

DAS WIENER SPITALSKONZEPT

2040



KAMMER FÜR ÄRZTINNEN
UND ÄRZTE IN WIEN



Vorwort

Lassen Sie uns gemeinsam Geschichte schreiben.

Eine Geschichte von einem Gesundheitssystem, das mit den Menschen wächst.

Von Wiener Ärztinnen und Ärzten, die nicht nur behandeln, sondern begleiten.

Von einer Stadt, die Gesundheit nicht verwaltet, sondern gestaltet.

Die Welt verändert sich – rasant, vielschichtig, manchmal widersprüchlich. Mit ihr verändern sich die Menschen und ihre Erwartungen an ein modernes Gesundheitssystem, welches sich ebenso rasant weiterentwickelt wie der Fortschritt der Medizin. Doch es geht hier um mehr als nur um medizinische Versorgung. Das Wiener Gesundheitssystem muss sich verändern – vorausschauend, lernend und mutig.

Wien kann Veränderung.

Unsere Stadt blickt auf eine lange Geschichte erfolgreicher Reformen im Gesundheitswesen zurück. Mit der Neuordnung des Spitalskonzepts 2030 wurde bereits im „6+1-Modell“¹ eine klar strukturierte Versorgungslandschaft geschaffen. Die Psychiatriereform hat gezeigt, wie konsequent Wien neue Wege gehen kann: weg von isolierten Strukturen hin zu menschenzentrierter Versorgung. Diese Erfahrungen sind kein Rückblick – sie sind ein Fundament.

Das Wiener Spitalskonzept 2040 knüpft daran an und denkt weiter.

Es erzählt das nächste Kapitel einer gemeinsamen Geschichte.

2040 ist kein fernes Ziel, sondern eine Einladung. Eine Einladung, heute die richtigen Weichen zu stellen.

Ihre Kurie angestellte Ärzte

¹ Dieses Modell entstand als Reaktion auf strukturelle Herausforderungen im Gesundheitswesen. Ziel war es, die zuvor auf viele kleine Standorte verteilte Spitalslandschaft neu zu ordnen und effizienter zu gestalten. Durch die Bündelung der stationären Versorgung auf sechs große, leistungsfähige Zentralspitäler („6“) und ein ergänzendes spezialisiertes Zentrum, das Wiener AKH („1“), sollen medizinische Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit langfristig verbessert werden.

Einleitung

Wien verfügt über ein leistungsfähiges und international anerkanntes Gesundheitssystem – doch seine langfristige Stabilität erfordert aktives Handeln.

Der Versorgungsbedarf steigt durch demographischen Wandel, medizinischen Fortschritt und wachsenden Fachkräftebedarf kontinuierlich, während gleichzeitig die Finanzierungsbasis unter Druck gerät und steigende Gesundheitsausgaben zur Herausforderung werden. Hinzu kommen veränderte Arbeitsrealitäten im Gesundheitswesen: Ärztinnen und Ärzte sind mit hoher Arbeitsbelastung, Personalengpässen, Teilzeitmodellen und steigender Komplexität konfrontiert.

Ziel dieses Konzepts ist es, Qualität, Arbeitsbedingungen und Finanzierbarkeit gemeinsam abzusichern – durch strukturelle Weiterentwicklung statt kurzfristiger Anpassungen.

Konkret bedeutet das: planbare Operationen ohne monatelange Wartezeiten, Akutambulanzen, die ausschließlich für Notfälle zur Verfügung stehen, und eine Ärzteschaft, die mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten hat.

Das Wiener Spitalskonzept 2040 baut auf bestehender Reform- erfahrung auf und entwickelt diese strukturiert weiter: darunter das „6+1-Modell“ des Spitalskonzepts 2030 und die Reform der Wiener Psychiatrie inklusive Ausbau des Psychosozialen Dienstes (PSD).

Inhalt

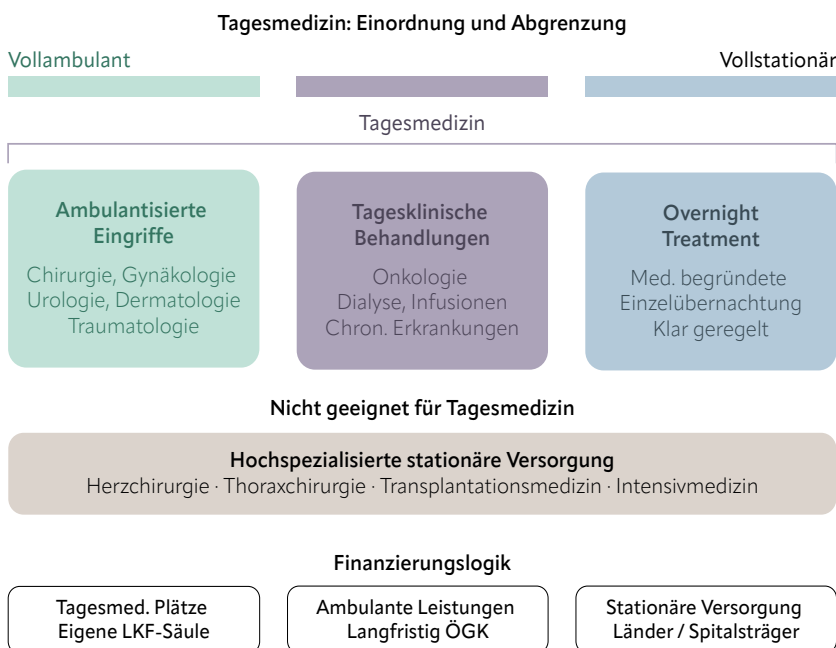
Vorwort	1
Einleitung	2
1. Tagesmedizin	4
Geeignete Fachbereiche	5
Qualität und Patientensicherheit	6
Strukturwandel: Vom Betten- zum Leistungsdenken	6
Effizienzpotenzial durch Ambulantisierung	7
Finanzierung ambulanter Leistungen – eine Perspektive	8
2. Spitalsinfrastruktur neu denken	9
Spitalsarchitektur im Wandel	12
Klare Versorgungsaufträge und Abbau von Parallelstrukturen	12
Übergänge und Behandlungskontinuität	13
Steuerung, Transparenz und Kommunikation	14
3. Digitale Wiener Medizinische Schule	15
Einheitliche elektronische Patientenakte	15
Wiener Gesundheitsdatenraum	17
4. Konsequenter organisierte Zusammenarbeit aller Träger	19
Gesundheitshotline 1450 als Koordinationsplattform	19
Standardisierte Überleitungswege und Kapazitätslogik	19
Versorgungsregion Ost	20
5. Ärztinnen und Ärzte als Expertinnen und Experten sowie Systemgestalterinnen und -gestalter	21
Change-Governance als Prinzip	21
Neue Berufsprofile zur Entlastung ärztlicher Kernaufgaben	22
6. Ausreichendes, gut ausgebildetes Personal und optimale Arbeitsbedingungen	23
Dienstzeitmodelle: konkrete Veränderungen	23
Ausbildungsverbund	23
Personalentwicklung und Karriereplanung	24
Strukturierte Karrierepfade im laufenden Dienst	24
Personalgewinnung und -bindung: Wien im Wettbewerb	26
Karriereplan-Portal	27
Kommentar/Ergänzung zum Spitalskonzept	28
Sonderklasse und Tagesmedizin	28
Zwischen Potenzial und Nutzung	28
Anpassungsbedarf: Sonderklasse und Tagesmedizin	28
Schlusswort und Danksagung	30
Tagesmedizinisch (beispielhaft) mögliche Eingriffe nach Fachgebieten	31

SECHS SCHRITTE ZUR WIENER MEDIZIN 2040

1. Tagesmedizin
2. Spitalsinfrastruktur neu denken
3. Digitale Wiener Medizinische Schule
4. Zusammenarbeit aller Träger konsequent organisieren
5. Ärztinnen und Ärzte als Expertinnen und Experten sowie Systemgestalterinnen und -gestalter
6. Ausreichendes, gut ausgebildetes Personal und optimale Arbeitsbedingungen

1. TAGESMEDIZIN

Der medizinisch-technologische Fortschritt der letzten Jahre – von moderner Bildgebung über minimalinvasive Operationsverfahren bis zu strukturierten Nachsorgemodellen – hat die Voraussetzungen für stationäre Aufenthalte grundlegend verändert. Eine Vielzahl von Leistungen, die früher zwingend stationär erbracht werden mussten, können heute sicher und qualitativ gleichwertig ohne Übernachtung im Spital durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten wünschen sich genau das: kürzere Krankenhausaufenthalte und eine raschere Rückkehr in den Alltag.



Grundsatz: ambulant, wenn möglich – stationär, wenn notwendig

Quelle: KI-generiert

Unter dem Begriff Tagesmedizin werden jene Leistungen zusammengefasst, die bisher stationär erbracht wurden und künftig ohne medizinisch notwendige Nächtigung durchgeführt werden können.

Dabei sind drei differenzierte Definitionen zu unterscheiden:

- + Tagesambulante Eingriffe, die früher routinemäßig stationär durchgeführt wurden, belegen kein klassisches Spitalsbett im engeren Sinn und werden in der ambulanten Infrastruktur durchgeführt.
- + Tagesklinische Behandlungen mit definierter eintägiger Spitalsaufnahme ohne Übernachtung („0-Tagesaufenthalte“) werden regelhaft in der stationären Infrastruktur der klassischen „Spitalsbetten“ durchgeführt.
- + Overnight-Treatments, wenn aus medizinischen Gründen eine zumindest einmalige Übernachtung in einem Spitalsbett erforderlich ist (=klassische stationäre Aufnahme). Im internationalen Benchmark wird hier eine Aufenthaltsdauer > 24 Stunden angegeben.

Zu betonen ist, dass Tagesmedizin nicht für eine Reduktion von Leistungen steht, sondern für deren Weiterentwicklung. Der medizinische Standard bleibt unverändert, nur der Versorgungsprozess wird in einer der modernen Medizin entsprechend machbaren Unterbringung effizienter und patientenfreundlicher gestaltet.

GEEIGNETE FACHBEREICHE

Bereits heute werden in Fachgebieten wie Orthopädie, Traumatologie, Gynäkologie, Urologie oder Augenheilkunde zahlreiche Eingriffe erfolgreich tagesmedizinisch bzw. tagesklinisch durchgeführt. Es sind jedoch nicht alle Fachbereiche für dieses Modell geeignet. Hochspezialisierte Disziplinen wie beispielsweise Herzchirurgie, Thoraxchirurgie oder Transplantationsmedizin müssen weiterhin stationär organisiert bleiben.

Dabei trifft stets das behandelnde ärztliche Team auf Grundlage der individuellen medizinischen Situation, Risikofaktoren und sozialen Rahmenbedingungen die Entscheidung, ob ein Eingriff tagesmedizinisch durchgeführt werden kann. Der Grundsatz lautet: „Ambulant, wenn möglich – stationär, wenn notwendig“.

Die Kurie angestellte Ärzte ist bereit, ihren Beitrag für diese Neustrukturierung zu leisten, denn als medizinische Expertinnen und Experten wissen wir sehr gut, welche Leistungen im tagesmedizinischen Setting ohne Qualitäts- und Versorgungsverlust möglich sind. Eine Auflistung der diversen Fachbereiche findet sich im Anhang 1.

Tagesmedizin schafft zugleich Ressourcen für jene Bereiche, in denen stationäre Betreuung, vor allem angesichts einer alternden Bevölkerung mit wachsendem Bedarf an Übergangs- und Versorgungsbetten, tatsächlich notwendig ist.

QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT

Qualität und Patientensicherheit werden durch klare Indikationsstellungen, strukturierte Auswahlprozesse, standardisierte Behandlungspfade sowie definierte Eskalationsmechanismen gewährleistet. Der Ansatz der Tagesmedizin ergänzt die stationäre Versorgung und entlastet bestehende OP-Kapazitäten, die vorwiegend für größere und komplexere Eingriffe genutzt werden sollten, um auch dort Wartezeiten zu reduzieren.

STRUKTURWANDEL: VOM BETTEN- ZUM LEISTUNGSDENKEN

Der Wiener Regionale Strukturplan Gesundheit 2030 bestätigt den notwendigen Wandel in Richtung Tagesmedizin. Ein zentrales Element dieses Wandels ist der Übergang von der bettenbasierten zur leistungsorientierten Planung. Künftige Modelle müssen sich an tatsächlich erbrachten Leistungen orientieren, nicht an der Anzahl der Betten. Tagesmedizinische Plätze benötigen daher eine eigenständige Finanzierungssäule.



EFFIZIENZPOTENZIAL DURCH AMBULANTISIERUNG

Internationale Analysen zeigen, dass die Verlagerung stationärer Leistungen in die Tagesmedizin kein theoretisches Vorhaben ist. Eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO, Deutschland, 2025)¹ zeigt, dass 2024 in Deutschland bei 15,2 Millionen untersuchten Fällen 56 Prozent der Fälle potenziell ambulantisierbar und 42 Prozent der Belagstage potenziell vermeidbar gewesen wären. Umgelegt auf Österreich bei einer Ausgangsbasis von ca. 1,7 Millionen vollstationärer Fälle pro Jahr (Zahlen aus 2023) ergäbe sich ein Einsparungspotenzial von 2,4 Milliarden Euro jährlich.

Kennzahl	Schätzung
Ambulantisierbares Potenzial	15 – 30 Prozent der stationären Fälle
Betroffene Fälle	ca. 255.000 – 510.000 pro Jahr
Ersetzbare Pflagestage	ca. 900.000 – 1,8 Millionen

Quelle: Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien (MA 24). Diese Zahlen (Stadt Wien) sind als empirische Annäherung zu verstehen, nicht als exakte Prognose. Eine konsequente Ambulantisierung erfordert parallel Anpassungen im ambulanten und pflegerischen Bereich, die ihrerseits mit Investitionskosten verbunden sein könnten, aber nicht müssen.

Länder mit konsequenter Ambulantisierung erreichen dabei eine vergleichbar hohe, teils bessere Versorgungsqualität. Das Effizienzpotenzial ist also vorhanden. Nun muss es konsequent umgesetzt werden.

¹ <https://doi.org/10.4126/FRL01-006526381>

FINANZIERUNG AMBULANTER LEISTUNGEN – EINE PERSPEKTIVE

Das derzeitige System kennt eine strukturell bedingte Finanzierungstrennung. Spitalsambulanzen werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert, niedergelassene Leistungen durch die Sozialversicherung. Nur ein Teil der Sozialversicherungsbeiträge geht pauschal über die Landesgesundheitsfonds an die Spitäler. Diese Trennung führt zu Fehlanreizen – Leistungen werden daher nicht dort erbracht, wo sie am sinnvollsten sind, sondern dort, wo die Finanzierung im Interesse der Stakeholder verfügbar ist.

Langfristiges Ziel muss daher die Finanzierung aus einem gemeinsamen Topf für den gesamten ambulanten Bereich sein: Niedergelassene Versorgung, spitalsambulante Leistungen und zum Teil auch organisatorisch ausgegliederte tagesmedizinische Einheiten sollten einheitlich über die Sozialversicherung finanziert werden. Die stationäre Versorgung verbleibt weiterhin im Verantwortungsbereich der Spitalsträger und Länder.

Eine solche Neuordnung erfordert eine Anpassung der Finanzausgleichsregelungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. Sie ist daher keine kurzfristige Maßnahme, sondern eine strukturpolitische Perspektive, die spätestens im Rahmen der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen schrittweise verankert werden sollte. Erste Schritte zu einer annähernd einheitlichen Bepunktung ambulanter und stationärer Leistungen sind bereits mit dem LKF-Modell 2025 eingeleitet worden.



2. SPITALSINFRASTRUKTUR NEU DENKEN

Wiens Gesundheitssystem ist zwar leistungsfähig, aber die bestehende Infrastruktur ist nicht auf die Anforderungen der tagesmedizinischen Entwicklungen ausgerichtet. Teure Spitalsstrukturen werden für Leistungen genutzt, die effizienter und wohnortnäher erbracht werden könnten. Es braucht daher eine strukturierte Neuordnung nach dem Prinzip „Best Point of Service, Quality und Finance“: Jede Leistung wird dort erbracht, wo sie medizinisch und organisatorisch sinnvoll, kosteneffizient und für Patientinnen und Patienten am zugänglichsten ist.

Zentraler Bestandteil dieser Neuausrichtung kann die Ausgliederung der Spitalsambulanzen aus den Spitalsträgern, orientiert am Modell der Erstversorgungsambulanzen (EVA), sein. Im jetzigen System sind „Spitalsambulanzen“ schon als Terminus ein Widerspruch in sich und Leistungen im Spital auch wegen der enormen Overheadkosten wesentlich teurer.

Dabei kommt es nicht zu einer Reduktion der Krankenhäuser oder deren Personalstruktur, sondern zu einer organisatorischen Umstrukturierung. Da Leistungen aber zunehmend verlagert werden, müssen die entsprechenden Strukturen und Prozesse neu gedacht werden.

Eine Ausgliederung des gesamten ambulanten Spitalsbereichs in eigene Gesellschaften der Trägerorganisationen ermöglicht den Aufbau neuer effizienterer Strukturen sowie Arbeits-, Dienst- und Besoldungsschemata, die den Anforderungen der modernen Tagesmedizin entsprechen. Wichtig dabei ist, dass diese Gesellschaften im Eigentum der Spitalsträger bzw. des Landes bleiben und nur Wiener Spitalsärztinnen und -ärzte beschäftigen. Durch dieses Modell können attraktive Arbeitsbedingungen und leistungsgerechte Entlohnungen im ambulanten Bereich erreicht sowie möglichen Verdienstentgängen durch wegfallende Nachtdienste entgegengewirkt werden.

In der restlichen Spitalsstruktur sollten künftig nur mehr Akutfälle behandelt werden und primär eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die in Form von Spezialambulanzen mit Terminvergabe organisiert sind, sowie die allgemeine stationäre Patientenversorgung stattfinden. Sobald die ambulante Versorgung aus den Spitälern verlagert und vollständig in den extramuralen Bereich verlagert wird, kann auch die Finanzierung dieses gesamten ambulanten Sektors langfristig durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) erfolgen.

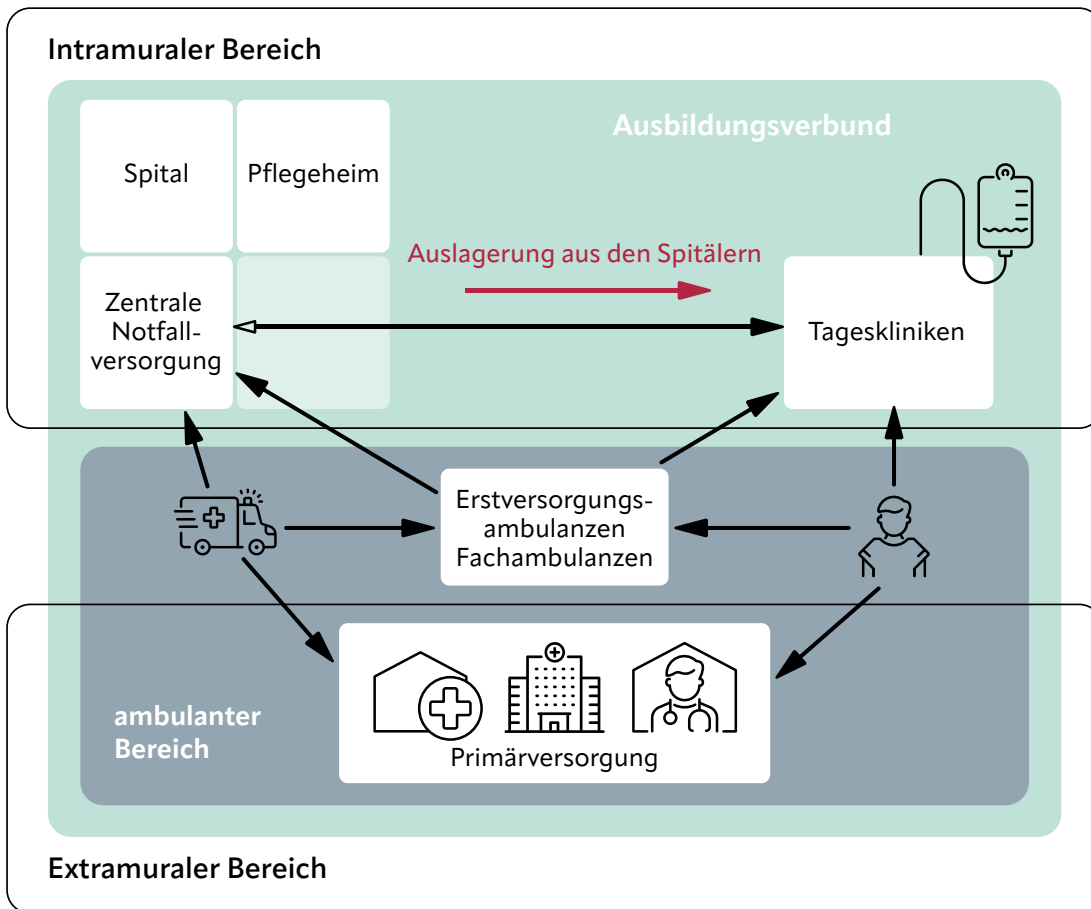
Effizienz bedeutet im Gesundheitssystem nicht „Sparen um jeden Preis“, sondern Ressourcen dort einzusetzen, wo sie den größten Nutzen bringen – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Produktivitäts- und Effizienzgewinne sollten daher systematisch im öffentlichen Gesundheitssystem reinvestiert werden: in medizinische Leistungen, Personalentwicklung und -entlohnung, moderne Infrastruktur und bessere Versorgungsqualität. Effizienz wird damit zu einem Instrument, um Versorgung zu stärken, nicht um sie zu reduzieren.

Eine wesentliche Rolle kommt dabei den ausgelagerten Ambulanzen bzw. EVA als Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich zu. Sie fungieren als Gatekeeper im Spitalssystem. Patientinnen und Patienten sollten vornehmlich über diese Strukturen in das Spital kommen, wodurch eine gezielte Steuerung des Patientenaufkommens ermöglicht wird. Die Zentrale Notfallversorgung fungiert in diesem Modell nach wie vor als Anlaufstelle für Akutfälle, nach Erstbegutachtung durch die EVA, sowie als zentrale Koordinationsstelle für stationäre Aufnahmen.

Das derzeitige Versorgungsmodell folgt insgesamt einem abgestuften Konzept, das von der Primärversorgung über ambulante Einrichtungen bis hin zur stationären Versorgung im Krankenhaus reicht. Insbesondere im Bereich einer modernen Tagesmedizin ist es jedoch notwendig, neue Versorgungsmodelle zu etablieren. Spezialisierte stationäre Tageskliniken und tagesmedizinisch ambulant-therapeutische Zentren sollten als Exposituren von Spitälern ausgebaut werden, etwa im Bereich onkologischer Behandlungen oder operativer Eingriffe. Ein zentraler Ansatz ist die konsequente Orientierung am „Best Point of Service“ – also jenem Ort im Gesundheitssystem, an dem eine Behandlung medizinisch sinnvoll, effizient und patienten- bzw. wohnortnah erfolgen kann. Diese Exposituren können organisatorisch den Spitälern und damit dem intramuralen Bereich zugeordnet werden, sollten jedoch auch wie Spitalsambulanzen aus den Spitalsträgern ausgegliedert sein. Sie bilden eine Sonderfunktion an der Schnittstelle zwischen dem intra- und extramuralen Bereich und sollten gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern finanziert werden.

In diesem neuen System wird die ambulante Versorgung durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) finanziert, während die Finanzierung der Krankenhäuser vollständig durch die Länder erfolgt. Eine Sonderstellung bilden die Tagesklinischen Einheiten. Effizienzgewinne aus dieser Neuordnung werden systematisch im öffentlichen Gesundheitssystem reinvestiert – in Qualität, Personal und Infrastruktur.



Die Kurie angestellte Ärzte versteht sich dabei als strategische Impulsgeberin. Sie verbindet medizinische Expertise und Systemkenntnis, um Versorgungssicherheit, attraktive Arbeitsbedingungen und nachhaltige Finanzierung gleichermaßen zu stärken.

ENTLASTUNG DER SPITÄLER DURCH NEUE STRUKTUREN

Ein zentraler Bestandteil der zukünftigen Versorgungsstruktur sind somit dezentrale tagesmedizinische und ambulante Einheiten sowie Exposituren von Spitälern.

DABEI GILT EIN WICHTIGES GRUNDPRINZIP

Exposituren nehmen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten **keine** Patientinnen und Patienten und den Spitälern **kein** Personal weg! Sie reduzieren medizinisch nicht notwendige Übernachtungen im Spital und entlasten die Ambulanzen. Es handelt sich um eine Verlagerung der medizinischen Versorgung innerhalb der intramuralen Strukturen: Die Versorgung findet im tagesmedizinischen Bereich statt und nicht im Spital, was wesentlich kosteneffizienter ist.

SPITALSARCHITEKTUR IM WANDEL

Die Bauform von Spitälern ist eng mit dem jeweiligen Stand der Medizin verknüpft. Weitläufige Pavillonsysteme entstanden aus der Angst vor Infektionskrankheiten und der Notwendigkeit, psychiatrische Abteilungen räumlich zu isolieren. Die Wiener Psychiatriereform überwand dieses Prinzip und integrierte die Abteilungen in die Spitäler, was eine verbesserte gesamtmedizinische Versorgungsqualität zur Folge hatte.

Mit der Entdeckung von Antibiotika verringerte sich die Angst vor Infektionen signifikant, was zur verstärkten Relevanz urbaner Zentralbauten führte. Hochhäuser wie das AKH Wien galten als modern.

Heute setzt die Spitalsarchitektur auf Modulbauweisen. Multidisziplinäre Belegung, verkürzte Aufenthalte und tagesmedizinische Einheiten ohne Betten werden diese Entwicklung weiter beschleunigen.

Das Wiener Spitalskonzept 2040 knüpft daran an: Neue Versorgungsstrukturen sind nur dann dauerhaft wirksam, wenn sie auch baulich konsequent umgesetzt werden.

KLARE VERSORGUNGSaufTRÄGE UND ABBAU VON PARALLELSTRUKTUREN

Jeder Standort und jede Versorgungseinheit erhält einen klar definierten Versorgungsauftrag innerhalb des Wiener Gesundheitssystems wie etwa als Zentrum für hochspezialisierte Medizin, Schwerpunktspital für regionale Versorgung oder tagesmedizinische Einheit.

Das bisherige Bettendenken muss durch ein Funktionsdenken ersetzt werden: Finanzierungsmodelle müssen sich künftig an erbrachten Leistungen und nicht an der Anzahl an Spitalsbetten orientieren. Mit dem Ausbau der ambulanten Tagesmedizin werden Bettenkapazitäten frei.

Die Belegung der Betten erfolgt, wo es medizinisch sinnvoll ist, multidisziplinär. Von einer flexiblen Bettennutzung profitieren ohne Qualitätseinbußen schätzungsweise 60 bis 70 Prozent der konservativen und operativen Standardfächer. Hochspezialisierte Fachbereiche bleiben davon ausgenommen. Die Führungs- und Qualitätsverantwortung der Primärärztinnen und -ärzte bleibt unverändert. Sie sind weiterhin für Personal, Ausbildung, Qualitätssicherung, Fachaufsicht und sämtliche Koordinationen verantwortlich.

ÜBERGÄNGE UND BEHANDLUNGSKONTINUITÄT

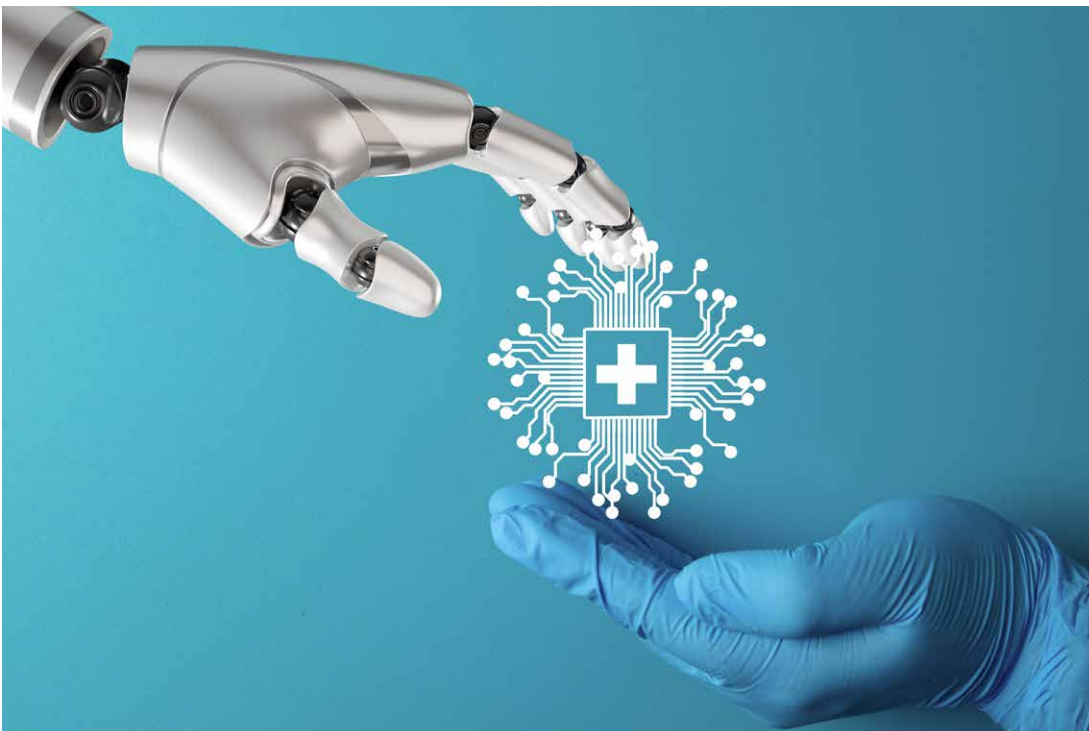
Durch die Nutzung freierwerdender Bettenkapazitäten für den Ausbau von Übergangsbetten in Pflegeheimen, Einrichtungen der Akutgeriatrie und Remobilisation (AGR) sowie in der Rehabilitation können unnötig lange Krankenhausaufenthalte reduziert werden. Patientinnen und Patienten bekommen nach einem Krankenhausaufenthalt dort eine zeitlich begrenzte, strukturierte Weiterbetreuung, wenn eine sofortige Rückkehr in den Alltag oder nach Hause noch nicht möglich ist. So können Akutbetten in den Spitälern rascher für dringend behandlungsbedürftige Menschen frei werden. Gleichzeitig erhalten Betroffene in der Übergangspflege die notwendige medizinische, pflegerische und therapeutische Unterstützung für eine rasche Genesung. Besonders bei älteren oder mehrfach erkrankten Menschen kann somit der Genesungsprozess deutlich gefördert und Komplikationen vorgebeugt werden. Entscheidend ist dabei eine enge Zusammenarbeit zwischen Spitälern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegeeinrichtungen. Mit dem Ausbau der Übergangsbetten entsteht eine kontinuierliche Versorgung, die sowohl die Qualität der Betreuung verbessert als auch das Gesundheitssystem nachhaltig entlastet.

Dieses abgestufte Versorgungsmodell – von der Primärversorgung über die Erstversorgungsambulanzen und tagesmedizinische und tagesklinische Einheiten bis zur stationären Hochleistungsmedizin – hilft, die heute häufigen Mehrfach-Stopp-Abläufe bei der Patientenversorgung zu reduzieren und verbessert sowohl die Patientenerfahrung als auch die Systemeffizienz.

STEUERUNG, TRANSPARENZ UND KOMMUNIKATION

Strukturveränderungen gelingen nur, wenn sie als kultureller Wandel verstanden, transparent kommuniziert und gemeinsam getragen werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Bevölkerung müssen aktiv in diesen Prozess eingebunden werden. Der Psychosoziale Dienst (PSD) zeigt als Wiener Proof-of-Concept, dass regional verantwortete, multiprofessionelle und vernetzte Versorgung funktioniert. Dieses Prinzip ist auf weitere Fachbereiche übertragbar wie beispielsweise chronische Erkrankungen, Geriatrie oder Onkologie-Nachsorge.

Die Neuordnung wird durch eine umfassende Digitalisierung aller Gesundheitsanbieter unterstützt: durchgängige digitale Kommunikationswege, standardisierter elektronischer Befundtransfer und verlustfreier Informationsaustausch zwischen allen Versorgungsebenen. Mehr dazu im nächsten Kapitel.



3. DIGITALE WIENER MEDIZINISCHE SCHULE

Digitalisierung ist keine Zusatzfunktion moderner Medizin, sondern eine strukturelle Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Technologie soll medizinisches und pflegerisches Personal unterstützen, administrative Belastungen reduzieren und die Versorgungssicherheit erhöhen – die medizinische Entscheidungshoheit verbleibt dabei stets beim behandelnden ärztlichen Personal.

Die von uns in diesem Konzept kolportierte „Digitale Wiener Medizinische Schule“ steht für ein Gesundheitssystem, das Daten, Technologie und medizinische Exzellenz integriert: evidenzbasiert, vernetzt, lernend und patientenzentriert. Sie verbindet klinische Praxis, Forschung und Systemsteuerung auf Basis hochwertiger, verfügbarer und vertrauenswürdiger Daten.

Voraussetzungen für eine wirksame Digitalisierung sind:

- + Interoperabilität² aller IT-Systeme über Träger hinweg,
- + eIDAS³ konforme Identitäten,
- + einheitliche Datenstandards,
- + hohe IT-Sicherheitsstandards sowie
- + Schulungsprogramme im digitalen Umfeld für das medizinische und pflegerische Personal.

Ziel der Digitalisierung ist nicht Technologie um ihrer selbst willen, sondern ein messbarer Mehrwert: weniger administrative Belastung für medizinisches Personal, schnellere und fundiertere Entscheidungen sowie eine höhere Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

EINHEITLICHE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Der Digitalisierungsgrad im Wiener Gesundheitswesen ist derzeit zwischen Trägern und Standorten sehr unterschiedlich. Unterschiedliche IT-Systeme und fehlende Schnittstellen führen zu Doppelgleisigkeit und erschweren den Datenaustausch.

Für das Spitalskonzept 2040 ist eine trägerübergreifende, ja sogar österreichweite elektronische Patientenakte unerlässlich: Medizinische Informationen wie Befunde, Diagnosen, Medikationen und Bilddaten müssen dort verfügbar sein, wo die Behandlung stattfindet, unabhängig vom Standort mit klarer Souveränität. Die Akte muss für medizini-

² Interoperabilität umfasst dabei nicht nur technische Schnittstellen, sondern auch semantische Standards und klare Governance-Regeln, die sicherstellen, dass Daten systemübergreifend korrekt interpretiert und genutzt werden können.

³ electronic Identification, Authentication and Trust Services – europaweite sichere Anmeldung für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten

sches Personal intuitiv nutzbar und für Patientinnen und Patienten transparent sein. Digitale Dokumentation auf Basis von KI-Reporting und KI-basierter Spracherkennung soll administrative Aufwände deutlich reduzieren.

Die elektronische Patientenakte muss als longitudinales, lebensbegleitendes System gedacht werden, das sektorenübergreifend von allen Bereichen bis hin zum Spital aktuelle und konsistente Informationen in nahezu Echtzeit bereitstellt.

„Digitale Verfügbarkeit ersetzt physische Wege.“



WIENER GESUNDHEITSDATENRAUM

„Daten als Antibiotikum unserer Zeit“

Eine gemeinsame Datenbasis macht aus vielen Häusern ein lernendes System. Kern dieses Ansatzes ist ein trägerübergreifender Wiener Gesundheitsdatenraum mit drei klar getrennten Nutzungspfaden:

- + Primärnutzung (Behandlung): Rollenbasierter, protokollierter Zugriff auf Patientendaten für die direkte klinische Versorgung.
- + Sekundärnutzung (Qualität und Forschung): Pseudonymisierte Daten für Qualitätsverbesserung, Versorgungsforschung und Systemsteuerung – ausschließlich unter kontrollierten Rahmenbedingungen.
- + Tertiärdatennutzung (nicht direkte Gesundheitsdaten): ökonomische Gesundheitsdaten für die Versorgungssicherheit, Patientenströme sowie Statistiken für bessere sozioökonomische Planung.

Der European Health Data Space (EHDS), dessen EU-Verordnung am 26. März 2025 in Kraft trat, schafft dafür erstmals einen verbindlichen europäischen Rechtsrahmen. Die österreichische eHealth-Strategie unterstützt diese Entwicklung durch Ziele wie bessere Dateninteroperabilität und Nutzung anonymisierter Daten für Forschung und Versorgungsplanung.

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist eine klare Daten-Governance: transparente Zugriffsregeln, vollständige Protokollierung aller Datenzugriffe sowie ein verbindliches Rollen- und Berechtigungskonzept. Datensouveränität und Vertrauen sind dabei zentrale Voraussetzungen für die Akzeptanz beim medizinischen Personal sowie bei Patientinnen und Patienten.

„KI ohne gute Daten ist wie ein Arzt ohne sauberes Stethoskop.“



Künstliche Intelligenz kann Ärztinnen und Ärzte gezielt unterstützen – etwa in der Diagnostik, bei der Priorisierung von Fällen oder der Optimierung klinischer Prozesse. Voraussetzung dafür sind hochwertige, strukturierte Daten sowie klare regulatorische und ethische Leitlinien. Die medizinische Entscheidungsverantwortung verbleibt dabei stets beim behandelnden ärztlichen Personal.

Diese Umsetzung erfordert eine klare Steuerungsstruktur mit definierten Verantwortlichkeiten sowie eine schrittweise Realisierung entlang priorisierter Use Cases. Nur so kann sichergestellt werden, dass Digitalisierung nicht fragmentiert erfolgt, sondern als integrierte Transformation des gesamten Systems.



4. KONSEQUENT ORGANISIERTE ZUSAMMENARBEIT ALLER TRÄGER

Neben der Datenverfügbarkeit ist die operative Koordination der Versorgungsstrukturen entscheidend. Das Spitalskonzept 2040 sieht eine zentrale Steuerung aller Rettungszufahrten sowie ein stadtweites Bettenmanagement vor, das Spitalskapazitäten in Echtzeit koordiniert. Dabei geht es nicht nur um Betten, sondern um die gesamten Behandlungskapazitäten eines Spitals: verfügbare OP-Slots, Intensivkapazitäten, CT/MRT-Diagnostik sowie Stroke- und PCI-Versorgung.

GESUNDHEITSHOTLINE 1450 ALS KOORDINATIONSPLATTFORM

Die Gesundheitshotline 1450 wird zur zentralen Koordinationsplattform des Wiener Spitalssystems weiterentwickelt: als erster Zugangspunkt für Patientinnen und Patienten, Echtzeit-Schnittstelle für Kapazitätsinformationen und Instrument zur strukturierten Terminsteuerung. Bis 2040 sollten 1450, Wiener Berufsrettung, Ärztesfunkdienst, Spitäler, Spitalsexposituren und ambulante Einrichtungen auf eine gemeinsame Datenbasis zugreifen können. Das Modell folgt dem Prinzip eines Flughafen-Towers: zentrale Steuerung auf Basis aktueller Informationen, ohne die operativen Entscheidungen einzelner Einrichtungen zu ersetzen.

STANDARDISIERTE ÜBERLEITUNGSWEGE UND KAPAZITÄTSLOGIK

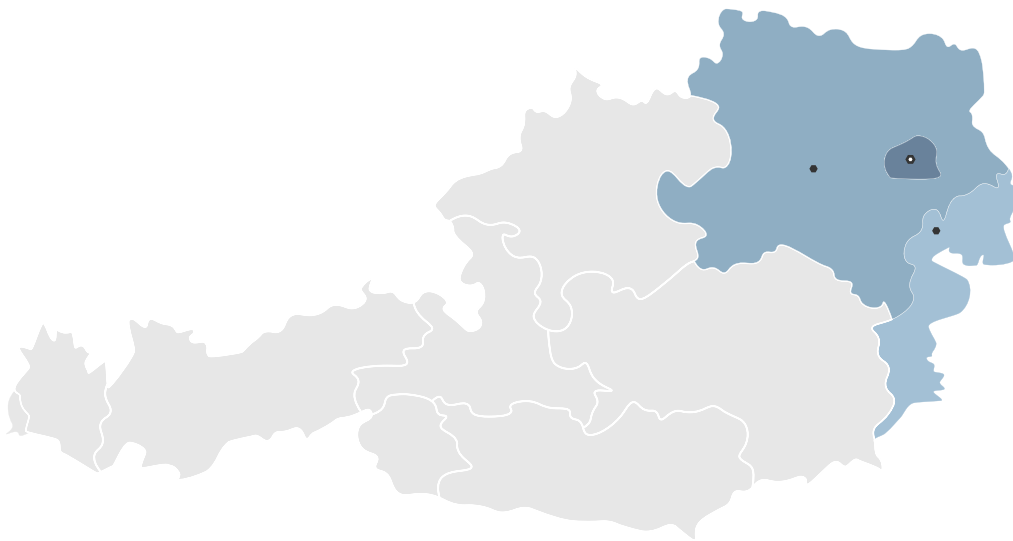
Standardisierte Überleitungsprozesse stellen sicher, dass Patientinnen und Patienten nahtlos zwischen Versorgungsbereichen geführt werden – von der Notfallversorgung in spezialisierte Einheiten, von tagesmedizinischen Einrichtungen in ambulante Nachbetreuung oder von der stationären Versorgung in Rehabilitation und Pflege. Klare Verantwortlichkeiten und definierte Kommunikationswege reduzieren Reibungsverluste und erhöhen die Patientensicherheit.

Die Vernetzung von Spitälern, Rettungsdiensten und Koordinationsstellen macht Behandlungskapazitäten systemweit sichtbar – ganz im Sinne des „Best Point of Service“, in weiterer Folge „Best Point of Quality“ – und mündet in „Best Point of Finance“.

VERSORGUNGSREGION OST

Wien sollte als Zentrum der Versorgungsregion Ost einen großen Anteil der hochspezialisierten Behandlung von Patientinnen und Patienten aus den angrenzenden Bundesländern übernehmen. Dieser Versorgungsbeitrag muss sich in einer klaren Regelung der Finanzierung widerspiegeln.

Das Wiener Spitalskonzept 2040 sieht vor, dass die Finanzierung der Versorgungsregion Ost zukünftig nach transparenten, diagnosebezogenen Leistungen erfolgen sollte und nicht bei Verhandlungen im finanzpolitischen Verteilungskampf.



5. Ärztinnen und Ärzte als Expertinnen und Experten sowie Systemgestalterinnen und -gestalter

5. ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ALS EXPERTINNEN UND EXPERTEN SOWIE SYSTEMGESTALTERINNEN UND -GESTALTER

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen – durch Tagesmedizin, neue Versorgungsaufträge und digitale Steuerung – wird stattfinden.

Entscheidend ist, dass dieser kulturelle Wandel geordnet, transparent und mit aktiver Einbindung der Ärztinnen und Ärzte in Wien gestaltet wird.



CHANGE-GOVERNANCE ALS PRINZIP

Jede relevante strukturelle Veränderung wie tagesmedizinische Ambulantisierung, neue Versorgungsaufträge, IT-Einführungen, Steuerungsänderungen muss mit einem strukturierten Umsetzungsplan verbunden sein, der Folgendes umfasst:

- + klinische Risikoanalyse
- + Schulungs- und Implementierungsmaßnahmen
- + Feedback- und Evaluationsschleifen
- + klar definierte Verantwortlichkeiten

Klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte werden systematisch in Planungs- und Umsetzungsprozesse eingebunden. Diese Einbindung ist kein Prozessformalismus, sondern Voraussetzung für praxistaugliche Lösungen und die frühzeitige Vermeidung von Fehlplanungen. Sie ist deshalb ebenso wie die transparente Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Öffentlichkeit im Spitalskonzept 2040 als verbindliche Umsetzungsregel etabliert und essenziell für die erfolgreiche Umsetzung.

NEUE BERUFSPROFILE ZUR ENTLASTUNG ÄRZTLICHER KERNAUFGABEN

Organisatorische Tätigkeiten werden künftig stärker von speziell ausgebildeten Berufsgruppen übernommen. Neue Profile – etwa medizinisch-administrative Fachkräfte – und personell aufgestockte klinisch-administrative Dienste entlasten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegeberufe von überbordender Dokumentation, Terminmanagement und organisatorischer Koordination. Damit gewinnt das medizinische und pflegerische Personal Zeit für seine Kernaufgaben: Diagnose, Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten.



6. AUSREICHENDES, GUT AUSGEBILDETES PERSONAL UND OPTIMALE ARBEITSBEDINGUNGEN

Das Spitalskonzept 2040 schafft durch definierte planbare Abläufe, flexiblere Dienstmodelle und eine zukunftsfähige Ausbildungsarchitektur die strukturellen Voraussetzungen für die Mitarbeiterzufriedenheit in einer modernen Arbeitswelt im Krankenhaus.

Karriereentwicklung wird als Teil der Versorgungsqualität verstanden: stabile Teams, geringere Fluktuation und verlässliche Ausbildung erhöhen die Behandlungsqualität. Karriere ist damit keine Zufallsfolge individueller Wege, sondern eine planbare Systemleistung des Wiener Spitalswesens.

DIENSTZEITMODELLE: KONKRETE VERÄNDERUNGEN

Durch die Verlagerung geeigneter Leistungen in die Tagesmedizin entstehen besser planbare Strukturen, die neue und flexiblere Arbeitszeitmodelle ermöglichen. Diese gezielt planbaren Strukturen werden genutzt, um Entwicklungszeiten (Ausbildung, Mentoring, Führungstraining und Forschungszeiten) verlässlich als fixes Element der Personalplanung und nicht als freiwilligen Zusatz im Dienstplan abzubilden. Eine vermehrte Verlagerung der Arbeitszeit in die Tagesmedizin reduziert belastende Nacht- und Wochenendpräsenzen, während eine Ausgliederung der ambulanten Spitalsstruktur flexiblere Dienstmodelle und eine bessere Entlohnung ermöglicht.

AUSBILDUNGSVERBUND

Spitäler bleiben der zentrale Ort ärztlicher Ausbildung – insbesondere für Akutmedizin, komplexe Krankheitsbilder und hochspezialisierte Leistungen. Gleichzeitig gewinnt mit der Einführung der Fachärztin oder des Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin die Ausbildung im niedergelassenen Bereich an Bedeutung.

Ein trägerübergreifender Ausbildungsverbund mit verbindlich geregelten Rotationen durch alle Versorgungsbereiche – Spitäler, tagesmedizinische Einheiten, Primärversorgungseinrichtungen und Lehrpraxen – ermöglicht ein ganzheitliches Verständnis des Gesundheitssystems und verbessert die Ausbildungsqualität nachhaltig. Die Verantwortung für Inhalte, Supervision und Qualitätsstandards verbleibt bei den anerkannten Ausbildungsstellen. Die Rotation im Ausbildungsverbund wird in einer gemeinsamen Einstiegsphase strukturiert gebündelt. Diese Einstiegsphase (Jahre 1–3) kombiniert Rotationen, Onboarding und Orientierungsformate und schafft damit eine einheitliche Basis für alle Ärztinnen und Ärzte, unabhängig vom späteren Karriereweg.

PERSONALENTWICKLUNG UND KARRIEREPLANUNG

Personalentwicklung beginnt nicht mit dem Facharztabschluss und endet nicht mit der ersten Leitungsposition. Ein zukunftsfähiges Wiener Gesundheitssystem braucht eine durchgängige Karrierelogik, die Ärztinnen und Ärzte von der Ausbildung bis zur Führungsverantwortung und darüber hinaus begleitet und aktiv fördert.



STRUKTURIERTE KARRIEREPFADE IM LAUFENDEN DIENST

Derzeit fehlt im Wiener Spitalssystem oftmals eine Systematik für Karriereentwicklung im fachärztlichen Bereich, welche mit der Ernennung zur Oberärztin oder zum Oberarzt endet. Eine Position als Primarärztin bzw. Primararzt ist oftmals der nächstmögliche Karriereschritt, welcher mit vielen Voraussetzungen und großer Verantwortung einhergeht – nicht jede Kollegin bzw. jeder Kollege strebt das an. Eine strukturierte Weiterentwicklung und ein Karriereweg als Fach- bzw. Oberärztin oder -arzt fehlt in vielen Bereichen und führt zum Abgang von hochqualifiziertem Personal.

Das Spitalskonzept 2040 sieht daher die Entwicklung klar definierter Karrierestufen vor, die folgende Elemente umfassen:

+ Fachliche Entwicklung: Strukturierte Weiterbildungsangebote über die Facharztausbildung hinaus – etwa in den Bereichen Qualitätsmanagement, klinische Führung, medizinische Didaktik oder spe-

zialisierte Subspezialitäten. Weiterbildung wird nicht dem Zufall überlassen, sondern als Teil der Personalplanung der Abteilung organisiert.

- + **Führungslaufbahn:** Ärztinnen und Ärzte, die Leitungsverantwortung anstreben, erhalten gezieltes Training in den Bereichen Personalführung, Konfliktmanagement, Ressourcenplanung und medizinisches Qualitätsmanagement. Führungspositionen werden auf Basis transparenter Kriterien und strukturierter Verfahren besetzt.
- + **Wissenschaftliche Laufbahn:** Die Verbindung von klinischer Tätigkeit und Forschung wird strukturell gefördert – durch definierte Forschungszeiten, Kooperationsvereinbarungen mit medizinischen Universitäten und Unterstützung durch Drittmittelförderungen. Wien hat das Potenzial, klinische Forschung und Spitalsversorgung enger zu verknüpfen, als es derzeit der Fall ist.
- + **Mentoring und Supervision:** Jede Ärztin und jeder Arzt in Ausbildung erhält ein strukturiertes Mentoring. Erfahrene Kolleginnen und Kollegen werden für diese Aufgabe formal anerkannt und – wo möglich – auch zeitlich entlastet. Mentoring wird als definierte Funktion mit klaren Aufgaben verstanden: Orientierung im System, Unterstützung bei Entscheidungswegen, Rückmeldung zur Entwicklung. Es ersetzt keine fachliche Ausbildung, sondern schafft Verlässlichkeit in der Begleitung mit Ressourcen in der Personalplanung.

Karrierepfade werden als gleichwertige Optionen systematisch angeboten: klinische Entwicklung bis zur Führungsverantwortung, Spezialisierung im eigenen Bereich sowie wissenschaftliche Profile. Für jeden Pfad sind Kompetenzen, begleitende Qualifizierungen und passende Mentoring-Strukturen definiert, sodass Übergänge planbar werden.

Karrierebegleitung ist ein Dauerelement des gesamten Berufslebens im Wiener Spitalswesen. Sie umfasst regelmäßige, strukturierte Karrieregespräche und Peer-Formate sowie ein klar geregeltes persönliches Weiterentwicklungsbudget, das Fortbildungen, Kongressbesuche und definierte Qualifizierungsbausteine ermöglicht.

Das System der Zukunft gibt ein verbindliches Entwicklungsversprechen: Wer einen definierten Karrierepfad wählt, erhält nachvollziehbare Unterstützung und planbare nächste Schritte. Dieses Versprechen ersetzt keine Auswahlverfahren, macht sie aber transparent und verlässlich.

Karrierepfade berücksichtigen Übergänge und Rollenwechsel aktiv – etwa Rückkehr nach Karenz, Wechsel zwischen Profilen oder gleitende Übergänge in den Ruhestand. Für leitende Funktionen werden Übergabe- und Nachfolgephasen als Standard vorgesehen, um Wissen im System zu halten und Brüche zu vermeiden.

PERSONALGEWINNUNG UND -BINDUNG: WIEN IM WETTBEWERB

Wien konkurriert um medizinisches Personal nicht nur österreichweit, sondern zunehmend auch mit anderen europäischen Ländern. Wer nach dem Studium oder der Facharztausbildung ins Ausland wechselt, kehrt selten zurück.

Die Maßnahmen zur Personalgewinnung müssen diese Realität abbilden.

- + **Ausbildungsplätze:** Während die Politik immer wieder auf eine Erhöhung der Studienplätze drängt, spricht sich die Kurie angestellte Ärzte seit Jahren dafür aus, mehr Ausbildungsplätze zu schaffen. Dies bedeutet, dass ausreichend Basisausbildungsplätze vorhanden sein müssen, um Wartezeiten zu vermeiden und einen direkten Start nach dem Studium zu ermöglichen. Zudem müssen ausreichend Ausbildungsplätze für die Facharztausbildung zur Verfügung gestellt werden, um den demographischen Wandel und moderne Entwicklungen zu berücksichtigen.
- + **Aktive Rekrutierung:** Wien muss sich als attraktiver Standort für medizinische Karrieren positionieren – mit Präsenz an Universitäten, Fachkongressen und internationalen Netzwerken. Nur wer attraktive Bedingungen schafft, kann die besten Leute rekrutieren.
- + **Internationale Ärztinnen und Ärzte:** Wien hat eine lange Tradition als internationaler Medizinstandort. Strukturierte Willkommensprogramme wie inklusive Unterstützung bei Anerkennung ausländischer Abschlüsse, Sprachförderung und administrativer Integration erleichtern den Einstieg und reduzieren die Abbruchquote in der Anfangsphase. Willkommensprogramme werden mit der Einstiegsphase verknüpft, damit Integration, Orientierung und Rotation aus einer Hand geplant und frühe Abbrüche vermieden werden.
- + **Lebensarbeitszeitmodelle:** Karrierepläne berücksichtigen unterschiedliche Lebensphasen. Teilzeitmodelle, Elternteilzeit, Sabbaticals und gleitende Übergänge in den Ruhestand werden nicht als Ausnahme, sondern als integraler Bestandteil der Personalplanung verstanden.
- + **Konkurrenzfähige Gehälter:** In Wien wird Spitzenmedizin auf höchstem Niveau betrieben. Das AKH gehört zu den international renommiertesten Universitätskliniken. Die Hauptstadt versorgt einen Großteil der umliegenden Bundesländer. Diese Leistung muss honoriert und das Gehaltssystem entsprechend angepasst werden. Denn auch hier gilt der Grundsatz: Geld muss Leistung folgen.



KARRIEREPLAN-PORTAL

Ein zentrales digitales Instrument für all diese Maßnahmen könnte ein entsprechendes Karriereplan-Portal liefern, das dabei drei Kernfunktionen erfüllt:

- + Rotations- und Ausbildungsplanung (strukturierte Planung und Übersicht über alle erforderlichen Rotationen und verfügbaren Stellen),
- + Transparenz über Ausbildungsqualität (Dokumentation und Analyse von Eingriffszahlen, Schwerpunkten und damit Vergleichbarkeit von Abteilungen) und
- + systemweite Personalplanung (Erstellung demographischer Modelle, frühzeitiges Erkennen von Engpässen und Personalbedarf, sowie Entwicklung gezielter Steuerungsmaßnahmen).

Die Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien übernimmt dabei eine zentrale Rolle, da sie über Ausbildungsdaten, Anerkennungen und systemweite Einblicke verfügt. Datenschutz- und Transparenzregeln stellen sicher, dass das Portal ausschließlich zur Ausbildungsplanung und Qualitätssicherung genutzt wird – und nicht zur individuellen Leistungsüberwachung. Das Portal bildet als strukturierte Prozessunterstützung zusätzlich die Karrierecheckpoints, Entwicklungsvereinbarungen und Pfadbausteine ab. Die Darstellung erfolgt so, dass sie individuelle Entwicklung planbar macht, ohne personenbezogene Leistungskontrollen zu ermöglichen.

KOMMENTAR/ERGÄNZUNG ZUM SPITALSKONZEPT SONDERKLASSE UND TAGESMEDIZIN

Sonderklasse ist kein Randthema der Spitalsfinanzierung, sondern ein strukturpolitischer Hebel mit erheblich ungenutztem Potenzial. Ziel ist es, dieses Potenzial zu heben und effektiv für das öffentliche System nutzbar zu machen.

ZWISCHEN POTENZIAL UND NUTZUNG

Laut dem Jahresbericht 2024 des Versicherungsverbands Österreich verfügen rund 39 Prozent der österreichischen Bevölkerung über eine private Zusatzversicherung.⁴ Gleichzeitig liegt der Anteil tatsächlich genutzter Sonderklassekapazitäten in den Fondskrankenanstalten derzeit weit unter der im Krankenanstaltengesetz vorgesehener Sonderklassequote von bis zu 25 Prozent.

Diese Diskrepanz zeigt, dass bestehende gesetzliche Spielräume nicht ausgeschöpft werden. Eine konsequente Weiterentwicklung der Sonderklasse könnte:

- + zusätzliche Einnahmen für Krankenanstalten generieren und im öffentlichen System halten,
- + vorhandene Kapazitäten effizienter nutzen und
- + die Attraktivität des öffentlichen Systems fördern.

ANPASSUNGSBEDARF: SONDERKLASSE UND TAGESMEDIZIN

Die derzeitige gesetzliche Ausgestaltung der Sonderklasse ist ausschließlich auf stationäre Aufenthalte ausgerichtet. Sie bildet die heutige Versorgungsrealität damit nur unzureichend ab: Viele Leistungen, für die Patientinnen und Patienten eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, werden heute tagesmedizinisch oder ambulant erbracht und fallen somit aus dem Sonderklasserahmen heraus.

Der strukturelle Wandel zur Tagesmedizin, der aufgrund des medizinischen Fortschritts aber konsequent eintreten wird, macht eine ebenso folgerichtige Leistungsabgeltung der Sonderklassegebühren in der Tagesmedizin erforderlich, weil diese der stationären ärztlichen Leistungserbringung gleichzustellen ist.

Die Kurie angestellte Ärzte der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien spricht sich daher für eine Weiterentwicklung hin zu einer ambulanten Sonderklasse im Spital aus. Diese würde es ermöglichen, Zusatzleistungen auch im tagesmedizinischen Bereich abzurechnen und die damit verbundenen Einnahmen direkt im öffentlichen Ge-

⁴ [https://wonet.vvo.at/vvo/wonet_website.nsf/sysPages/Jahresbericht_2024_Daten.html/\\$file/VVO_Jahresbericht_2024_Datenteil.pdf](https://wonet.vvo.at/vvo/wonet_website.nsf/sysPages/Jahresbericht_2024_Daten.html/$file/VVO_Jahresbericht_2024_Datenteil.pdf)

sundheitssystem zu halten. Das entspricht dem Grundprinzip des Spitalskonzepts 2040: Effizienzgewinne werden reinvestiert und nicht abgeschöpft.

SCHLUSSWORT UND DANKSAGUNG

Das Wiener Spitalskonzept 2040 legt die strukturellen Grundlagen für ein Gesundheitssystem, das den Anforderungen der nächsten Jahrzehnte gewachsen ist: leistungsfähig, finanzierbar und attraktiv für das medizinische Personal.

Die beschriebenen Maßnahmen – von der Neuordnung der ambulanten Versorgungsstruktur über den Ausbau der Tagesmedizin bis zur Digitalisierung und dem trägerübergreifenden Ausbildungsverbund – greifen nur dann, wenn sie konsequent und gemeinsam umgesetzt werden. Das setzt klare Zuständigkeiten, transparente Kommunikation und die strukturierte Einbindung aller Beteiligten voraus.

Die Kurie angestellte Ärzte der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien will diesen Prozess aktiv mitgestalten – mit medizinischer Expertise, Systemkenntnis und dem Anspruch, Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen gleichermaßen zu stärken.

Das Spitalskonzept 2040 ist das Ergebnis eines intensiven fachlichen Austauschs zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, Institutionen und Entscheidungsträgerinnen und -trägern des Wiener Gesundheitswesens. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erfordert Expertise, Erfahrung und die Bereitschaft, Verantwortung für die Zukunft des Systems zu übernehmen.

Besonderer Dank gilt allen, deren fundierte Beratung und strategische Impulse neue Perspektiven eröffnet und zentrale Weichenstellungen und Formulierungen mitgeprägt haben. Die vorgenommene differenzierte Analyse, der Mut zu Weitblick und die Bereitschaft zum konstruktiven Diskurs haben wesentlich dazu beigetragen, das Spitalskonzept 2040 in seiner jetzigen Form zu gestalten.

Allen Beteiligten, die mit Fachwissen, Erfahrung und Engagement an der Erarbeitung dieses Konzepts mitgewirkt haben, gilt aufrichtiger Dank.

Das Spitalskonzept 2040 versteht sich als gemeinsames Projekt und als gedanklicher Anstoß – getragen von der Überzeugung, dass eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Wiener Gesundheitssystems nur im partnerschaftlichen Zusammenwirken gelingen kann.

Für das Spitalskonzept haben wir zudem die Expertise der Kurie niedergelassene Ärzte sowie der Fachgruppenobfrauen – und -männer der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, der Wiener Berufsrettung, der Gesundheitshotline 1450, der Wiener Patientenadvokatur, des Wiener Gesundheitsverbands (WIGEV), der Abteilung für strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien (MA 24) sowie der politischen Gesundheitssprecher einfließen lassen.

ANHANG 1

Tagesmedizinisch (beispielhaft) mögliche Eingriffe nach Fachgebieten:

Fachgebiet	Tagesmedizinisch mögliche Eingriffe
Augenheilkunde	<ul style="list-style-type: none">→ Cataract OPs→ Glaukom OPs→ Lasertherapie bei Nachstar, Glaukom, Netzhautdefekten und zur refraktiven Korrektur→ Intravitreale Medikamentengabe
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none">→ Operationen von Muttermalen und Tumoren→ Wundmanagement bei venösen und arteriellen Erkrankungen→ Nachbetreuung operativer Patienten und Tumorpatienten→ Desensibilisierungen bei Allergien, Testungen→ Betreuung von Biologikapatienten→ Phototherapie→ Venenverödungen→ Muttermalkontrollen, Nachsorge bei Melanom und anderen Hauttumoren→ Betreuung chron. Dermatosen
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none">→ Sämtliche Curettagen, Hysteroskopien, Zervixcurettagen→ Polypentfernung→ Ballonkatheterisierung bzw. Thermoablation bei Hypermenorrhoe→ Endometriumablation→ Interruptio gravidatis (Schwangerschaftabbrüche)→ LLETZ Konisationen bei Dysplasien→ Laparoskopische Eingriffe, diagnostisch als auch therapeutisch→ Eileiterunterbindung,→ Salpingektomien (Adhäsiolysen)→ IUP (Intrauterinpeessar) Einlage in Narkose→ HyCoSy- Eileiterdurchgängigkeitsprüfungen→ Follikelpunktionen→ IVF→ Abszesseröffnung→ Bartholinische Cystenextirpation→ Marsupialisationen→ Condylom Abtragungen→ Kauterisierung zB Condylomen / Hautpolypen,→ PE- Zervix und Vulva in LA und Stanzbiopsien→ Mammae PE & Stanzbiopsien→ Vakuumsaugbiopsie

Fachgebiet	Tagesmedizinisch mögliche Eingriffe
Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> → Transösophageale Echokardiographie → Elektrophysiologische Untersuchungen (bei stabilen Patienten) → Rechtsherzkatheter → Linksherzkatheter / Koronarangiographie /PCI → Implantation von Herzschrittmachern (einfach, selektiert) → Aggregatwechsel (PM/ICD) → Implantation von Loop-Recordern → Sondenlose Schrittmacher (leadless pacemaker) → Endosonographie → Kapselendoskopie → ERCP (selektiert, low-risk) → Leberbiopsie → Aszitespunktion (diagnostisch und therapeutisch) → Knochenmarkpunktion → Biopsien (sonographisch gesteuert) → Chemotherapien (tagesklinisch Standard) → Biologika / Immuntherapien → Transfusionen → Eiseninfusionen → Chemos → Endo und Colo ohne Interventionen → PAC → PM → Defi
Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> → CT-gezielte Nervenwurzelblockaden LWS+HWS → CT gezielte epidurale Infiltrationen LWS → CT gezielte Facetteninfiltrationen u diagnostische Facettenblockaden → Radiofrequenz-Denervierung der Facettengelenke (R.medialis n.spinalis) → Biopsien zur onkologischen Abklärung → Punktionen zur Keimbestimmung → Pavk- Therapie bei entsprechender Fitness der Patient*innen

Fachgebiet	Tagesmedizinisch mögliche Eingriffe
Schmerzmedizin	<ul style="list-style-type: none">→ diagnostische wie therapeutische Infiltrationen (Ultraschall / Röntgen gezielt, dokumentiert, inkl. Nervenablationen: physikalisch (Radiofrequenz, Kryoablation), chemisch oder biologisch in Abhängigkeit der Entwicklungen→ Triggerpunkt→ intramuskuläre, -fasziale Infiltrationen→ intra-/periartikuläre Infiltrationen→ Transforaminale Infiltration / periradikuläre Infiltration→ Epidurale Infiltration, Sakralblock→ Epiduroskopie, Epidurolyse, Diskographie→ Intercostalnervenblockade→ Iliosakralgelenksinfiltration→ Plexusblockaden (diagnostisch / therapeutisch)→ periphere Nervenblockaden (diagnostisch / therapeutisch)→ Ganglionäre Opiat Analgesie (GLOA)→ Ganglion Blockade (cervicale superius, stellatum, coeliacus, impar, ...)→ Botulinum-Toxin Infiltrationen (neuropathische Schmerzen, Migräne, ...)→ Prolotherapie→ Legen/Wechsel einer s.c. Nadel zur Schmerztherapie (Pumpe)→ Nadelwechsel/Punktion eines Port-a-Cath→ Infusionstherapie→ Füllen und Programmieren von implantierten Pumpensystemen→ Kontrollieren und Adaptieren von SCS-, PNS-, DRG-Systemen→ Füllen und Adaptieren externer Schmerzpumpen→ Stammzellentherapie im Rahmen der Schmerztherapie→ autologes konditioniertes Plasma Therapy (ACT)→ Akupunktur
Radioonkologie – Strahlentherapie	alle Eingriffe sind tagesmedizinisch möglich

Auf Basis der Rückmeldungen der Fachgruppenobfrauen und -männer (Stand: April 2026).

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber
Ärztchammer für Wien
Körperschaft des öffentlichen Rechts
vertreten durch den Präsidenten
Kurie angestellte Ärzte
1010 Wien, Weihburggasse 10–12
Tel.: +43 1 51501-0
E-Mail: kurie.ang@aekwien.at

Bilder/Fotos (sofern nicht anders angegeben): lizenziert über Shutterstock.
Teilweise KI-generiert oder -bearbeitet.



KAMMER FÜR ÄRZTINNEN
UND ÄRZTE IN WIEN