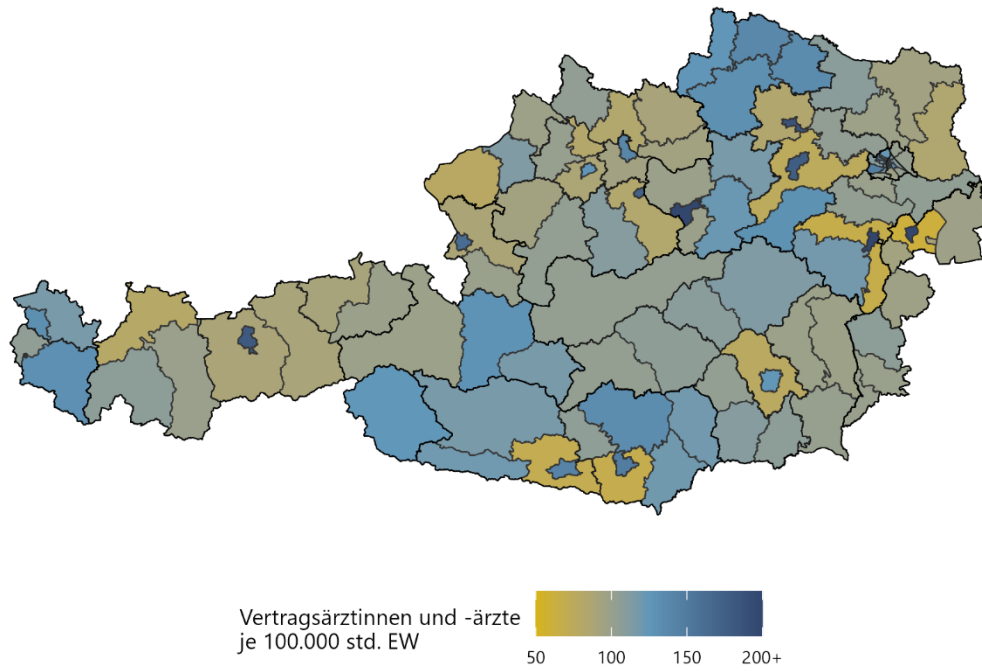
Quelle: Ärzteliste (ÖÄK 2024), Zahnärzteliste (ÖZÄK 2024), Bevölkerung zu Jahresanfang (Statistik Austria 2026), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 10: Niedergelassene Wahlärztinnen und -ärzte in Oberösterreich je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, nach Bezirk, 2024



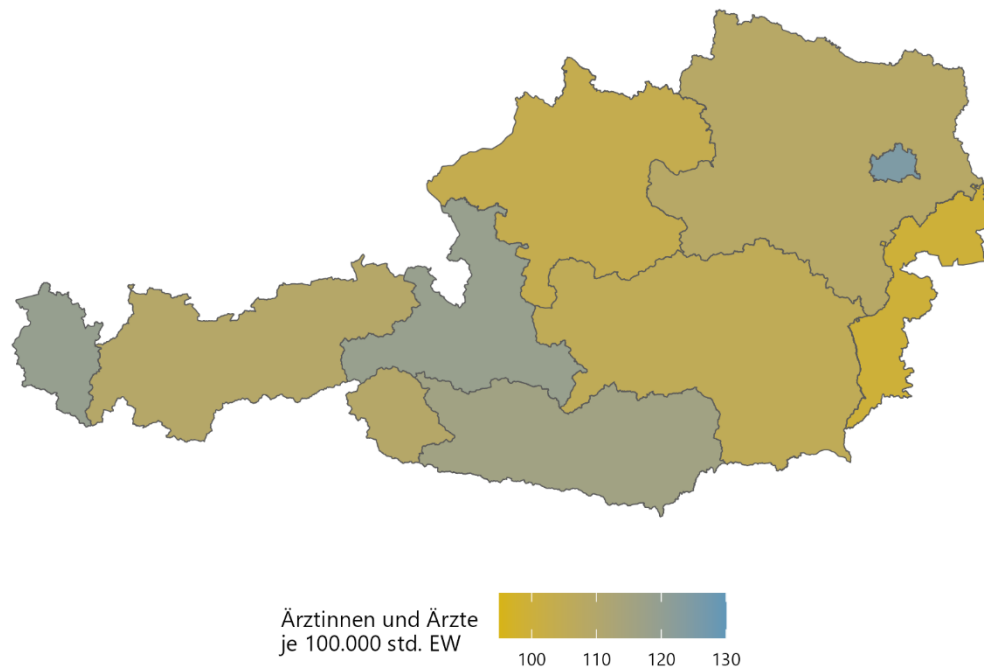
Quelle: Ärzteliste (ÖÄK 2024), Zahnärzteliste (ÖZÄK 2024), Bevölkerung zu Jahresanfang (Statistik Austria 2026), Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 11: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen nach Bezirk, österreichweit, 2024



Quelle: Ärzteliste (ÖÄK 2024), Zahnärzteliste (ÖZÄK 2024), Bevölkerung zu Jahresanfang (Statistik Austria 2026),
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 12: Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen nach Bundesland, 2024



Quelle: Ärzteliste (ÖÄK 2024), Zahnärzteliste (ÖZÄK 2024), Bevölkerung zu Jahresanfang (Statistik Austria 2026), Berechnung und Darstellung: GÖG

Ärztedichte nach Fachrichtung

Tabelle 28 gibt einen Überblick über die Ärztedichte nach Fachrichtung. Hier zeigt sich, dass Oberösterreich in den meisten Fachrichtungen eine geringere Dichte an Vertragsärztinnen und -ärzten aufweist als Gesamt-Österreich. Dies unterscheidet sich von der Allgemeinmedizin, wo Oberösterreich mit 46,6 Vertragsärztinnen und -ärzten über dem Österreich-Wert von 43,4 liegt. Darüber hinaus liegt in den Fächern Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Augenheilkunde und Optometrie sowie Psychiatrie die Ärztedichte in Oberösterreich geringfügig über dem Österreichschnitt.

Tabelle 28: Ärztedichte nach Fachrichtung, Dezember 2024

Fachrichtung	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100k EW				Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100k std. EW			
	Vertragsärztinnen und -ärzte		Wahlärztinnen und -ärzte		Vertragsärztinnen und -ärzte		Wahlärztinnen und -ärzte	
	OÖ	AT	OÖ	AT	OÖ	AT	OÖ	AT
Gesamt	103,9	112,1	112,7	148,5	103,5	111,3	112,3	147,3
Zahnmedizin	23,8	29,4	13,4	13,9	23,8	29,3	13,4	13,9
Humanmedizin	80,1	82,7	99,3	134,5	79,8	82,0	98,9	133,4
Allgemeinmedizin	46,6	43,4	27,2	35,0	46,4	42,9	27,1	34,6
Fachärztinnen/-ärzte	33,5	39,3	72,1	99,5	33,3	39,2	71,8	99,0
Anästhesiologie und Intensivmedizin	0,0	0,0	2,0	3,1	0,0	0,0	2,0	3,1
Augenheilkunde und Optometrie	4,6	4,5	4,3	4,9	4,5	4,4	4,3	4,8
Chirurgie	1,0	1,4	7,4	11,8	1,0	1,4	7,4	11,7
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,5	4,3	9,0	10,1	4,7	4,3	9,3	10,1
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	2,7	2,8	1,6	2,9	2,7	2,8	1,6	2,9
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2,2	2,6	3,6	5,3	2,2	2,6	3,6	5,3
Innere Medizin	5,1	7,3	11,2	17,3	5,1	7,2	11,1	17,1
Kinder- und Jugendheilkunde	3,1	3,1	2,7	4,0	3,0	3,2	2,7	4,1
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,5	0,6	0,3	0,8	0,5	0,6	0,3	0,8
Neurologie	1,6	1,6	3,5	4,9	1,6	1,6	3,5	4,9
Orthopädie und Traumatologie	2,6	3,5	12,2	15,9	2,6	3,5	12,1	15,8
Psychiatrie	2,1	1,9	5,5	9,1	2,1	2,0	5,6	9,1
Sonstige	1,8	3,5	6,4	6,7	1,8	3,5	6,4	6,6
Urologie	1,8	2,1	2,4	2,9	1,7	2,1	2,4	2,9

¹ Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

Ärztedichte nach Bezirk

In den oberösterreichischen Bezirken zeigen sich deutliche Unterschiede in der Ärztedichte, die insbesondere in ländlichen Bezirken geringer ausfällt als in Städten. Die höchste Ärztedichte weist Linz (Stadt) mit 140 Vertragsärztinnen und -ärzten sowie 274 Wahlärztinnen und -ärzten je 100.000 standardisierte Einwohner:innen auf, gefolgt von Wels (Stadt), während der Bezirk Braunau am Inn, gefolgt vom Bezirk Eferding, mit 78,2 Vertragsärztinnen und -ärzten je 100.000 Einwohner:innen die niedrigste Ärztedichte im vertragsärztlichen Bereich aufweist.

Tabelle 29: Ärztedichte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, nach Bezirk, Dezember 2024 (validiert)

Bezirk	Gesamt		Zahnmedizin		Human- medizin		Allgemein- medizin		Fachärztin- nen/-ärzte	
	VÄ ¹	WÄ	VÄ ¹	WÄ	VÄ ¹	WÄ	VÄ ¹	WÄ	VÄ ¹	WÄ
Linz (Stadt)	140,3	274,4	33,2	24,2	107,0	250,2	41,7	64,5	65,6	186,7
Steyr (Stadt)	171,7	181,8	34,0	31,4	138,4	150,9	54,8	37,3	84,5	115,2
Wels (Stadt)	126,4	246,6	24,7	40,2	101,5	206,2	32,9	47,0	68,5	158,7
Braunau am Inn	78,2	61,0	16,3	9,0	61,9	51,9	40,2	11,0	21,7	40,7
Eferding	81,7	64,2	20,5	11,7	61,3	52,5	38,0	14,6	23,3	37,8
Freistadt	90,5	67,2	18,9	2,9	71,6	64,3	55,7	23,5	16,0	40,7
Gmunden	103,5	138,7	25,8	15,3	78,3	123,5	46,6	33,8	31,7	90,6
Grieskirchen	101,4	65,6	20,9	3,0	80,5	62,6	53,7	19,4	26,8	43,2
Kirchdorf an der Krems	110,0	62,6	25,6	5,1	84,5	57,5	52,4	16,9	32,2	40,6
Linz-Land	94,1	94,1	23,5	10,8	70,5	83,3	43,7	22,5	26,8	60,6
Perg	94,0	52,7	21,1	11,3	72,7	41,3	47,3	17,2	25,4	24,0
Ried im Innkreis	113,1	95,8	26,7	14,1	86,4	81,7	51,8	29,8	34,5	51,8
Rohrbach	104,2	46,1	24,0	5,1	80,3	41,0	59,9	5,1	20,4	35,8
Schärding	97,7	60,7	22,1	17,0	75,7	43,8	48,7	11,8	27,0	32,1
Steyr-Land	82,6	62,3	22,2	7,9	60,7	54,5	48,2	15,5	12,5	39,0
Urfahr-Umgebung	82,6	129,5	20,3	11,3	62,5	118,3	46,9	41,3	15,6	76,9
Vöcklabruck	94,0	106,6	21,1	20,4	72,9	86,2	44,2	24,6	28,7	61,6
Wels-Land	87,7	92,9	19,4	7,8	68,2	85,2	51,3	21,1	16,9	63,8
Oberösterreich	103,6	120,6	23,8	14,5	79,8	106,2	46,5	29,1	33,3	77,1
Österreich	112,0	160,9	29,4	15,5	82,7	145,4	43,0	37,3	39,8	108,3

VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte, WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

¹ Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Hinweis: Die Oberösterreich- bzw. Österreich-Summe der Ärztedichte ist in der dieser Darstellung höher als in der Darstellung Oberösterreichs als Bundesland, weil manche Ärztinnen und Ärzte in einem Bezirk eine Kassenordination und in einem anderen Bezirk eine Wahlarztordination haben und somit in der Darstellung nach Bezirken doppelt gezählt werden.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 30: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024, Bezirksranking

Fach	Typ	Bezirk	Ärztedichte	Rang in OÖ	Rang in AT
Gesamt	Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte	Steyr (Stadt)	171,7	1	13
		Linz (Stadt)	140,3	2	20
		Wels (Stadt)	126,4	3	30
		Ried im Innkreis	113,1	4	50
		Kirchdorf an der Krems	110,0	5	54
		Rohrbach	104,2	6	64
		Gmunden	103,5	7	66
		Grieskirchen	101,4	8	73
		Schärding	97,7	9	87
		Linz-Land	94,1	10	93
		Perg	94,0	11	94
		Vöcklabruck	94,0	12	95
		Freistadt	90,5	13	99
		Wels-Land	87,7	14	103
		Urfahr-Umgebung	82,6	15	106
		Steyr-Land	82,6	16	107
		Eferding	81,7	17	108
		Braunau am Inn	78,2	18	110
		Oberösterreich	103,6		8
		Österreich	112,0		
	Niedergelassene Wahlärztinnen und -ärzte	Linz (Stadt)	274,4	1	18
		Wels (Stadt)	246,6	2	22
		Steyr (Stadt)	181,8	3	30
		Gmunden	138,7	4	36
		Urfahr-Umgebung	129,5	5	41
		Vöcklabruck	106,6	6	51
		Ried im Innkreis	95,8	7	59
		Linz-Land	94,1	8	60
		Wels-Land	92,9	9	62
		Freistadt	67,2	10	91
		Grieskirchen	65,6	11	95
		Eferding	64,2	12	97
		Kirchdorf an der Krems	62,6	13	99
		Steyr-Land	62,3	14	100
Braunau am Inn		61,0	15	103	
Schärding		60,7	16	105	
Perg		52,7	17	108	
Rohrbach		46,1	18	114	
Oberösterreich	120,6		8		
Österreich	160,9				

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

Ärztedichte im Zeitverlauf

Tabelle 31 stellt die Ärztedichte im Zeitverlauf dar. Die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen bleibt zwischen 2015 und 2024 in Österreich annähernd konstant, während in Oberösterreich ein geringfügiger Rückgang zu verzeichnen ist. Es fällt auf, dass sowohl in Oberösterreich als auch in Österreich gesamt die Anzahl der Fachärztinnen und -ärzte im Gegensatz zu Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern steigt.

Tabelle 31: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100.000 standardisierte Einwohner:innen und nach Vertragsstatus im Zeitverlauf

Fach	Typ	Oberösterreich			Österreich		
		2015	2020	2024	2015	2020	2024
Gesamt	Ndgl. Ä	220	217	216	256	257	259
	Anteil VÄ	51%	49%	48%	49%	46%	43%
Zahnmedizin	Ndgl. Ä	39	38	37	46	45	43
	Anteil VÄ	71%	67%	64%	75%	71%	68%
Humanmedizin	Ndgl. Ä	180	178	179	210	212	215
	Anteil VÄ	47%	45%	45%	44%	41%	38%
Allgemeinmedizin	Ndgl. Ä	82	78	74	80	77	78
	Anteil VÄ	64%	62%	63%	61%	60%	55%
Fachärztinnen und -ärzte	Ndgl. Ä	98	100	105	130	135	138
	Anteil VÄ	33%	32%	32%	33%	30%	28%
Augenheilkunde und Optometrie	Ndgl. Ä	7,7	8,4	8,8	8,5	9,2	9,2
	Anteil VÄ	55%	49%	51%	55%	49%	48%
Chirurgie	Ndgl. Ä	8,3	8	8,4	12	13	13
	Anteil VÄ	10%	12%	12%	14%	13%	11%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ndgl. Ä	14	14	14	15	15	14
	Anteil VÄ	38%	35%	33%	35%	31%	30%
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Ndgl. Ä	4,6	4,3	4,2	5,4	5,4	5,6
	Anteil VÄ	53%	59%	63%	54%	52%	49%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Ndgl. Ä	4,9	5,6	5,8	7,3	7,9	7,9
	Anteil VÄ	48%	42%	38%	42%	36%	33%
Innere Medizin	Ndgl. Ä	15	15	16	24	24	24
	Anteil VÄ	34%	32%	31%	35%	31%	30%
Kinder- und Jugendheilkunde	Ndgl. Ä	5,2	4,5	5,6	6,9	6,8	7,3
	Anteil VÄ	52%	53%	53%	52%	47%	44%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ndgl. Ä	0,25	0,78	0,81	0,38	0,99	1,4
	Anteil VÄ	75%	42%	62%	65%	36%	43%
Neurologie	Ndgl. Ä	5	4,6	5,2	6	6,1	6,5
	Anteil VÄ	28%	32%	32%	26%	26%	25%
Orthopädie und Traumatologie	Ndgl. Ä	14	14	15	16	18	19
	Anteil VÄ	18%	18%	18%	21%	19%	18%
Psychiatrie	Ndgl. Ä	6,1	6,5	7,7	9,4	10	11
	Anteil VÄ	24%	26%	28%	18%	17%	18%
Sonstige	Ndgl. Ä	7,4	7,8	8,2	10	10	10
	Anteil VÄ	28%	26%	21%	40%	37%	35%
Urologie	Ndgl. Ä	3,7	4,1	4,1	4,9	4,9	5
	Anteil VÄ	47%	45%	42%	49%	44%	42%

Ndgl. Ä = Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte

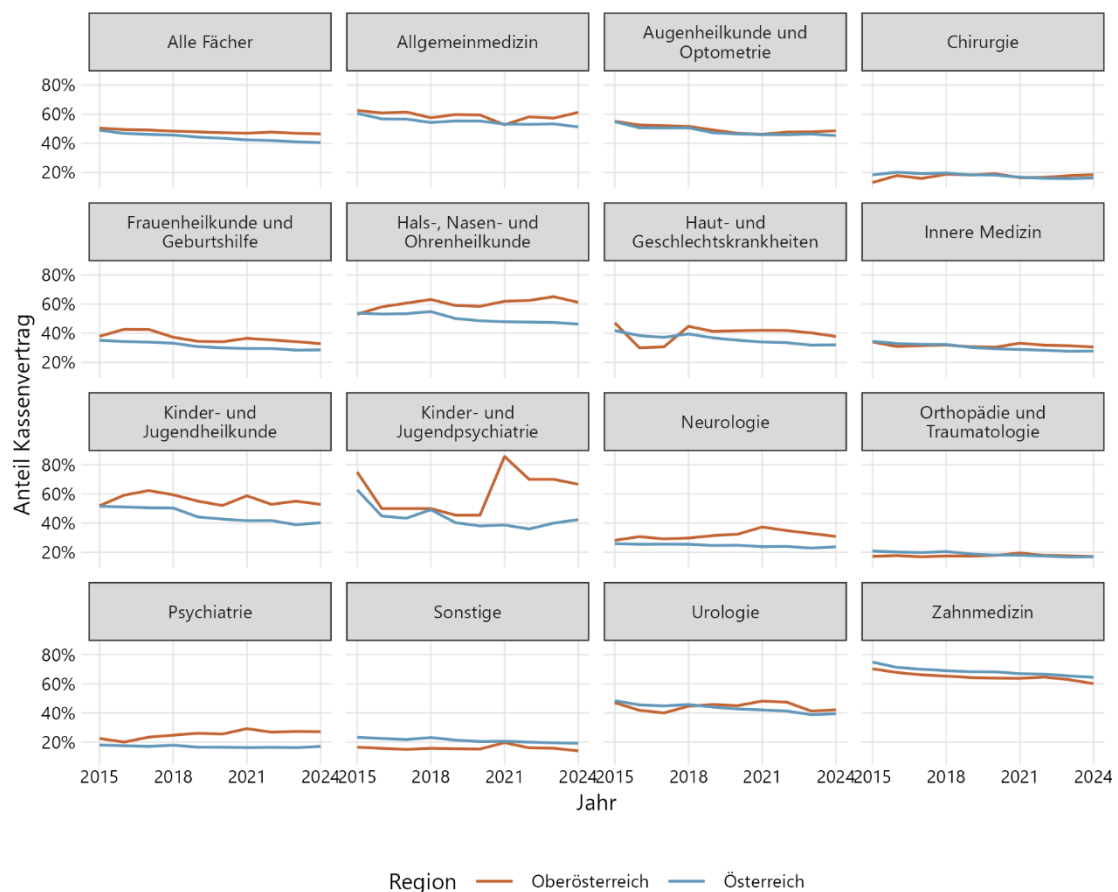
Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS bzw. GKK, BKK, SVB, BVA, SVA, VAEB. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3.2 Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag

Der Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag ist Tabelle 31 zu entnehmen. Stand Dezember 2024 hatten 48 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag. Damit liegt Oberösterreich etwas über dem Österreich-Wert von 43 Prozent. In nahezu allen Fachrichtungen ist der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag zwischen 2015 und 2024 rückläufig. Zahnmedizin ist trotz eines bedeutsamen Rückgangs seit 2015 das Fach mit dem höchsten Anteil an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag (64%), gefolgt von Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Allgemeinmedizin mit jeweils 63 Prozent. Den geringsten Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag weisen die Fächer Chirurgie (12 %) und Orthopädie und Traumatologie (18 %) auf.

Abbildung 13: Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag im Zeitverlauf, nach Fachrichtung



Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS bzw. GKK, BKK, SVB, BVA, SVA, VAEB. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

Oberösterreich unterscheidet sich in den meisten Fachrichtungen kaum von den anderen österreichischen Bundesländern. Der geringfügig höhere Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag ist vorwiegend auf die Allgemeinmedizin zurückzuführen, wo in Oberösterreich 63 Prozent einen Kassenvertrag haben, in Österreich gesamt hingegen nur 55 Prozent.

Kassenvertrag nach Bezirken

Tabelle 32 bietet einen Überblick über den Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag in den oberösterreichischen Bezirken. Hier zeigt sich, dass insbesondere in den urbanen Zentren ein geringerer Anteil der Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag hat.

Tabelle 32: Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag in Oberösterreich, 2024

Bezirk	Gesamt	Zahn- medizin	Human- medizin	Allgemein- medizin	Fachärztin- nen und -ärzte
Linz (Stadt)	34%	58%	30%	39%	26%
Steyr (Stadt)	49%	52%	48%	59%	42%
Wels (Stadt)	34%	38%	33%	41%	30%
Braunau am Inn	56%	64%	54%	79%	35%
Eferding	56%	64%	54%	72%	38%
Freistadt	57%	87%	53%	70%	28%
Gmunden	43%	63%	39%	58%	26%
Grieskirchen	61%	88%	56%	73%	38%
Kirchdorf an der Krems	64%	83%	60%	76%	44%
Linz-Land	50%	69%	46%	66%	31%
Perg	64%	65%	64%	73%	51%
Ried im Innkreis	54%	65%	51%	63%	40%
Rohrbach	69%	82%	66%	92%	36%
Schärding	62%	57%	63%	81%	46%
Steyr-Land	57%	74%	53%	76%	24%
Urfahr-Umgebung	39%	64%	35%	53%	17%
Vöcklabruck	47%	51%	46%	64%	32%
Wels-Land	49%	71%	44%	71%	21%
Oberösterreich	46%	62%	43%	62%	30%
Österreich	41%	66%	36%	54%	27%

Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3.3 Organisationsformen

Die Organisationsformen des Kassensektors der niedergelassenen oberösterreichischen Ärztinnen und Ärzte können aus der ambulanten Dokumentation entnommen werden.

Der überwiegende Anteil der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist in Form von Einzelpraxen organisiert (76 %). 8,5 Prozent der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind als Gruppenpraxis organisiert, mit 17 Prozent der Besuche leisten sie einen überproportionalen Anteil an der Versorgung. Primärversorgungszentren stellen mit 10 Einheiten nur 0,6 Prozent der Anbieterinnen und Anbieter dar, auf sie entfallen aber 3 Prozent der im Jahr 2023 erfassten Besuche.

Tabelle 33: Organisationsformen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Kassensektor, 2023

Organisationsform	Besuche		Leistungserbringerinnen und -erbringer	
	abs.	%	abs.	%
Unbekannt	311.645	2,0%	95	5,4%
Einzelpraxis	11.715.381	76%	1.485	84%
Gruppenpraxis	2.629.752	17%	150	8,5%
Selbstständiges Ambulatorium	212.146	1,4%	20	1,1%
Gruppenpraxis als Primärversorgungszentrum	461.932	3,0%	10	0,6%

Quelle: Ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c)

4.3.4 Alter und Geschlecht

Die österreichische Ärzteliste und Zahnärzteliste erlauben eine Auswertung der eingetragenen Ärztinnen und Ärzte nach Alter und Geschlecht.

Tabelle 34 zeigt den Anteil von Frauen sowie die Altersstruktur in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, sowohl für alle Ärztinnen und Ärzte als auch für niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Insgesamt liegt der Frauenanteil bei allen Ärztinnen und Ärzten bei 47 Prozent, bei den niedergelassenen Vertragsärzten mit 39 Prozent etwas niedriger. Besonders hoch ist der Frauenanteil in der Kinder- und Jugendheilkunde (61% bzw. 57%) und in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (60% bzw. 48%), während Fächer wie Chirurgie (28% bzw. 20%) oder Urologie (19% bzw. 4%) weiterhin überwiegend männlich besetzt sind.

Blickt man auf die Altersstruktur, so sind viele Vertragsärztinnen und -ärzte bereits 55 Jahre oder älter, beispielsweise in der Orthopädie (68% \geq 50 Jahre), Urologie (70% \geq 50 Jahre) oder Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (73% \geq 50 Jahre). Diese hohen Anteile in älteren Altersgruppen deuten darauf hin, dass in den kommenden Jahren ein relevanter Teil der Ärztinnen und Ärzte pensioniert wird. Auffällig ist, dass niedergelassene Vertragsärztinnen und Ärzte im Schnitt älter sind als die gesamte Ärzteschaft, was auf einen höheren Anteil jüngerer Ärztinnen und Ärzte in Spitälern zurückzuführen ist.

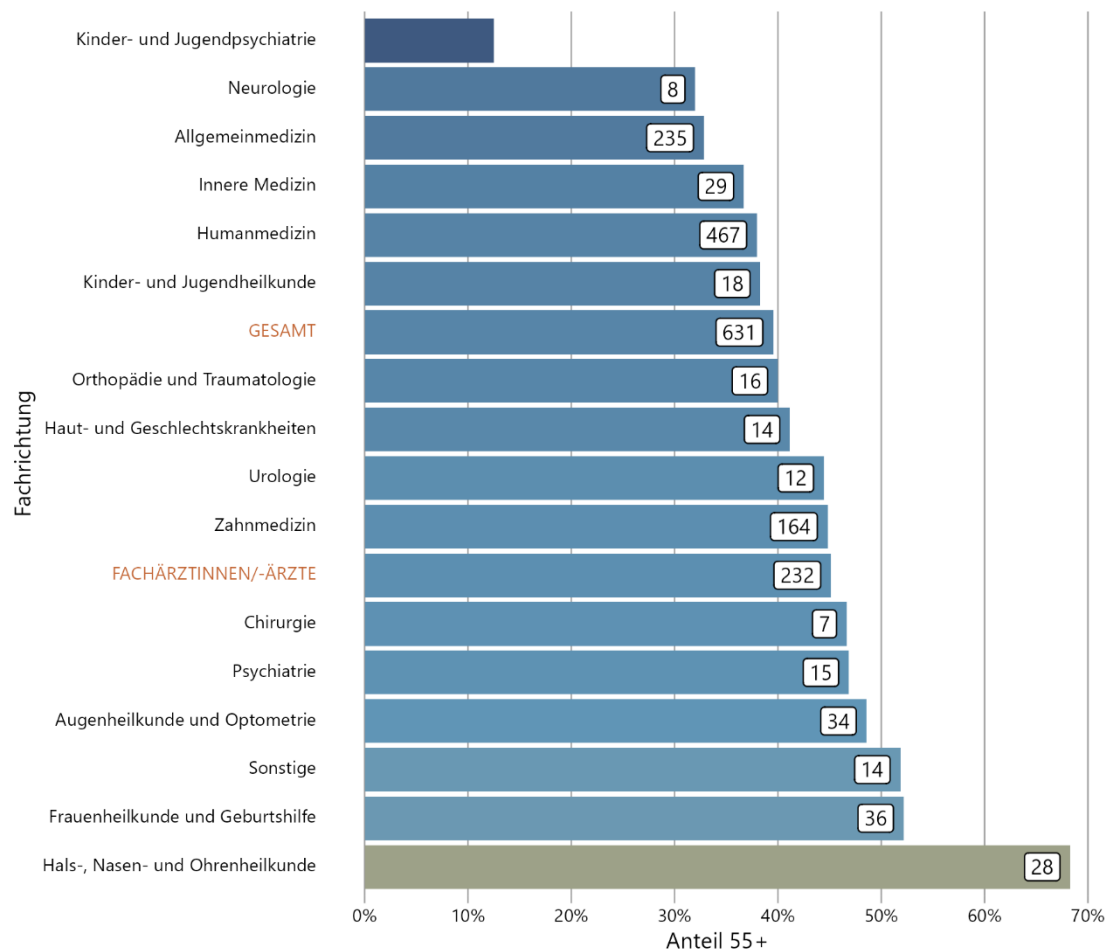
Tabelle 34: Alter und Geschlecht der oberösterreichischen Ärztinnen und Ärzte, 2024

Fach	Alle Ärztinnen und Ärzte					Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte ¹				
	♀	<50	50+	55+	60+	♀	<50	50+	55+	60+
Gesamt	47%	59%	41%	30%	20%	39%	46%	54%	40%	25%
Zahnmedizin	41%	59%	41%	34%	25%	36%	48%	52%	45%	33%
Humanmedizin	47%	59%	41%	30%	20%	40%	46%	54%	38%	23%
Allgemeinmedizin	55%	47%	53%	39%	27%	44%	53%	47%	33%	20%
Fachärztinnen und -ärzte	40%	50%	50%	36%	24%	34%	37%	63%	45%	26%
Anästhesiologie und Intensivmedizin	43%	49%	51%	38%	24%					
Augenheilkunde und Optometrie	42%	55%	45%	34%	25%	37%	41%	59%	49%	36%
Chirurgie	28%	52%	48%	34%	21%	20%	33%	67%	47%	20%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	60%	47%	53%	38%	25%	48%	29%	71%	52%	32%
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	35%	39%	61%	45%	27%	27%	27%	73%	68%	37%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	57%	50%	50%	33%	22%	53%	47%	53%	41%	35%
Innere Medizin	37%	54%	46%	32%	22%	24%	46%	54%	37%	25%
Kinder- und Jugendheilkunde	61%	54%	46%	29%	15%	57%	49%	51%	38%	17%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	59%	31%	69%	38%	19%	50%	38%	63%	13%	0%
Neurologie	46%	56%	44%	30%	18%	28%	44%	56%	32%	12%
Orthopädie und Traumatologie	15%	45%	55%	42%	27%	3%	33%	68%	40%	23%
Psychiatrie	56%	43%	57%	42%	29%	56%	38%	63%	47%	22%
Sonstige	52%	86%	14%	10%	7%	22%	19%	81%	52%	19%
Urologie	19%	57%	43%	30%	17%	4%	30%	70%	44%	19%

¹ Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 14: Anteil (Balken) und Anzahl (Label) der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte in Oberösterreich, die älter als 55 Jahre sind, nach Fachrichtung, Dezember 2024



Die absolute Anzahl in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie wird aufgrund geringer Fallzahlen nicht dargestellt.

Quelle: GÖG-Datenbasis basierend auf Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen (ÖÄK 2024; ÖZÄK 2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

4.4 Ambulante ärztliche Versorgungsdichte

Die reine Kopfzählung von Ärztinnen und Ärzten bietet eingeschränkten Aufschluss über die tatsächlich vorhandene Versorgungskapazität. Das gilt insbesondere für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in unterschiedlichem Ausmaß bei verschiedenen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern angestellt sind, wovon einige in ihrer Tätigkeit keine Patientinnen und Patienten versorgen, sondern etwa in der Forschung, Verwaltung oder bei Interessensvertretungen arbeiten. Ebenso gilt das für Wahlärztinnen und -ärzte, die keinen Vorgaben zu Mindestöffnungszeiten unterliegen und die in der Regel nicht verpflichtet sind, Kassenpatientinnen und -patienten zu behandeln.

Aus diesem Grund wird von der Sozialversicherung im Regimed-Datensatz der Versuch unternommen, das Versorgungsangebot im niedergelassenen Kassensektor, im niedergelassenen Wahlarztsektor sowie in selbstständigen Ambulatorien, Kasseninstituten und Spitalsambulanzen (wo Ärztinnen und Ärzte in Anstellungsverhältnissen arbeiten) vergleichbar darzustellen (siehe 2.1.6).

Das Ergebnis dieser Berechnung sind ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE). Diese Einheit kann in etwa als durchschnittliches Arbeitspensum einer Kassenärztin oder eines Kassenarztes verstanden werden. Wenn beispielsweise der Wahlarztsektor einer Versorgungsregion in einem Fachgebiet mit zwei ÄAVE bewertet wird, bedeutet das, dass die in dieser Versorgungsregion ansässigen Wahlärztinnen und -ärzte in etwa so viele Patientinnen und Patienten versorgen wie 2 durchschnittliche Kassenärztinnen und -ärzte.

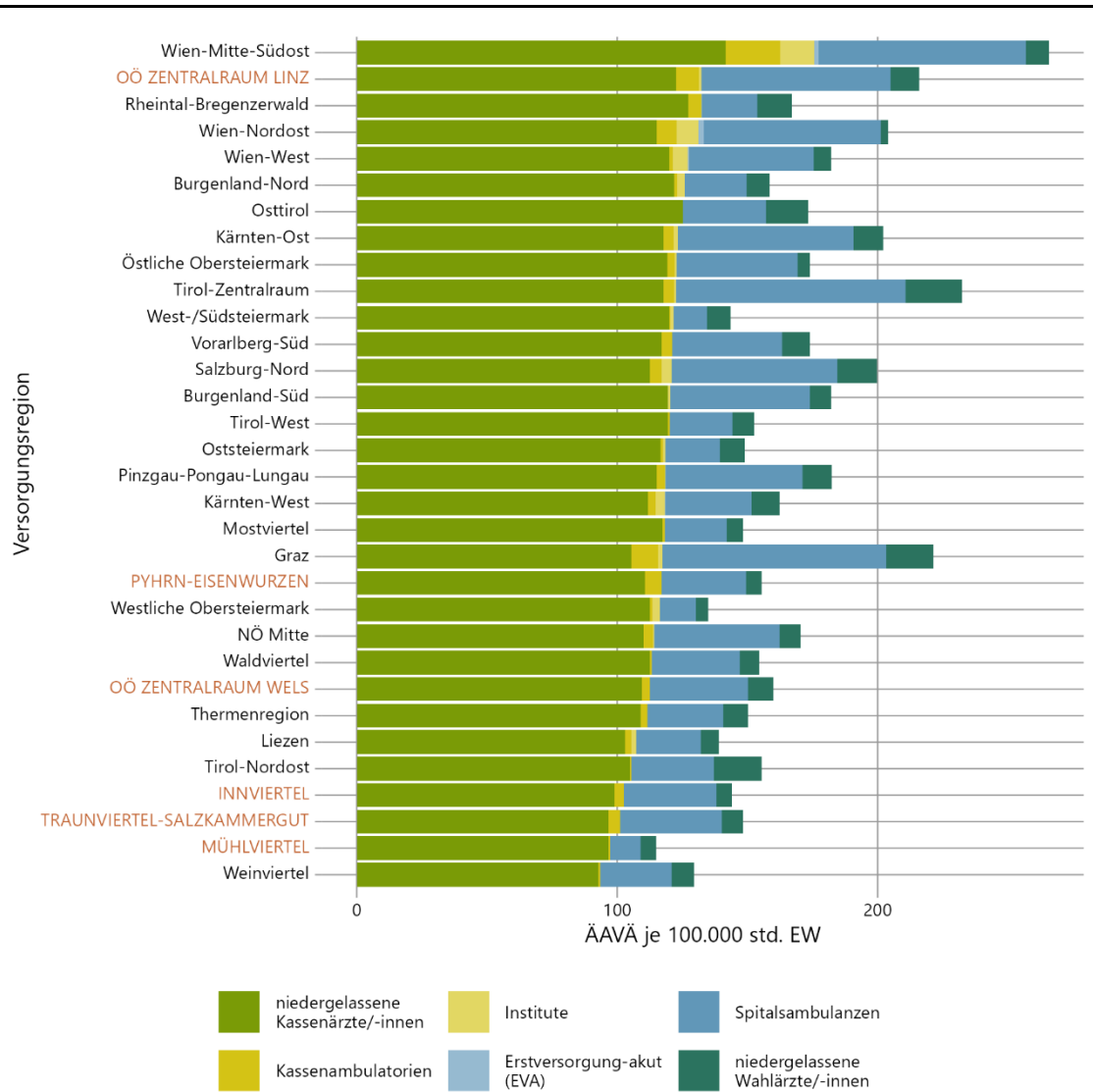
4.4.1 Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten im Österreich-Vergleich

Abbildung 15 zeigt die Summe der ÄAVE der österreichischen Versorgungsregionen, gereiht nach ÄAVE im Kassensektor, d. h. niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte, Kassenambulatorien und Institute mit Kassenvertrag.

Hier zeigt sich, dass mit Ausnahme des Zentralraums Linz alle Versorgungsregionen unter dem Median zu liegen kommen. Die Versorgungsregionen Innviertel, Traunviertel-Salzkammergut und Mühlviertel liegen vor dem Weinviertel am Ende der Reihung. Das zeigt eine unterdurchschnittliche Verfügbarkeit von ambulanter Gesundheitsversorgung in Oberösterreichs Kassensektor, die auch durch Spitalsambulanzen und Wahlärztinnen und -ärzte nicht wettgemacht wird. Die spitalsambulante Versorgung hat insbesondere in urbanen Versorgungsregionen einen wesentlichen Anteil an den ÄAVE je 100.000 EW.

Auffällig ist auch, dass trotz des Umstands, dass etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte sind, diese nur in etwa 8 Prozent der Versorgungswirksamkeit des kassenärztlichen Bereichs aufweisen. Basierend auf eingereichten Wahlarzthonoraren lässt sich somit schlussfolgern, dass 10 durchschnittliche Wahlärztinnen bzw. -ärzte so viel versorgen wie 1 durchschnittliche Vertragsärztin bzw. ein durchschnittlicher Vertragsarzt. Das kann beispielsweise daran liegen, dass Wahlärztinnen und -ärzte häufiger zusätzlich angestellt sind und daher nur kürzere Ordinationszeiten anbieten, oder dass aufgrund von nicht eingereichten Honoraren die Versorgungswirksamkeit des Wahlarztsektors untererfasst wird.

Abbildung 15: ÄAVE (alle Fachrichtungen) nach Versorgungsregion, 2024



ÄAVE = Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten

Quelle: Regiomed (siehe Kapitel 2.1.6), Berechnung und Darstellung: GÖG

4.4.2 Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten nach Fachrichtung

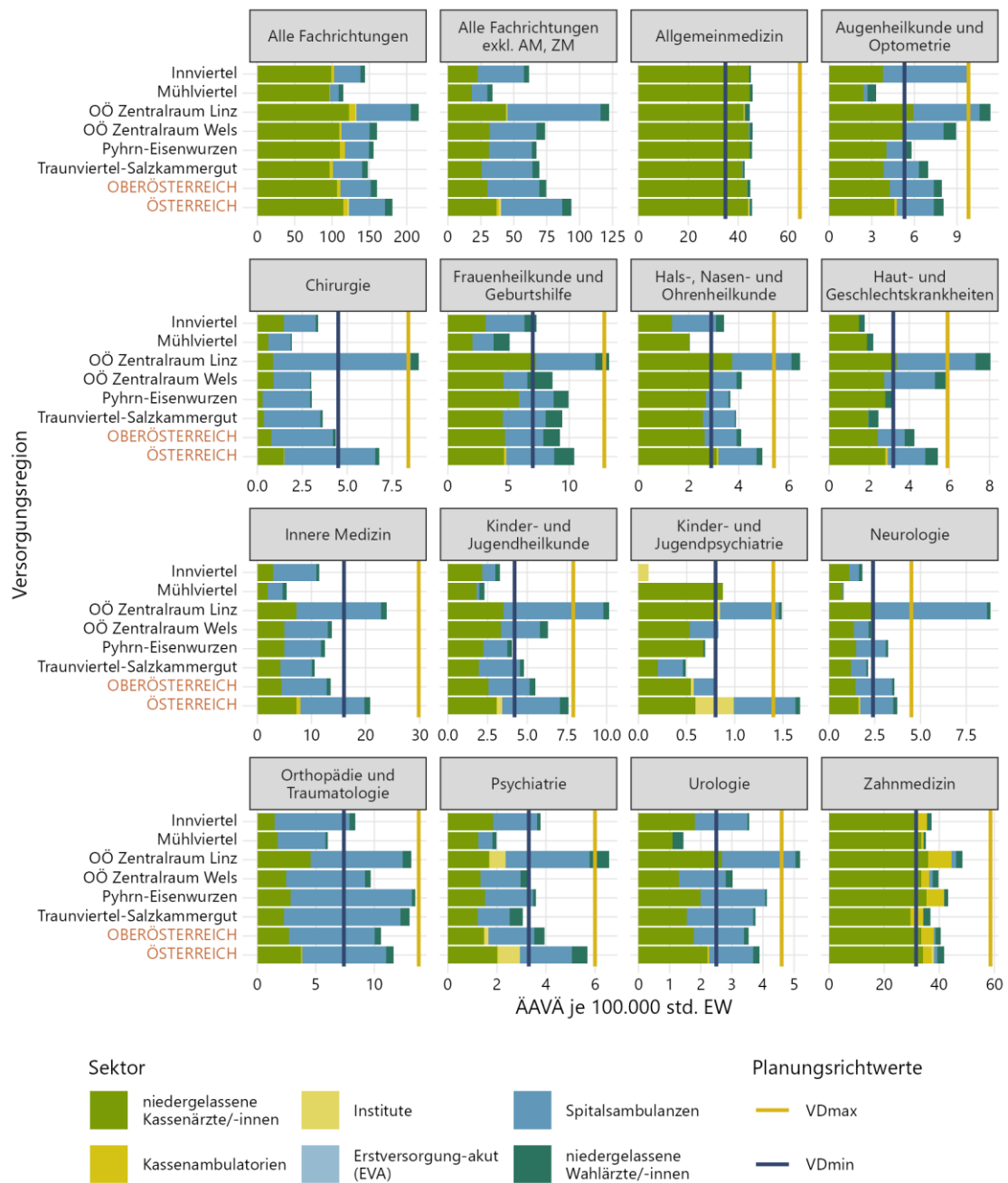
In den folgenden Darstellungen werden ärztliche ambulante Versorgungseinheiten nach Fachrichtung und Versorgungsregion aufgeschlüsselt. Das bietet einen detaillierteren Einblick in den Versorgungsmix als die bloße Zählung der Köpfe in der (Zahn-)Ärzteliste, weil die Versorgungswirksamkeit des Wahlarztbereichs sowie die in Gesundheitseinrichtungen wie Spitälern, Kassenambulatorien und Instituten angestellten Ärztinnen und Ärzte gemäß ihres Beschäftigungsmaßes in Vollzeitäquivalenten gezählt werden.

In der Betrachtung nach Fachrichtungen fällt auf, dass im Bereich der Allgemeinmedizin und Zahnmedizin alle Versorgungsregionen in Oberösterreich innerhalb des Intervalls liegen, das die Planungsrichtwerte vorgeben.

In einzelnen Fachrichtungen weisen einige Versorgungsregionen aber Defizite auf, liegen also unter den Mindestwerten der Planungsrichtwerte. Insbesondere in den Versorgungsregionen Innviertel, Mühlviertel und teilweise Traunviertel-Salzkammergut wird dieser Wert in vielen Fachrichtungen unterschritten (siehe Abbildung 16).

Diese Divergenz ist in gewissem Ausmaß durch Patientenströme zwischen den Versorgungsregionen erklärbar. Einige Gemeinden der Versorgungsregionen Innviertel und Mühlviertel liegen in kurzer Distanz zu urbanen Zentren benachbarter Versorgungsregionen (Linz und Salzburg). Konkreter beantwortet wird diese Frage in der Analyse der effektiv erreichbaren Versorgungskapazität auf Bezirksebene in Kapitel 4.4.

Abbildung 16: ÄAVE nach Fachrichtung und Versorgungsregion, 2024



ÄAVE = Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten, AM = Allgemeinmedizin, ZM = Zahnmedizin, EVA = Erstversorgungsambulanz, VDmin, VDmax = untere bzw. obere Spanne des Planungsrichtwerts für Versorgungsdichte

Quelle: Regiomed (siehe Kapitel 2.1.6), Berechnung und Darstellung: GÖG

4.4.3 Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten auf Bezirksebene

Bei der Betrachtung der ÄAVE auf Bezirksebene ist anzumerken, dass diese nach Standorten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ausgewertet wurden und daher einer gewissen Unschärfe unterliegen

Es zeigt sich, dass in städtischen Bezirken die Versorgungsdichte höher ist als in ländlichen Gegenden. Steyr (Stadt) ist der Bezirk mit der höchsten Versorgungsdichte im Kassensektor sowie in Spitälern, während Wels (Stadt) der Bezirk mit der höchsten Versorgungsdichte im wahlärztlichen Sektor ist.

Der Stadt-Land-Unterschied ist bei der Allgemeinmedizin weniger stark ausgeprägt als in anderen Fachrichtungen. Der Bezirk Steyr (Stadt) weist mit 72 fachärztlichen ÄAVE (exkl. AM, ZM) etwa eine 5- bis 6-mal so hohe Versorgungsdichte im Kassensektor auf wie der Bezirk Steyr-Land. Das illustriert die Notwendigkeit, die Versorgung bezirksübergreifend zu analysieren.

Tabelle 35: ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, 2024

Bezirk	Kassensektor ¹				Wahlärztinnen und -ärzte				Ambulanzen, EVA			
	Σ	AM	FÄ	ZM	Σ	AM	FÄ	ZM	Σ	AM	FÄ	ZM
Linz (Stadt)	157	41	60	56	14	2,9	8,3	3,1	127	0,1	124	3,1
Steyr (Stadt)	197	52	72	76	9,7	0,89	6	3	132	0	133	0
Wels (Stadt)	147	37	64	45	17	1,5	9,5	5,4	128	1,7	122	4,3
Braunau am Inn	94	44	19	31	4,4	0,3	3	1,1	18	0	18	0
Eferding	99	42	26	31	6,9	0,37	5,3	1,2	0	0	0	0
Freistadt	96	44	15	37	4,4	1,3	2,8	0,3	32	0	31	0
Gmunden	104	42	26	37	7,9	1,2	4,9	1,9	30	0,02	30	0
Grieskirchen	105	46	24	35	7,3	1,8	4,7	0,83	12	0	12	0
Kirchdorf an der Krems	106	46	24	36	2,9	0,33	2,1	0,54	0	0	0	0
Linz-Land	99	45	25	29	6,6	0,66	4,7	1,2	0	0	0	0
Perg	98	46	24	28	5,4	0,73	2,9	1,7	0	0	0	0
Ried im Innkreis	123	49	29	45	8,7	1,1	4,4	3,2	82	0	82	0
Rohrbach	113	47	18	47	5,5	0,17	4,4	0,91	20	0	19	0
Schärding	97	40	22	34	5,8	0,96	3,7	1,1	19	0	19	0
Steyr-Land	78	39	13	26	6,2	1,6	3,5	1,1	0,64	0	0,64	0
Urfahr-Umgebung	88	43	17	28	8,1	1,7	5,4	0,92	0	0	0	0
Vöcklabruck	99	41	25	32	8,2	0,31	5	2,9	46	0,31	45	0,22
Wels-Land	96	50	14	33	7,5	0,35	6,1	1	0	0	0	0
Oberösterreich	112	44	30	38	8,1	1,1	5,1	1,9	40	0,11	40	0,62
Österreich	123	44	40	38	9,9	0,85	6,7	2,4	48	0,36	47	1,2

¹ Umfasst niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte, Institute mit Kassenvertrag und Kassenambulatorien. Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt.
EVA = Erstversorgungsambulanz

Quelle: Regiomed (siehe Kapitel 2.1.6), Berechnung und Darstellung: GÖG

4.4.4 Ärztliche Ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) im Zeitverlauf

Für Datenjahre vor 2021 stehen ÄAVE nur nach der alten Berechnungsmethode zur Verfügung, weswegen aus Gründen der Zeitreihenkontinuität die gesamte Beobachtungsperiode nach der alten Methode dargestellt werden muss. Wesentliche Methodenänderungen betreffen die Normierung der ÄAVE. In der neuen Methodik werden dafür Gruppenpraxen ausgeschlossen, weswegen eine geringfügig niedrigere Versorgungswirksamkeit einer durchschnittlichen Ärztin bzw. eines durchschnittlichen Arztes angesetzt wird, und demzufolge die tatsächlich geleistete Versorgung in mehr ÄAVE resultiert.

Aus diesem Grund ist zwischen 2015 und 2024 ein Rückgang der ÄAVE im oberösterreichischen Kassensektor von rund 113 je 100.000 standardisierte Einwohner:innen auf etwa 100 zu verzeichnen (alte Methodik). Für die 112 ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen gemäß neuer Methodik steht kein Vergleichswert aus 2015 zur Verfügung.

Insbesondere ist ein Rückgang der ÄAVE in der Allgemeinmedizin ersichtlich, wo die ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen von 51,6 auf 41,6 sank (alle Sektoren). Dem steht ein Anstieg der fachärztlichen ÄAVE von 61, auf 71,1 gegenüber, wobei dieser Anstieg auf den Ausbau der Spitalsambulanzen zurückzuführen ist.

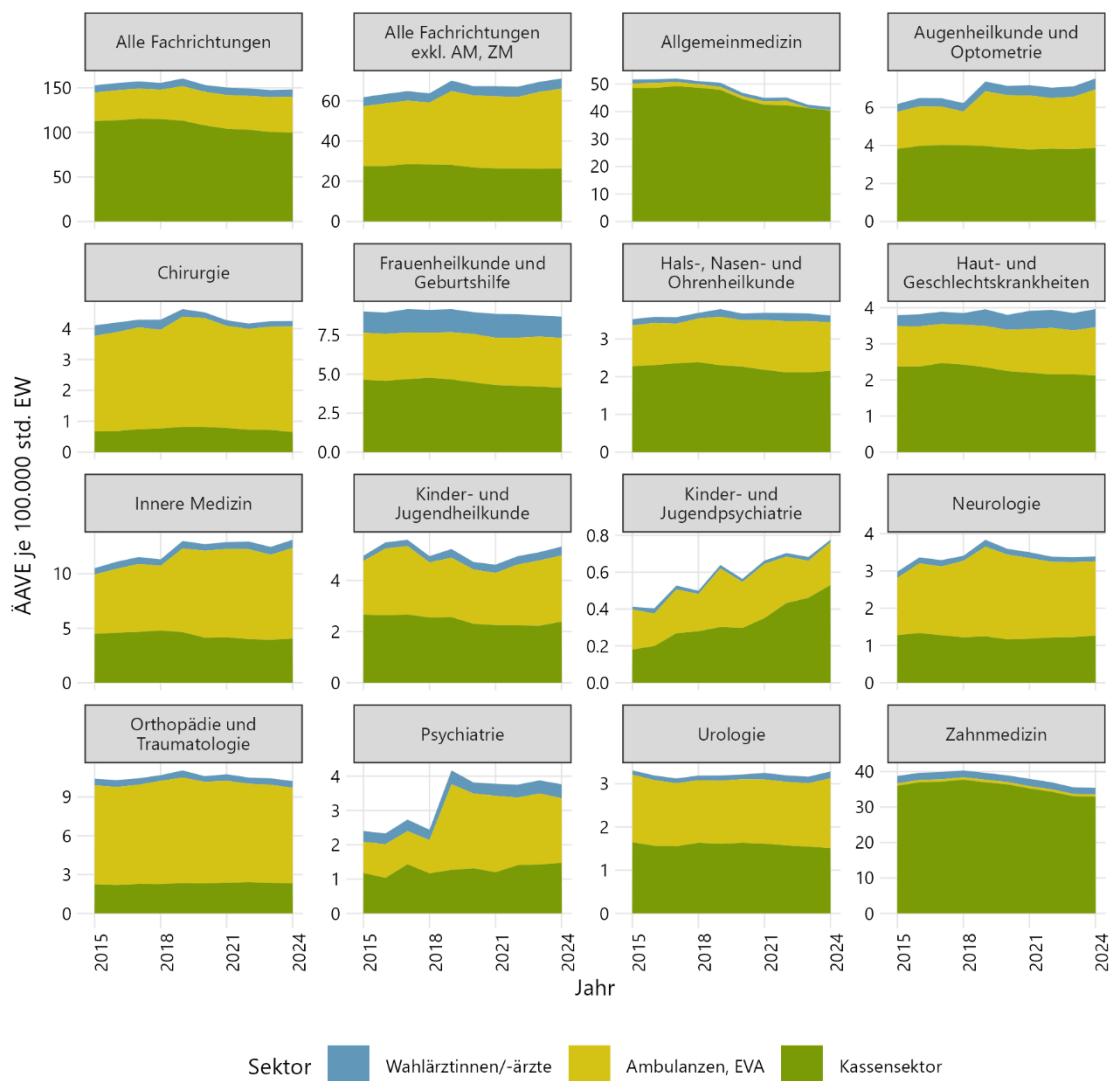
Die ambulante Versorgungswirksamkeit der Spitäler (Ambulanzen und EVA) hat sich im Zeitraum 2015 bis 2024 von 32 auf 40 ÄAVE je 100.000 Einwohner:innen und somit um 25 Prozent erhöht, wobei der Anstieg nahezu ausschließlich auf den fachärztlichen Bereich exkl. Allgemeinmedizin und Zahnmedizin entfällt.

Die Versorgungswirksamkeit des wahlärztlichen Sektors blieb im Beobachtungszeitraum mit acht ÄAVE je 100.000 Einwohner:innen nahezu konstant, wobei auch hier ein Rückgang der Allgemeinmedizin und Zahnmedizin sowie ein Anstieg anderer Fachrichtungen zu verzeichnen ist.

Abbildung 17 zeigt eine Detailbetrachtung der einzelnen Fachrichtungen in Oberösterreich. Daraus geht hervor, dass insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychiatrie ein Aufbau der ärztlichen Versorgungskapazität stattgefunden hat.

In den oberösterreichischen Versorgungsregionen sind dabei die gleichen Trends festzustellen wie auch im restlichen Bundesgebiet.

Abbildung 17: ÄAVE im Zeitverlauf und nach Fachrichtung in Oberösterreich, 2015–2024



Hinweis: Für Datenjahre vor 2021 stehen ÄAVE nur nach der alten Berechnungsmethode zur Verfügung, weswegen aus Gründen der Zeitreihenkontinuität die gesamte Beobachtungsperiode nach der alten Methode dargestellt wurde. Wesentliche Methodenänderungen betreffen die Normierung der ÄAVE. In der neuen Methodik werden dafür Gruppenpraxen ausgeschlossen, weswegen eine geringfügig niedrigere Versorgungswirksamkeit einer durchschnittlichen Ärztin bzw. eines durchschnittlichen Arztes angesetzt wird, und demzufolge die tatsächlich geleistete Versorgung in mehr ÄAVE resultiert.

Quelle: Regiomed (siehe Kapitel 2.1.6), Berechnung und Darstellung: GÖG

4.5 Wegzeiten zur niedergelassenen Versorgung

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, wie lange Wege Patientinnen und Patienten zurücklegen müssen, um niedergelassene ärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Dabei werden sowohl minimale Wegzeiten, also die Wegzeit unter der Annahme, dass alle Patientinnen und

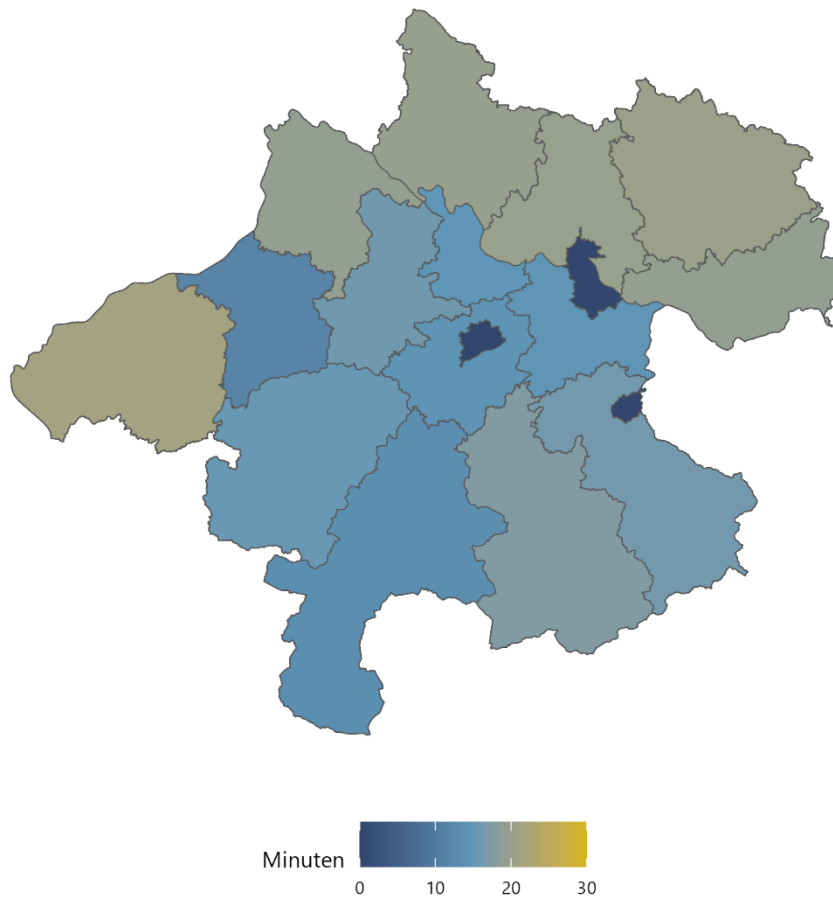
Patienten das nächstgelegene Versorgungsangebot in Anspruch nehmen, als auch tatsächliche Wegzeiten (basierend auf der ambulanten Dokumentation) ausgewiesen.

Datengrundlage für Wegzeiten sind Distanzmatrizen, die für jedes Jahr die Distanzen zwischen allen österreichischen Gemeinden in Wegzeiten im Individualverkehr angeben. Wegzeiten zur niedergelassenen Versorgung können sich somit durch Ausbau der Verkehrsinfrastruktur, Änderung des Angebots als auch Änderungen der Patientenströme (nur tatsächliche Versorgung) ändern.

Die Berechnung erfolgt auf Ebene der Gemeinden, wobei eine Reisezeit von null Minuten angesetzt wird, wenn die Versorgung in der Wohnsitz-Gemeinde einer Patientin oder eines Patienten wahrgenommen wird. Das ist in den Stadtbezirken Linz, Steyr und Wels die Norm. Die Aggregation auf Bezirksebene folgt über den einwohnergewichteten Durchschnitt aller Gemeinden dieses Bezirks.

Tabelle 36 zeigt die Reisezeiten zur niedergelassenen Versorgung im Jahr 2023. Der erste Wert jeder Zelle zeigt den Median der Wegzeiten, d. h. die Hälfte der Wege sind länger, die Hälfte kürzer. In der eckigen Klammer ist die Interquartilsrange abgebildet, d. h. die Reisezeiten, für die gilt, dass 25 bzw. 75 Prozent der tatsächlichen Wege kürzer sind. Der Wert hinter der eckigen Klammer gibt das theoretische Minimum an, das die Reisezeit zum jeweils nächsten Versorgungsort angibt (unabhängig von der tatsächlich gewählten Versorgung).

Abbildung 18: Median-Wegzeiten im Individualverkehr zur niedergelassenen fachärztlichen Versorgung (exkl. AM, ZM) im Kassensektor, 2023



AM = Allgemeinmedizin, ZM = Zahnmedizin

Quelle: Ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 36: Wegzeiten zur niedergelassenen Versorgung in Minuten, 2023

Bezirk	Alle Fachrichtungen	Alle Fachrichtungen exkl. AM, ZM	Allgemeinmedizin	Zahnmedizin
	<i>Median [Interquartilsrange] Minimum</i>			
Linz (Stadt)	0,02 [0;0,04] 0	0,08 [0;0,14] 0	0 [0;0] 0	0 [0;0] 0
Steyr (Stadt)	0 [0;1,2] 0	0 [0;1,7] 0	0 [0;0] 0	0 [0;8,1] 0
Wels (Stadt)	0 [0;0,95] 0	0 [0;1,2] 0	0 [0;0] 0	0 [0;5,1] 0
Braunau am Inn	7 [4,7;13] 4,1	21 [18;26] 17	2,5 [1,2;7,8] 0,98	13 [6,2;23] 3,3
Eferding	6,2 [4,7;13] 3,7	15 [14;21] 12	2,3 [1,3;8,6] 1	13 [7,2;23] 3,3
Freistadt	5,8 [4,6;11] 3,8	20 [18;26] 16	0,88 [0,84;5,7] 0,83	14 [7,9;20] 4,1
Gmunden	4,1 [3,1;9,4] 2,8	13 [13;18] 11	0,17 [0,17;5,3] 0,14	9,3 [2,5;18] 1,4
Grieskirchen	6,6 [4,4;12] 4	16 [15;20] 15	3,4 [1,7;8,8] 1,4	11 [4,9;20] 3,6
Kirchdorf an der Krems	6,8 [4,2;12] 3,8	18 [16;20] 15	2,8 [0,87;8,3] 0,67	12 [3,8;22] 3,1
Linz-Land	5,5 [2,8;12] 2	15 [9,5;21] 7,4	0,5 [0,32;6,7] 0,31	15 [3,2;22] 0,63
Perg	7 [5;14] 4,2	19 [17;26] 16	1,9 [1,3;7,9] 1	17 [6,2;27] 2,7
Ried im Innkreis	5,8 [3,8;8,9] 3,3	12 [11;14] 11	3,7 [2;6,7] 1,4	10 [4,3;15] 3,5
Rohrbach	5,9 [4,6;10] 4,3	20 [19;25] 19	1,7 [1,6;5,2] 1,5	14 [6,2;20] 4,9
Schärding	6,7 [5,1;12] 4,5	19 [17;22] 17	2,6 [1,9;7,3] 1,6	12 [6,6;21] 3,8
Steyr-Land	6,3 [4,5;12] 3,7	16 [15;21] 14	2,1 [1,2;7,1] 0,79	14 [5,6;21] 3,2
Urfahr-Umgebung	7 [4,7;12] 3,9	20 [18;24] 17	1,5 [0,45;6,5] 0,38	15 [6;22] 2,3
Vöcklabruck	6 [4,5;12] 4,2	16 [14;19] 14	2,2 [1,5;8] 1,4	12 [5,5;21] 3,8
Wels-Land	5,5 [3,9;10] 3,3	14 [14;18] 12	1 [0,58;6,2] 0,29	13 [4,6;19] 3,3
Oberösterreich	5,1 [3,6;9,5] 3,1	14 [12;18] 11	1,4 [0,82;5,6] 0,68	10 [4,1;17] 2,3
Österreich	5,2 [3,3;11] 2,7	12 [10;18] 8,9	1,7 [0,71;7,2] 0,52	10 [3,6;18] 1,8

AM = Allgemeinmedizin, ZM = Zahnmedizin

Quelle: Ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), GeoMagis (GeoMagis GmbH 2025), Bevölkerung (Statistik Austria 2026); Berechnung: GÖG

Die Analyse zeigt, dass die Bevölkerung in Oberösterreich im Median 5,1 Minuten Wegzeit zwischen Gemeinden zur niedergelassenen Versorgung zurücklegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Wege innerhalb derselben Gemeinde mit Null angesetzt werden. Insbesondere in der Allgemeinmedizin, wo in einem Großteil der Gemeinden ein Angebot besteht, sind die Wegzeiten zwischen Gemeinden mit 1,4 Minuten im oberösterreichischen Median kurz, den höchsten Wert weist Ried im Innkreis mit 3,7 Minuten auf.

Wegzeiten zwischen Gemeinden bei anderen Fachrichtungen sind dementsprechend länger. Oberösterreichweit reisen Patientinnen und Patienten im Median 14 Minuten zwischen Gemeinden, wenn sie fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Am höchsten ist dieser Wert im Bezirk Braunau am Inn mit 21 Minuten.

4.6 Effektiv erreichbare Versorgungsdichte im ambulanten Bereich

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse zur effektiv erreichbaren Versorgungsdichte dargestellt. Sie basieren auf REGIOMED-Daten, die mittels Analyse der Angebotsstruktur auf Gemeindeebene verteilt wurden, sowie Wegzeiten zwischen Gemeinden (siehe Kapitel 2.2.4).

In der Allgemeinmedizin wird der Zielbereich flächendeckend eingehalten, was auf eine stabile Grundversorgung hinweist. Auch in der Zahnmedizin erreichen zahlreiche Bezirke die Planungsintervalle.

In den anderen Fachrichtungen zeigt sich ein regional differenziertes Bild. Während die Bezirke Linz (Stadt) und Linz-Land in allen Fachrichtungen innerhalb oder oberhalb des von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervalls zu liegen kommen, weisen alle anderen Bezirke in mehreren Fachrichtungen Versorgungsdichten unterhalb des von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervalls auf. Am besten schneiden hier die Bezirke Urfahr-Umgebung, Wels-Land und Wels (Stadt) ab, wo nur in einem beziehungsweise drei Fachrichtungen das untere Intervall der Planungsrichtwerte knapp unterschritten wird. Dies ist durch die räumliche Nähe zu den Zentralräumen Linz und Wels erklärbar, wobei hier die jeweiligen Land-Bezirke durch die Nähe zu beiden Zentralräumen innerhalb der von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Wegzeiten stärker profitieren.

In der Inneren Medizin werden die Planungsrichtwerte besonders häufig unterschritten. Dabei ist zu beachten, dass die Kriterien des ÖSG eine gemeinsame Planung der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde vorsehen, weil diese Fachrichtungen als in gewissen Ausmaß ersetzbar angesehen werden. Oberösterreich setzt insbesondere in ländlichen Regionen stark auf Allgemeinmedizin, weswegen eine niedrige Versorgungsdichte durch niedergelassene Internistinnen und Internisten akzeptiert wird.

In Tabelle 37 ist die effektiv erreichbare Versorgungsdichte im Kassensektor (niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte, Kassenambulatorien, Institute mit Kassenvertrag) nach Fachrichtung dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen ein ausgeprägtes Gefälle zwischen Stadt und Land, insbesondere bei spezialisierten Fachrichtungen. Während die Bezirke Linz (Stadt), Wels (Stadt) und Steyr (Stadt) tendenziell hohe effektiv erreichbare Versorgungsdichten aufweisen, sind ländliche Regionen wie Rohrbach, Schärding und Perg, die in gewisser Entfernung zu urbanen Zentren liegen, deutlich schlechter versorgt.

Je spezialisierter die Fachrichtungen, desto größer ist dieser Effekt. Während bei der Allgemeinmedizin, und mit Einschränkungen in der Zahnmedizin, das Versorgungsniveau in den meisten Bezirken in der Nähe des Bundesschnitts liegt, bestehen insbesondere in den Fachrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie und Psychiatrie Versorgungslücken in ländlichen Regionen. Fachrichtungen wie Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie sind außerhalb der Städte ebenfalls schwächer vertreten.

Besonders hervorzuheben ist die überdurchschnittlich hohe effektive Versorgungsdichte im Bezirk Linz-Land, was an der geografischen Nähe zu den beiden urbanen Zentren Linz und Wels liegt.

Die effektive Versorgungswirksamkeit des Wahlarztsektors wird in Tabelle 38 dargestellt. Hier zeigt sich, dass der Wahlarztsektor insgesamt in städtischen Bezirken konzentriert ist und im ländlichen Raum in den meisten Fachrichtungen eine geringe Versorgungsdichte auf den wahlärztlichen Sektor entfällt. Ausnahmen bilden etwa die Fächer der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, wo dem Wahlarztsektor in allen Bezirken mit einer effektiven Versorgungsdichte von ca. 1 bis 2 ÄÄVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen eine gewisse Rolle zukommt, oder die Zahnmedizin, wo jedoch erhebliche Unterschiede in der effektiven Versorgungsdichte zwischen Stadt und Land bestehen (Rohrbach: 0,56 vs. Linz: 3,3).

Die effektive Versorgungswirksamkeit der Spitalsambulanzen ist in Tabelle 39 zusammengefasst. Hier zeigt sich, dass Spitalsambulanzen in mehreren Fachrichtungen einen erheblichen Anteil der effektiv erreichbaren Versorgung bereitstellen (insbesondere Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie, Augenheilkunde und Optometrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe), und zwar auch in ländlichen Bezirken. Allerdings lässt sich auch hier ein Gradient in der effektiv erreichbaren Versorgungsdichte zwischen urbanen und ruralen Bezirken feststellen.

Die Gesamtbetrachtung aller ambulanten Sektoren in Tabelle 39 (eine Addition der Werte aus den vorigen Tabellen) zeigt, dass die Planungsrichtwerte (VDmin–VDmax) in vielen Bereichen und Bezirken rechnerisch erreicht werden, allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen Fachrichtungen und Regionen.

In der Allgemeinmedizin wird der Zielbereich flächendeckend eingehalten, was auf eine stabile Grundversorgung hinweist. Auch in der Zahnmedizin erreichen zahlreiche Bezirke die Planungsintervalle.

In den anderen Fachrichtungen zeigt sich ein regional differenziertes Bild. Während die Bezirke Linz (Stadt) und Linz-Land in allen Fachrichtungen innerhalb oder oberhalb des von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervalls zu liegen kommen, weisen alle anderen Bezirke in mehreren Fachrichtungen Versorgungsdichten unterhalb des von den Planungsrichtwerten vorgegebenen Intervalls auf. Am besten schneiden hier noch die Bezirke Urfahr-Umgebung, Wels-Land und Wels (Stadt) ab, wo nur in einer beziehungsweise drei Fachrichtungen das untere Intervall der Planungsrichtwerte knapp unterschritten wird. Dies ist durch die räumliche Nähe zu den Zentralräumen Linz und Wels erklärbar, wobei hier die jeweiligen Umgebungs-Bezirke durch die Nähe zu beiden Zentralräumen profitieren.

In der Inneren Medizin werden die Planungsrichtwerte besonders häufig unterschritten. Dabei ist zu beachten, dass die Kriterien des ÖSG eine gemeinsame Planung der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde vorsehen, weil diese Fachrichtungen als in gewissem Ausmaß ersetzbar angesehen werden. Oberösterreich setzt insbesondere in ländlichen Regionen stark auf Allgemeinmedizin, weswegen eine niedrige Versorgungsdichte durch niedergelassene Internistinnen und Internisten akzeptiert wird.

Regionale Unterschiede bleiben insgesamt deutlich sichtbar: Während urbane Zentren wie Linz oder Wels sowie deren Umland (z. B. Linz-Land, Urfahr-Umgebung) die Planungsrichtwerte in vielen Fachrichtungen erfüllen, weisen ländliche Bezirke wie Rohrbach, Perg oder teilweise Schärding eine geringere Zielerreichung auf; insbesondere in spezialisierten Disziplinen ist die Distanz zur vorgegebenen Versorgungsdichte mitunter groß.

Wie auch für die effektiv erreichbare Versorgungsdichte im stationären Bereich gilt auch hier, dass die Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich auf Ebene der Versorgungsregionen anzuwenden sind, und eine Über- oder Unterschreitung des Planungsintervalls in einzelnen Bezirken somit nicht unbedingt als Verstoß gegen die Planungsrichtwerte zu werten ist. Stattdessen werden die Planungsrichtwerte als Referenzwerte angeführt, weil sie im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens die einzig verfügbaren Vergleichswerte für Versorgungsdichten darstellen (siehe Kapitel 2.2.3).

Tabelle 37: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, niedergelassener Kassensektor, 2024

Bezirk	Allgemeinmedizin	Augenheilkunde und Optometrie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Neurologie	Orthopädie und Traumatologie	Psychiatrie	Urologie	Zahnmedizin	Alle Fachrichtungen	Humanmedizin	Fachärztinnen und -ärzte exkl. AM, ZM
Linz (Stadt)	45	5,3	5,8	4,2	3,3	9,7	4,8	1,70	2,0	4,2	2,1	2,2	63	153	90	45
Steyr (Stadt)	48	2,9	4,4	2,0	1,8	5,5	1,5	0,52	0,7	2,2	1,0	1,0	50	121	71	23
Wels (Stadt)	48	5,6	5,1	3,4	3,2	6,3	3,3	0,37	1,9	2,7	1,5	2,2	40	124	84	36
Braunau am Inn	45	4,9	2,9	1,3	1,7	4,2	1,6	0,03	1,1	2,3	1,7	2,2	33	102	69	24
Eferding	45	4,0	3,7	2,4	2,0	1,3	2,7	0,45	1,5	2,0	1,0	1,1	28	95	67	22
Freistadt	44	2,9	3,1	2,0	2,2	1,3	1,7	1,10	1,1	2,4	1,4	1,4	28	93	65	21
Gmunden	41	3,7	4,8	2,3	2,1	5,0	1,9	0,17	1,4	2,5	1,2	1,6	38	106	68	27
Grieskirchen	48	3,9	3,1	1,8	1,7	3,3	2,4	0,20	1,0	1,3	0,9	1,2	30	99	69	21
Kirchdorf an der Krems	44	3,4	3,0	2,3	1,9	5,5	3,0	0,21	1,3	1,6	1,8	1,9	37	107	70	26
Linz-Land	44	6,6	7,7	4,5	3,9	6,5	3,5	1,20	2,6	4,9	2,3	2,5	46	136	90	46
Perg	46	3,0	2,7	1,7	2,0	2,8	1,2	0,63	1,3	2,3	1,1	1,1	26	92	66	20
Ried im Innkreis	50	3,2	3,5	1,7	1,8	3,9	2,5	0,20	1,3	1,5	1,8	1,9	38	111	73	23
Rohrbach	47	1,8	2,2	1,8	1,2	1,6	1,0	0,02	0,1	1,1	1,0	1,4	40	100	60	13
Schärding	42	2,8	2,2	1,8	1,8	1,0	2,4	0,01	1,4	1,3	2,1	1,2	37	97	60	18
Steyr-Land	46	2,9	4,5	2,0	1,8	3,9	1,6	0,47	0,9	1,9	1,0	1,3	38	106	68	22
Urfahr-Umgebung	44	4,1	4,8	2,9	2,4	3,8	2,3	1,00	1,4	3,0	1,6	1,8	40	113	73	29
Vöcklabruck	41	3,4	3,9	1,8	1,8	3,7	1,9	0,35	1,1	1,9	1,1	1,6	31	95	64	23
Wels-Land	42	5,5	5,1	3,2	3,1	5,2	3,1	0,50	1,8	3,0	1,6	2,2	36	112	76	34
Oberösterreich	45	4,2	4,5	2,6	2,4	4,8	2,6	0,64	1,5	2,7	1,6	1,8	40	114	74	29
Österreich	45	4,7	4,7	3,1	2,8	7,7	3,3	1,00	1,7	3,7	2,9	2,2	39	122	83	38

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Tabelle 38: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, niedergelassene Wahlärztinnen und -ärzte, 2024

Bezirk	Allgemeinmedizin	Augenheilkunde und Optometrie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Neurologie	Orthopädie und Traumatologie	Psychiatrie	Urologie	Zahnmedizin	Alle Fachrichtungen	Humanmedizin	Fachärztinnen und -ärzte exkl. AM, ZM
Linz (Stadt)	3,2	1,0	1,8	0,26	0,84	1,5	0,49	0,02	0,22	0,7	0,77	0,31	3,3	14,3	11,0	7,8
Steyr (Stadt)	1,4	0,6	1,0	0,14	0,29	0,9	0,69	0,04	0,18	0,2	0,11	0,08	2,0	7,5	5,5	4,1
Wels (Stadt)	1,5	0,8	1,6	0,18	0,65	0,8	0,59	0,00	0,10	0,6	0,47	0,14	2,6	10,0	7,4	5,9
Braunau am Inn	0,3	0,1	1,3	0,28	0,16	0,6	0,41	0,00	0,13	0,2	0,32	0,04	1,8	5,6	3,8	3,5
Eferding	0,5	0,8	1,5	0,13	0,49	1,0	0,18	0,01	0,12	0,4	0,40	0,13	1,0	6,7	5,7	5,2
Freistadt	1,2	0,5	0,8	0,09	0,44	0,6	0,14	0,01	0,06	0,2	0,32	0,26	0,53	5,1	4,5	3,3
Gmunden	1,2	0,5	1,5	0,05	0,33	0,6	0,35	0,04	0,09	0,5	0,77	0,08	2,2	8,3	6,1	4,9
Grieskirchen	1,5	0,6	1,4	0,12	0,31	0,6	0,27	0,00	0,08	0,5	0,17	0,07	1,6	7,2	5,6	4,1
Kirchdorf an der Krems	0,4	0,4	1,4	0,07	0,29	0,4	0,08	0,01	0,05	0,3	0,18	0,06	0,82	4,5	3,6	3,3
Linz-Land	0,6	0,9	1,8	0,29	0,81	1,1	0,57	0,04	0,23	0,7	0,73	0,35	2,2	10,4	8,2	7,6
Perg	0,8	0,2	0,8	0,07	0,16	0,2	0,19	0,02	0,05	0,1	0,20	0,48	1,1	4,5	3,4	2,6
Ried im Innkreis	1,1	0,1	1,3	0,30	0,25	0,4	0,44	0,00	0,14	0,6	0,09	0,06	2,3	7,0	4,7	3,6
Rohrbach	0,2	0,9	1,4	0,00	0,12	0,8	0,25	0,00	0,00	0,2	0,04	0,03	0,56	4,4	3,8	3,7
Schärding	1,0	0,1	1,4	0,08	0,35	1,0	0,04	0,00	0,23	0,6	0,02	0,02	1,3	6,2	4,9	3,9
Steyr-Land	1,3	0,4	0,9	0,14	0,32	0,8	0,36	0,02	0,13	0,2	0,10	0,06	1,8	6,5	4,7	3,4
Urfahr-Umgebung	1,6	0,7	1,2	0,14	0,69	1,0	0,56	0,01	0,13	0,5	0,52	0,20	1,7	9,0	7,3	5,7
Vöcklabruck	0,3	0,6	1,2	0,12	0,41	0,5	0,14	0,03	0,11	0,6	0,49	0,07	2,2	6,8	4,6	4,2
Wels-Land	0,5	0,8	1,7	0,20	0,63	0,8	0,38	0,01	0,13	0,6	0,50	0,15	2,3	8,8	6,5	5,9
Oberösterreich	1,2	0,6	1,4	0,17	0,48	0,8	0,36	0,02	0,14	0,5	0,44	0,17	2,0	8,3	6,3	5,1
Österreich	0,9	0,7	1,6	0,23	0,60	1,0	0,53	0,05	0,23	0,6	0,66	0,21	2,4	9,6	7,2	6,4

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Tabelle 39: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, Spitalsambulanzen und Erstversorgungsambulanzen, 2024

Bezirk	Allgemeinmedizin	Augenheilkunde und Optometrie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Neurologie	Orthopädie und Traumatologie	Psychiatrie	Urologie	Zahnmedizin	Alle Fachrichtungen	Humanmedizin	Fachärztinnen und -ärzte exkl. AM, ZM
Linz (Stadt)	0,10	3,5	4,7	1,7	2,9	21,0	8,8	0,40	4,2	8,6	3,1	1,80	2,40	63	61	61
Steyr (Stadt)	0,00	1,2	2,2	0,7	0,1	10,0	2,4	0,03	1,3	8,0	1,5	1,6	0,00	29	29	29
Wels (Stadt)	1,60	2,3	1,9	0,9	1,6	10,0	3,4	0,32	1,3	4,6	1,3	1,1	1,60	32	30	29
Braunau am Inn	0,00	2,4	3,0	1,0	0,0	6,2	1,5	0,01	0,1	6,4	3,8	0,3	0,00	25	25	25
Eferding	0,00	1,9	1,9	0,8	1,6	1,5	0,5	0,30	1,6	4,2	1,3	1,0	0,20	17	17	17
Freistadt	0,00	1,2	2,8	0,6	0,9	4,4	0,3	0,14	1,5	5,4	1,7	0,6	0,07	20	19	19
Gmunden	0,01	1,8	3,1	0,9	0,2	6,0	2,2	0,16	0,6	9,7	0,9	1,6	0,05	27	27	27
Grieskirchen	0,00	3,8	1,9	1,2	0,7	5,1	0,8	0,24	0,6	4,4	0,6	1,4	0,33	21	21	21
Kirchdorf an der Krems	0,00	0,9	1,1	0,4	0,5	1,3	0,4	0,03	0,5	3,4	0,6	0,6	0,15	10	10	10
Linz-Land	0,00	4,1	4,8	2,0	3,2	12,0	4,7	0,48	4,6	10,0	3,3	2,5	1,40	53	52	52
Perg	0,00	0,6	1,2	0,3	0,5	0,8	0,2	0,21	0,8	2,1	0,8	0,3	0,03	8	8	8
Ried im Innkreis	0,00	7,1	3,6	2,0	0,1	13,0	0,9	0,12	0,7	7,0	1,4	2,2	0,00	38	38	38
Rohrbach	0,00	0,8	2,0	0,1	0,1	3,6	0,7	0,01	0,1	5,8	0,1	0,1	0,00	13	13	13
Schärding	0,00	3,4	2,4	0,7	0,0	3,8	0,0	0,04	0,3	4,1	1,2	0,8	0,00	17	17	17
Steyr-Land	0,00	1,3	2,0	0,7	0,2	6,7	1,3	0,01	1,2	7,7	1,4	1,5	0,00	24	24	24
Urfahr-Umgebung	0,01	2,7	3,9	1,3	2,1	10,0	3,5	0,32	3,3	7,0	2,3	1,3	1,00	39	38	38
Vöcklabruck	0,32	3,6	3,4	1,6	0,4	5,7	2,4	0,34	1,0	8,5	1,6	2,3	0,17	31	31	31
Wels-Land	0,19	3,1	2,8	1,3	1,9	8,1	2,6	0,36	1,9	6,9	1,8	1,7	1,20	34	33	32
Oberösterreich	0,12	2,8	3,1	1,2	1,2	8,8	2,8	0,24	1,8	7,0	1,9	1,4	0,71	33	32	32
Österreich	0,33	2,5	3,8	1,4	1,8	11,0	3,5	0,63	1,7	6,9	2,0	1,3	1,10	38	37	37

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Tabelle 40: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 standardisierte Einwohner:innen, alle Sektoren, 2024

Bezirk	Allgemeinmedizin	Augenheilkunde und Optometrie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Neurologie	Orthopädie und Traumatologie	Psychiatrie	Urologie	Zahnmedizin	Alle Fachrichtungen	Humanmedizin	Fachärztinnen und -ärzte exkl. AM, ZM
Linz (Stadt)	49	9,8	12	6,2	7,1	32	14	2,1	6,4	13	6,0	4,3	68	230	162	113
Steyr (Stadt)	49	4,6	7,6	2,9	2,2	17	4,5	0,58	2,2	10	2,6	2,7	52	158	106	57
Wels (Stadt)	51	8,7	8,6	4,5	5,5	18	7,3	0,69	3,3	7,9	3,2	3,4	44	166	122	71
Braunau am Inn	45	7,4	7,3	2,6	1,9	11	3,6	0,04	1,3	8,8	5,8	2,6	34	131	97	52
Eferding	46	6,7	7,1	3,4	4,1	3,8	3,4	0,75	3,2	6,6	2,6	2,2	29	119	90	44
Freistadt	46	4,6	6,7	2,7	3,6	6,2	2,1	1,2	2,6	8,1	3,4	2,2	28	117	89	43
Gmunden	42	6,0	9,5	3,2	2,7	12	4,4	0,37	2	13	2,8	3,2	40	141	101	59
Grieskirchen	50	8,3	6,4	3,0	2,7	9	3,5	0,44	1,7	6,2	1,7	2,7	32	128	96	46
Kirchdorf an der Krems	45	4,7	5,6	2,7	2,8	7,3	3,5	0,25	1,8	5,3	2,6	2,6	38	122	84	39
Linz-Land	45	12	14	6,8	7,9	19	8,8	1,7	7,4	16	6,4	5,4	50	200	150	105
Perg	46	3,9	4,7	2,1	2,6	3,8	1,6	0,86	2,2	4,5	2,1	2	27	103	76	30
Ried im Innkreis	51	10	8,3	4,0	2,1	17	3,8	0,32	2,2	9,0	3,3	4,2	40	155	115	64
Rohrbach	47	3,4	5,7	1,8	1,4	5,9	2	0,03	0,23	7,0	1,2	1,5	41	118	77	30
Schärding	43	6,4	6,0	2,6	2,1	5,8	2,5	0,05	1,9	6,1	3,3	2,0	39	121	82	39
Steyr-Land	47	4,6	7,4	2,8	2,3	11	3,2	0,5	2,2	9,8	2,5	2,9	40	136	96	49
Urfahr-Umgebung	46	7,5	9,8	4,3	5,3	15	6,4	1,4	4,9	10	4,5	3,2	43	161	118	72
Vöcklabruck	41	7,6	8,6	3,5	2,6	9,9	4,4	0,72	2,2	11	3,2	4,0	33	132	99	58
Wels-Land	43	9,4	9,6	4,8	5,6	14	6,0	0,88	3,8	11	3,9	4,0	39	155	116	73
Oberösterreich	46	7,6	9,0	4,0	4,1	14	5,8	0,9	3,4	10	3,9	3,4	43	155	112	66
Österreich	46	7,8	10	4,7	5,2	20	7,3	1,7	3,6	11	5,6	3,7	42	169	127	81
VDmin	34,9	5,3	7,0	2,9	3,2	16	4,2	0,8	2,4	7,4	3,3	2,5	31,6	122	90	55
VDmax	64,8	9,8	12,9	5,4	5,9	29,8	7,9	1,4	4,5	13,8	6,0	4,6	58,6	225	167	102

VDmin, VDmax: Unteres und oberes Intervall der Planungsrichtwerte (für Versorgungsregionen)

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

Tabelle 41: Effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte 2024, Bezirks-Ranking

Bezirk	effektiv erreichbare ambulante Versorgungsdichte in ÄAVE je 100.000 std. EW (alle Fachrichtungen, alle Sektoren)	Rang in OÖ	Rang in AT
Linz (Stadt)	230	1	1
Wels (Stadt)	158	2	2
Linz-Land	166	3	8
Wels-Land	131	4	11
Steyr (Stadt)	119	5	28
Vöcklabruck	117	6	42
Ried im Innkreis	141	7	51
Kirchdorf an der Krems	128	8	55
Gmunden	122	9	58
Braunau am Inn	200	10	59
Urfahr-Umgebung	103	11	61
Eferding	155	12	62
Grieskirchen	118	13	64
Steyr-Land	121	14	82
Perg	136	15	86
Freistadt	161	16	97
Rohrbach	132	17	109
Schärding	155	18	112

Quelle: GÖG basierend auf Krankenanstalten-Kostenrechnung (BMASGPK 2025a), ambulante Dokumentation (BMASGPK 2026c), Kürzeste-Wege-Matrix (GeoMagis GmbH 2025) und Bevölkerung (Statistik Austria 2026)

4.7 Gesundheitsberufe

Das folgende Kapitel widmet sich einer Darstellung der Gesundheitsberufe, die im Gesundheitsberuferegister (GBR), dem Hebammenregister sowie in den Berufslisten der Therapeutinnen und Therapeuten eingetragen sind. Im Vergleich zu den Daten aus der Krankenanstaltenstatistik werden somit auch Berufstätige erfasst, die außerhalb der Krankenanstalten tätig sind. Im Bereich der Pflege ist damit auch die Langzeitpflege umfasst.

Für sämtliche dieser Datengrundlagen ist limitierend anzuführen, dass lediglich Daten zur Anzahl der Personen, nicht jedoch zu deren Beschäftigungs- bzw. Tätigkeitsausmaß vorliegen. Nachdem eine Person an mehreren Standorten tätig sein kann, liegt somit keine präzise Information darüber vor, wie viel Arbeitszeit an den einzelnen Standorten erbracht wird. Dementsprechend wird, was regionale Auswertungen betrifft, nur die Anzahl der Berufstätigen, die mindestens einen Standort im Bezirk bzw. Bundesland haben, gezählt. Daraus kann keine Aussage darüber getroffen werden, wie sich die tatsächliche Versorgung darstellt.

Im Sinne einer besseren Analyse- und Steuerungsmöglichkeit wäre es daher erforderlich, die Versorgungswirksamkeit der Berufsangehörigen genauer zu erfassen.

4.7.1 Registrierte Gesundheitsberufe

Die folgenden Auswertungen basieren auf Daten des Österreichischen Gesundheitsberuferegisters (GBR) (GÖG 2026) mit dem Datenstand 31. Dezember 2024. Die Daten zu operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten werden aufgrund der geringen Zahl nicht dargestellt.

Entsprechend der gesamtösterreichischen Verteilung ist auch in Oberösterreich die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) mit 17.450 registrierten Berufsangehörigen (BA) die größte Berufsgruppe gefolgt von der Pflegefachassistenz (PFA, 9.576 BA) und der Physiotherapie (3.074 BA). Relativ zur Bevölkerungsgröße liegt in Oberösterreich die Anzahl der registrierten Berufsangehörigen für alle Gesundheits- und Krankenpflege-Berufe (GuK) sowie für den medizinisch-technischen Dienst (MTD) mit Ausnahme der Logopädie unter dem österreichischen Durchschnitt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Möglichkeit der Berufsausübung in mehr als einem Bundesland der Bundeswert und der Bundeslandwert nicht direkt vergleichbar sind. Größere relative Differenzen liegen insbesondere bei den PFA und Orthoptistinnen und Orthoptisten vor (43 % bzw. 35 % geringer als Österreich gesamt).

Tabelle 42: Anzahl der registrierten Berufsangehörigen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland)

Bundesland	DGKP	PFA	PA	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
Oberösterreich	17.540	813	9.576	1.062	297	799	465	48	3.074	888
Österreich	110.566	8.570	59.905	6.955	2.047	4.910	2.468	439	19.061	5.953
Oberösterreich je 1.000 EW	11,42	0,53	6,24	0,69	0,19	0,52	0,30	0,03	2,00	0,58
Österreich je 1.000 EW	12,02	0,93	6,51	0,76	0,22	0,53	0,27	0,05	2,07	0,65

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger;
PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in; BMA = Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker; Diät = Diätologin bzw. Diätologe; Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde;
Ortho = Orthoptist:in; Physio = Physiotherapeut:in; RT = Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe

Quelle: Gesundheitsberuferegister, Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Geschlechterverhältnis

Die genannten Gesundheitsberufe sind in Oberösterreich wie in Österreich insgesamt überwiegend weiblich geprägt, in manchen Berufsgruppen beträgt der Frauenanteil nahezu 100 Prozent. Dies betrifft besonders Oberösterreich, wo der Frauenanteil in der Mehrheit der Berufsgruppen (z.B. Pflegefachassistenz, Pflegeassistenz, Logopädie und Physiotherapie) überdurchschnittlich ausgeprägt ist. Die Physiotherapie zeigt den höchsten Männeranteil mit 24 Prozent.

Tabelle 43: Frauenanteil an den registrierten Berufsangehörigen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland)

	DGKP	PFA	PA	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
Oberösterreich	87%	89%	87%	95%	96%	94%	99%	100%	76%	81%
Österreich	86%	83%	83%	92%	96%	94%	96%	96%	73%	77%

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in; BMA = Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker; Diät = Diätologin bzw. Diätologe; Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde; Ortho = Orthoptist:in; Physio = Physiotherapeut:in; RT = Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe

Quelle: Gesundheitsberuferegister, Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Altersstruktur

Die Altersstruktur der einzelnen Berufsgruppen ist heterogen ausgeprägt. Die Pflegeassistenz (PA) ist die älteste Berufsgruppe und weist mit 29 Prozent den höchsten Anteil an Beschäftigten über 55 Jahren auf. Die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) und Logopädie folgen mit deutlichem Abstand mit 19 Prozent. Pflegefachassistenz (PFA) und Ergotherapie sind die Berufsgruppen mit den höchsten Anteilen der Altersgruppe <50 Jahre.

Tabelle 44: Angehörige der GuK-Berufe mit mind. einem Standort der Berufsausübung in Oberösterreich nach Alter

Altersgruppe	DGKP	PFA	PA	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
<50	11.736 (67%)	719 (88%)	5.444 (57%)	740 (70%)	230 (77%)	682 (85%)	321 (69%)	38 (79%)	2.401 (78%)	654 (74%)
≥50	5.804 (33%)	94 (12%)	4.132 (43%)	322 (30%)	67 (23%)	117 (15%)	144 (31%)	10 (21%)	673 (22%)	234 (26%)
≥55	3.336 (19%)	33 (4%)	2.731 (29%)	179 (17%)	33 (11%)	51 (6%)	89 (19%)	x	368 (12%)	129 (15%)
≥60	1.042 (6%)	<5 (0%)	846 (9%)	62 (6%)	12 (4%)	23 (3%)	42 (9%)	x	135 (4%)	39 (4%)
Gesamt	17.540	813	9.576	1.062	297	799	465	48	3.074	888

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in; BMA = Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker; Diät = Diätologin bzw. Diätologe; Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde; Ortho = Orthoptist:in; Physio = Physiotherapeut:in; RT = Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe

Quelle: Gesundheitsberuferegister, Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Entwicklung der Gesundheitsberufe

Die Registrierung im Gesundheitsberuferegister (GBR) startete mit 1. Juli 2018. Die Gültigkeit von Registrierungen beträgt im Allgemeinen 5 Jahre. Da die Verlängerung ab 3 Monate vor Ablauf der Registrierung vorgenommen werden kann, startete die erstmalige Verlängerung der Registrierung mit 1. April 2023. Im Rahmen dessen kam es im Vergleich zu den Vorjahren (2023/24) zu Bereinigungen im Hinblick auf nicht mehr aktive Berufsangehörige. Dies führte insbesondere bei den DGKP und PA in Österreich gesamt sowie in Oberösterreich zu rückläufigen oder nur geringfügig wachsenden Zahlen. Der Rückgang steht teilweise im Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl an Streichungen und Ruhendstellungen von Registrierungen im Rahmen der Verlängerung der Registrierung. Nähere Informationen sind im GBR-Jahresbericht 2024 zu finden (Pillwarsch et al. 2025).

Bei den MTD ist der Trend von Beruf zu Beruf unterschiedlich, insgesamt jedoch ist eine stabile bzw. wachsende Zahl der registrierten Personen in diesen Berufsgruppen zu verzeichnen. PFA werden erst seit 2017 ausgebildet. Ihre Zahl stieg bis 2024 deutlich.

Tabelle 45: Zeitverlauf der registrierten Berufsangehörigen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland)

	Jahr	DGKP	PFA	PA	BMA	Diät	Ergo	Logo	Ortho	Physio	RT
ÖÖ	2019	16.756	n.v.	10.076	938	237	620	407	40	2.343	826
	2021	17.797	328	10.510	1.037	264	710	450	48	2.736	892
	2024	17.540	813	9.576	1.062	297	799	465	48	3.074	888
	Wachstum 2019–24	4,7%		-5,0%	13,2%	25,3%	28,9%	14,3%	20,0%	31,2%	7,5%
AT	2019	99.131	994	51.234	6.039	1.574	3.881	2.007	343	14.687	5.091
	2021	105.937	3.340	56.031	6.597	1.784	4.319	2.244	390	16.865	5.572
	2024	110.566	8.570	59.905	6.955	2.047	4.910	2.468	439	19.061	5.953
	Wachstum 2019–24	11,5%	762,2%	16,9%	15,2%	30,1%	26,5%	23,0%	28,0%	29,8%	16,9%

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in; BMA = Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker; Diät = Diätologin bzw. Diätologe; Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde; Ortho = Orthoptist:in; Physio = Physiotherapeut:in; RT = Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe
Datenstand zum 31.12

Quelle: Gesundheitsberuferegister, Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Art der Berufsausübung

GuK-Berufe sind primär angestellt tätig. Der Anteil der freiberuflichen oder überwiegend freiberuflichen DGKP an ihrer Gesamtzahl liegt bei weniger als 2 Prozent, PFA und PA fehlt die gesetzliche Befugnis zur eigenständigen Berufsausübung. MTD-Berufe weisen hohe Anteile freiberuflicher bzw. überwiegend freiberuflicher Tätigkeit auf, insbesondere Physiotherapie (55 %), Logopädie (35 %) und Ergotherapie (27 %).

Tabelle 46: Anzahl der Registrierungen (Berufsberechtigungen) nach Beruf und Berufsausübung (mind. 1 Standort in OÖ)

Beruf	A. angestellt	B. freiberuflich	beides, überwiegend		Summe A.–D.
			C. angestellt	D. freiberuflich	
DGKP	14.987	307	2.210	31	17.535
PFA	813	-	-	-	813
PA	9.576	-	-	-	9.576
BMA	913	7	142	<5	1.062
Diät	144	40	105	7	296
Ergo	316	199	268	14	797
Logo	172	151	127	14	464
Ortho	46	<5	<5	<5	48
Physio	618	1.621	758	77	3.074
RT	843	<5	43	<5	888
Summe	28.428	2.327	3.655	143	34.553

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in; BMA = Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker; Diät = Diätologin bzw. Diätologe; Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde; Ortho = Orthoptist:in; Physio = Physiotherapeut:in; RT = Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe
Personen, die zum Beispiel nach der Ausbildung noch nicht beschäftigt, arbeitssuchend, ehrenamtlich tätig, in einem anderen Beruf tätig oder in Pension sind, sind nicht in der Darstellung inkludiert.

Quelle: Gesundheitsberuferegister, Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Einsatzgebiet angestellter Berufsangehöriger

Das Setting mit dem höchsten Anteil der angestellt tätigen DGKP (74 %) und PFA (65 %) sind Krankenanstalten gefolgt von stationären Pflegeeinrichtungen/Tageszentren (15 % bzw. 30 %). Dieses Verhältnis ist beim Beruf der Pflegeassistenz umgedreht (14 % Krankenanstalten, 60 % stationäre Pflege/Tageszentren), wobei Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung (20 %) und mobile Dienste (13 %) bedeutsame Einsatzgebiete sind.

Die Analyse der drei MTD-Berufe mit der höchsten Anzahl der Berufsangehörigen (angestellt und freiberuflich) zeigt, dass unter den angestellten Berufsangehörigen neben den Krankenanstalten vielfältige Einsatzgebiete genutzt werden. Insbesondere sind hier mobile Dienste, Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung, Kuranstalten/Rehaeinrichtungen sowie selbstständige Ambulatorien zu nennen.

Tabelle 47: Einsatzgebiet angestellter Angehöriger ausgewählter Berufe mit mind. 1 Standort der Berufsausübung in OÖ

Setting	DGKP	PFA	PA	Ergo	Logo	Physio
Krankenanstalt	12.667 (74%)	526 (65%)	1.344 (14%)	368 (63%)	159 (51%)	854 (61%)
Stationäre Pflegeeinrichtung / Tageszentrum	2.576 (15%)	242 (30%)	5.761 (60%)	28 (5%)	12 (4%)	91 (6%)
Mobile Dienste	951 (6%)	21 (3%)	1.268 (13%)	31 (5%)	35 (11%)	81 (6%)
Angestellt bei Ärztin bzw. Arzt	843 (5%)	5 (1%)	92 (1%)	10 (2%)	8 (3%)	24 (2%)
Betreuungseinrichtung für Menschen mit Behinderung	698 (4%)	27 (3%)	1.895 (20%)	79 (14%)	32 (10%)	79 (6%)
Sonstige	400 (2%)	x	170 (2%)	15 (3%)	61 (20%)	56 (4%)
Kuranstalt, Rehaeinrichtung	350 (2%)	x	59 (1%)	77 (13%)	22 (7%)	262 (19%)
Ausbildungseinrichtung	260 (2%)	x	16 (0%)	15 (3%)	17 (6%)	41 (3%)
Weitere Einrichtung im Gesundheitswesen	216 (1%)	6 (1%)	115 (1%)	29 (5%)	x	51 (4%)
Primärversorgungseinheit	51 (0%)	x	x	14 (2%)	9 (3%)	28 (2%)
Selbstständiges Ambulatorium	32 (0%)	x	x	54 (9%)	24 (8%)	141 (10%)

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger;
PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in; Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde; Physio = Physiotherapeut:in

Quelle: Gesundheitsberuferegister, Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

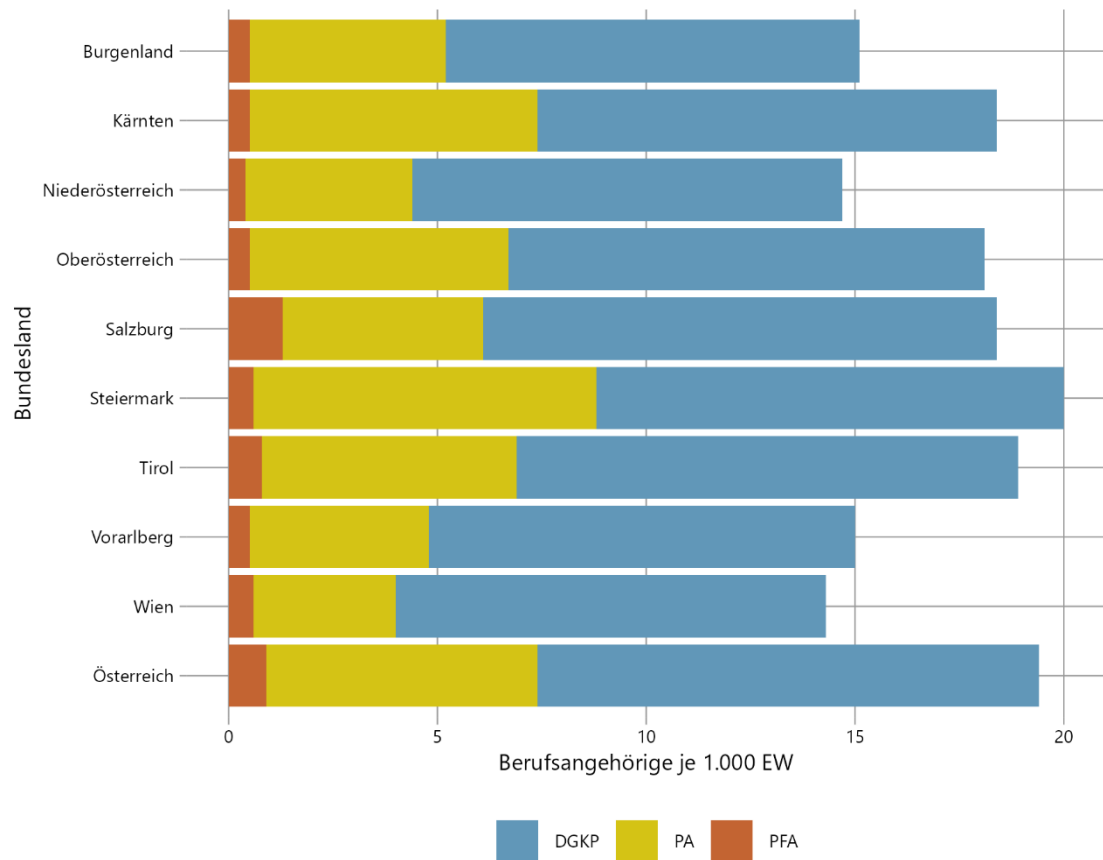
Versorgungsdichte von Gesundheitsberufen

Die Versorgungsdichte wird im Folgenden anhand der Anzahl der gültigen Registrierungen mit mindestens einem Berufsstandort relativ zur Bevölkerungsanzahl beschrieben. Für die GuK-Berufe erfolgt eine Darstellung im Vergleich der österreichischen Bundesländer, da eine Bezirksaufstellung primär durch die Standorte der Krankenanstalten geprägt wäre. Für MTD-Berufe mit einem hohen Anteil an freiberuflich bzw. überwiegend freiberuflich Berufstätigen erfolgt die Darstellung hingegen auf Bezirksebene.

Pflegeberufe

Oberösterreich weist im Bundesländervergleich bei DGKP leicht (11,4 BA/1.000 Einwohner:innen) und bei PA (6,2 BA/1.000 Einwohner:innen) deutlich höhere Werte als der Mittelwert der Bundesländer (11,0 bzw. 5,4 BA/1.000 Einwohner:innen) auf. Hinsichtlich der PFA entspricht die Dichte in etwa dem österreichischen Mittelwert. Beim Vergleich mit dem Wert für Österreich gesamt ist zu berücksichtigen, dass BA mit Berufssitz/Dienstort in mehr als einem Bundesland auf der Bundesebene nur einmal gezählt werden, auf der Ebene des Bundeslandes jedoch in jedem Bundesland mit mind. 1 Berufssitz/Dienstort aufscheinen.

Abbildung 19: Versorgungsdichte der Pflegeberufe je 1.000 Einwohner:innen, Bundesländervergleich



DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger; PFA = Pflegefachassistent:in; PA = Pflegeassistent:in
 In den Daten des GBR werden auch Berufstätige erfasst, die außerhalb der Krankenanstalten tätig sind. Damit ist auch die Langzeitpflege umfasst.

Quelle: Gesundheitsberuferegister (GÖG 2026), Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Zum Personal in Krankenanstalten siehe Kapitel 3.2.

Freiberufliche Berufsgruppen

Folgende Darstellung beschreibt die 3 im GBR erfassten Berufe mit dem höchsten Anteil freiberuflicher bzw. überwiegend freiberuflicher Tätigkeit in Oberösterreich. Zudem wurde der Beruf der DGKP als größte Berufsgruppe inkludiert.

Dargestellt wird auf Bezirksebene die Anzahl der jeweils für die Versorgung verfügbaren Berufsangehörigen relativ zur Bevölkerungsgröße. Hierfür werden sämtliche freiberufliche und überwiegend freiberufliche Berufsangehörige mit mind. 1 Berufssitz im jeweiligen Bezirk (bzw. in OÖ und Ö gesamt) herangezogen und ergänzt um die Anzahl der angestellt und überwiegend angestellt tätigen BA mit mind. 1 Dienstort im jeweiligen Bezirk. Bei Letzteren werden jedoch BA

mit Anstellungen in Betrieben, die nicht für die Versorgung der Bevölkerung im jeweiligen Bezirk relevant sind, herausgerechnet (z. B. Betriebsarten „Ausbildungseinrichtung“, „Straf- und Maßnahmenvollzug“ sowie „Kuranstalt“, da der Zugang zu Kuranstalten über österreichweite Verteilungsmechanismen erfolgt).

Im Hinblick auf die drei dargestellten MTD-Berufe und der DGKP ist eine höhere Dichte in Oberösterreich als in Österreich gesamt festzustellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies teilweise durch die Zählweise bedingt sein kann, da BA mit Berufssitz/Dienstort in mehr als einem Bundesland auf der Bundesebene nur einmal gezählt werden, auf der Ebene des Bundeslandes jedoch in jedem Bundesland mit mind. 1 Berufssitz/Dienstort aufscheinen. Entsprechendes ist beim Vergleich von Bezirksebene und Landesebene zu berücksichtigen.

Der Vergleich auf Bezirksebene ergibt im Einzelnen folgendes Bild. In der Ergotherapie ist der Bezirk mit der höchsten Dichte Linz (Stadt), gefolgt von Grieskirchen und Steyr (Stadt). Jener mit der geringsten Dichte ist Wels-Land, gefolgt von Freistadt und Eferding. In der Logopädie ist der Bezirk mit der höchsten Dichte Linz (Stadt), gefolgt von Grieskirchen und Ried im Innkreis. Jener mit der geringsten Dichte ist Wels-Land, gefolgt von Braunau am Inn und Perg. In der Physiotherapie ist der Bezirk mit der höchsten Dichte Steyr (Stadt), gefolgt von Grieskirchen und Linz (Stadt). Jener mit der geringsten Dichte ist Perg, gefolgt von Wels-Land und Freistadt.

Die Dichte der DGKP ist stark von den Standorten der Krankenanstalten und anderen großen Dienstorten geprägt. Der Bezirk mit der höchsten Dichte ist Linz (Stadt), gefolgt von Steyr (Stadt) und Wels (Stadt). Jener mit der geringsten Dichte ist Wels-Land, gefolgt von Perg und Linz-Land.

Tabelle 48: Versorgungsdichte ausgewählter Berufe nach Bezirk (mind. 1 Berufssitz/Dienstort im Bezirk) (1/2)

Berufssitz/Dienstort	Ergo	Rang OÖ	Rang AT	Logo	Rang OÖ	Rang AT
Linz (Stadt)	10,0	1	5	5,2	1	9
Steyr (Stadt)	7,4	3	18	3,2	5	24
Wels (Stadt)	5,7	6	29	3,5	4	18
Braunau am Inn	3,4	11	58	1,2	17	86
Eferding	3,0	16	72	1,8	13	64
Freistadt	1,8	17	98	1,6	15	73
Gmunden	5,2	7	32	2,9	6	29
Grieskirchen	8,4	2	12	3,7	2	16
Kirchdorf an der Krems	3,4	12	59	2,4	9	40
Linz-Land	3,2	14	64	2,1	12	52
Perg	4,5	8	44	1,4	16	80
Ried im Innkreis	6,4	5	24	3,6	3	17
Rohrbach	4,4	10	46	2,3	10	42
Schärding	3,4	13	60	2,6	8	33
Steyr-Land	7,3	4	19	1,8	14	65
Urfahr-Umgebung	4,4	9	45	2,6	7	31
Vöcklabruck	3,2	15	66	2,3	11	43
Wels-Land	1,4	18	108	1,0	18	90
Oberösterreich	4,8			2,7		
Österreich	4,0			2,1		

Ergo = Ergotherapeut:in; Logo = Logopädin bzw. Logopäde

Als Dienstorte von angestellt und überwiegend angestellt beschäftigten Berufstätigen sind nur die für die Bezirksbevölkerung allgemein zugänglichen Betriebsarten inkludiert, um die Vergleichbarkeit mit der Versorgungstätigkeit der freiberuflich tätigen BA sicherzustellen. Exkludiert sind z. B. die Betriebsarten „Ausbildungseinrichtung“, „Straf- und Maßnahmenvollzug“.

Quelle: Gesundheitsberuferegister (GÖG 2026), Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

Tabelle 49: Versorgungsdichte ausgewählter Berufe nach Bezirk (mind. 1 Berufssitz/Dienstort im Bezirk) (2/2)

Berufssitz/Dienstort	Physio	Rang OÖ	Rang AT	DGKP	Rang OÖ	Rang AT
Linz (Stadt)	26,6	3	17	298,1	1	5
Steyr (Stadt)	32,9	1	10	285,3	2	7
Wels (Stadt)	21,8	7	38	268,6	3	10
Braunau am Inn	15,2	12	65	82,2	11	66
Eferding	13,6	15	74	38,7	14	99
Freistadt	12,4	16	83	74,5	12	72
Gmunden	22,1	6	35	107,4	5	38
Grieskirchen	30,0	2	12	98,3	6	47
Kirchdorf an der Krems	17,9	9	50	87,6	9	60
Linz-Land	13,6	14	73	31,9	16	103
Perg	10,4	18	101	30,9	17	105
Ried im Innkreis	25,8	4	20	145,8	4	25
Rohrbach	17,3	11	56	97,8	7	48
Schärding	20,2	8	43	82,5	10	65
Steyr-Land	23,8	5	28	57,8	13	85
Urfahr-Umgebung	15,1	13	68	37,4	15	100
Vöcklabruck	17,7	10	53	96,6	8	50
Wels-Land	11,4	17	92	24,6	18	113
Oberösterreich	18,8			110,1		
Österreich	17,1			99,5		

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger;
 Physio = Physiotherapeut:in

Als Dienstorte von angestellt und überwiegend angestellt beschäftigten Berufstätigen sind nur die für die Bezirksbevölkerung allgemein zugänglichen Betriebsarten inkludiert, um die Vergleichbarkeit mit der Versorgungstätigkeit der freiberuflich tätigen BA sicherzustellen. Exkludiert sind z.B. die Betriebsarten „Ausbildungseinrichtung“, „Straf- und Maßnahmenvollzug“.

Quelle: Gesundheitsberuferegister (GÖG 2026), Stand 31.12.2024; Darstellung: GÖG

4.7.2 Hebammen

Die folgenden Auswertungen basieren auf den Daten des Hebammenregisters (Stand 31.12.2025). Insgesamt sind knapp 3.000 Hebammen in Österreich registriert. Die Darstellung der Standorte inkludiert Berufssitze und Dienstorte der Hebammen, wobei Hebammen in mehr als einem Bundesland tätig sein können. Der auf die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15–49 Jahre) normierte Wert für Oberösterreich liegt im Bundesländervergleich im mittleren Bereich.

Tabelle 50: Versorgungsdichten der registrierten Hebammen nach Standort der Berufsausübung (mind. 1 Standort im Bundesland)

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	AT
Hebammen mit mind. 1 Standort	104	210	565	574	225	332	328	150	691	2.963
Frauen im gebärfähigen Alter pro Hebamme	547	524	608	553	543	782	509	586	728	664
Hebammen je 100 Lebendgeburten (2024)	5,1	5,0	4,1	4,0	4,3	3,3	4,5	4,1	3,5	3,7

Definition Frauen im gebärfähigen Alter: Weibliche Bevölkerung am 01.01.2025 im Alter von 15–49 Jahren.

Quellen: Hebammenregister (ÖHG 2026), Stand 31.12.2025; Statistik Austria, Bevölkerung am 01.01.2026 nach Alter und administrativen Gebietseinheiten, Stand 1.1.2026; Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2024, Stand 26.05.2025 (Statistik Austria 2026); Darstellung: GÖG

Altersstruktur

Im Vergleich zur Altersverteilung aller in Österreich registrierten Hebammen sind die in Oberösterreich tätigen Hebammen geringfügig jünger. 74 Prozent (Ö: 71 %) sind jünger als 50 Jahre, nur 6 Prozent (Ö: 8 %) sind älter als 60 Jahre.

Tabelle 51: Hebammen mit mind. einem Standort der Berufsausübung in Oberösterreich nach Alter

Altersgruppe	Oberösterreich	Österreich
<50	424 (74%)	2.091 (71%)
≥50	150 (26%)	872 (29%)
≥55	94 (16%)	577 (19%)
≥60	32 (6%)	242 (8%)
Gesamt	574	2.963

Quelle: Hebammenregister (ÖHG 2026), Stand 31.12.2025; Darstellung: GÖG

Entwicklung der Hebammen

Oberösterreich verzeichnet seit dem Jahr 2021 einen kontinuierlichen Zuwachs der Hebammen mit mind. einem Standort im Bundesland von 485 auf 574 Hebammen. Der Zuwachs in diesem Zeitraum beträgt somit 18 Prozent und liegt damit etwas höher als der Zuwachs in Österreich insgesamt (+15 %).

Tabelle 52: Hebammen mit mind. einem Standort der Berufsausübung in Oberösterreich
Zeitverlauf 2021–2025

Jahr	Oberösterreich		Österreich	
	Hebammen (absolut)	Frauen im gebärf. Alter pro Hebamme	Hebammen (absolut)	Frauen im gebärf. Alter pro Hebamme
2021	485	651	2.582	750
2022	497	640	2.620	749
2023	516	617	2.731	720
2024	545	584	2.850	689
2025	574	553	2.962	664
Veränderung 2021–25	+18%	-15%	+15%	-11%

Definition Frauen im gebärfähigen Alter: Weibliche Bevölkerung am 01.01.2025 im Alter von 15–49 Jahren.

Quelle: Hebammenregister (ÖHG 2026), Stand 31.12.2025; Darstellung: GÖG

Art der Berufsausübung

In Oberösterreich üben 26 Prozent der Hebammen ihren Beruf ausschließlich in einer Krankenanstalt aus, 17 Prozent ausschließlich in freier Praxis und 57 Prozent in beiden Bereichen, womit die Verteilung weitgehend dem österreichweiten Muster entspricht.

Tabelle 53: Hebammen nach Art der Berufsausübung in absoluten Zahlen und in Prozent

Berufsausübung	Oberösterreich	Österreich
Ausschließlich in Krankenanstalt	147 (26%)	684 (23%)
Ausschließlich in freier Praxis	97 (17%)	654 (22%)
In freier Praxis und in Krankenanstalt	330 (57%)	1.625 (55%)
Summe	574 (100%)	2.963 (100%)

Quelle: Hebammenregister (ÖHG 2026), Stand 31.12.2025; Darstellung: GÖG

Vertragshebammen und Wahlhebammen

Die Leistungen freiberuflicher Hebammen sind im Gesamtvertrag zwischen dem Österreichischen Hebammengremium und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger geregelt; die Anzahl der zu vergebenden Kassenverträge variiert je nach Krankenversicherungsträger in den Bundesländern. In Oberösterreich entspricht der Anteil der niedergelassenen Kassenhebammen

mit 20 Prozent dem bundesweiten Niveau. Eingeschränkt wird die Aussagekraft jedoch dadurch, dass das tatsächliche Versorgungsvolumen pro Kassenhebamme variiert, da kein fixes Stundenmaß vorgegeben ist.

Tabelle 54: Anzahl der Wahlhebammen und Vertragshebammen (ndgl. Bereich)

Vertragsstatus	Oberösterreich	Österreich
Wahlhebamme	318 (80%)	1.833 (80%)
Kassenhebamme	81 (20%)	455 (20%)
Summe	399 (100%)	2.288 (100%)

Quelle: Hebammenregister (ÖHG 2026), Stand 31.12.2025; Darstellung: GÖG

Versorgungsdichte

Die folgende Darstellung beschreibt die Versorgungsdichte der im niedergelassenen Bereich tätigen Hebammen auf Bezirksebene, einschließlich jener Hebammen, die zusätzlich angestellt arbeiten. Der Schwerpunkt liegt damit auf der wohnortnahen Betreuung, insbesondere nach der Geburt, und nicht auf der Versorgung in Krankenanstalten. Ergänzend wird die Dichte aller Hebammen mit Dienst- und/oder Berufssitz im Bezirk ausgewiesen; diese Kennzahl dient in erster Linie der Orientierung, da sie stark von Krankenhausstandorten beeinflusst wird.

Die Dichten der niedergelassenen Hebammen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Bezirken. Relativ niedrige Werte, die auf eine günstigere relationale Versorgung hinweisen können, finden sich etwa in Rohrbach, Urfahr-Umgebung, Grieskirchen und Freistadt. Höhere Werte – unter anderem in den Statutarstädten und in Braunau am Inn – deuten auf ein im Vergleich höheres Verhältnis von Frauen im gebärfähigen Alter je Hebamme hin. Wird die Gesamtzahl aller Hebammen berücksichtigt, verändern sich die Werte insbesondere in Bezirken mit Krankenanstalten deutlich, was die Rolle der angestellten Hebammen widerspiegelt. Insgesamt liegt Oberösterreich leicht unter dem österreichweiten Durchschnitt, wobei die regionalen Unterschiede innerhalb des Bundeslands weiterhin beachtet werden sollten.

Tabelle 55: Versorgungsdichte niedergelassener Hebammen nach Bezirk (mind. 1 Berufssitz im Bezirk)

Berufssitz/Dienstort	Frauen im gebärf. Alter* je ndgl. Hebamme (2024)			Frauen im gebärf. Alter* je ndgl. und angestellte Hebamme (2024)		
	Wert	Rang OÖ	Rang AT	Wert	Rang OÖ	Rang AT
Bezirk						
Linz (Stadt)	1.416	17	99	262	1	10
Steyr (Stadt)	1.130	14	88	264	3	12
Wels (Stadt)	1.185	16	91	263	2	11
Braunau am Inn	1.627	18	107	785	15	84
Eferding	1.133	15	89	1.133	18	103
Freistadt	623	4	25	361	5	25
Gmunden	778	11	50	562	11	60
Grieskirchen	616	3	21	616	12	66
Kirchdorf an der Krems	728	9	44	402	6	31

Linz-Land	1.060	13	86	1.060	17	101
Perg	915	12	72	915	16	92
Ried im Innkreis	761	10	47	417	7	34
Rohrbach	430	1	3	280	4	13
Schärding	721	7	39	480	10	50
Steyr-Land	719	6	38	719	14	78
Urfahr-Umgebung	463	2	6	463	9	47
Vöcklabruck	725	8	42	460	8	46
Wels-Land	693	5	36	693	13	76
Oberösterreich	829			584		
Österreich	899			689		

Definition Frauen im gebärfähigen Alter: Weibliche Bevölkerung am 01.01.2025 im Alter von 15–49 Jahren.

Quelle: Hebammenregister (ÖHG 2026), Stand 31.12.2025, Bevölkerung (Statistik Austria 2026); Darstellung: GÖG

4.7.3 Therapeutinnen und Therapeuten

Dieses Kapitel beschreibt die Verteilung von Therapeutinnen und Therapeuten, die in den Listen des BMASGPK angeführt sind.¹⁰

Ausgewertet wurde der Datenstand vom 8. April 2026. Pro Bezirk und Fachrichtung wurde gezählt, wie viele Therapeutinnen und Therapeuten mindestens einen Dienst-, Anstellungs- oder Arbeitsort haben. Die Zuordnung erfolgte über die Postleitzahlen und Ortsnamen. Eine gewisse Unschärfe besteht daher bei uneinheitlicher Angabe von Ortsnamen in Zusammenhang mit Postleitzahlen, die sich über mehrere Bezirke erstrecken.

Die räumliche Verteilung des Versorgungsangebots in Oberösterreich ist in Tabelle 56 dargestellt. Hier zeigt sich, dass Oberösterreich mit 1.326 klinischen Psychologinnen bzw. Psychologen (KPL), 58 Musiktherapeutinnen bzw. -therapeuten (MTH), 1.437 Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten (PTH) und 1.048 Gesundheitspsychologinnen bzw. -psychologen (GPL) über ein solides Versorgungsniveau verfügt. Umgerechnet auf 100.000 Einwohner:innen entspricht dies 86 KPL, 3,8 MTH, 94 PTH und 68 GPL. Im Vergleich zum österreichweiten Durchschnitt (119 KPL, 5,3 MTH, 139 PTH, 100 GPL) liegt Oberösterreich jedoch in allen Berufsgruppen deutlich darunter, was auf einen strukturellen Aufholbedarf hinweist.

¹⁰ Die Listen sind im Internet öffentlich zugänglich, und zwar unter <https://psychotherapie.ehealth.gv.at/>, <https://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/>, <https://gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at/> und <https://musiktherapie.ehealth.gv.at/>

Tabelle 56: Therapeutinnen und Therapeuten in Oberösterreich

Bezirk	KPL	MTH	PTH	GPL	KPL	MTH	PTH	GPL
	absolut				je 100.000 EW			
Linz (Stadt)	548	26	624	414	257	12	292	194
Steyr (Stadt)	66	2	67	54	174	5,3	176	142
Wels (Stadt)	110	5	100	80	168	7,6	153	122
Braunau am Inn	62	1	60	55	56	0,9	54	50
Eferding	20	1	32	18	59	3	94	53
Freistadt	35	2	51	26	51	2,9	75	38
Gmunden	108	3	119	89	105	2,9	115	86
Grieskirchen	54	5	42	40	81	7,5	63	60
Kirchdorf an der Krems	24		44	22	41		76	38
Linz-Land	126	3	90	105	80	1,9	57	67
Perg	25	2	41	17	35	2,8	58	24
Ried im Innkreis	54	4	50	45	85	6,3	79	71
Rohrbach	27	2	22	18	47	3,5	38	31
Schärding	13	2	33	11	22	3,4	56	19
Steyr-Land	67	1	53	46	107	1,6	85	73
Urfahr-Umgebung	65	6	82	56	74	6,8	93	64
Vöcklabruck	116	7	125	94	82	4,9	88	66
Wels-Land	38	1	33	35	49	1,3	43	45
Oberösterreich	1326	58	1437	1048	86	3,8	94	68
Österreich	10986	483	12792	9188	119	5,3	139	100

KPL = Klinische Psychologinnen und Psychologen, MTH = Musiktherapeutinnen und -therapeuten, PTH = Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, GPL = Gesundheitspsychologinnen und -psychologen

Quelle: Berufslisten (BMA SGPK 2026a; 2026e; 2026d; 2026h), Datenstand 08.04.2026; Darstellung: GÖG

Innerhalb Oberösterreichs zeigen sich ausgeprägte regionale Unterschiede. Die Städte Linz, Steyr und Wels weisen erwartungsgemäß die höchsten absoluten Zahlen auf, wobei insbesondere Linz als urbanes Zentrum hervorsticht. Mit 257 klinischen Psychologinnen bzw. Psychologen und 292 Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten pro 100.000 Einwohner:innen verfügt Linz über eine deutlich überdurchschnittliche Versorgungsdichte. Auch Steyr und Wels liegen in der Pro-Kopf-Betrachtung über dem Landesdurchschnitt, wenn auch weniger stark ausgeprägt. Diese Konzentration in städtischen Räumen deutet auf eine stärkere Bündelung spezialisierter Gesundheitsangebote in urbanen Zentren hin.

Demgegenüber sind viele ländliche Bezirke deutlich schwächer versorgt. Bezirke wie Schärding, Rohrbach oder Perg weisen sowohl in absoluten Zahlen als auch in der Dichte pro 100.000 Einwohner:innen niedrige Werte auf. Besonders auffällig ist die geringe Verfügbarkeit von Musiktherapeutinnen und -therapeuten, die in mehreren Bezirken kaum vertreten sind oder gänzlich fehlen. Auch bei den klinischen Psychologinnen bzw. Psychologen und Gesundheitspsychologinnen bzw. -psychologen liegen diese Regionen teils deutlich unter dem Landesdurchschnitt,

was auf eingeschränkte Zugänglichkeit psychologischer Versorgung im ländlichen Raum hindeutet.

5 Exkurs: Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Oberösterreich

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Oberösterreich 2030 (RSG OÖ 2030) ist das zentrale Planungsinstrument zur Steuerung der Gesundheitsversorgung im Bundesland. Er baut auf den bundesweiten Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG, siehe Abschnitt 2.2.3) auf und übersetzt diese in konkrete regionale Festlegungen zu Versorgungsstrukturen, Kapazitäten und Standorten.

Der Plan entsteht im Rahmen eines Verhandlungsprozesses zwischen Land Oberösterreich, Sozialversicherung und weiteren Akteurinnen und Akteuren, wodurch er sowohl fachliche als auch gesundheitspolitische Zielsetzungen integriert. Methodisch basiert er vor allem auf Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung (rund 2 % Zuwachs bis 2030) und zur zukünftigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie stark auf bestehenden Versorgungsstrukturen und Nachfrageverhalten. Damit ist auch dem RSG die methodische Limitierung der Pfadabhängigkeit inhärent. Bedarf wird normativ festgelegt und kaum empirisch objektiviert oder gemessen. Letzteres ist auch der nach wie vor als mangelhaft einzustufenden Datenverfügbarkeit zuzuschreiben.

Inhaltlich verfolgt der RSG OÖ 2030 eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems (Land Oberösterreich 2025): Einerseits werden alle Spitalstandorte grundsätzlich erhalten, andererseits erfolgen selektive, strukturelle Eingriffe.

Der bereits überdurchschnittlich ausgeprägte intramurale Bereich erfährt punktuell einen Umbzw. Ausbau bis 2030. In Summe sind im Vergleich zum Stand 2022 (7.424 Betten) für den Planungshorizont 2030 mit 7.871 geringfügig mehr Betten vorgesehen. Die ambulanten Betreuungsplätze sollen sich 2030 auf 477 summieren (+53 Plätze) und die Tagesklinikplätze (+82 Plätze, durch Umwidmung von Normalpflegebetten) werden ausgebaut ebenso wie die Intensivüberwachungsbetten (+76 Betten, größtenteils durch Umwidmung von Normalpflegebetten). Weiters kommt es zu einer Aufstockung der Dialyseplätze (+25 Plätze) sowie von Großgeräten (Strahlentherapiegeräte +2; CT-Gerät +1) und Herzkatheter (+3).

Für den historisch eher unterdurchschnittlich ausgebauten niedergelassenen Bereich werden zusätzlich 46 neue Sachleistungsstellen für Vertragsärztinnen und -ärzte bis 2030 geplant. Ziel ist es, dadurch regionale Versorgungslücken in einzelnen Fachbereichen zu schließen (insbesondere in den Versorgungsregionen Mühlviertel und Innviertel). Diese Stellen entfallen größtenteils auf die Allgemeinmedizin (+13,5), die Innere Medizin (+7,5), die Kinder- und Jugendheilkunde (+4) sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie (+4) und die Dermatologie (+3,5). Ebenfalls in den Planungen inkludiert sind 14 neue Standorte für Primärversorgungseinheiten (siehe Tabelle 57).¹¹

¹¹ Für geplante Sachleistungsstellen wird das Kalkül 1 ÄAVE = 1 Sachleistungsstelle herangezogen

Tabelle 57: Geplante Primärversorgungseinheiten

Versorgungsregion	Standort	Zeithorizont
Zentralraum Linz	Linz-Süd/Pichling	01.01.2027
Zentralraum Wels	Grieskirchen/Schlüßlberg	2026/2027
Mühlviertel	Freistadt	bis 2030
Mühlviertel	offen	bis 2030
Pyhrn-Eisenwurzen	Steyr	bis 2030
Pyhrn-Eisenwurzen	Kirchdorf/Micheldorf	bis 2030
Traunviertel-Salzkammergut	Gmunden	bis 2030
Traunviertel-Salzkammergut	offen	bis 2030
Innviertel	Braunau	bis 2030
Innviertel	Mattighofen	bis 2030
Innviertel	offen	bis 2030

Quelle: RSG Oberösterreich (Land Oberösterreich 2025, S. 103)

Der geplante Ausbau adressiert somit sowohl in der regionalen Verteilung als auch in den Fachrichtungen Versorgungslücken, die u.a. in den Kapiteln 3 und 4 identifiziert wurden. Hinsichtlich der zu erwarteten Versorgungswirksamkeit der neuen Planstellen ist allerdings anzumerken, dass ungewiss ist, ob bzw. wann diese Planstellen besetzt werden können. So wurden etwa im Zeitraum Jänner bis April 2026 in Oberösterreich insgesamt 102 Ausschreibungen für Kassenarztstellen durchgeführt, wobei 78 dieser Ausschreibungen ohne Bewerbungen blieben (siehe Tabelle 55). Außerdem bestanden zum Stichtag 16. April 2026 34 offene Positionen im Vertragsarztstellenpool, in dem nicht besetzte bzw. nach mehrfach erfolglosen Ausschreibungen vakant gebliebene Kassenstellen gesammelt und erst bei bekundetem Interesse erneut in die reguläre Ausschreibung überführt werden.

Die Analyse zeigt, dass die historisch gewachsene Struktur des oberösterreichischen Gesundheitswesens, mit einem vergleichsweise schwach ausgebauten niedergelassenen Bereich und einer Konzentration fachärztlicher Versorgung in den Krankenanstalten bzw. Ballungsräumen, nicht kurzfristig verändert werden kann. Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich ist ein somit längerfristiger Strukturprozess, zu dem der RSG Oberösterreich erste Schritte setzt, indem identifizierte Versorgungslücken schrittweise reduziert werden.

Tabelle 58: Ausschreibungen von Kassenarztstellen in Oberösterreich (Jänner – April 2026)
sowie offene Positionen im Vertragsarztstellenpool (Stichtag 16.04.2026)

Bezirke	Anzahl der Ausschreibungen gesamt 01/2026 - 04/2026	Anzahl der Ausschreibungen ohne Bewerbungen 01/2026 – 04/2026	Offene Stellen im Vertragsarztstellenpool per 16. April 2026
Braunau am Inn	6	6	6
Eferding	5	4	1
Freistadt	5	4	2
Gmunden	7	5	1
Grieskirchen	2	2	1
Kirchdorf an der Krems	3	2	1
Linz (Stadt)	19	15	5
Linz-Land	6	3	1
Perg	8	6	3
Ried im Innkreis	0	0	0
Rohrbach	2	1	0
Schärding	4	2	2
Steyr (Stadt)	7	4	1
Steyr-Land	0	0	0
Urfahr-Umgebung	1	0	0
Vöcklabruck	22	19	7
Wels (Stadt)	1	1	1
Wels-Land	4	4	2
Oberösterreich	102	78	34

Es werden Kassenarztstellen aller Fachrichtungen inkludiert.

Eine Kassenarztstelle kann im Untersuchungszeitraum mehrfach ausgeschrieben worden sein, weshalb die Anzahl der Ausschreibungen nicht der Anzahl der tatsächlich vorhandenen Stellen entspricht.

Quelle: Ärztekammer für Oberösterreich (ÄK OÖ 2026a; 2026b)

Referenzen

- ÄK OÖ, Ärztekammer für Oberösterreich (2026a): Ausschreibungen Vertragsarztstellen [online]. <https://www.aekoee.at/ausschreibungen#/ausschreibung> [Zugriff am 13.05.2026]
- ÄK OÖ, Ärztekammer für Oberösterreich (2026b): Vertragsarztstellenpool [online]. <https://www.aekoee.at/niedergelassen/kassenaerzte/vas-ausschreibungen/vertragsarztstellenpool> [Zugriff am 13.05.2026]
- APA, Austria Presse Agentur (2026): Reformpartnerschaft: Verhandlungsrunde zur Gesundheit verlief gut. DER STANDARD, 23.04.2026. <https://www.derstandard.at/story/3000000318009/reformpartnerschaft-verhandlungsrunde-zur-gesundheit-verlief-gut> [Zugriff am 08.05.2026]
- Ärztegesetz (1998): BGBl. I Nr. 169/1998. <https://ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40106878> [Zugriff am 24.04.2026]
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; et al. (2018): Austria: Health system review 2018. Bd. 20. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/austria-hit-2018> [Zugriff am 03.05.2023]
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025a): Krankenanstalten-Kostenrechnung
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025b): ÖSG 2023. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. Wien: BMASGPK. <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG%202023%20Textband%2C%20Stand%2010.10.2025.pdf> [Zugriff am 13.04.2026]
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026a): Berufsliste Psychotherapie. Datenstand April 2026. <https://psychotherapie.ehealth.gv.at/> [Zugriff am 13.04.2026]
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Datensatz
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026c): Dokumentation [online]. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation.html> [Zugriff am 13.04.2026]
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026d): Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen. Datenstand April 2026. <https://gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at/> [Zugriff am 13.04.2026]
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026e): Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen. Datenstand April 2026. <https://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/> [Zugriff am 13.04.2026]
- BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026f): Liste der Krankenanstalten in Österreich [online].

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> [Zugriff am 13.04.2026]

BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026g): Liste der Selbständigen Amublatorien in Österreich. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich.html>

BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026h): MusiktherapeutInnenliste. Datenstand April 2026. <https://musiktherapie.ehealth.gv.at/> [Zugriff am 13.04.2026]

BMASGPK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026i): Zielsteuerung-Gesundheit - Monitoringberichte [online]. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html> [Zugriff am 08.05.2026]

BMSGPK, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022): LKF-Modell 2023 für den spitalsambulanten Bereich. Vienna

BMSGPK, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): Methodenband zum ÖSG. Ergänzende methodische Erläuterungen zum ÖSG 2023 (i.d.F. Dezember 2023). Wien: BMSGPK

Eglau, Karin (2020): Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Rapid Analysis. Wien: Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1507/> [Zugriff am 13.04.2026]

Eurostat (2025a): Healthy life years by sex. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye/default/table?lang=en [Zugriff am 15.04.2026]

Eurostat (2025b): System of Health Accounts. Eurostat. <https://doi.org/10.2908/TPS00207>

Geiger, Isabel; Schang, Laura; Sundmacher, Leonie (2023): Assessing Needs-Based Supply of Physicians: A Criteria-Led Methodological Review of International Studies in High-Resource Settings. In: BMC Health Services Research 23/1:564. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09461-0>

GeoMagis GmbH (2025): Kürzeste-Wege-Matrix

GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (2024): RSG-Monitoring. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. https://goeg.at/RSG_Monitoring

GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (2026): Gesundheitsberuferegister. Datenstand 31. Dezember 2024

KAKuG (1957): Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). BgBl. Nr. 1/1957. In der geltenden Fassung. Wien. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>

Kobel, Conrad; Pfeiffer, Karl-Peter (2011): Austria: Inpatient care and the LKF framework. In: Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality

- in hospitals, herausgegeben von Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, und Miriam Wiley, 175–96
- Land Oberösterreich, Amt der oberösterreichischen Landesregierung (2025): Gesundheit OÖ 2030. Regionaler Strukturplan Gesundheit OÖ 2030. Linz: Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Gesellschaft, Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit
- Luo, Wei; Wang, Fahui (2003): Measures of Spatial Accessibility to Health Care in a GIS Environment: Synthesis and a Case Study in the Chicago Region. In: *Environment and Planning B: Planning and Design* 30/6:865–84. <https://doi.org/10.1068/b29120>
- ÖÄK, Österreichische Ärztekammer (2024): Österreichische Ärzteliste. Datenstand Dezember 2024
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): Länderprofil Gesundheit 2025: Österreich. State of Health in the EU. Paris, Brüssel: OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies. https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025_translations/soheu-2025-austria-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=2db8a056_1 [Zugriff am 13.04.2026]
- ÖHG, Österreichisches Hebammengremium (2026): Hebammenregister. <https://hebammen.at/gremium/hebammenregister/> [Zugriff am 13.04.2026]
- ÖZÄK, Österreichische Zahnärztekammer (2024): Österreichische Zahnärzteliste. Datenstand Dezember 2024
- Paez, Antonio; Higgins, Christopher D.; Vivona, Salvatore F. (2019): Demand and Level of Service Inflation in Floating Catchment Area (FCA) Methods. In: *PLOS ONE* 14/6:e0218773. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218773>
- Parlament Österreich (2018): Hartinger-Klein: Keine Ungleichbehandlung von PatientInnen in Spitalsambulanzen [online]. *Parlamentskorrespondenz* Nr. 1511. https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2018/pk1511#XXVI_I_00374 [Zugriff am 07.05.2026]
- Pereira, Rafael H. M.; Braga, Carlos Kauê Vieira; Servo, Luciana Mendes; Serra, Bernardo; Amaral, Pedro; Gouveia, Nelson; Paez, Antonio (2021): Geographic access to COVID-19 healthcare in Brazil using a balanced float catchment area approach. In: *Social Science & Medicine* 273/März:113773. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113773>
- Pereira, Rafael H. M.; Herszenhut, Daniel; Reid, Joey; Research, Ipea-Institute for Applied Economic (2024): accessibility: Transport Accessibility Measures. <https://cloud.r-project.org/web/packages/accessibility/index.html> [Zugriff am 13.04.2026]
- Pilwarsch, Johanna; Schichl-Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis-Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander; Gyimesi, Michael; Czásny, Ines; Huber, Jonas (2025): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2024. Monograph. Wien: Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4734/> [Zugriff am 15.04.2026]
- Pratt, Adrian C.; Wood, Richard M. (2021): Addressing Overestimation and Insensitivity in the 85% Target for Average Bed Occupancy. In: *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care* 33/3:mzab100. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab100>
- Pruckner, Gerald J.; Frimmel, Wolfgang; Zocher, Katrin (2025): Ungleichheit im oö. Gesundheitssystem: Eine Befundaufnahme anhand aktueller Registerdaten. <http://epub.jku.at/obvulioa/12888061> [Zugriff am 13.04.2026]

Rechnungshof Österreich (2025): Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023. Wien: Rechnungshof Österreich. https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bund_2025_43_Aerztliche-Versorgung-2018-bis-2023.pdf [Zugriff am 13.04.2026]

Statistik Austria (2026): Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2002 (einheitlicher Gebietsstand: 01.01.2024). STATcube. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/-quartalsanfang> [Zugriff am 13.04.2026]