

IHS RESEARCH REPORT

11 | 2026

Welche Mechanismen liegen Wartelistenvorrichtungen zugrunde?

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Stephanie Reitzinger, Christoph Iby



INSTITUTE FOR
ADVANCED STUDIES
VIENNA

Projektbericht
Research Report

September 2026

Welche Mechanismen liegen Wartelistenvorreihungen zugrunde?

Thomas Czypionka, Markus Kraus,
Stephanie Reitzinger, Christoph Iby

Unter Mitarbeit von
Noah Schüle

Studie im Auftrag
Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich



INSTITUT FÜR
HÖHERE STUDIEN
WIEN

Autor:innen

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Stephanie Reitzinger, Christoph Iby

Titel

Welche Mechanismen liegen Wartelistenvorreihungen zugrunde?

Kontakt

T +43 1 59991-127

E thomas.czypionka@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werks ist ausgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

1	Motivation und Studienvorhaben	1
2	Status quo der Wartezeiten in (Ober-)Österreich	3
2.1	Hintergrund	3
2.2	Umsetzung des Wartelistenregimes	5
2.2.1	Umsetzung in Oberösterreich	8
2.2.2	Umsetzung in den übrigen Bundesländern	12
2.3	Dauer der Wartezeiten	20
2.4	Zusammenfassende Ergebnisse	24
3	Mechanismen der Bevorzugung von Personen auf Wartelisten für elektive Operationen in Oberösterreich	28
3.1	Hintergrund	28
3.2	Ziel und Schwerpunkt	28
3.3	Methode	30
3.3.1	Online-Befragung	30
3.3.2	Betroffeneninterviews	34
3.4	Ergebnisse der Online-Befragung	35
3.4.1	Deskriptive Ergebnisse	35
3.4.2	Berufliche Auswirkungen infolge der Wartezeit	47
3.4.3	Einflussfaktoren auf die Dauer der Wartezeit	52
3.5	Ergebnisse der Betroffeneninterviews	59
4	Evidenz zu Lösungsansätzen zur Vermeidung systematischer Bevorzugungen bei elektiven Operationen	68
4.1	Internationale Regulierungs- und Steuerungsmechanismen von Wartezeiten	68
4.2	Korruption im Gesundheitswesen	74
4.3	Zusammenfassende Ergebnisse	76
5	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	78
6	Verzeichnisse	86
6.1	Abbildungsverzeichnis	86
6.2	Tabellenverzeichnis	87
6.3	Literaturverzeichnis	88
6.4	Abkürzungsverzeichnis	93
7	Anhang	94
7.1	Fragebogen der standardisierten schriftlichen Online-Befragung	94

7.2	Tabellenanhang.....	118
7.3	Sensitivitätsanalyse.....	138

1 Motivation und Studienvorhaben

Die Wartezeiten auf elektive Operationen stellen in vielen Ländern eine große Herausforderung für die Patient:innen wie auch die Gesundheitspolitik dar. Aus diesem Grund haben die politischen Entscheidungsträger in den letzten zwei Jahrzehnten wiederholt Maßnahmen ergriffen, um die Wartezeiten zu verkürzen. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass in den einzelnen Ländern mit unterschiedlichen Maßnahmen darauf reagiert wurde. Diese Maßnahmen reichen von angebotsseitigen Maßnahmen – z. B. Produktivitätssteigerung durch verbessertes Wartelistenmanagement oder vermehrten Einsatz von tagesklinischen Operationen – über nachfrageseitige Maßnahmen – z. B. Steuerung der Nachfrage durch explizite Leitlinien – bis hin zu Maßnahmen wie der Garantie einer „maximalen Wartezeit“. Trotz früherer politischer Bemühungen sind die Wartezeiten auf elektive Operationen in 21 der 34 OECD-Länder ein anhaltendes Problem. Im Jahr 2018 betrug die mediane Wartezeit in den OECD-Ländern 16,1 Wochen für einen Hüftgelenkersatz und 27,0 Wochen für einen Kniegelenkersatz (OECD, 2020; Rathnayake et al., 2021).

In Österreich bestehen zum Teil erhebliche Wartezeiten auf elektive Operationen im öffentlichen Gesundheitssystem. Diese variieren je nach Bundesland, Fachrichtung und Dringlichkeit der Operation. Die Gründe für diese Situation sind vielschichtig und reichen von begrenzten personellen und infrastrukturellen Kapazitäten über administrative Herausforderungen bis hin zur Bevorzugung von Personen, die über eine private Krankenzusatzversicherung verfügen, eine Privatordination besuchen oder eine private (= informelle) Zuzahlung tätigen.

Ein bevorzugter Zugang zu elektiven Operationen aufgrund höherer finanzieller Ressourcen einzelner Personen steht im Spannungsfeld zum Gleichbehandlungsgrundsatz des solidarischen österreichischen Gesundheitssystems. Gemäß § 16 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) haben medizinische Behandlung und Pflege in öffentlichen sowie privat-gemeinnützigen Krankenhäusern ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen. Ungeachtet dieser gesetzlichen Vorgaben weist Österreich im europäischen Vergleich eine hohe Prävalenz informeller Zahlungen im Gesundheitswesen auf und liegt auch hinsichtlich privater (Zu-)Zahlungen über dem Durchschnitt der Europäischen Union (Dallera et al., 2022).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die zentrale Forschungsfrage, ob es im Zusammenhang mit Wartezeiten auf elektive Operationen zu systematischen Bevorzugungen kommt und durch welche Mechanismen diese gegebenenfalls vermittelt werden.

Das Studienvorhaben umfasst drei Themenbereiche:

1. Status quo der Wartezeiten in (Ober-)Österreich mittels Internetrecherche zu erheben (vgl. Kapitel 2)
2. Wartezeiten mittels standardisierter schriftlicher Online-Befragung zu erheben und Mechanismen, die der Bevorzugung von Personen auf Wartelisten für elektive Operationen zugrunde liegen, zu ermitteln (vgl. Kapitel 3)
3. Evidenz zu Lösungsansätzen zur Vermeidung systematischer Bevorzugungen bei elektiven Operationen zu beleuchten (vgl. Kapitel 4)

2 Status quo der Wartezeiten in (Ober-)Österreich

Die nachfolgenden Unterkapitel stellen den Hintergrund des Themas dar, beschreiben die Umsetzung des Wartelistenregimes, analysieren die Dauer der Wartezeiten und fassen die zentralen Ergebnisse zusammen.

2.1 Hintergrund

Um bestehende Intransparenzen beim Wartelistenmanagement auf elektive Operationen zu reduzieren, wurde das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (kurz: KAKuG)¹ im Jahr 2011 novelliert. Die Novelle verpflichtet nach § 5a Abs. 2 und 3 KAKuG seither alle öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten, ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisierter Form einzurichten. Dieses muss zumindest für folgende Sonderfächer gelten:

1. Augenheilkunde und Optometrie,
2. Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie
3. Neurochirurgie.

Diese Regelung gilt zumindest für die oben angeführten Sonderfächer; die Bundesländer beziehungsweise die Krankenanstaltsbetriebsgesellschaften können die Vorgaben jedoch ausdrücklich über das gesetzliche Mindestmaß hinaus anwenden, etwa durch die Einbeziehung weiterer Sonderfächer.

Dabei sind die Wartezeiten für elektive Operationen und Fälle invasiver Diagnostik zu veröffentlichen, sofern sie vier Wochen überschreiten. Das Bundesgesetz schreibt vor, dass für jede Abteilung die Gesamtanzahl der für eine Operation vorgemerkten Patient:innen sowie davon die Zahl der Patient:innen in der Sonderklasse auszuweisen sind. Die Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben obliegt den Bundesländern.

Um den Status quo der Umsetzung des Wartelistenregimes in den öffentlichen und privat-gemeinnützigen österreichischen Krankenanstalten zu erheben, wurde eine Internetrecherche über einen Zeitraum von acht Monaten durchgeführt. Die Erhebung fand zwischen 10. Juni 2025 und 9. Februar 2026 statt. Es wurden die Wartezeiten der Krankenanstalten auf den Webseiten der jeweiligen Träger in regelmäßigen Abständen auf Aktualisierung und Länge der

¹ Siehe Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>,
abgerufen am 22.01.2026.

Wartezeiten für die Operation überprüft. Dabei wurden die verfügbaren Informationen systematisch erfasst, dokumentiert und analysiert.

Im Folgenden werden die im Gesetz genannten „Sonderfächer“ aus Gründen der besseren Lesbarkeit einheitlich als „Fächer“ bezeichnet.

Exkurs: Definition von öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten

- **Öffentliche Krankenanstalten**

Unter öffentlichen Krankenanstalten sind jene Einrichtungen zu verstehen, bei denen Gebietskörperschaften unmittelbar oder mittelbar als Eigentümerinnen auftreten.

Darunter fallen somit nicht nur Krankenanstalten, deren Trägerin eine Gebietskörperschaft ist, sondern auch solche, die von einer Holding oder Gesellschaft geführt werden, die sich gänzlich oder überwiegend im Eigentum von Gebietskörperschaften befindet oder für deren Verbindlichkeiten die öffentliche Hand haftet.

Finanziert werden diese Krankenanstalten aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesgesundheitsfonds nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Die Landesgesundheitsfonds werden aus Mitteln der Sozialversicherung, des Bundes, der Länder und der Gemeinden gespeist.

- **Privat-gemeinnützige Krankenanstalten**

Unter privat-gemeinnützigen Krankenanstalten sind jene Einrichtungen zu verstehen, bei denen private Organisationen unmittelbar oder mittelbar als Eigentümer auftreten, ohne dass eine Gewinnausschüttung an die Eigentümer zulässig ist.

Darunter fallen somit Krankenanstalten, deren Träger religiöse oder sonstige karitative Organisationen, Sozialversicherungen oder Stiftungen sind.

Finanziert werden diese Krankenanstalten aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesgesundheitsfonds nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Die Landesgesundheitsfonds werden aus Mitteln der Sozialversicherung, des Bundes, der Länder und der Gemeinden gespeist.

2.2 Umsetzung des Wartelistenregimes

Die tatsächliche Umsetzung des Wartelistenregimes spielt eine entscheidende Rolle für die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Wartezeiten auf elektive Operationen. Die verpflichtende pseudonymisierte Erfassung und Darstellung der Wartelisten soll erstens den Patient:innen die Nachvollziehbarkeit der Kriterien ermöglichen, nach denen die Reihung auf den Wartelisten erfolgt, und zweitens die Steuerung und damit die Optimierung der Wartezeiten unterstützen.

Die Bestimmungen aus § 5a Abs. 2 u 3 KAKuG sind entsprechend der Formulierung im Bundesgesetz in allen Bundesländern in Landesrecht umgesetzt worden. In einigen Punkten unterscheiden sich die Landesgesetze untereinander (vgl. Tabelle 1). Die Reihung der Patient:innen auf den Wartelisten erfolgt in den meisten Bundesländern nach „medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten“ (Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg, Wien). In Tirol sind „die Art der Indikationsstellung für den Eingriff sowie die Dringlichkeit der Durchführung nach medizinischen Priorisierungskriterien“ ausschlaggebend. In Kärnten, Oberösterreich und Vorarlberg werden neben medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten auch „soziale Gründe“ für die Reihung angeführt. Das Spitalgesetz von Vorarlberg nennt beispielhaft als einen sozialen Grund eine drohende Berufsunfähigkeit. Das niederösterreichische Landesgesetz gibt keine Kriterien für eine Reihung an. Sämtliche Landesgesetze sehen eine gesonderte Ausweisung von vorgemerkten Sonderklassepatient:innen vor.

In den folgenden Unterabschnitten wird die praktische Umsetzung des Wartelistenregimes in Oberösterreich und den übrigen Bundesländern im Detail analysiert.

Tabelle 1: Umsetzung des Bundesgesetzes in den Landesgesetzen

Land	Gesetzestext	Wartelistenreihung nach...	Wartelist hat...
Burgenland	§ 35 Abs 2 u 3 Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000	medizinischen und organisatorischen Aspekten	die Anzahl der Personen auf der Warteliste, davon gesondert ausgewiesen die Anzahl der Sonderklassepatientinnen bzw. -patienten, zu enthalten
Kärnten	§ 23 Abs 2 u 3 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999	Anmeldezeitpunkt, medizinischen und sozialen Aspekten	die Gesamtzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Patienten und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Patienten zu enthalten
Niederösterreich	§ 16b Abs 2 u 3 NÖ Krankenanstaltengesetz	keine Nennung von Kriterien im Landesgesetz	die Gesamtanzahl der für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen zu enthalten
Oberösterreich	§ 28a Oö. Krankenanstaltengesetz 1997	medizinischen und betriebsorganisatorischen und sozialen Aspekten	die Anzahl der pro Abteilung für den jeweiligen Eingriff vorgemerkten Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten zu enthalten
Salzburg	§ 21a Salzburger Krankenanstaltengesetz	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	die Anzahl der Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten zu enthalten
Steiermark	§ 20a Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	die Anzahl der Personen auf der Warteliste, wobei die Anzahl der Sonderklassepatientinnen/ Sonderklassenpatienten getrennt zu führen, zu enthalten
Tirol	§ 9a Abs 2 Tiroler Krankenanstaltengesetz	Art der Indikationsstellung und medizinischer Dringlichkeit	die Gesamtzahl der vorgemerkten Patienten je Organisationseinheit sowie die davon auf die Sonderklasse entfallenden Patienten zu enthalten
Vorarlberg	§ 30a Spitalgesetz	medizinischen und betriebsorganisatorischen und sozialen (z.B. drohende Berufsunfähigkeit) Aspekten	die Anzahl der Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten und -patientinnen zu enthalten

Wien	§ 17a Abs 8 bis 12 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten; darüber hinaus ist ein allfälliger Wunsch der Patientin oder des Patienten nach einem späteren Termin zu berücksichtigen und zu dokumentieren	die Gesamtanzahl der für eine elektive Operation in diesen Sonderfächern vorgemerkten Personen, und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen, zu enthalten
-------------	---	---	---

Quelle: IHS (2026).

2.2.1 Umsetzung in Oberösterreich

Im Landesrecht ist das transparente Wartelistenregime im Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz 1997 (kurz: Oö. KAG 1997)¹ geregelt. Dazu wurde § 28a durch die Novelle LGBl. Nr. 70/2012 eingeführt, der am 31. Juli 2012 in Kraft trat. Der § 28a Oö. KAG 1997 ist dabei als weitgehend unveränderte Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben des § 5a KAKuG zu sehen. Das Landesrecht übernimmt den Grundsatz eines transparenten Wartelistenregimes, ohne diesen durch eigenständige inhaltliche Vorgaben weiter auszugestalten. Für Oberösterreich wird im Wesentlichen festgelegt, welche Informationen in der Warteliste zu dokumentieren sind. Insbesondere ist die Wartezeit zu dokumentieren, wobei das Landesrecht präzisiert, was darunter zu verstehen ist. Außerdem ist die Anzahl der pro Abteilung für eine bestimmte Operation vorgemerkten Personen zu dokumentieren. Die gesonderte Ausweisung der Patient:innen der Sonderklasse ist dabei ausdrücklich vorgesehen.

Das Oö. KAG 1997 enthält darüber hinaus keine zusätzlichen Anforderungen an die Organisation, den Umfang oder die technische Ausgestaltung der Wartelisten und verzichtet auch auf nähere Regelungen zur Veröffentlichung von Wartezeiten. Ebenso fehlen über den bundesrechtlichen Rahmen hinausgehende verbindliche Vorgaben zur Aktualisierung der Wartelisten oder zu konkreten Priorisierungskriterien. Somit verbleibt § 28a Oö. KAG 1997 inhaltlich auf der Ebene des § 5a KAKuG und schöpft den landesgesetzlichen Gestaltungsspielraum für weitergehende Konkretisierungen kaum aus. Die Regelung beschränkt sich auf eine zusammenfassende Übernahme des bundesrechtlichen Transparenzgebots.

Die Struktur der oberösterreichischen Krankenanstalten ist komplex und von vielfältigen Kooperationen geprägt. Die Oberösterreichische Gesundheitsholding (kurz: OÖG) ist der größte öffentliche Krankenanstaltenträger im Bundesland. Sie betreibt neben dem Kepler Universitätsklinikum Linz fünf Regionalkliniken an insgesamt acht Standorten. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz wird vom gleichnamigen Orden geführt. Die Vinzenz-Gruppe betreibt in Oberösterreich zwei Ordenskliniken mit vier Standorten: das Ordensklinikum Linz mit zwei Standorten in der Landeshauptstadt, das gemeinsam mit den Elisabethinen Linz-Wien geführt wird, sowie das Ordensklinikum Innviertel mit Standorten in Ried und in Braunau. Diese werden in Kooperation mit den Franziskanerinnen von Vöcklabruck betrieben. Darüber hinaus betreiben die Franziskanerinnen von Vöcklabruck gemeinsam mit den Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz (kurz: Kreuzschwestern) das Klinikum Wels-

¹ Siehe Oö. KAG 1997:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000568>, abgerufen am 22.01.2026.

Grieskirchen mit zwei Standorten. Tabelle 2 bietet einen zusammenfassenden Überblick über die Krankenanstaltenstruktur in Oberösterreich.

Tabelle 2: Übersicht über die Struktur der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten in Oberösterreich nach Träger, Klinikum und Standort

Öffentliche und privat-gemeinnützige Krankenanstalten in Oberösterreich		
Träger	Klinikum	Standort
OÖG	Kepler Universitätsklinikum	Linz
	Salzkammergut Klinikum	Bad Ischl
		Gmunden
		Vöcklabruck
	Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum	Kirchdorf
		Steyr
	Klinikum Freistadt	Freistadt
	Klinikum Rohrbach	Rohrbach
	Klinikum Schärding	Schärding
Barmherzige Brüder	Konventhospital der Barmherzigen Brüder	Linz
Kreuzschwestern & Franziskanerinnen von Vöcklabruck	Klinikum Wels-Grieskirchen	Grieskirchen
		Wels
Vinzeng-Gruppe & Elisabethinen Linz-Wien	Ordensklinikum Linz	Linz, Fadingerstraße (OK Linz Elisabethinen)
		Linz, Seilerstätte (OK Linz Barmherzige Schwestern)
Vinzeng-Gruppe & Franziskanerinnen von Vöcklabruck	Ordensklinikum Innviertel	Braunau am Inn (KH St. Josef Braunau)
		Ried (KH Barmherzige Schwestern Ried)

Quelle: IHS (2026).

Öffentliche Krankenanstalten

Die Informationen zu Wartezeiten der **Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH** (kurz: OÖG) werden auf den Webseiten der einzelnen Krankenanstalten veröffentlicht. Zusätzlich stellt die zentrale OÖG-Webseite¹ eine Übersicht bereit, aus der hervorgeht, welche Krankenanstalt für eine bestimmte Operation die kürzeste Wartezeit aufweist.

¹ <https://www.oog.at/ueberblick-wartezeiten-operationstermine>, abgerufen am 04.02.2026.

Die OÖG erfüllt die landesgesetzlichen Vorgaben überdurchschnittlich, da sie über die drei gesetzlich definierten Fächer hinaus auch Informationen zu Wartezeiten für elektive Operationen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO) und der Unfallchirurgie veröffentlicht.

Die Wartezeiten der OÖG-Regionalkliniken wurden im Beobachtungszeitraum im Jahr 2025 halbjährlich (im März und Oktober) und im Jahr 2026 erstmals im Jänner aktualisiert. Die einzelnen Webseiten der Krankenanstalten geben die Wartezeit in Wochen an, ohne zu spezifizieren, ob es sich dabei um einen Durchschnitts- oder Medianwert handelt. Zudem werden weder die Anzahl der vorgemerkten Patient:innen noch jene der Sonderklasse-Patient:innen ausgewiesen.

Die Veröffentlichung der Informationen zu Wartezeiten für das Kepler Universitätsklinikum Linz¹ unterscheidet sich in der Darstellung von jener der OÖG-Regionalkliniken. Das Universitätsklinikum zeigt neben Operationen aus den drei Fächern auch Operationen aus der Allgemein- und Viszeralchirurgie und HNO an. Auf der Webseite sind jedoch keine Angaben dazu zu finden, wie viele Patient:innen insgesamt auf eine Operation warten und wie viele davon der Sonderklasse angehören. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, auf welchem Stand die angegebenen Wartezeiten basieren. Im Beobachtungszeitraum wurden die Wartezeiten zweimal (im November 2025 und Februar 2026) aktualisiert, was ebenfalls auf ein halbjährliches bzw. unregelmäßiges Aktualisierungsintervall schließen lässt.

Privat-gemeinnützige Krankenanstalten

Die **Barmherzigen Brüder** betreiben in Oberösterreich das Krankenhaus Linz. Auf der Webseite² des Krankenhauses werden die Informationen zu Wartezeiten für das Fach Augenheilkunde und Optometrie sowie Chirurgie veröffentlicht. Bei der Katarakt-OP wird die Wartezeit ab der Indikationsstellung ausgewiesen. Die Wartezeiten wurden im Jahr 2025 halbjährlich (im April und Oktober) sowie im Jahr 2026 erstmals im Jänner aktualisiert und sind in Wochen angegeben. Angaben zu den vorgemerkten Patient:innen oder den Sonderklasse-Patient:innen werden nicht bereitgestellt. Für das Fach Neurologie wurden am Anfang des Beobachtungszeitraums noch Informationen zu Wartezeiten veröffentlicht; gegenwärtig erfolgt jedoch keine gesonderte Ausweisung. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die aktuelle Wartezeit unter vier Wochen liegt und somit unterhalb jener Schwelle, ab der eine Veröffentlichung gesetzlich vorgesehen ist.

¹ <https://www.kepleruniklinikum.at/patienten-angehoerige/ihr-aufenthalt/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

² <https://www.barmherzige-brueder.at/portal/linz/patientenbesucher/opwarteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

Die **Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz** (kurz: Kreuzschwestern) und die **Franziskanerinnen von Vöcklabruck** betreiben gemeinsam das Klinikum Wels-Grieskirchen, mit je einem Standort in Grieskirchen und Wels. Für beide Krankenanstalten existiert eine gemeinsame Übersicht, die auf der Webseite¹ des Klinikums veröffentlicht wird. Das Klinikum geht über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus, indem es neben den drei Fächern auch Informationen zu Wartezeiten für elektive Operationen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, in der HNO sowie der Unfallchirurgie veröffentlicht. Die Wartezeiten wurden im Jahr 2025 halbjährlich (im April und Oktober) und im Jahr 2026 erstmals im Februar aktualisiert. Neben den Wartezeiten in Wochen werden keine weiteren Aufschlüsselungen nach vorgemerkten Allgemein- oder Sonderklasse-Patient:innen angegeben.

Das Ordensklinikum Linz, ein gemeinsamer Träger der **Vinzenz-Gruppe** und der **Elisabethinen Linz-Wien**, verfügt über zwei Standorte in der Linzer Innenstadt. Auf der Webseite² werden Informationen zu Wartezeiten aus den Fächern Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie HNO veröffentlicht. Die Wartezeiten sind in Wochen angegeben, jedoch ohne Angabe des letzten Aktualisierungsstands. Im Beobachtungszeitraum erfolgten Aktualisierungen im Oktober 2025 sowie im Jänner und Februar 2026. Angaben zur Anzahl der vorgemerkten oder Sonderklasse-Patient:innen sind nicht öffentlich zugänglich. Laut Webseite können jedoch vorgemerkte Patient:innen der Orthopädie den aktuellen Status ihrer Wartezeit per E-Mail erfragen.

Die **Vinzenz-Gruppe** und die **Franziskanerinnen von Vöcklabruck** betreiben gemeinsam das Ordensklinikum Innviertel mit den Standorten Braunau und Ried. Die Informationen zu Wartezeiten werden separat auf den Webseiten der Krankenhäuser St. Josef Braunau³ und Barmherzige Schwestern Ried⁴ veröffentlicht. Am Standort Braunau am Inn werden neben den drei Fächern auch Wartezeiten in der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie in der HNO veröffentlicht. Zusätzlich sind auch Wartezeiten für CT- und MRT-Untersuchungen ersichtlich. Die Wartezeiten werden in Wochen angegeben und wurden im März, Oktober und Dezember 2025 aktualisiert. Angaben zu vorgemerkten oder Sonderklasse-Patient:innen sind nicht vorhanden. Am Standort Ried werden Operationen aus den drei Fächern sowie der Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie, HNO und Neurologie angeboten. Bei der Katarakt-OP wird sowohl die Wartezeit für die Voruntersuchung als auch die für die Operation ausgewiesen. Die Wartezeiten werden in Wochen angegeben und wurden im Juni und November 2025 sowie Jänner 2026 aktualisiert. Es liegen keine weiterführenden Informationen über die Wartezeiten nach Patient:innengruppen vor.

¹ <https://www.klinikum-wegr.at/de/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

² <https://www.ordensklinikum.at/de/patienten/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

³ <https://khbr.at/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

⁴ <https://www.bhsried.at/patienten-besucher/op-warteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

Trägerübergreifende Information zu OP-Wartezeiten seit März 2026

Oberösterreich verfügt seit März 2026 über eine zentrale trägerübergreifende Übersicht über die OP-Wartezeiten im Bundesland. Diese wird vom Land Oberösterreich in Form eines PDF-Dokuments auf seiner Webseite¹ veröffentlicht und umfasst Informationen zu den Wartezeiten in öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten. Laut Angaben des Landes werden die Daten jeweils zum Quartalsende – das bedeutet im März, Juni, September und Dezember – aktualisiert.

Die Krankenanstalten werden in der zentralen Übersicht sechs Versorgungsregionen zugeordnet: Zentralraum Linz, Zentralraum Wels, Mühlviertel, Pyhrn-Eisenwurzen, Traunviertel/Salzkammergut sowie Innviertel. Für jede Operation wird die jeweils kürzeste ausgewiesene Wartezeit einschließlich der betreffenden Krankenanstalt angegeben. Die Übersicht umfasst neben den drei gesetzlich festgelegten auch Informationen zu Wartezeiten in den Fächern Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie HNO. Die Wartezeiten werden jeweils in Wochen angegeben. Wird eine bestimmte Operation an einem Standort nicht durchgeführt, ist dies in der Übersicht mit „kein Angebot“ gekennzeichnet.

2.2.2 Umsetzung in den übrigen Bundesländern

Burgenland

Die **Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H.** (kurz: Gesundheit Burgenland) veröffentlicht die Informationen zu Wartezeiten zentral auf ihrer Webseite². Die Warteliste wird für die Fächer Augenheilkunde und Optometrie sowie Orthopädie und orthopädische Chirurgie geführt. Damit erfüllt das Burgenland das gesetzlich geforderte Mindestmaß.

Die Daten werden monatlich aktualisiert. Die durchschnittlichen Wartezeiten werden in Monaten angegeben. Darüber hinaus informiert die Warteliste über die Zahl der vorgemerkten Patient:innen sowie über den Anteil derer in der Sonderklasse.

Die **Barmherzigen Brüder** betreiben im Burgenland das Krankenhaus Eisenstadt, das Operationen im Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie anbietet. Die Wartezeiten, angegeben in Monaten, werden in der Regel monatlich³ auf der Webseite⁴ aktualisiert. Zusätzlich werden sowohl die Gesamtanzahl der vorgemerkten Patient:innen als auch die Anzahl der Patient:innen in der Sonderklasse ausgewiesen.

¹ <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/553860.htm>, abgerufen am 21.09.2026.

² <https://www.gesundheit-burgenland.at/op-warteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

³ Im Erhebungszeitraum fand im August 2025 keine Aktualisierung der OP-Wartezeiten statt.

⁴ <https://www.barmherzige-brueder.at/portal/eisenstadt/patientenbesucher/opwarteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

Kärnten

Die **Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft** (kurz: KABEG) veröffentlicht Informationen zu Wartezeiten für die drei gesetzlich festgelegten Fächer zentral auf ihrer Webseite¹ sowie auf den Webseiten der einzelnen Krankenanstalten. Dabei handelt es sich jeweils um identische Inhalte.

Die Wartezeiten im Bereich der Orthopädie und orthopädischen Chirurgie werden für das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach getrennt ausgewiesen. Die Angaben zu den Fächern Augenheilkunde und Optometrie sowie Neurochirurgie sind hingegen nur allgemein verfügbar und nicht nach den einzelnen Krankenanstalten differenziert. Allerdings werden die Wartezeiten für Katarakt-OPs in drei Stufen eingeteilt, aber ohne Erläuterung zur Definition der jeweiligen Stufe.

Die Informationen zu den Wartezeiten werden zweimal jährlich aktualisiert. Informationen zur Anzahl der vorgemerkten Patient:innen werden nicht bereitgestellt. Die Wartezeiten werden grob in Monaten angegeben (bzw. Wochen-Angabe bei Katarakt-OPs Stufe 1) und weisen teilweise einen Schwankungsbereich von bis zu eineinhalb Monaten auf. Dies schränkt die Aussagegenauigkeit über die tatsächliche Wartezeit auf eine elektive Operation ein.

Die **A. ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH** führt eine Krankenanstalt in Kärnten. Es stehen keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Die **Barmherzigen Brüder** sind in Kärnten Träger des Krankenhauses der Elisabethinen Klagenfurt sowie des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan. Für beide Einrichtungen stehen keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Die **Krankenhaus Spittal/Drau Gemeinnützige GmbH** führt das Krankenhaus Spittal an der Drau. Es stehen keine Informationen zu Wartezeiten für die Krankenanstalt zur Verfügung.

Niederösterreich

Für die **NÖ Landesgesundheitsagentur** (kurz: LGA) sind die Informationen zu Wartezeiten sämtlicher Landes- und Universitätskliniken zentral auf einem Portal des „Notruf NÖ“² abrufbar. Dort werden die Wartezeiten für vier Operationen (Implantation Hüfte/Knie Totalendoprothese, Knie, Teilendoprothese; Knie-Arthroskopie; Katarakt und Wirbelsäule) aus den drei Fächern veröffentlicht, womit das gesetzlich geforderte Mindestmaß an Transparenz erfüllt wird.

¹ <https://www.kabeg.at/unternehmen/wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

² <https://www.144.at/opwartezeit>, abgerufen am 04.02.2026.

Die Wartezeiten werden auf dem Portal laufend aktualisiert und folgen keinem bestimmten Intervall. Laut Webseite handelt es sich dabei um durchschnittliche Werte in Wochen, die jeweils nach Klinikum und Operation berechnet werden. Zusätzlich wird über Tooltip-Informationen auch die Anzahl der insgesamt vorgemerkten Patient:innen sowie jene in Sonderklasse vorgemerkten Patient:innen ausgewiesen.

Salzburg

Salzburg stellt wie Oberösterreich eine trägerübergreifende, zentrale Warteliste für das gesamte Bundesland zur Verfügung. Diese umfasst sowohl öffentliche als auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten und wird über die Webseiten der jeweiligen Träger veröffentlicht. Inhaltlich handelt es sich dabei um dieselbe Übersicht über OP-Wartezeiten, die von den einzelnen Trägern jeweils auf ihren eigenen Webseiten bereitgestellt wird. Die Verantwortung für die Veröffentlichung liegt bei den jeweiligen Trägern.

Erfasst sind die allgemeinen Wartezeiten für elektive Operationen in den drei gesetzlich vorgeschriebenen Fächern. In den Fächern Augenheilkunde und Optometrie sowie Orthopädie und Traumatologie werden zusätzlich die Wartezeiten für Kataraktoperationen bzw. für Hüft- und Knie-Totalendoprothesen gesondert ausgewiesen.

Die Daten sind nach Krankenanstaltenstandorten gegliedert und werden alle zwei Monate aktualisiert. Angegeben werden jeweils die mittleren Wartezeiten in Wochen. Zusätzlich enthält die Warteliste Informationen zur Anzahl der insgesamt vorgemerkten Patient:innen sowie zur Anzahl der in der Sonderklasse vorgemerkten Patient:innen.

Die **Land Salzburg Gesundheits-Holding GmbH** vereint die Salzburger Landeskliniken (kurz: SALK), das Tauernklinikum sowie das Krankenhaus Oberndorf unter einem gemeinsamen Holding-Dach.

Die Kliniken der SALK veröffentlichen die zentrale Warteliste auf ihrer gemeinsamen Webseite¹. Die Tabelle liegt als Bilddatei vor und ist daher weder interaktiv noch barrierefrei zugänglich. Auf der Webseite finden sich ergänzende Hinweise zur landesgesetzlichen Grundlage, Erläuterungen zur Interpretation der Daten sowie eine Legende zur Liste. Es wird angegeben, dass die Liste alle zwei Monate aktualisiert wird.

Das Krankenhaus Oberndorf stellt die zentrale Warteliste ebenfalls auf ihrer Webseite² bereit. Zusätzlich weist die Webseite auf die rechtlichen Grundlagen zur Veröffentlichung der Wartezeiten hin.

¹ <https://salk.at/op-warteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

² <https://www.krankenhaus-oberndorf.at/patienten-und-besucher/warteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

Das Tauernklinikum mit Standorten in Mittersill und Zell am See veröffentlicht die zentrale Warteliste auf seiner Webseite¹. Die dort veröffentlichte Liste weist jedoch nicht den aktuellsten verfügbaren Stand auf.

Die **Barmherzigen Brüder** betreiben das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg. An diesem Standort werden keine Operationen aus den drei Fächern vorgehalten und daher stehen keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Das von den **Töchtern der christlichen Liebe (Barmherzige Schwestern) der Provinz Salzburg** geführte Kardinal Schwarzenberg Klinikum bietet Operationen im Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie an. Die zentrale Warteliste wird auf der Webseite des Krankenhauses² veröffentlicht.

Steiermark

Die **Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.** (kurz: KAGes) veröffentlicht die Informationen zu Wartezeiten auf elektive Operationen zentral auf ihrer Webseite³. Mit den dort aufgeführten Operationen erfüllt die KAGes das gesetzlich vorgeschriebene Mindestmaß an Transparenz.

Die Wartezeiten werden unregelmäßig aktualisiert. Im betrachteten Zeitraum wurde die Webseite im April und Juni sowie ab November 2025 monatlich aktualisiert und folgt somit einem unregelmäßigen Rhythmus zwischen einem Monat und fünf Monaten. Die Wartezeiten werden als durchschnittliche Wochenwerte angegeben. Über alle Leistungen hinweg werden die vorgemerkten Operationstermine einschließlich der Anzahl der Patient:innen in der Sonderklasse ausgewiesen.

In den Fächern Augenheilkunde und Optometrie sowie Orthopädie und Traumatologie werden die Patient:innen zusätzlich in Dringlichkeitsstufen eingeteilt. Je nach Schweregrad der Erkrankung erfolgt in der Augenheilkunde und Optometrie die Zuordnung zu Stufe 3 (reduziertes Sehvermögen), Stufe 2 (teilweise sehbehindert) oder Stufe 1 (sehbehindert). In der Orthopädie und Traumatologie gibt es zwei Dringlichkeitsstufen: Stufe 2 (mitteldringend) und Stufe 1 (dringend). Bis zur Aktualisierung der Übersicht im November 2025 gab es auch in diesem Fach eine Stufe 3 (nicht dringend), wobei laut Webseite aufgrund einer Anpassung im Priorisierungsschema keine Termine mehr in dieser Stufe vergeben werden. Jede Stufe verfügt über eine eigene Warteliste mit entsprechenden Wartezeiten. Auch hier erfolgt eine Differenzierung zwischen allgemeinen und Sonderklasse-Terminen. Laut Webseite basiert die Einstufung auf medizinischen und betriebsorganisatorischen Kriterien.

¹ <https://www.tauernklinikum.at/de/op-wartezeiten.html>, abgerufen am 04.02.2026.

² <https://www.ks-klinikum.at/de/patienten-besucher/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

³ <https://www.kages.at/patienten-angehoerige/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

Die Webseite stellt darüber hinaus ein Informationsangebot mit häufig gestellten Fragen zu Wartezeiten sowie Hinweisen für Zuweiser:innen und Patient:innen bereit.

Die **Barmherzigen Brüder** betreiben das Krankenhaus Graz in der Steiermark. An diesem Standort werden keine Operationen aus den drei Fächern vorgehalten und daher stehen keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Die **Klinik Diakonissen Schladming GmbH** ist Betreiberin einer Krankenanstalt in der Steiermark. Der Standort hat eine orthopädische Ambulanz, es stehen allerdings keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Die Krankenhaus **der Elisabethinen GmbH** betreibt in Graz Krankenanstalten in Eggenberg und in der Elisabethnergasse. Es stehen keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung, da keine Operationen aus den Fächern vorgehalten werden.

Tirol

Die **Tirol Kliniken** veröffentlichen die Informationen zu Wartezeiten auf ihrer Webseite¹ und erfüllen dabei in den drei gesetzlich festgelegten Fächern das gesetzlich geforderte Mindestmaß. Es gibt zwei separate Wartelisten: eine für das Landeskrankenhaus Innsbruck und eine für das Landeskrankenhaus Hall.

Die Listen werden monatlich² aktualisiert, unterscheiden sich jedoch in ihrer Detailliertheit und Darstellung. Die Wartezeiten sind in Wochen angegeben und es wird die Anzahl der vorgemerkten Patient:innen ausgewiesen. Für das Landeskrankenhaus Innsbruck wird zusätzlich die Anzahl der vorgemerkten Sonderklasse-Patient:innen angegeben. Für das Landeskrankenhaus Hall sind die Informationen zu den Patient:innen in der Sonderklasse grundsätzlich vorgesehen, laut Webseite jedoch nicht immer verfügbar. Auf der Webseite wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine monatliche Aktualisierung erfolgt.

Die **Barmherzigen Schwestern des hl. Vinzenz von Paul in Zams** betreiben in Tirol das Krankenhaus St. Vinzenz Zams, das die Informationen zu Wartezeiten für Augenheilkunde und Optometrie³ sowie Orthopädie und orthopädische Chirurgie⁴ auf zwei getrennten Unterseiten veröffentlicht. Die Wartelisten wurden laut Stand der Webseite jeweils im Juli und November 2025 aktualisiert. Im Dezember 2025 hat sich die Dauer der Wartezeiten ebenfalls verändert, allerdings beruft sich die Webseite weiterhin auf den Stand von November 2025. Die Wartezeiten sind als durchschnittliche Werte in Wochen angegeben, ergänzt um Informationen zu den vorgemerkten Patient:innen und den Sonderklasse-Patient:innen. Laut

¹ <https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=patientinnen/op-warteliste>, abgerufen am 04.02.2026.

² Im Erhebungszeitraum fand im August 2025 keine Aktualisierung der OP-Wartezeiten statt.

³ <https://www.khzams.at/fachgebiete/augenheilkunde>, abgerufen am 04.02.2026.

⁴ <https://www.khzams.at/fachgebiete/orthopaedie>, abgerufen am 04.02.2026.

Webseite sollen die Daten monatlich aktualisiert werden, was in der Praxis nicht umgesetzt wird.

In Tirol sind darüber hinaus mehrere Bezirkskrankenhäuser in **Eigenverwaltung der Bezirke** organisiert und unterstehen keinem zentralen Träger. Entsprechend zeigt sich bei der Veröffentlichung der Informationen zu Wartezeiten ein uneinheitliches Bild.

Das Bezirkskrankenhaus Kufstein stellt die Informationen zu Wartezeiten für die Fächer Augenheilkunde und Optometrie sowie Orthopädie und orthopädische Chirurgie hingegen in der Regel monatlich¹ auf seiner Webseite² bereit. Dabei werden die durchschnittlichen Wartezeiten in Monaten sowie die Anzahl der insgesamt vorgemerkten Patient:innen und die Anzahl der vorgemerkten Sonderklasse-Patient:innen angegeben.

Das Bezirkskrankenhaus Lienz veröffentlicht Informationen zu Wartezeiten für sieben Operationen. Neben den Fächern Augenheilkunde und Optometrie sowie Orthopädie und orthopädische Chirurgie gibt es auch Wartelisten für die Fächer Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und HNO. Damit geht das Krankenhaus über die landesgesetzlichen Mindestvorgaben hinaus. Auf der Webseite³ wird angegeben, dass sich die Warteliste „in Arbeit“ befindet, mit dem zuletzt ausgewiesenen Stand Juni 2025. Die Angaben umfassen die durchschnittlichen Wartezeiten in Wochen bzw. Monaten für das Fach Augenheilkunde und Optometrie. Für alle Operationen (außer Blepharoplastik) wird auch die Anzahl der vorgemerkten Patient:innen genannt, lediglich bei der Hüft-Totalendoprothese wird zusätzlich die Anzahl der vorgemerkten Patient:innen der Sonderklasse angegeben.

Das Bezirkskrankenhaus Reutte veröffentlicht auf seiner Webseite⁴ Informationen zu den Wartezeiten im Fachbereich Orthopädie und Traumatologie. Angegeben werden sowohl die Anzahl der vorgemerkten Operationen als auch die durchschnittliche Wartezeit in Wochen.

Das Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol veröffentlicht Informationen zu Wartezeiten im Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie auf ihrer Webseite⁵. Die Wartezeiten werden halbjährlich aktualisiert. Neben der durchschnittlichen Wartezeit in Wochen wird auch die Anzahl der vorgemerkten Patient:innen in der Allgemein- und der Sonderklasse ausgewiesen.

Das Bezirkskrankenhaus Schwaz veröffentlicht Informationen zu Wartezeiten für das Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie auf deren Webseite⁶. Die Wartezeiten werden in der

¹ Im Erhebungszeitraum fand im Jänner 2026 keine Aktualisierung der OP-Wartezeiten statt.

² <https://www.bkh-kufstein.at/de/op-warteliste.html>, abgerufen am 04.02.2026.

³ <https://www.kh-lienz.at/de/patienten-besucher/op-warteliste.html>, abgerufen am 04.02.2026.

⁴ <https://www.bkh-reutte.at/abteilungen/orthopaedie-und-traumatologie>, abgerufen am 21.09.2026.

⁵ <https://www.khsj.at/de/abteilung-fuer-orthopaedie-und-traumatologie.html>, abgerufen am 04.02.2026.

⁶ <https://www.kh-schwaz.at/de/teams-experten/orthopaedie-traumatologie>, abgerufen am 04.02.2026.

Regel alle drei Monate aktualisiert. Die Wartezeiten werden in Monaten angegeben. Die Anzahl der vorgemerkten Patient:innen in der Allgemein- und der Sonderklasse wird angegeben.

Vorarlberg

Die **Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H.** (kurz: KHBG) veröffentlicht die Wartelisten für elektive Operationen zentral auf ihrer Webseite¹. Neben den drei gesetzlich vorgeschriebenen Fächern geht die KHBG über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus, indem sie zusätzlich Informationen zu Wartezeiten im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe veröffentlicht. Auf der Webseite werden Wartezeiten für das LKH Bludenz, das LKH Bregenz und das LKH Feldkirch ausgewiesen.

Die Wartezeiten werden monatlich aktualisiert² und in Wochen angegeben. Bei den Zeiten handelt es sich um Median-Werte. Da die Darstellung jedoch in Form einer Bilddatei erfolgt, erscheint die Tabelle wenig benutzer:innenfreundlich.

In Vorarlberg befindet sich mit dem Krankenhaus Dornbirn zudem eine Krankenanstalt in **Eigenverwaltung der Gemeinde**. Auf seiner Webseite³ veröffentlicht dieses die Informationen zu Wartezeiten für die Fächer Augenheilkunde und Optometrie sowie Orthopädie und orthopädische Chirurgie. Obwohl auf der Webseite angegeben wird, dass die Daten monatlich aktualisiert werden, fanden Aktualisierungen nur im August 2025 und Februar 2026 statt. Die Wartezeiten werden in Monaten angegeben und es wird die Anzahl an vorgemerkten Patient:innen in der Allgemein- und Sonderklasse ausgewiesen.

Wien

Der **Wiener Gesundheitsverbund** (kurz: WIGEV) veröffentlicht die Informationen zu Wartezeiten zentral auf seiner Webseite⁴ für alle angeschlossenen Kliniken. Über die drei gesetzlich vorgeschriebenen Fächer hinaus erfüllt der Gesundheitsverbund die Vorgaben überdurchschnittlich, da zusätzlich Wartezeiten für elektive Operationen in den Fächern Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Urologie bereitstellt.

Die Aktualisierung der Wartezeiten erfolgt monatlich. Die Angaben beruhen auf der durchschnittlichen Wartezeit der vergangenen zwölf Monate. Laut Webseite werden Wartezeiten auf Operationen, für die weniger als zehn Patient:innen vorgemerkt sind, nicht

¹ <https://www.landeskrankenhaus.at/gesundheitsunternehmen/zahlen-und-fakten/wartelisten>, abgerufen am 04.02.2026.

² Die OP-Wartezeiten waren im Oktober 2025 beim Ausklappen auf der Webseite nicht sichtbar.

³ <https://krankenhaus.dornbirn.at/patienten/warteliste-operationen>, abgerufen am 04.02.2026.

⁴ <https://gesundheitsverbund.at/op-wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

veröffentlicht. Angaben zur Anzahl der insgesamt vorgemerkten Patient:innen oder der Sonderklasse-Patient:innen werden nicht bereitgestellt.

Mit dem Krankenhaus Wien betreiben die **Barmherzigen Brüder** einen weiteren Standort in der Bundeshauptstadt. Dort werden Operationen aus dem Fach Augenheilkunde und Optometrie angeboten. Die Wartezeiten werden monatlich aktualisiert. Allerdings wird auf der Webseite¹ nicht der Stand der letzten Aktualisierung angegeben. Die Angabe zur Wartezeit erfolgt in Monaten und ist nicht nach Allgemein- und Sonderklasse-Patient:innen differenziert. Es wird jedoch zwischen tagesklinischen Operationen und stationären Operationen unterschieden.

Der **Evangelische Krankenhausverein Wien** ist Betreiber des Evangelischen Krankenhauses in Wien. Für die Krankenanstalt stehen für das Fach Orthopädie keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Die **Franziskus Spital GmbH** ist Trägerin des Franziskus Spitals Landstraße und des Franziskus Spitals Margareten, für die keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung stehen.

Die **Österreichische Gesundheitskasse** (kurz: ÖGK) betreibt in Wien das Hanusch-Krankenhaus. Die Wartezeiten für Augenheilkunde und Optometrie² werden monatlich aktualisiert, während die letzte Aktualisierung der Informationen zu Wartezeiten auf orthopädische Operationen³ laut Webseite im Februar 2024 erfolgte.

Die **Vinzenz-Gruppe** ist in Wien Trägerin von fünf Krankenhäusern. Für das Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien, das St. Josef Krankenhaus Wien und das Göttliche Heiland Krankenhaus Wien stehen keine Informationen zu Wartezeiten zur Verfügung.

Das Orthopädische Spital Speising ist auf Orthopädie und orthopädische Chirurgie spezialisiert. Die Wartezeiten für Operationen in diesem Fach sind in Wochen angegeben und werden vierteljährlich aktualisiert.

Das Herz-Jesu-Krankenhaus Wien veröffentlicht Informationen zu Wartezeiten aus dem Fach Orthopädie und orthopädische Chirurgie⁴. Die Wartezeiten werden zweimal jährlich aktualisiert mit dem Stand des letzten vollen Quartals. Die Angabe erfolgte im Beobachtungszeitraum zuerst in Tagen, wechselte aber bei der zweiten Aktualisierung auf Angaben in Wochen. Neben der Anzahl der vorgemerkten Patient:innen der Allgemeinklasse

¹ <https://www.barmherzige-brueder.at/portal/wien/medizinpflege/augenheilkunde/wartezeiten>, abgerufen am 04.02.2026.

² <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.875615>, abgerufen am 04.02.2026.

³

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.875640&portal=oegkhanuschkrankenhausportal>, abgerufen am 04.02.2026.

⁴ <https://www.kh-herzjesu.at/patienten-besucher/op-wartezeit-kopie-1>, abgerufen am 04.02.2026.

und der Sonderklasse weist das Krankenhaus zusätzlich den prozentuellen Anteil an Gastpatient:innen¹ aus.

Beide Einrichtungen verweisen auf ihren Webseiten außerdem auf die Wartelisten der öffentlicher Krankenanstaltsbetriebsgesellschaften im Burgenland und in Niederösterreich.

2.3 Dauer der Wartezeiten

Die Auswertung der Wartezeiten auf elektive Operationen zeigt beträchtliche Unterschiede innerhalb Österreichs. Diese Unterschiede werden bei einem Blick auf die einzelnen Fächer deutlich. So reichen bei öffentlichen Trägern die Wartezeiten in der Orthopädie beispielsweise von zwei bis 53 Wochen in Wien bzw. zwei bis 54 Wochen im Land Salzburg und bis zu fünf bis 115 Wochen in Niederösterreich. In der Augenheilkunde zeigt sich eine ähnlich große Spannweite. Während in Salzburg Wartezeiten von vier bis 24 Wochen bzw. in Kärnten von vier bis 52 Wochen ausgewiesen werden, liegen sie in Oberösterreich zwischen 13 und 54 Wochen bzw. in Niederösterreich bei zehn bis 54 Wochen. Auch im Bereich der Neurochirurgie variieren die Wartezeiten erheblich. Sie reichen von sieben bis 13 Wochen in Kärnten bis zu einem Zeitraum von 52 bis zu 78 Wochen in Oberösterreich. Diese Beispiele verdeutlichen, dass die Wartezeiten weder gleichmäßig über das Bundesgebiet noch gleichmäßig innerhalb der Bundesländer verteilt sind, sondern regional stark variieren. Tabelle 3 bietet eine Übersicht über die Wartezeiten pro Fach in Oberösterreich sowie in den übrigen Bundesländern.

¹ Bei Gastpatient:innen handelt es sich um Patient:innen mit einem Hauptwohnsitz außerhalb des Bundeslandes, in dem sich das Krankenhaus befindet.

Tabelle 3: Übersicht über die OP-Wartezeiten in Oberösterreich im Vergleich zu Österreich, jeweils mit der kürzesten und der längsten Wartezeit pro Fachgebiet

OP-Wartezeiten in Oberösterreich im Österreich-Vergleich				
Stand: 21.09.2026				
Bundesland	Träger	Orthopädie	Augenheilkunde	Neurochirurgie
Oberösterreich	öffentlich	25–80 Wochen	13–54 Wochen	52–78 Wochen
	priv.-gem.	10–110 Wochen	8–34 Wochen	8–36 Wochen
Burgenland	öffentlich	17–54 Wochen	13–15 Wochen	-
	priv.-gem.	52–109 Wochen	-	-
Kärnten	öffentlich	17–22 Wochen	4–52 Wochen	7–13 Wochen
	priv.-gem.	-	-	-
Nieder- österreich	öffentlich	5–115 Wochen	10–54 Wochen	5–52 Wochen
	priv.-gem.	-	-	-
Salzburg	öffentlich	2–54 Wochen	4–24 Wochen	29 Wochen
	priv.-gem.	33–35 Wochen	-	-
Steiermark	öffentlich	4–55 Wochen	22–45 Wochen	8–15 Wochen
	priv.-gem.	-	-	-
Tirol	öffentlich	19–34 Wochen	15 Wochen	22 Wochen
	örtlich / priv.-gem.	4–26 Wochen / 19 Wochen	9–56 Wochen / 12 Wochen	2 Wochen / -
Vorarlberg	öffentlich	13–27 Wochen	14 Wochen	18 Wochen
	örtlich	78–104 Wochen	56 Wochen	-
Wien	öffentlich	2–53 Wochen	9–18 Wochen	8–21 Wochen
	priv.-gem.	25–40 Wochen	8 Wochen	8 Wochen

Anmerkung: kürzeste und längste Wartezeit pro Fach, laut Webseiten der jeweiligen Krankenhausträger;
priv.-gem. = privat-gemeinnützig
Quelle: IHS (2026).

Die beobachteten Unterschiede der Wartezeiten sind dabei nicht auf einzelne Operationen oder einzelne Fächer beschränkt, sondern treten in sämtlichen operativen Fächern auf. Im Folgenden werden diese Unterschiede am Beispiel der Wartezeiten auf eine Hüft-Endoprothese im Detail analysiert. Diese Operation eignet sich besonders gut für einen Vergleich, da es sich dabei um eine häufige elektive Operation handelt. Ein Vergleich zwischen öffentlichen Krankenanstalten zeigt auch hier erhebliche Unterschiede in den Wartezeiten auf. Diese reichen von zwei bis 34 Wochen in Wien bis zu 32 bis 115 Wochen in Niederösterreich. Während Bundesländer wie Vorarlberg (24 bis 27 Wochen), Kärnten (17 bis 22 Wochen) und Tirol (19 bis 28 Wochen) einen relativ geringen Unterschied aufweisen, zeigen Bundesländer wie Niederösterreich (32 bis 115 Wochen), Oberösterreich (25 bis 80 Wochen) und Salzburg (7

bis 54 Wochen) deutlich größere Unterschiede. Insgesamt liegen die auf den Webseiten dargestellten Durchschnittswerte österreichweit zwischen 18 und 49 Wochen. Tabelle 4 zeigt die jeweils kürzeste und längste Wartezeit für eine Hüft-Endoprothese in öffentlichen Krankenanstalten in Österreich.

Tabelle 4: Länge der Wartezeiten für eine Endoprothese des Hüftgelenks bei öffentlichen Trägern in Österreich

Länge der OP-Wartezeiten für Hüft-Endoprothese in österreichischen öffentlichen Krankenanstalten		
Stand: 21.09.2026		
Bundesland	Träger	Wartezeit in Wochen (min.-max.)
Oberösterreich	OÖG	25–80
Burgenland	Gesundheit Burgenland	34–54
Kärnten ¹	KABEG	17–22
Niederösterreich ¹	LGA	32–115
Salzburg ¹	Land Salzburg Gesundheits-Holding	7–54
Steiermark	KAGes	5–29
Tirol	Tirol Kliniken	19–28
Vorarlberg ¹	KHBG	24–27
Wien	WIGEV	2–34
Wartezeit (Durchschnitt)		18,3–49,2

Anmerkung: Kategorie für Hüftendoprothese-OPs bei KABEG: „Knie- und Hüftgelenkersatz“; bei LGA: „Implantation Hüfte/Knie Totalendoprothese, Knie-Teilendoprothese“; bei SALK „Hüft- und Knie-Totalendoprothese“; bei KHBG: „Endoprothetik“
Quelle: IHS (2026).

Hervorzuheben ist Oberösterreich, da dort nach Niederösterreich die zweithöchste maximale Wartezeit zu beobachten ist. Darüber hinaus zeigt sich innerhalb des Bundeslandes eine vergleichsweise große Varianz bei den Wartezeiten. Die Wartezeiten für Hüft-Endoprothesen variieren zwischen den öffentlichen Krankenanstalten erheblich. Sie reichen von 25 Wochen im Salzkammergut Klinikum Bad Ischl und Klinikum Schärding und bis zu 80 Wochen im Salzkammergut Klinikum Gmunden. Bei den privat-gemeinnützigen Krankenanstalten reicht die Spannweite von zehn Wochen im Krankenhaus St. Josef Braunau bis zu 96 Wochen im Ordensklinikum Linz. Insgesamt ergibt sich somit eine durchschnittliche Wartezeit von 44,8 Wochen. Die Wartezeiten in öffentlichen Krankenanstalten liegen mit 50,3 Wochen dabei deutlich über jenen in privat-gemeinnützigen Krankenanstalten mit 34,8 Wochen. Tabelle 5 zeigt die Wartezeiten für eine Hüft-Endoprothese in öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten in Oberösterreich.

Tabelle 5: Länge der Wartezeiten für eine Endoprothese des Hüftgelenks bei öffentlichen und privat-gemeinnützigen Trägern in Oberösterreich

Länge der OP-Wartezeiten für Hüft-Endoprothese in Oberösterreich		
<i>Stand: 21.09.2026 (basierend auf dem PDF-Dokument „OP-Wartezeiten - Stand: Juni 2026“ des Landes Oberösterreich)</i>		
Krankenanstalt	Träger	Wartezeit in Wochen
Kepler Universitätsklinikum	öffentlich	52
Salzkammergut Klinikum Bad Ischl	öffentlich	25
Salzkammergut Klinikum Gmunden	öffentlich	80
Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck	öffentlich	36
Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf	öffentlich	60
Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr	öffentlich	67
Klinikum Freistadt	öffentlich	52
Klinikum Rohrbach	öffentlich	56
Klinikum Schärding	öffentlich	25
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	priv.-gem.	n. a.
Klinikum Grieskirchen	priv.-gem.	16
Klinikum Wels	priv.-gem.	32
Ordensklinikum Linz – OK Linz Elisabethinen	priv.-gem.	96
Ordensklinikum Linz – OK Linz Barmherzige Schwestern	priv.-gem.	
Ordensklinikum Innviertel – KH St. Josef Braunau	priv.-gem.	10
Ordensklinikum Innviertel – KH Barmherzige Schwestern Ried	priv.-gem.	20
Wartezeit (Durchschnitt)		44,8
Wartezeit öffentlich		50,3
Wartezeit privat-gemeinnützig		34,8

Anmerkung: n. a. = nicht anwendbar (Krankenanstalt hält OP in Fach nicht vor), priv.-gem. = privat-gemeinnützig
 Quelle: IHS (2026).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Wartezeiten sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Bundesländer stark variieren. Die Analyse der Hüft-Endoprothese verdeutlicht exemplarisch, dass insbesondere in Oberösterreich ein ausgeprägter Unterschied von Wartezeiten zwischen den einzelnen Krankenanstalten besteht.

2.4 Zusammenfassende Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich ein uneinheitlich umgesetztes Wartelistenmanagement für elektive Operationen bei den öffentlichen und privat-gemeinnützigen österreichischen Krankenanstalten. Tabelle 6 bietet eine Übersicht der veröffentlichten Informationen zu Wartezeiten nach Träger, Bundesland, gegebenenfalls nach einzelnen Krankenanstalten sowie dem jeweiligen Aktualisierungsintervall.

Tabelle 6: Übersichtstabelle zur Regelmäßigkeit der Aktualisierung der OP-Wartezeiten nach Träger, Bundesland, evtl. Krankenanstalt

Aktualisierung der OP-Wartezeiten in Österreich			
Beobachtungszeitraum: 10.06.2025–09.02.2026			
Träger	Bundesland	Krankenanstalt	Aktualisierungsintervall
Gesundheit Burgenland	Burgenland	-	monatlich
KABEG	Kärnten	-	halbjährlich
LGA	Niederösterreich	-	laufend
OÖG	Oberösterreich	-	<u>Regionalkliniken:</u> 2025: halbjährlich (März und Oktober) / 2026: erstmals Jänner <u>Universitätsklinikum:</u> 2025: im Beobachtungszeitraum erstmals November / 2026: erstmals Februar
Land Salzburg Gesundheits-Holding	Salzburg	-	alle 2 Monate
KAGes	Steiermark	-	alle 1–5 Monate
Tirol Kliniken	Tirol	-	monatlich
KHBG	Vorarlberg	-	monatlich
WIGEV	Wien	-	monatlich
Barmherzige Brüder	Burgenland	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt	monatlich
	Kärnten	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan	n. a.
		Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt	nicht veröffentlicht
	Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	2025: halbjährlich (April und Oktober) / 2026: erstmals Jänner
	Salzburg	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg	n. a.

IHS – Cypionka, Kraus, Reitzinger, Iby | Welche Mechanismen liegen Wartelistenvorrichtungen zugrunde?

	Steiermark	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz	n. a.
	Wien	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	monatlich
Barmherzigen Schwestern des hl. Vinzenz von Paul in Zams	Tirol	Krankenhaus St. Vinzenz Zams	alle 4 Monate
Deutscher Orden Friesach	Kärnten	Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach	nicht veröffentlicht
Elisabethinen GmbH	Steiermark	Krankenhaus der Elisabethinen Graz	n. a.
Evangelischer Krankenhausverein	Wien	Evangelisches Krankenhaus Wien	nicht veröffentlicht
Franziskus Spital GmbH	Wien	Franziskus Spital Landstraße	n. a.
		Franziskus Spital Margareten	n. a.
Kreuzschwestern & Franziskanerinnen von Vöcklabruck	Oberösterreich	Klinikum Wels-Grieskirchen	2025: halbjährlich (März und Oktober) / 2026: erstmals Februar
Klinik Diakonissen Schladming GmbH	Steiermark	Klinik Diakonissen Schladming	nicht veröffentlicht
Krankenhaus Spittal/Drau Gemeinnützige GmbH	Kärnten	Krankenhaus Spittal/Drau	nicht veröffentlicht
ÖGK	Wien	Hanusch-Krankenhaus	Katarakt-OP: monatlich Endoprothetik-OPS: letzte Aktualisierung Februar 2024
Töchtern der christlichen Liebe (Barmherzige Schwestern) der Provinz Salzburg	Salzburg	Kardinal Schwarzenberg Klinikum	alle 2 Monate
Vinzenz-Gruppe	Wien	Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien	n. a.
		Orthopädisches Spital Speising	vierteljährlich
		St. Josef Krankenhaus Wien	n. a.
		Göttlicher Heiland Krankenhaus Wien	n. a.
		Herz-Jesu-Krankenhaus Wien	halbjährlich
Vinzenz-Gruppe & Elisabethinen Wien-Linz	Oberösterreich	Ordensklinikum Linz Elisabethinen	2025: im Beobachtungszeitraum erstmals im Oktober / 2026: Jänner und Februar
		Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern	
Vinzenz-Gruppe & Franziskanerinnen von Vöcklabruck	Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried	2025: halbjährlich (Juni und November) / 2026: erstmals Jänner
		Krankenhaus St. Josef Braunau	2025: März, Oktober und Dezember / 2026: noch nicht aktualisiert
Bezirk ¹	Tirol	Bezirkskrankenhaus Kufstein	monatlich

		Bezirkskrankenhaus Lienz	letzte Aktualisierung Juni 2025
		Bezirkskrankenhaus Reutte	n. a.
		Bezirkskrankenhaus Schwaz	alle 3 Monate
		Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol	halbjährlich
Gemeinde ¹	Vorarlberg	Krankenhaus Dornbirn	alle 4 Monate

Anmerkung: (1) Die Krankenhäuser sind in Eigenverwaltung der jeweiligen Bezirke bzw. Gemeinden; n. a. = nicht anwendbar (Krankenanstalt hält OP in gesetzlich vorgeschriebenen Fächern nicht vor bzw. Aktualisierungsintervall konnte im Beobachtungszeitraum nicht eruiert werden)

Quelle: IHS (2026).

Die LGA in Niederösterreich nimmt im österreichweiten Vergleich eine Vorreiterrolle in Bezug auf die Transparenz, Übersichtlichkeit und Aktualität der veröffentlichten Informationen zu Wartezeiten ein. Das zentrale Portal bietet mit der Übersicht zu den Operationen und der klaren Aufschlüsselung nach Standorten eine sehr patient:innenfreundliche Darstellung. Durch die Tooltip-Funktion, die zusätzliche Informationen zur Anzahl der insgesamt vorgemerkten Patient:innen und der Sonderklasse-Patient:innen liefert, ist die Plattform zudem interaktiv. Unter allen Trägern verfügt Niederösterreich über die aktuellste und klarste Liste.

Hinsichtlich Detailliertheit und inhaltlicher Tiefe bietet die steiermärkische KAGes die umfangreichsten Informationen. Ihre Veröffentlichung zeichnet sich durch eine differenzierte Darstellung der einzelnen Operationen nach Dringlichkeitsstufen aus und liefert damit die präziseste Einschätzung der tatsächlichen Wartezeit im bundesweiten Vergleich.

Das Land Salzburg und Oberösterreich sind die einzigen Bundesländer, die eine landesweite und trägerübergreifende Warteliste führen. Diese umfasst sowohl öffentliche als auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten und ermöglicht Patient:innen einen vergleichenden Überblick von Wartezeiten über alle Standorte. Dadurch werden hohe Transparenz und Wahlmöglichkeiten geschaffen. Im Land Salzburg gibt es jedoch keine zentrale Webseite des Landes, auf der die Warteliste veröffentlicht wird. Stattdessen sind die einzelnen Träger jeweils selbst dafür verantwortlich, die idente Warteliste auf ihren eigenen Webseiten abzubilden. In Oberösterreich ist die Warteliste über die Webseite des Landes Oberösterreich als PDF-Dokument abrufbar.

In Bezug auf die Veröffentlichungstiefe gehen die oberösterreichische OÖG und der WIGEV in Wien am weitesten über die gesetzlich geforderten Mindeststandards hinaus. So informieren beide Länder auch über die Wartezeiten für elektive Operationen und invasive Eingriffe, die über die drei gesetzlich vorgeschriebenen Fächer hinausgehen, beispielsweise bei Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO oder Unfallchirurgie. Dadurch leisten sie einen

IHS – Cypionka, Kraus, Reitzinger, Iby | Welche Mechanismen liegen Wartelistenvorkehrungen zugrunde?

wesentlichen Beitrag zur Transparenz und Vergleichbarkeit im österreichischen Gesundheitssystem.

3 Mechanismen der Bevorzugung von Personen auf Wartelisten für elektive Operationen in Oberösterreich

Die nachfolgenden Unterkapitel erläutern den Hintergrund der Untersuchung, definieren Zielsetzung und thematische Schwerpunkte, beschreiben die angewandte Methode und stellen anschließend die zentralen Ergebnisse dar.

3.1 Hintergrund

Wie bereits im Rahmen der Studienmotivation kurz ausgeführt, bestehen in öffentlich finanzierten (d. h. öffentlichen und privat-gemeinnützigen) Krankenhäusern teilweise erhebliche Unterschiede in den Wartezeiten auf elektive Operationen.

In der wissenschaftlichen Literatur werden diese Unterschiede primär auf Engpässe in personellen und infrastrukturellen Kapazitäten zurückgeführt. Abgesehen von diesen strukturellen Faktoren deutet jedoch anekdotische Evidenz aus Österreich darauf hin, dass Wartezeiten auch durch nicht-medizinische und nicht-betriebsorganisatorische Einflussgrößen mitbestimmt werden könnten. In diesem Zusammenhang wird insbesondere eine potenzielle Bevorzugung von Personen diskutiert, die über eine private Krankenzusatzversicherung verfügen, die eine Privatordination besuchen, die eine private Zuzahlung tätigen oder auf private Kontakte zurückgreifen können.

Eine derartige Differenzierung des Zugangs zu elektiven Operationen steht jedoch im Spannungsverhältnis zum Gleichbehandlungsgrundsatz des solidarischen österreichischen Gesundheitssystems. Für öffentlich finanzierte Krankenhäuser, das heißt öffentliche und privat-gemeinnützige Krankenhausträger, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert werden, ist dieser Grundsatz ausdrücklich rechtlich verankert. Gemäß § 16 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KaKuG) haben medizinische Behandlung und Pflege ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen.

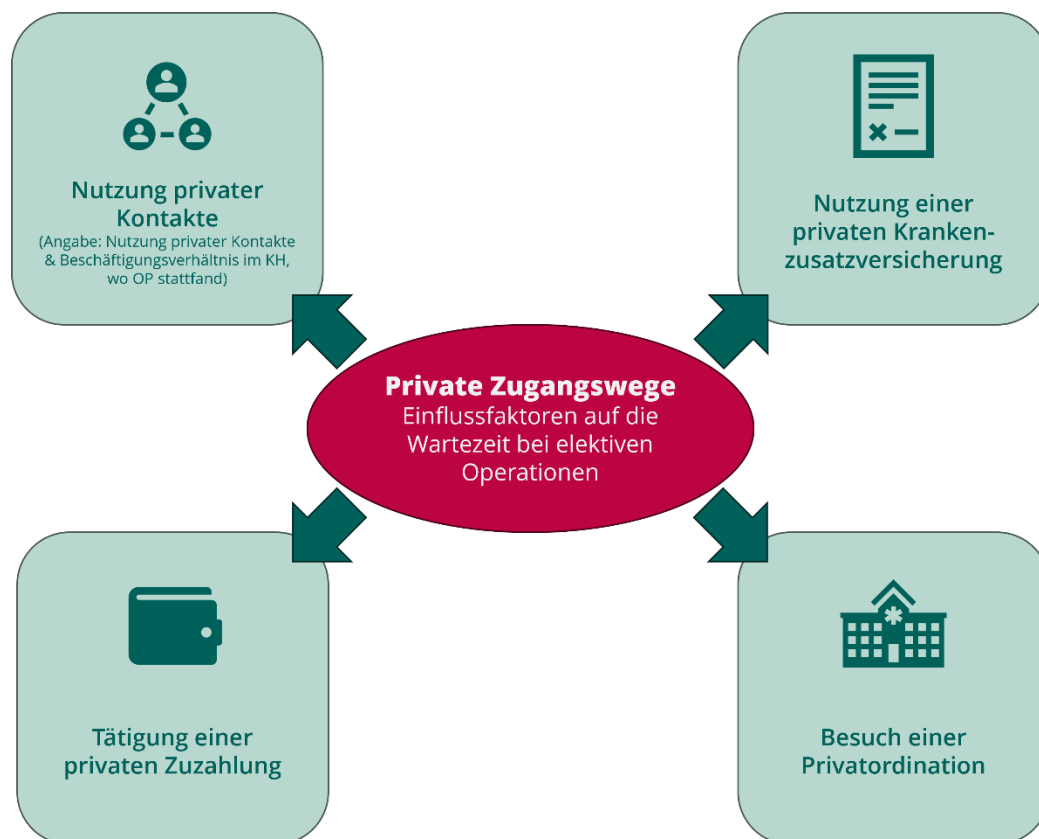
3.2 Ziel und Schwerpunkt

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Wartezeiten auf elektive Operationen in öffentlich finanzierten Krankenhäusern systematisch darzustellen und zu analysieren. Die empirische Grundlage bildet eine auf Oberösterreich fokussierte Online-Befragung, anhand derer Ausmaß und Verteilung der Wartezeiten erfasst werden. Über die deskriptive Darstellung der

Wartezeiten hinaus verfolgt die Studie das Ziel, jene Mechanismen näher zu untersuchen, die potenziellen Vorreiungen auf Wartelisten für elektive Operationen zugrunde liegen.

Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Einfluss privater Zugangswege zu elektiven Operationen. Konkret wird analysiert, inwiefern der Besitz einer privaten Krankenzusatzversicherung, der Besuch einer Privatordination, die Tätigkeit privater (= informeller) Zuzahlungen und die Nutzung privater Kontakte mit der Dauer der Wartezeit bis zu einem Operationstermin in Zusammenhang stehen. Damit adressiert die Studie zentrale Fragen der Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit im Kontext eines solidarischen österreichischen Gesundheitssystems, vgl. Abbildung 1.

Abbildung 1: Private Zugangswege



Quelle: IHS (2026).

3.3 Methode

Methodisch stützt sich die Studie auf eine standardisierte schriftliche Online-Befragung und auf qualitative Betroffeneninterviews. Durch die Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden verfolgt die Studie einen Mixed-Methods-Ansatz, der sowohl eine breite empirische Abbildung als auch eine kontextualisierte Interpretation der Ergebnisse ermöglicht.

In den folgenden beiden Unterabschnitten wird die Methodik der Online-Befragung und der Betroffeneninterviews im Detail beschrieben.

3.3.1 Online-Befragung

Als erster Bestandteil des Mixed-Methods-Ansatzes wurde eine standardisierte schriftliche Online-Befragung durchgeführt. Ziel dieser Erhebung war es, erstens die tatsächliche Wartezeit von der medizinischen Entscheidung für die Operation bis zur Durchführung der elektiven Operation empirisch zu erfassen und zweitens zentrale Mechanismen und Einflussfaktoren zu identifizieren, die der Priorisierung bzw. Bevorzugung von Patient:innen auf Wartelisten für elektive Operationen zugrunde liegen.

Entwicklung und Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen wurde aufbauend auf den Erkenntnissen aus vier Vorstudien (Czypionka et al., 2013, 2020; Czypionka, Kraus, Riedel, & Röhrling, 2007; Czypionka, Kraus, Riedel, Röhrling, et al., 2007) entwickelt.

Im Rahmen der Befragung werden Informationen zur individuellen Wartezeit auf eine elektive Operation sowie zu möglichen Einflussfaktoren und Konsequenzen der Wartezeit erhoben. Die Wartezeit wird in Wochen erfasst. Zusätzlich werden Angaben zur Art der durchgeführten Operation und zum behandelnden Krankenhaus gesammelt. Um mögliche private Zugangswege zur Verkürzung der Wartezeit zu analysieren, umfasst der Fragebogen Fragen zur Nutzung einer privaten Krankenzusatzversicherung, zu einem etwaigen Angebot einer solchen Zusatzversicherung sowie zu Besuchen in Privatordinationen. Darüber hinaus wird erhoben, ob private Zuzahlungen zur Verkürzung der Wartezeit angeboten und geleistet wurden oder andere Möglichkeiten zur Verkürzung der Wartezeit genutzt wurden. Falls private Zugangswege bzw. Zuzahlungen erfolgten, werden auch deren Höhe sowie die Mechanismen des Angebots (z. B. durch wen und in welcher Form) abgefragt. Zur Erfassung der Auswirkungen der Wartezeit werden die Befragten gebeten, Einschränkungen im Beruf, im Haushalt, in der Freizeit sowie bei sozialen Aktivitäten in einer Fünf-Punkt-Likert-Skala anzugeben. Ergänzend werden mögliche berufliche Veränderungen infolge der Wartezeit sowie die Reaktionen der Arbeitgeber:innen erfasst. Abschließend werden soziodemografische und sozioökonomische Merkmale erhoben, darunter Geschlecht, Alter,

Wohnort (Bundesland), Art der Krankenversicherung, Erwerbsstatus, Wirtschaftszweig, Haushaltsgröße, Haushaltseinkommen und Bildungsstand. Anhangskapitel 7.1 enthält den eingesetzten Fragebogen.

Pretest des Fragebogens

Der Fragebogen wurde im August und September 2025 einem Pretest unterzogen. Dieser wurde sowohl von Mitgliedern des Forschungsteams, der Patient:innenanwaltschaft und des Auftraggeberteams als auch von Personen aus der Zielgruppe durchgeführt, die den Fragebogen später in der Hauptbefragung beantworten sollten. Ziel des Pretests war es, die Verständlichkeit, inhaltliche Klarheit und Relevanz der einzelnen Fragen sowie die Struktur und Länge des Fragebogens zu überprüfen. Auf Basis der Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet und optimiert.

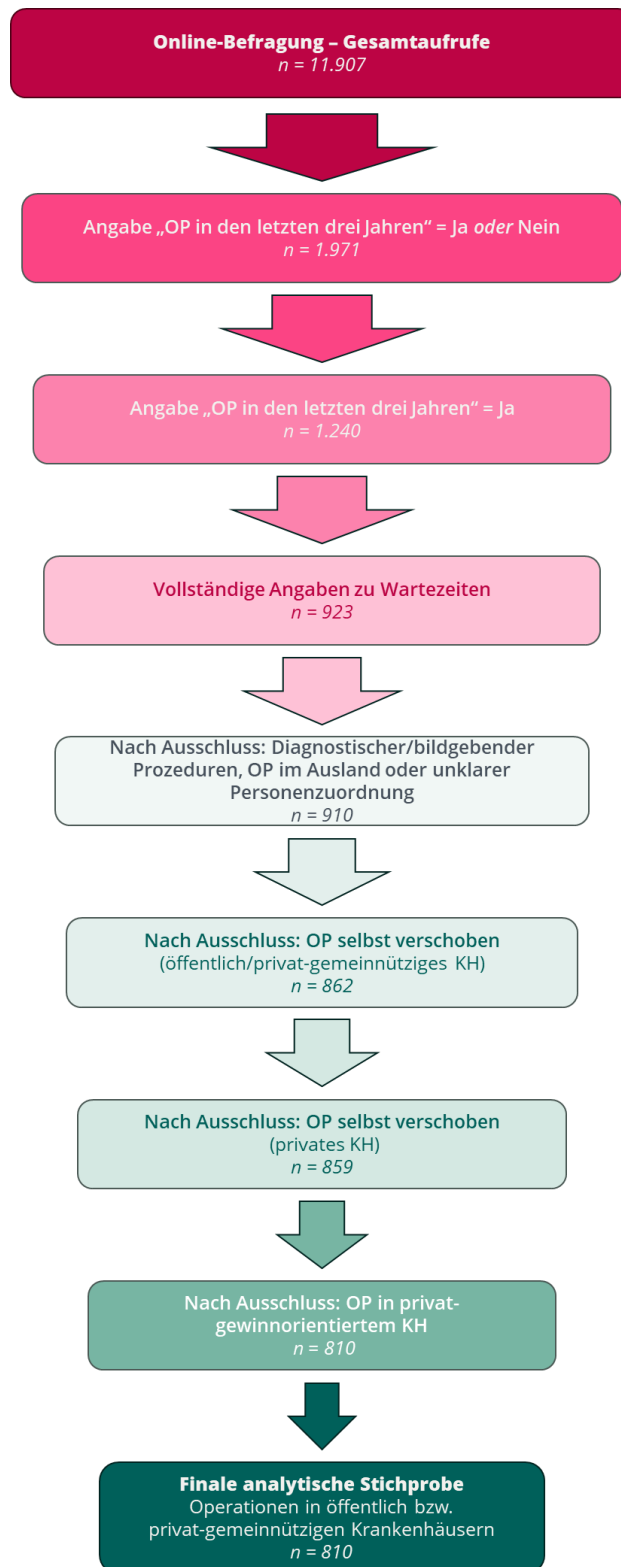
Dissemination des Fragebogens

Die Online-Befragung wurde im Zeitraum von September 2025 bis Jänner 2026 durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die Online-Befragung erfolgte über verschiedene Kommunikationskanäle der Arbeiterkammer Oberösterreich (AK OÖ). Hierzu wurden Inserate in regionalen Bezirkszeitungen geschaltet, Flyer auf Veranstaltungen verteilt, Beiträge im Newsletter sowie auf der Facebook-Seite der AK OÖ veröffentlicht und die Online-Befragung auf der Webseite der AK OÖ bekanntgemacht. Durch diese Rekrutierungsmaßnahmen sollte eine möglichst breite und repräsentative Zielgruppe erreicht werden.

Ein- und Ausschlusskriterien

Abbildung 2 zeigt den Stichprobenfluss und damit die Ein- und Ausschlusskriterien der beantworteten Fragebögen bei der Auswertung der Studie. Insgesamt verzeichnete die Online-Befragung 11.907 Aufrufe. Von den Befragten beantworteten 1.971 die Frage, ob sie in den letzten drei Jahren eine Operation gehabt hatten. Davon gaben 1.240 Personen an, in den letzten drei Jahren operiert worden zu sein. Vollständige Angaben zu den Wartezeiten lagen für 923 Personen vor. Nach Ausschluss von Fällen mit diagnostischen Maßnahmen, bildgebender Diagnostik, nicht-operativen therapeutischen Maßnahmen gemäß Operations- und Prozedurenschlüssel (Version 2026), Fällen mit im Ausland durchgeführten Operationen und Fällen mit unklarer Personenzuordnung verblieben 910 Personen in der Stichprobe. In einem weiteren Schritt wurden Fälle ausgeschlossen, in denen die Operation von den Patient:innen selbst verschoben wurde – zunächst in öffentlichen bzw. privat-gemeinnützigen Krankenhäusern (n = 862) und anschließend in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern (n = 859). Nach dem zusätzlichen Ausschluss von Fällen, bei denen die Operation in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern durchgeführt wurde, ergab sich eine finale analytische Stichprobe von 810 Personen.

Abbildung 2: Stichprobenfluss



Quelle: IHS (2026).

Auswertung

Im ersten Schritt wurde die Dauer der Wartezeiten differenziert nach Krankenhaustyp, Bildungsgrad, Einkommen, Einschränkungen, sowie der Inanspruchnahme privater Zugangswege im Rahmen von deskriptiven Gruppenvergleichen analysiert. Gruppenunterschiede in der Wartezeit wurden aufgrund der nicht normalverteilten Daten mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests (MWU) und Kruskal-Wallis-Tests (KW) getestet. Die Variablen Bildungsgrad, Einkommen, Beschäftigung und Einschränkungen (während der Wartezeit) wurden dabei operationalisiert. Es wurden zwei unterschiedliche Indikatoren für Bildung, Einkommen, Beschäftigung und Einschränkungen gebildet, um die Sensitivität der Ergebnisse bezüglich dieser Indikatoren im Zuge der multivariaten Analyse im Anschluss zu testen. Die Variablen wurden wie folgt definiert:

- Ein Indikator für einen höheren Bildungsgrad umfasste „Matura und höhere Abschlüsse“. Eine breitere Variable schloss zusätzlich Berufsbildende Mittlere Schulen ein, während die Vergleichsgruppe Personen ohne Schulabschluss, mit Pflichtschulabschluss oder Lehre umfasste.
- Haushaltseinkommen wurde in der Befragung kategorial erhoben. Für die Berechnung wurde die jeweilige Kategorienmitte verwendet und unter Berücksichtigung der Haushaltsgröße äquivalenzgewichtet, wobei zusätzliche erwachsene Personen mit dem Faktor 0,5 und Kinder mit dem Faktor 0,3 berücksichtigt wurden. Zur Operationalisierung höheren Einkommens wurden zwei Indikatoren herangezogen: (1) die Zugehörigkeit zum obersten Einkommensquintil und (2) ein über dem Median des äquivalisierten Haushaltseinkommens liegendes Einkommen.
- Beschäftigung wurde einmal als binärer Indikator „in Pension“ vs. „nicht in Pension“ definiert und zusätzlich in einer Dreikategorien-Variable, wobei die Nicht-Pensionierten in „erwerbstätig“ (Arbeiter:innen, Angestellte, Selbstständige, Vertragsbedienstete, freie Dienstnehmer:innen) und „nicht erwerbstätig“ (in Ausbildung, Präsenz- oder Zivildienst, mithelfende oder pflegende Familienangehörige) unterteilt wurden. Kategorien „sonstige/andere“ wurden ausgeschlossen.
- Einschränkungen in familiären und häuslichen Verpflichtungen (z. B. Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen), in Freizeitaktivitäten (z. B. Hobbys, Sport) sowie in sozialen Aktivitäten (z. B. Feste, Theater- oder Konzertbesuche, Restaurantbesuche) wurden von den Befragten auf einer Fünf-Punkt-Likert-Skala (von „nicht beeinträchtigt“ bis „völlig beeinträchtigt“) erfasst. Aus den drei Einzelangaben wurde ein Durchschnittswert gebildet. Bei einem Mittelwert von ≥ 3 wurden die Befragten als „eingeschränkt“, bei einem Mittelwert von ≥ 4 als „schwer eingeschränkt“ kategorisiert. Zudem wurde ein Durchschnittswert gebildet bezüglich der Veränderung der Einschränkungen aufgrund der Wartezeit (Fünf-Punkt-Likert-Skala von stark verbessert bis stark verschlechtert): ein

Mittelwert von ≥ 4 wurde als „verschlechtert“ und ein Mittelwert = 5 wurde als „stark verschlechtert“ kategorisiert.

Im zweiten Schritt wurden Regressionsmodelle angewandt, um den Einfluss privater Zugangswege im Zusammenhang mit den anderen oben genannten Einflussfaktoren auf die Wartezeit zu schätzen. Aufgrund der rechtsschiefen Verteilung der Wartezeiten und Überdispersion in den Daten (Varianz > Erwartungswert) wurden dafür Negativ-Binomialregressionen angewandt. Zunächst wurde der Einfluss privater Zugangswege auf die Wartezeit geschätzt, bevor schrittweise weitere Kovariaten in die Analyse aufgenommen wurden. Darüber hinaus wurden separate Modelle ausschließlich für Operationen an den Bewegungsorganen geschätzt. Die Ergebnisse wurden als Inzidenzratenverhältnisse (IRR) berichtet, die die erwartete prozentuale Veränderung der Wartezeit darstellen. Zur Prüfung der Sensitivität der Ergebnisse wurden Modelle mit unterschiedlichen Variablendefinitionen geschätzt und verglichen.

In allen Analysen bezieht sich die statistische Signifikanz ohne nähere Angaben auf $p < 0,05$. Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware Stata MP 19.5 durchgeführt.

3.3.2 Betroffeneninterviews

Als zweiter Bestandteil des Mixed-Methods-Ansatzes wurden semistrukturierte Interviews mit betroffenen Patient:innen durchgeführt. Ziel dieser qualitativen Erhebung war es, die in der Online-Befragung identifizierten Muster zu vertiefen und durch detaillierte Einblicke in individuelle Erfahrungen sowie in wahrgenommene Entscheidungs- und Steuerungsmechanismen der Wartelistenpriorisierung zu ergänzen.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden wurde aufbauend auf den Erkenntnissen aus vier Vorstudien (Czypionka et al., 2013, 2020; Czypionka, Kraus, Riedel, & Röhring, 2007; Czypionka, Kraus, Riedel, Röhring, et al., 2007) sowie den Ergebnissen der vorgelagerten standardisierten schriftlichen Online-Befragung entwickelt.

Auswahl der Interviewpartner:innen

In der den Betroffeneninterviews vorgelagerten standardisierten schriftlichen Online-Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, ihre Bereitschaft zur Teilnahme an vertiefenden Interviews zu erklären und hierfür mit einem angegebenen Forscher in Kontakt zu treten. Insgesamt wurden acht Interviews durchgeführt.

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Jänner, Februar und März 2026 mittels Videokonferenz durchgeführt. Alle Interviewpartner:innen wurden über das Projekt sowie über den Hintergrund des jeweiligen Interviewers (= Forschers) (z. B. Bildungs-/Berufshintergrund, Forschungsinteressen) informiert. Vor dem Interview unterfertigten alle Interviewten eine unterschriebene, DSGVO-konforme Einverständniserklärung. Die Interviews hatten eine Dauer von rund 30 Minuten und wurden digital als Audio- oder Videoaufzeichnung aufgezeichnet. Einige Forscher fertigten zusätzlich zu den Aufzeichnungen Notizen während der Interviews an. Während der Interviews befanden sich keine weiteren Personen anwesend, außer den Forschern und den Interviewpartner:innen. Die Interviewpartner:innen wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie das Interview jederzeit abbrechen können. Den Interviewpartner:innen wurde keine (finanzielle) Kompensation für ihre Teilnahme gewährt.

Auswertung

Die Interviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2021) ausgewertet, wobei die Aussagen der Befragten systematisch den vier privaten Zugangswegen zugeordnet und vergleichend analysiert wurden.

3.4 Ergebnisse der Online-Befragung

Die Darstellung der Ergebnisse der Online-Befragung gliedert sich in drei Unterabschnitte: einer deskriptiven Darstellung der zentralen Ergebnisse, einer Untersuchung der beruflichen Auswirkungen im Zusammenhang mit der Wartezeit sowie einer vertieften Analyse unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die Dauer der Wartezeit.

3.4.1 Deskriptive Ergebnisse

Soziodemografische Charakteristika

Die meisten Zugriffe auf den Fragebogen entfielen auf den Monat Dezember, vgl. Tabelle 7. Von den Befragten in der Stichprobe waren 68,2 % weiblich und das Durchschnittsalter betrug 53,2 Jahre (SD = 13,8). 91,0 % hatten ihren Wohnort in Oberösterreich, 81,2 % waren Mitglieder der Arbeiterkammer Oberösterreich. Hinsichtlich des Erwerbsstatus waren 53,3 % angestellt, 21,0 % befanden sich in Pension bzw. im Ruhestand. Der überwiegende Teil der Befragten (85,6 %) war bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) versichert. 63,5 % lebten nicht allein. In Bezug auf die berufliche Tätigkeit waren 26,7 % im Gesundheits- und Sozialwesen und 12,7 % im Handel beschäftigt. Als höchsten erreichten Bildungsabschluss gaben 56,6 % eine BMS, Matura oder einen höheren Bildungsabschluss an. 90,0 % der Befragten waren

österreichische Staatsbürger:innen. Eine detaillierte Übersicht über die Charakteristika der Befragten ist im Anhang in den Anhangstabellen A5 bis A15 dargestellt.

Tabelle 7: Zugriffe auf den Fragebogen

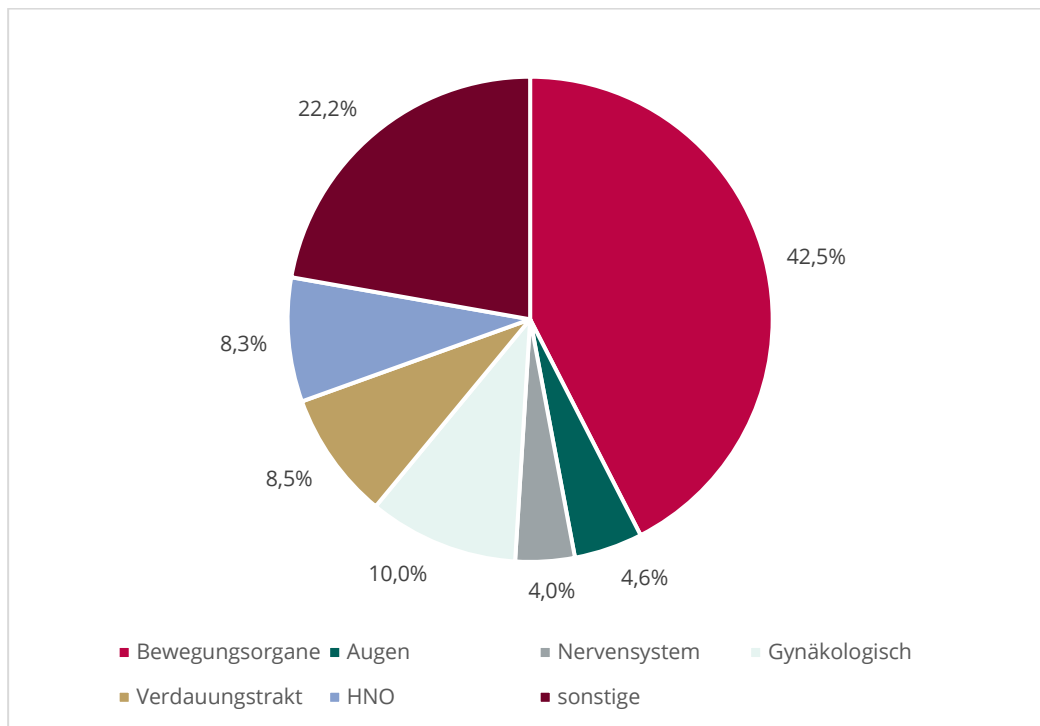
Zugriffe auf den Fragebogen			
N = 1971			
Item/Kategorie	N	%	Σ %
September 2025	338	17 %	17 %
Oktober 2025	222	11 %	28 %
November 2025	326	17 %	45 %
Dezember 2025	1056	54 %	99 %
Jänner 2025	29	1 %	100 %
Total	1971	100,0 %	

Quelle: IHS (2026).

Durchgeführte Operation und Wahl des Krankenhauses

Von den Befragten unterzogen sich 42,5 % einer Operation an den Bewegungsorganen, 4,6 % einer Augenoperation und 4,0 % einer Operation am Nervensystem. Weitere 10,0 % entfielen auf gynäkologische Operationen, 8,5 % auf Operationen an den Verdauungsorganen sowie 8,3 % auf Operationen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, vgl. Abbildung 3.

Abbildung 3: OP nach Körperregion



Quelle: IHS (2026).

55,4 % (n = 443) der Befragten wurden in einem öffentlichen Krankenhaus und 44,6 % (n = 357) in einem privat-gemeinnützigen Krankenhaus operiert. Als Beweggründe für die Wahl des Krankenhauses nannten 19,9 % der Befragten die Überweisung durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin, 18,1 % die wohnortnahe Lage des Krankenhauses, 14,7 % den guten Ruf des Krankenhauses sowie 12,9 % eine besondere Spezialisierung des Krankenhauses. Eine detaillierte Aufstellung der genannten Beweggründe findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Beweggründe, das Krankenhaus für die OP zu wählen

Beweggründe, das Krankenhaus für die OP zu wählen (Mehrfachnennungen möglich)			
<i>N</i> = 796			
Item/Kategorie	N	%	Σ %
Kurze Wartezeit auf die OP	111	7,3 %	7,3 %
Guter Ruf des Krankenhauses	224	14,7 %	22,0 %
Besondere Spezialisierung des Krankenhauses	196	12,9 %	34,9 %
Wohnortnahe Lage des Krankenhauses	276	18,1 %	53,0 %
Überweisung durch behandelnden Arzt / behandelnde Ärztin	303	19,9 %	72,9 %
Empfehlung des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin	176	11,6 %	84,4 %
Empfehlung aus dem persönlichen Umfeld	119	7,8 %	92,3 %
Anderer Grund (z. B. Erfahrung mit KH, Kürzere Wartezeit als woanders, Arbeitsverhältnis mit KH)	118	7,7 %	100,0 %
Total	1523	100,0 %	

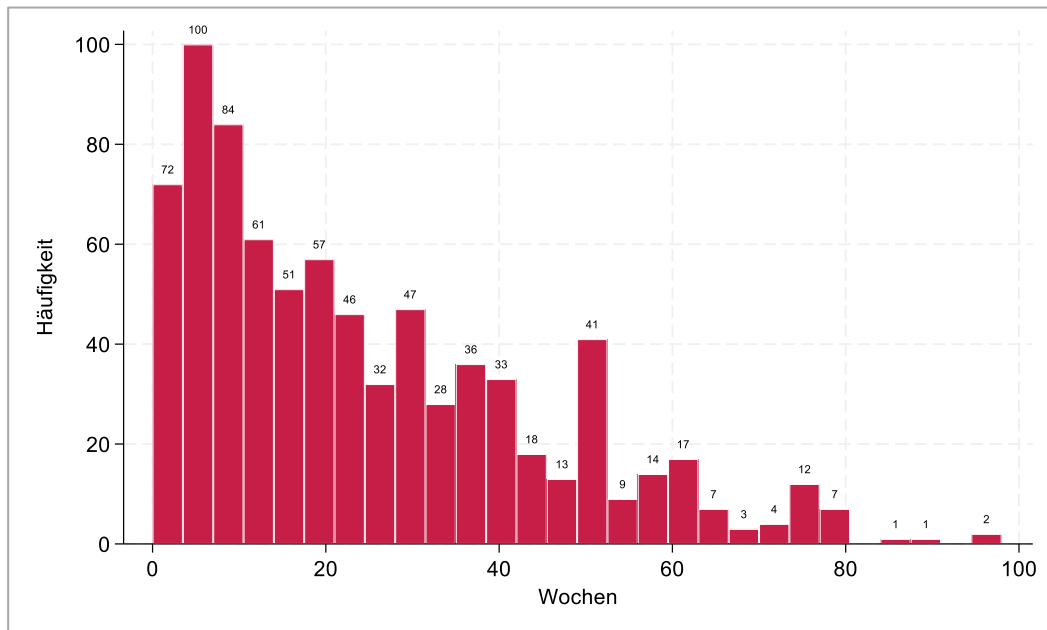
Quelle: IHS (2026).

Dauer der Wartezeit

Die von den Befragten angegebene mediane Wartezeit betrug 20 Wochen (IQR: 8–37). Eine kleine Anzahl von Befragten gab eine Wartezeit von weniger als einer Woche an (*n* = 8) und mehr als 100 Wochen (*n* = 13) an. Die Verteilung der Wartezeiten war rechtsschief und wies einen ausgeprägten rechten Ausläufer auf. Konkret gaben 20 % der Befragten eine Wartezeit von mehr als 40 Wochen an, also das Doppelte der medianen Wartezeit. Die Heterogenität der Wartezeiten ist in Abbildung 4 dargestellt.

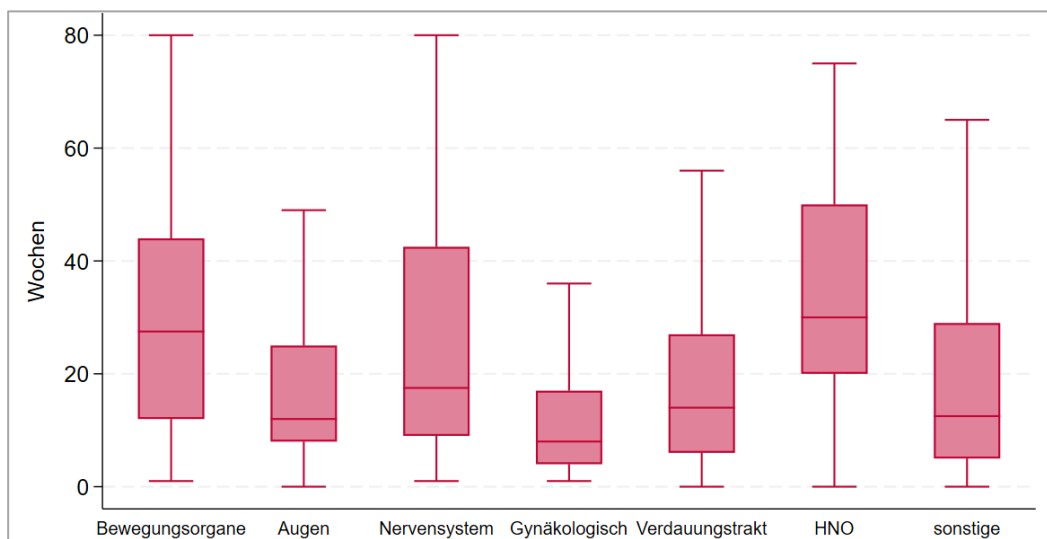
In Abbildung 5 ist die Verteilung der Wartezeit nach Operationen in unterschiedlichen Körperregionen dargestellt. Dabei zeigt sich eine ausgeprägte Heterogenität der Wartezeiten zwischen den einzelnen Operationen. Gynäkologische Operationen, Augenoperationen und Operationen am Verdauungstrakt weisen die niedrigsten medianen Wartezeiten von 8 Wochen (IQR: 4–17), 12 Wochen (IQR: 8–25) und 14 Wochen (IQR: 6–27) auf. Demgegenüber sind Operationen am Nervensystem (Median: 17,5 Wochen, IQR: 9–42,5), an den Bewegungsorganen (Median: 27,5 Wochen, IQR: 12–44) und im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (Median: 30 Wochen, IQR: 20–50) mit vergleichsweise hohen Wartezeiten verbunden.

Abbildung 4: Wartezeiten im Allgemeinen



Anmerkung: 13 Fälle haben Wartezeit >100 Wochen; die sind hier nicht abgebildet
Quelle: IHS (2026).

Abbildung 5: Wartezeiten nach operierter Körperregion



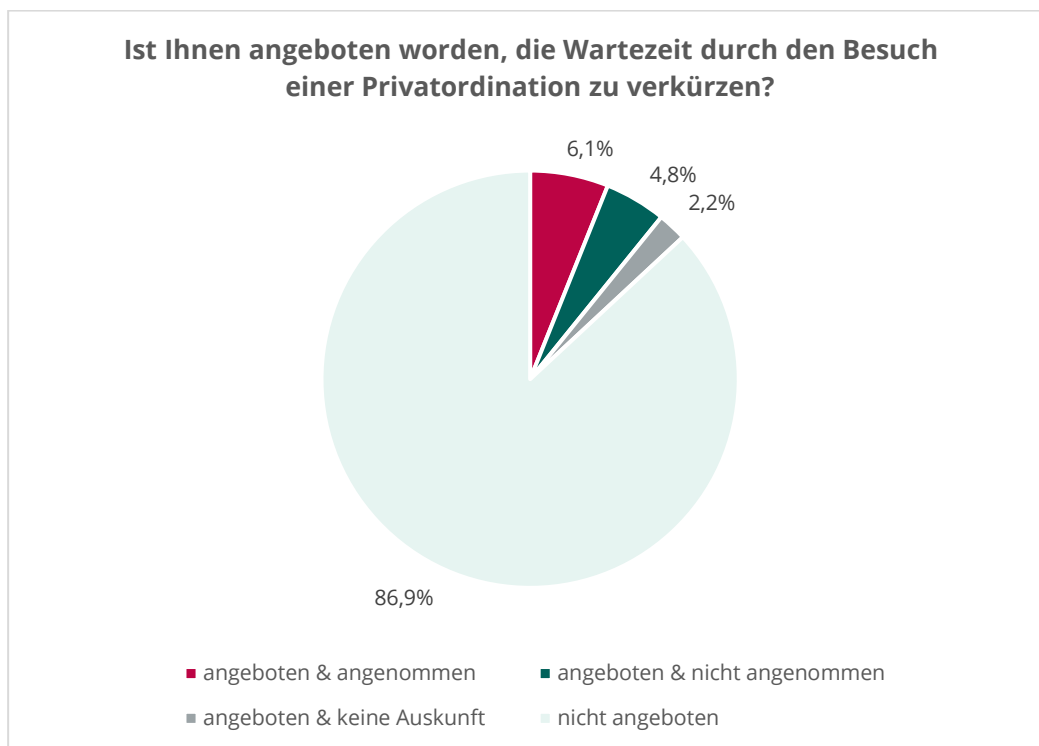
Quelle: IHS (2026).

Mechanismen und Nutzung privater Zugangswege

Insgesamt wurde 17,3 % der Befragten (n = 762) angeboten, die Wartezeit durch einen Besuch einer Privatordination und/oder die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung zu verkürzen. 13,1 % der Befragten wurde das Angebot unterbreitet, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen, vgl. Abbildung 6. 6,1 % nahmen das Angebot an, während 4,8 % es ablehnten. Unter jenen Befragten, denen der Besuch einer Privatordination angeboten wurde und die dieses Angebot annahmen, besuchte die Mehrheit die Ordination ein- oder zweimal, vgl. Abbildung 7. Unter denjenigen, die das Angebot ablehnten, wurden als Beweggründe „zu teuer“ (23 von 32 Befragten) sowie „wollte nicht, aus Prinzip“ (sechs von 32 Befragten) angegeben. Weiters wurde 9,1 % der Befragten das Angebot unterbreitet, die Wartezeit durch die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung zu verkürzen. 2,8 % nahmen das Angebot an und 5,2 % lehnten es ab, vgl. Abbildung 8. Von den Befragten, die das Angebot ablehnten, wurden als Beweggründe „zu teuer“ (22 von 31 Befragten) sowie „wollte nicht, aus Prinzip“ (acht von 31 Befragten) angegeben. Die Befragten berichteten, dass die Höhe der privaten Zuzahlungen zwischen 200 EUR und 8.600 EUR lag bzw. gelegen wäre.

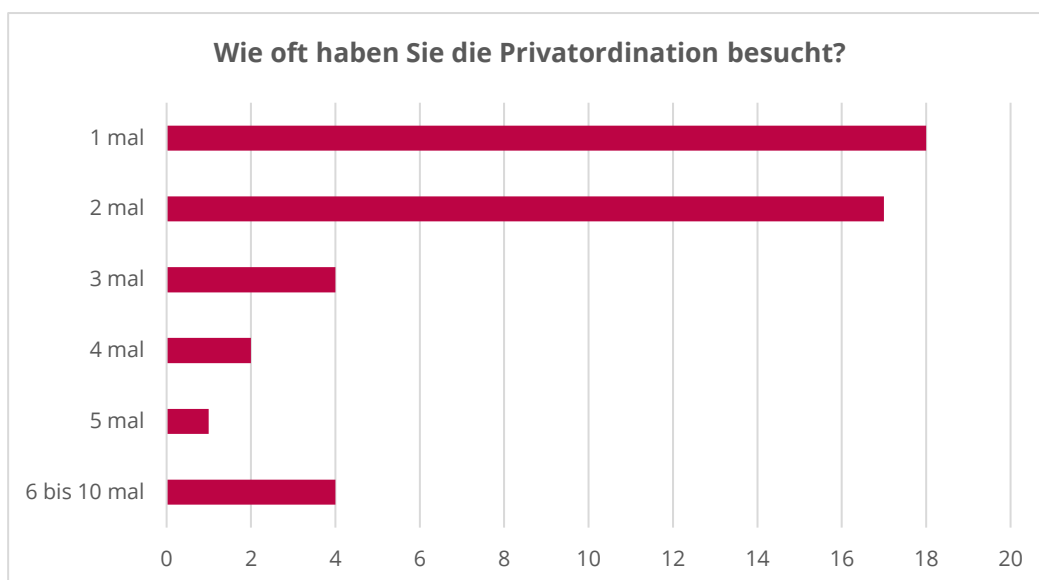
Darüber hinaus wurde nicht nur untersucht, wie häufig Befragten die Möglichkeit angeboten wurde, ihre Wartezeit durch die Nutzung privater Zugangswege zu verkürzen, sondern auch, von welchen Akteur:innen die Befragten auf diese Option aufmerksam gemacht wurden. Tabelle 9 stellt getrennt nach drei privaten Zugangswegen – Nutzung einer privaten Krankenzusatzversicherung, Besuch einer Privatordination, Tätigkeit einer privaten Zuzahlung – dar, welche Akteur:innen die Befragten darauf aufmerksam machen, dass sich die Wartezeiten durch die Inanspruchnahme privater Zugangswege verkürzen lassen. Es zeigt sich, dass entsprechende Hinweise am häufigsten von behandelnden bzw. überweisenden Fachärzt:innen sowie von operierenden Fachärzt:innen ausgehen. Darüber hinaus wird deutlich, dass Befragte vergleichsweise häufiger von Familie, Freund:innen, Bekannten sowie Arbeitskolleg:innen darauf hingewiesen werden, dass sich durch den Besuch einer Privatordination die Wartezeit verkürzen ließe.

Abbildung 6: Angebot, Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen



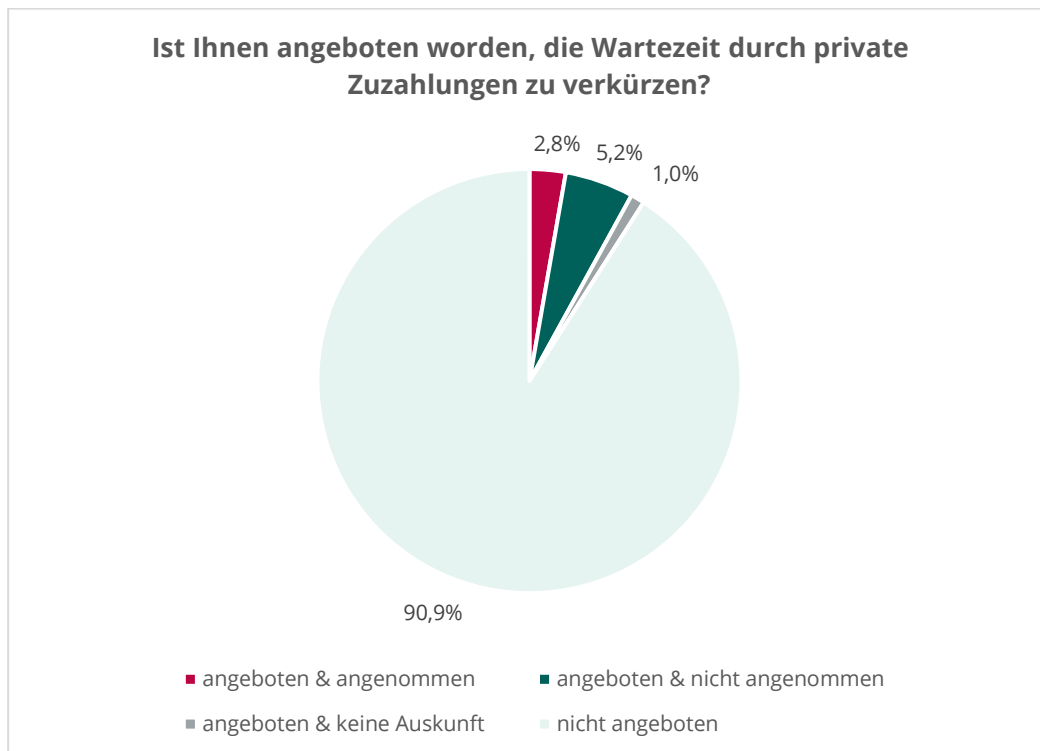
Quelle: IHS (2026).

Abbildung 7: Häufigkeit der Besuche in der Privatordination



Quelle: IHS (2026).

Abbildung 8: Angebot, Wartezeit durch die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung zu verkürzen



Quelle: IHS (2026)

Tabelle 9: Private Zugangswege – welche Akteur:innen machen darauf aufmerksam?

Private Zugangswege – wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht? (Mehrfachnennungen möglich)						
	Private Krankenzusatz- versicherung		Besuch einer Privatordination		Private Zuzahlung	
	N	%	N	%	N	%
Hausarzt/Hausärztin	10	8,5 %	13	9,8 %	2	2,5 %
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination	2	1,7 %	2	1,5 %	0	0,0 %
Operierender Facharzt / operierende Fachärztin	37	31,6 %	28	21,2 %	26	32,5 %
Behandelnder oder überweisender Facharzt / behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination	23	19,7 %	25	18,9 %	16	20,0 %
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination	2	1,7 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Behandelnder oder überweisender Facharzt / behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz	13	11,1 %	10	7,6 %	10	12,5 %
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz	5	4,3 %	6	4,5 %	5	6,3 %
Familie, Freunde, Bekannte	17	14,5 %	27	20,5 %	10	12,5 %
Arbeitskollege/Arbeitskollegin	3	2,6 %	14	10,6 %	5	6,3 %
Andere	5	4,3 %	6	4,5 %	6	7,5 %
Total	117	100 %	132	100 %	80	100 %

Quelle: IHS (2026).

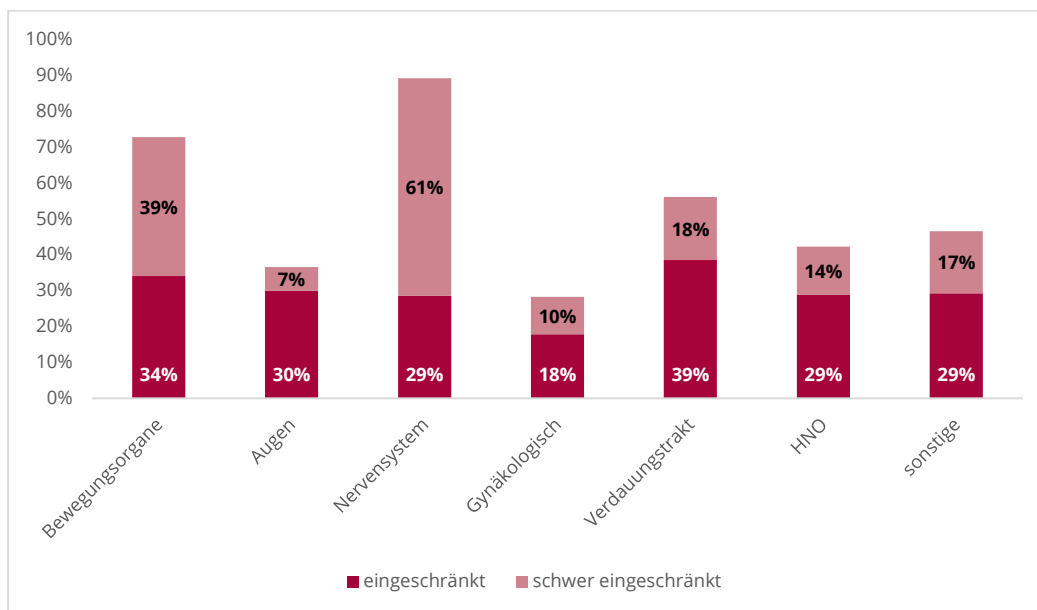
Die Nutzung der privaten Zugangswege stellt sich nach den Angaben der Befragten wie folgt dar: 110 Befragte nutzten eine private Krankenzusatzversicherung, 54 Personen besuchten eine Privatordination, 21 Personen tätigten eine private Zuzahlung und 35 Personen nutzten private Kontakte. In Summe nutzten 196 Personen (= 28,2 %, n = 696) einen privaten Zugangsweg, um die Wartezeit zu verkürzen.

Einschränkungen infolge der Wartezeit

Abbildung 9 stellt die Einschränkungen während der Wartezeit nach Körperregion dar. Etwa 30 % der Befragten gaben Einschränkungen in Bezug auf familiäre und häusliche Verpflichtungen, Freizeitaktivitäten und soziale Aktivitäten an. Bei der Wartezeit auf gynäkologische Operationen berichteten hingegen nur rund 20 % der Befragten über entsprechende Einschränkungen. Besonders häufig wurden schwere Einschränkungen während der Wartezeit von Befragten angegeben, die auf eine Operation am Nervensystem oder an den Bewegungsorganen warteten. Abbildung 10 stellt die Verschlechterungen der Einschränkungen während der Wartezeit dar. Dabei zeigt sich ein ähnliches Muster wie in Abbildung 9: Etwa 20 % der Befragten berichteten über eine Verschlechterung der Einschränkungen in Bezug auf familiäre und häusliche Verpflichtungen, Freizeitaktivitäten sowie soziale Aktivitäten. Bei Wartezeiten auf Operationen der Bewegungsorgane gaben hingegen rund 30 % der Befragten eine Verschlechterung der Einschränkungen an, während bei Wartezeiten auf Augenoperationen bzw. gynäkologische Operationen lediglich rund 7 % bzw. 10 % der Befragten von einer entsprechenden Verschlechterung berichteten. Starke Verschlechterungen der Einschränkungen wurden insbesondere von Befragten angegeben, die auf Operationen an den Bewegungsorganen oder am Nervensystem warteten.

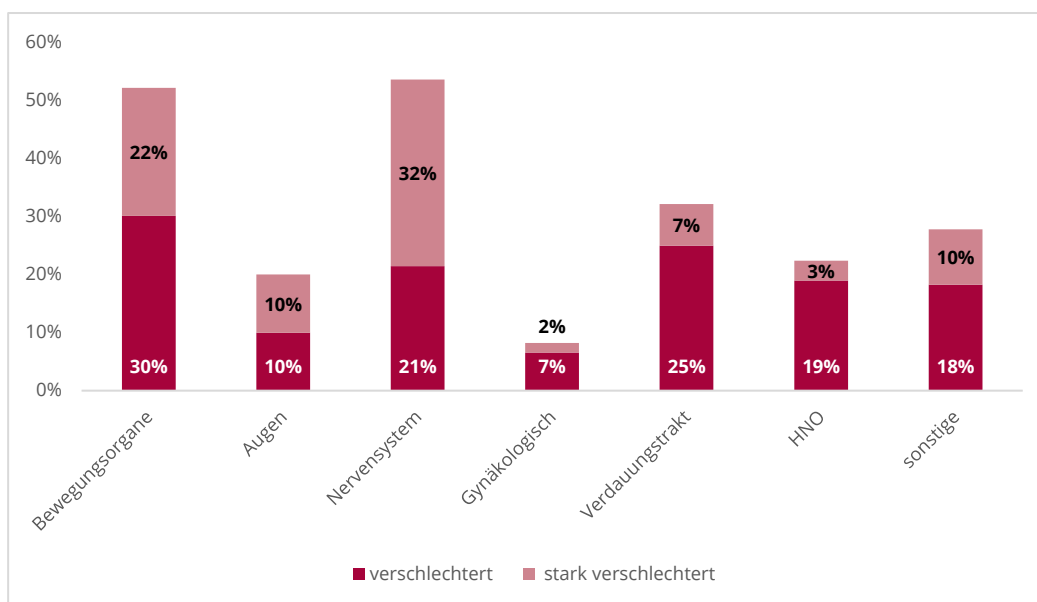
Weiters wurde untersucht, ob die Befragten während der Wartezeit berufliche Einschränkungen erfahren und ob sich diese im Verlauf der Wartezeit verschlechtert haben. Abbildung 11 stellt die beruflichen Einschränkungen während der Wartezeit auf die elektive Operation dar. Rund die Hälfte der Befragten gab an, während der Wartezeit bei der Ausübung ihres Berufs eingeschränkt oder stark eingeschränkt gewesen zu sein. Starke berufliche Einschränkungen während der Wartezeit wurden insbesondere von Befragten berichtet, die auf Operationen an den Bewegungsorganen oder am Nervensystem warteten. Abbildung 12 zeigt die Verschlechterungen der beruflichen Einschränkungen während der Wartezeit. Am häufigsten berichteten Befragte, die auf Operationen am Nervensystem warteten, über eine Verschlechterung der Einschränkungen, gefolgt von Befragten mit Wartezeiten auf Operationen an den Bewegungsorganen sowie am Verdauungstrakt.

Abbildung 9: Einschränkungen: Familie, Freizeit, soziale Aktivitäten



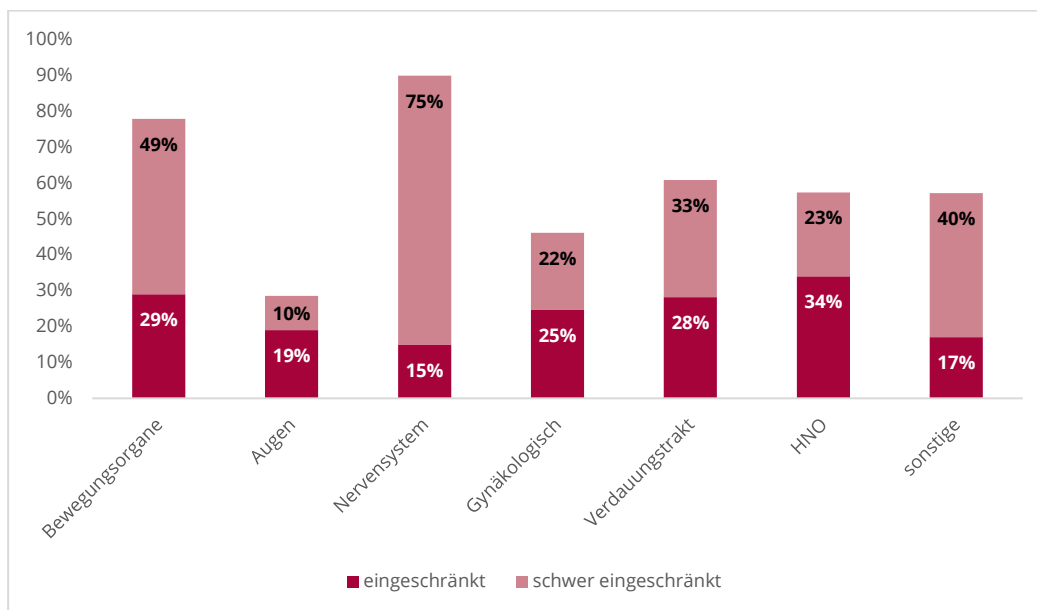
Quelle: IHS (2026).

Abbildung 10: Verschlechterung der Einschränkungen: Familie, Freizeit, soziale Aktivitäten



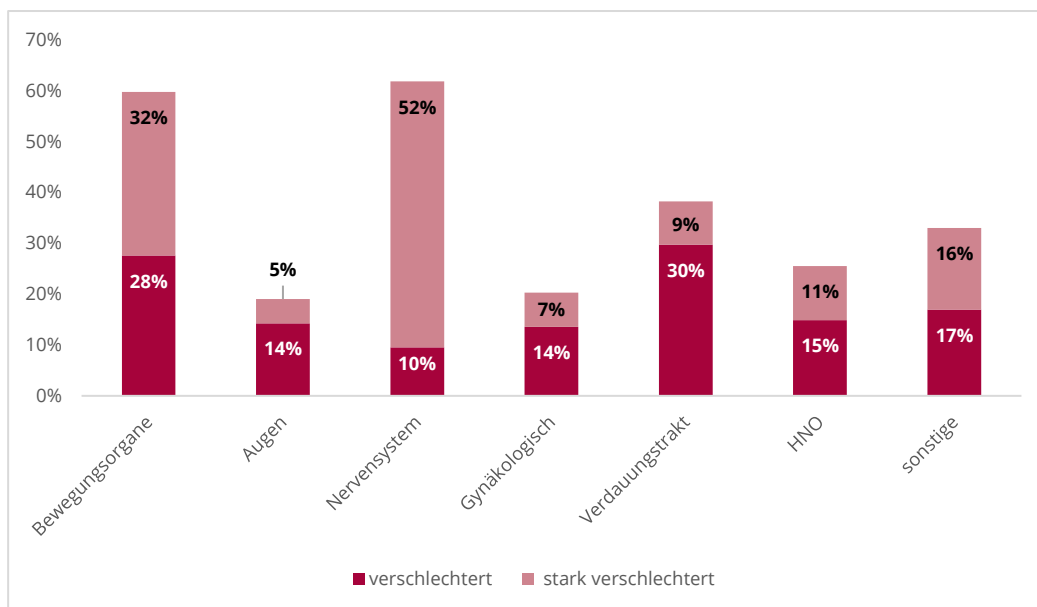
Quelle: IHS (2026).

Abbildung 11: Einschränkungen: Beruf



Quelle: IHS (2026).

Abbildung 12: Verschlechterung der Einschränkungen: Beruf



Quelle: IHS (2026).

3.4.2 Berufliche Auswirkungen infolge der Wartezeit

Im Hinblick auf die beruflichen Einschränkungen wurden den Befragten zudem zwei Fragen gestellt:

- Haben Sie aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit berufliche Änderungen vorgenommen?
- Hat Ihr Arbeitgeber aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit Änderungen an Ihrem Arbeitsverhältnis vorgenommen?

Die Antworten der Befragten sind in Tabelle 10 und Tabelle 11 dargestellt. 49,1 % der Befragten gaben an, trotz bestehender Einschränkungen keine beruflichen Änderungen vorgenommen zu haben. 4,0 % berichteten über eine Reduktion ihrer Arbeitszeit, während 5,9 % angaben, ihre Mehr- bzw. Überstunden reduziert zu haben, vgl. Tabelle 10. 59,9 % der Befragten gaben an, dass seitens der Arbeitgeber:innen aufgrund der bestehenden Einschränkungen keine Änderungen am Arbeitsverhältnis vorgenommen wurden. 3,9 % der Befragten berichteten hingegen, dass ihr Arbeitsverhältnis gekündigt bzw. nicht verlängert wurde, während 2,2 % angaben, dass ihnen eine Reduktion der Arbeitszeit empfohlen oder nahegelegt wurde, vgl. Tabelle 11. Vier der acht Befragten, die gekündigt wurden, waren im Handel tätig, die anderen in unterschiedlichen Wirtschaftszweigen.

In Summe gaben 164 (= 32 %) der Befragten an, mindestens eine berufliche Änderung aufgrund der Einschränkungen während der Wartezeit vorgenommen zu haben, und 350 (= 68 %) gaben an, keine beruflichen Änderungen vorgenommen zu haben. Berufliche Änderungen sind signifikant häufiger bei Arbeiter:innen (= 53 %; $n = 58$) und Selbstständigen (= 42 %; $n = 12$) im Vergleich zu Angestellten (= 28 %; $n = 330$) und Vertragsbediensteten (= 22 %; $n = 27$) ($\chi^2 = 16,050$ $p = 0,000$).

Darüber hinaus gaben 81 (= 17 %) der Befragten arbeitgeberseitige Änderungen des Arbeitsverhältnisses und 410 (= 83 %) keine arbeitgeberseitigen Änderungen des Arbeitsverhältnisses aufgrund der Einschränkungen der Wartezeit an. Änderungen des Arbeitsverhältnisses durch Arbeitgeber:innen sind ebenso bei Arbeiter:innen (= 43%; $n = 58$) im Vergleich zu Angestellten (= 10%; $n = 325$) und Vertragsbediensteten (= 4%; $n = 26$) signifikant häufiger ($\chi^2 = 43,649$ $p = 0,000$).

Berufliche Änderungen wurden von Befragten aller Wirtschaftszweige und Berufsgruppen genannt. Die Anteile an Führungskräften, akademischen Berufen und Techniker:innen (oder gleichrangigen Berufen) waren in den Daten vergleichsweise niedrig, während Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft, im Bergbau (und Gewinnung von Steinen und Erden), im Handel und in der Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen vergleichsweise höhere Anteile aufwiesen, vgl. Tabelle 12 und Tabelle 13. Aufgrund geringer Fallzahlen in einzelnen

Wirtschaftszweigen wurden die beobachteten Unterschiede nicht auf statistische Signifikanz geprüft. Gleiches gilt für arbeitgeberseitige Änderungen des Arbeitsverhältnisses nach Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen (vgl. Tabelle 12 und Tabelle 13).

Tabelle 10: Haben Sie aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit berufliche Änderungen vorgenommen?

Haben Sie aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit berufliche Änderungen vorgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)			
N = 680			
Item/Kategorie	N	%	Σ %
Nein	352	49,1 %	49,1 %
Ja, ich habe meine Arbeitszeit reduziert	29	4,0 %	53,1 %
Ja, ich habe meine Arbeitszeit im Zuge einer Wiedereingliederungsteilzeit reduziert	7	1,0 %	54,1 %
Ja, ich habe meine Mehr- bzw. Überstunden reduziert	42	5,9 %	60,0 %
Ja, ich habe mich bewusst gegen einen beruflichen Aufstieg entschieden bzw. mich nicht aktiv um einen weiteren Karriereschritt bemüht	15	2,1 %	62,1 %
Ja, ich habe mich bewusst für einen beruflichen Rückschritt entschieden	16	2,2 %	64,3 %
Ja, ich habe meinen Beruf gewechselt	10	1,4 %	65,7 %
Ja, ich bin vorzeitig in Pension / in Ruhestand gegangen	9	1,3 %	66,9 %
Ja, andere Veränderungen (z. B. Krankenstand, Kündigung)	71	9,9 %	76,8 %
Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit in Aus- oder Weiterbildung / arbeitssuchend / nicht berufstätig	41	5,7 %	82,6 %
Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit schon in Pension / im Ruhestand	125	17,4 %	100,0 %
Total	717	100,0 %	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle 11: Hat Ihr Arbeitgeber aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit Änderungen an Ihrem Arbeitsverhältnis vorgenommen?

Hat Ihr Arbeitgeber aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit Änderungen an Ihrem Arbeitsverhältnis vorgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)			
N = 661			
Item/Kategorie	N	%	Σ %
Nein	410	59,9 %	59,9 %
Ja, mir wurde empfohlen oder nahegelegt, meine Arbeitszeit zu reduzieren	15	2,2 %	62,1 %
Ja, mir wurde eine Wiedereingliederungsteilzeit angeboten oder genehmigt	10	1,5 %	63,6 %
Ja, mir wurde beruflicher Aufstieg bzw. ein weiterer Karriereschritt verwehrt	4	0,6 %	64,2 %
Ja, mir wurde ein beruflicher Rückschritt empfohlen oder nahegelegt, wodurch sich auch meine Einkommenssituation verschlechtert hat	11	1,6 %	65,8 %
Ja, mir wurde ein Berufswechsel empfohlen oder nahegelegt	5	0,7 %	66,5 %
Ja, ich wurde gekündigt / entlassen / nicht verlängert	27	3,9 %	70,5 %
Ja, mir wurde empfohlen oder nahegelegt, vorzeitig in Pension / in den Ruhestand zu gehen	7	1,0 %	71,5 %
Ja, andere Veränderungen	18	2,6 %	74,1 %
Nicht zutreffend, ich ging einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit nach	11	1,6 %	75,7 %
Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit in Aus- oder Weiterbildung / arbeitssuchend / nicht berufstätig	38	5,6 %	81,3 %
Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit schon in Pension / im Ruhestand	128	18,7 %	100,0 %
Total	684	100,0 %	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle 12: Berufliche Veränderung durch Befragte selbst oder durch Arbeitgeber:in nach ausgeübtem Beruf

Berufliche Veränderung durch Befragte selbst oder durch Arbeitgeber:in						
Item/Kategorie	n	durch sich selbst	%	n	durch Arbeitgeber:in	%
Angehöriger/Angehörige der regulären Streitkräfte	4	3	75 %	4	3	75 %
Führungskraft	58	16	28 %	55	5	9 %
Akademischer Beruf	39	9	23 %	39	2	5 %
Techniker/Technikerin oder gleichrangiger nichttechnischer Beruf	45	13	29 %	44	7	16 %
Bürokräft oder verwandter Beruf	98	30	31 %	100	12	12 %
Dienstleistungsberuf oder Verkäufer/Verkäuferin	77	28	36 %	72	16	22 %
Fachkräft in Land- und Forstwirtschaft und Fischerei	4	2	50 %	3	0	0 %
Handwerks- oder verwandter Beruf	21	10	48 %	19	9	47 %
Bediener/Bedienerin von Anlagen und Maschinen oder Montageberuf	9	4	44 %	9	2	22 %
Hilfskräft	16	10	63 %	13	7	54 %
Nicht	18	4	22 %	17	2	12 %
Keine	43	11	26 %	43	5	12 %
Total	432	140	32 %	418	70	17 %

Quelle: IHS (2026).

Tabelle 13: Berufliche Veränderung durch Befragte selbst oder durch Arbeitgeber:in nach Wirtschaftszweig oder Branche

Berufliche Veränderung durch Befragte selbst oder durch Arbeitgeber:in						
Item/Kategorie	n	durch sich selbst	%	n	durch Arbeitgeber:in	%
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	8	4	50 %	6	2	33 %
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	4	3	75 %	5	1	20 %
Herstellung von Waren	48	14	29 %	47	5	11 %
Energieversorgung	2	1	50 %	2	0	0 %
Wasserversorgung	2	1	50 %	2	1	50 %
Bau	16	5	31 %	16	5	31 %
Handel	60	26	43 %	55	11	20 %

IHS – Czypionka, Kraus, Reitzinger, Iby | Welche Mechanismen liegen Wartelistenvorrehungen zugrunde?

Verkehr und Lagerei	13	5	38 %	13	3	23 %
Beherbergung und Gastronomie	6	2	33 %	6	2	33 %
Verlagswesen, Rundfunk sowie Erstellung und Verbreitung von Medieninhalten	4	1	25 %	4	1	25 %
Telekommunikation, Softwareentwicklung, IT-Beratung und Erbringung sonstiger Dienstleistungen der Informationstechnologie und der Computerinfrastruktur	24	6	25 %	24	0	0 %
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	12	5	42 %	12	1	8 %
Grundstücks- und Wohnungswesen	3	1	33 %	3	1	33 %
Erbringung von wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	14	5	36 %	13	1	8 %
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	7	1	14 %	7	2	29 %
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung	21	6	29 %	20	4	20 %
Erziehung und Unterricht	18	4	22 %	18	3	17 %
Gesundheits- und Sozialwesen	141	35	25 %	141	12	9 %
Kunst, Sport und Erholung	4	1	25 %	4	0	0 %
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	14	4	29 %	13	5	38 %
Private Haushalte mit Hauspersonal sowie Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	1	1	100 %	1	1	100 %
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	1	1	100 %	1	1	100 %
Nicht berufstätig / in Pension / im Ruhestand	14	4	29 %	10	2	20 %
Keine Angabe / Weiß ich nicht	30	9	30 %	29	7	24 %
Total	467	145	31 %	452	71	16 %

Quelle: IHS (2026).

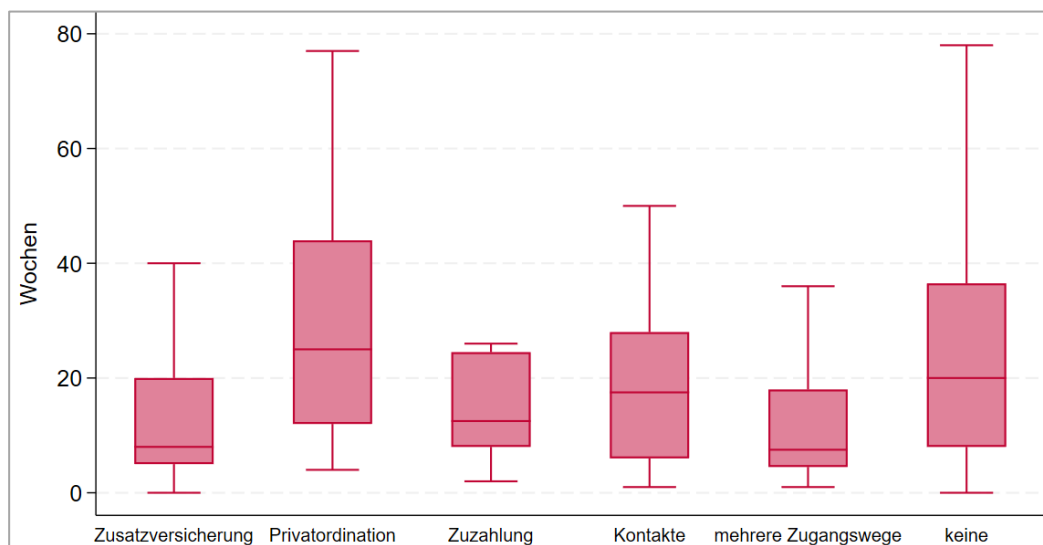
3.4.3 Einflussfaktoren auf die Dauer der Wartezeit

Im ersten Teil werden die Ergebnisse der Gruppenvergleiche der Wartezeiten nach Inanspruchnahme privater Zugangswege, sowie nach Krankenhausstyp, Bildungsgrad, Einkommen, Beschäftigung und Einschränkungen der Befragten dargestellt. Im zweiten Teil werden die Regressionsergebnisse präsentiert, die den Effekt privater Zugangswege auf die Wartezeit unter Kontrolle dieser potenziellen Einflussfaktoren schätzen. Die Ergebnisse sind als deskriptive Assoziationen zu verstehen und erlauben keine kausalen Schlussfolgerungen.

Ergebnisse der Gruppenvergleiche

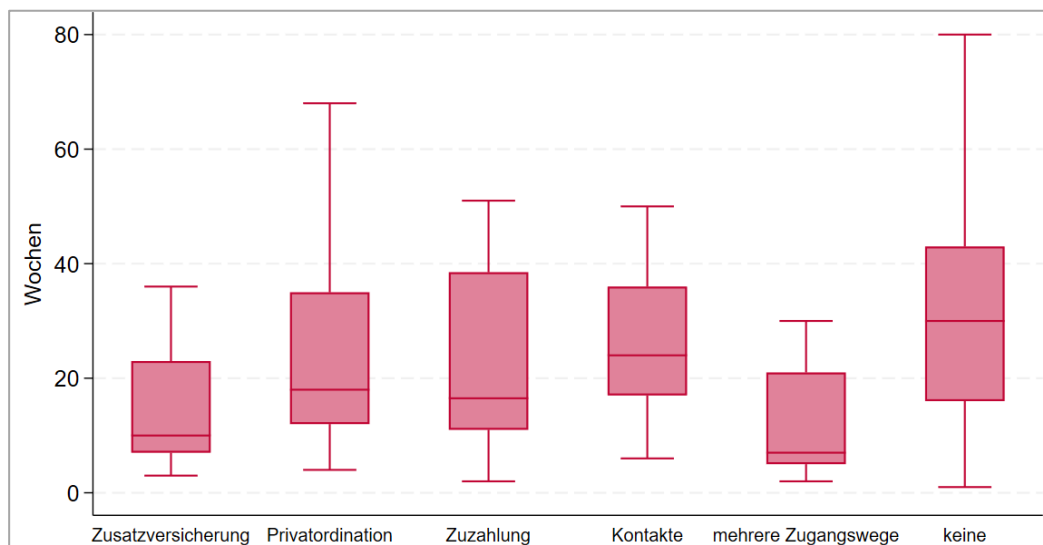
Befragte, die einen oder mehrere private Zugangswege in Anspruch nehmen, weisen eine kürzere Wartezeit auf elektive Operationen auf, vgl. Abbildung 13. Die Nutzung einer privaten Krankenzusatzversicherung steht – abgesehen von der Nutzung mehrerer privater Zugangswege – mit der stärksten Reduktion der Wartezeit im Zusammenhang. Für befragte Personen, die mehrere private Zugangswege oder eine private Krankenzusatzversicherung nutzten, beträgt die mediane Wartezeit jeweils 7,5 Wochen ($n = 20$; IQR: 4,5–18) und acht Wochen ($n = 97$; IQR: 5–20). Bei Befragten, die einzig eine private Zuzahlung getätigt haben oder einzig einen privaten Kontakt nutzten, liegt die mediane Wartezeit bei 12,5 Wochen ($n = 12$; IQR: 8–24,5) bzw. 17,5 Wochen ($n = 30$; IQR: 6–28). Befragte, die keine privaten Zugangswege nutzen, um die Wartezeit zu verkürzen, haben im Median eine Wartezeit von 20 Wochen ($n = 500$; IQR: 8–36,5). Deren Wartezeit ist signifikant höher als von Befragten, die einen oder mehrere private Zugangswege nutzten (MWU: $z = 4.260$, $p = 0.000$). Allerdings weisen Befragte, die einzig eine Privatordination besuchten, die vergleichsweise längste mediane Wartezeit von 25 Wochen ($n = 37$; IQR: 12–44) auf. Über 80 % dieser Patient:innen benötigten Operationen an den Bewegungsorganen oder im HNO-Bereich, die generell die längsten Wartezeiten aufweisen (vgl. Abbildung 5). Betrachtet man nur Angaben jener mit Operationen der Bewegungsorgane (vgl. Abbildung 14), zeigt auch der Besuch einer Privatordination eine Verkürzung der Wartezeit: im Median warten Patient:innen, die eine Privatordination zur Verkürzung der Wartezeit nutzen, 18 Wochen ($n = 27$; IQR: 12–35) auf die Operation, während Patient:innen, die keine privaten Zugangswege nutzen, im Median 30 Wochen warten ($n = 197$; IQR: 16–43). Für weitere nach Körperregionen differenzierte Operationen wurde auf eine separate Analyse verzichtet, da die Fallzahlen in den jeweiligen Kategorien sehr klein sind (Regressionen mit unter 55 Beobachtungen).

Abbildung 13: Wartezeit nach privatem Zugangsweg – Operationen gesamt



Quelle: IHS (2026).

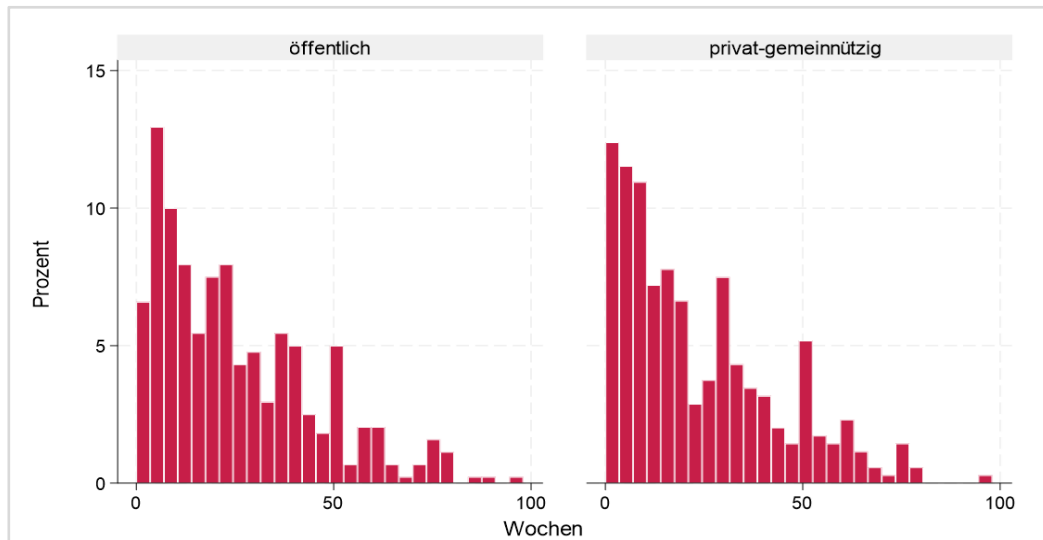
Abbildung 14: Wartezeit nach privatem Zugangsweg – Operationen Bewegungsorgane



Quelle: IHS (2026).

Befragte, deren Operation in einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt wurde, weisen keine statistisch signifikant längeren Wartezeiten auf als jene, die in einem privat-gemeinnützigen Krankenhaus behandelt wurden (MWU: $z = 1,001$, $p = 0,32$). Die mediane Wartezeit beträgt in öffentlichen Krankenhäusern 20 Wochen (IQR: 8–38) und in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern 18 Wochen (IQR: 8–36), vgl. Abbildung 15.

Abbildung 15: Wartezeiten nach Krankenhaustyp



Quelle: IHS (2026).

Befragte mit BMS, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (Median: 16 Wochen; IQR: 7–36) weisen im Vergleich zu Befragten mit Pflichtschule oder Lehre (Median: 25 Wochen; IQR: 12–40) eine signifikant kürzere Wartezeit auf (MWU: $z = 4,151$, $p = 0,0000$).

Befragte mit einem monatlich verfügbaren äquivalisierten Haushaltseinkommen von über 2.100 EUR (etwa 50 % der Befragten) weisen eine statistisch signifikant kürzere Wartezeit auf als Befragte mit niedrigerem Einkommen. Die mediane Wartezeit beträgt 18,5 Wochen (IQR: 8–36) in der erstgenannten Gruppe im Vergleich zu 24 Wochen im Median (IQR: 10–40) in der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis deutet auf einen möglichen Zusammenhang zwischen einer höheren sozioökonomischen Stellung und kürzeren Wartezeiten hin (MWU: $z = 2,26$; $p = 0,0238$). Demgegenüber zeigten sich weder nach Alter (KW: $p = 0,2769$) noch nach Geschlecht (MWU: $z = 1,302$, $p = 0,1928$) systematische Unterschiede.

Befragte, die von Einschränkungen in familiären und häuslichen Verpflichtungen, in Freizeitaktivitäten und sozialen Aktivitäten während der Wartezeit betroffen sind, haben im Median signifikant länger gewartet (Median: 25,5 Wochen; IQR: 12–42) als Befragte, die keine oder geringe Einschränkungen (Median: 16 Wochen; IQR: 6–33) haben (MWU: $z = -5,105$, $p = 0,000$). Befragte mit starken Einschränkungen (Median: 28 Woche; IQR: 12–48) haben

signifikant länger gewartet als Befragte, die keine bis mittelmäßige Beeinträchtigungen (Median: 20 Wochen; IQR: 8–36) berichten (MWU: $z = -3,194$, $p = 0,0014$). Befragte, die von Verschlechterungen oder starken Verschlechterungen berichten, warteten im Median 31,5 Wochen (IQR: 18–50) bzw. 35 Wochen (IQR: 21–51), signifikant länger als die jeweiligen Vergleichsgruppen.

Berufstätige mit Einschränkungen (Median: 11 Wochen; IQR: 24–40) haben länger gewartet als Berufstätige, die keine bis leichte Beeinträchtigungen (Median: 8 Wochen; IQR: 20–39) infolge der Wartezeit berichten (MWU: $z = -2,190$, $p = 0,0285$).

Ergebnisse der multivariaten Analyse

Die Ergebnisse der Negativ-Binomialregressionen (Erläuterungen zur Auswertung siehe Kapitel 3.3.1) werden in Tabelle 14 dargestellt. In Modell 1 bis 4 wird der Einfluss privater Zugangswege auf die Wartezeit geschätzt, bevor schrittweise weitere Kovariaten in die Analyse aufgenommen werden (Modell 5 bis 12). Die Ergebnisse für ausschließlich Operationen an den Bewegungsorganen werden in den Modellen 1 bis 11 in Tabelle 15 dargestellt. Die Sensitivität der Ergebnisse hinsichtlich unterschiedlicher Variablendefinitionen befinden sich im Anhang in Tabelle A38 und A39.

In allen Modellen signalisiert der Alpha-Überdispersions-Parameter, dass die Varianz der Daten deutlich größer ist als ihr Mittelwert, weshalb eine Negativ-Binomialregression einer Poisson-Regression vorzuziehen ist. Pseudo R^2 steigt in unseren Modellen mit Einschluss zusätzlicher Variablen.

In der Analyse für elektive Operationen insgesamt (einschließlich Operationen an den Bewegungsorganen, am Auge, am Nervensystem, gynäkologische Operationen, Operationen am Verdauungssystem und im HNO-Bereich; unter Ausschluss sonstiger Operationen) zeigt sich, dass Befragte, die eine private Krankenzusatzversicherung nutzen, signifikant und substanziell kürzere Wartezeiten aufweisen (z. B. IRR = 0,52 in Modell 12, Tabelle 14).

Demgegenüber steht die Nutzung privater Kontakte in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Dauer der Wartezeit. Dies könnte auf die heterogene Zusammensetzung dieser Kontakte zurückzuführen sein (z. B. „Angehörige im Spital“, „bekannter Arzt“, „Bekannte im OP-Planungsbüro“, „Bedienstete im Klinikum“, „befreundete Pflegekraft“ u. a.), die sich hinsichtlich ihres tatsächlichen Einflusses auf die Reihung in der Warteliste unterscheiden.

In der gesonderten Analyse, die ausschließlich Operationen an den Bewegungsorganen betrachtet, ist neben der Nutzung einer privaten Krankenzusatzversicherung (z. B. IRR = 0,61 in Modell 11, Tabelle 15) auch der Besuch einer Privatordination mit einer signifikanten Verkürzung der Wartezeit assoziiert (z. B. IRR = 0,68 in Modell 11, Tabelle 15).

In beiden Analysen trägt die Tätigkeit privater Zuzahlungen signifikant zu kürzeren Wartezeiten bei (z. B. IRR = 0,54 in Modell 8, Tabelle 14). Nach Einbezug eines Indikators für Einkommen im obersten Quintil verliert der Effekt jedoch seine statistische Signifikanz, was darauf hindeutet, dass der beobachtete Zusammenhang zumindest teilweise durch Einkommensunterschiede erklärt werden kann. In der Sensitivitätsanalyse für Operationen an den Bewegungsorganen bleibt der Effekt privater Zuzahlungen bei Verwendung eines alternativen Einkommensindikators (Einkommen höher als der Median) hingegen signifikant, vgl. Tabelle A39 im Anhang.

Darüber hinaus deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass ein höheres Einkommen mit zusätzlichen, im Fragebogen nicht erfassten Möglichkeiten, einhergeht, die potenziell zu einer Verkürzung der Wartezeiten beitragen können. Ebenso ist auch ein höherer Bildungsgrad mit verkürzten Wartezeiten assoziiert (z. B. IRR = 0,85 in Modell 12, Tabelle 14). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Personen mit höherer Bildung das Gesundheitssystem aufgrund höherer Gesundheitskompetenz zielgerichteter und effizienter nutzen oder auch andere (nicht erfasste) Zugangswege nutzen.

Des Weiteren deuten die multivariaten Ergebnisse beider Analysen darauf hin, dass (schwere) Einschränkungen während der Wartezeit keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtdauer der Wartezeit haben. Ebenso weisen Befragte im Erwerbsalter im Vergleich zu Personen, die arbeitslos sind, sich in Ausbildung befinden oder als mithelfende bzw. pflegende Angehörige tätig sind, keine kürzeren Wartezeiten auf. In der ausschließlich auf Operationen an den Bewegungsorganen fokussierten Analyse treten hingegen Unterschiede nach Krankenhaustyp auf: Befragte in öffentlichen Krankenhäusern haben signifikant kürzere Wartezeiten als jene in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern (z. B. IRR: 0,76 in Modell 11, Tabelle 15).

Tabelle 14: Determinanten der Wartezeit in öffentlich finanzierten Krankenhäusern bei elektiven Operationen

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6	Modell 7	Modell 8	Modell 9	Modell 10	Modell 11	Modell 12
Private Krankenzusatzversicherung (genutzt = 1)	0,569*** (0,067)	0,545*** (0,064)	0,544*** (0,063)	0,540*** (0,063)	0,540*** (0,063)	0,577*** (0,062)	0,576*** (0,063)	0,576*** (0,067)	0,513*** (0,064)	0,518*** (0,066)	0,518*** (0,067)	0,524*** (0,071)
Privatordination (genutzt = 1)		0,930 (0,134)	0,987 (0,141)	0,988 (0,141)	0,988 (0,141)	0,887 (0,119)	0,893 (0,121)	0,871 (0,122)	0,877 (0,124)	0,858 (0,120)	0,858 (0,119)	0,847 (0,119)
Private Zuzahlung (genutzt = 1)			0,531** (0,136)	0,527** (0,135)	0,527** (0,135)	0,490*** (0,121)	0,478*** (0,132)	0,540** (0,153)	0,647 (0,217)	0,634 (0,201)	0,637 (0,199)	0,619 (0,198)
Private Kontakte (genutzt = 1)				0,863 (0,158)	0,863 (0,158)	0,895 (0,125)	0,876 (0,125)	0,888 (0,135)	0,859 (0,128)	0,885 (0,129)	0,884 (0,130)	0,952 (0,132)
OP Augen (vgl. OP Bewegungsorgane)						0,559*** (0,095)	0,557*** (0,095)	0,578*** (0,097)	0,615*** (0,112)	0,622** (0,116)	0,617** (0,127)	0,656** (0,130)
OP Nervensystem (vgl. OP Bewegungsorgane)						0,937 (0,166)	0,935 (0,170)	1,024 (0,191)	0,992 (0,207)	0,965 (0,190)	0,964 (0,192)	0,930 (0,198)
OP Gynäkologie (vgl. OP Bewegungsorgane)						0,482*** (0,069)	0,481*** (0,069)	0,535*** (0,078)	0,566*** (0,0904)	0,601*** (0,094)	0,604*** (0,097)	0,657** (0,108)
OP Verdauungssystem (vgl. OP Bewegungsorgane)						0,625*** (0,079)	0,626*** (0,078)	0,627*** (0,079)	0,650*** (0,0862)	0,616*** (0,088)	0,617*** (0,085)	0,645*** (0,087)
OP HNO (vgl. OP Bewegungsorgane)						1,293** (0,168)	1,278* (0,167)	1,388** (0,204)	1,766*** (0,274)	1,715*** (0,268)	1,723*** (0,258)	1,784*** (0,271)
KH (öffentlich = 1)							0,925 (0,093)	0,940 (0,097)	1,007 (0,119)	1,011 (0,111)	1,012 (0,103)	1,018 (0,099)
Bildung (BMS, Matura und höher = 1)								0,829** (0,077)	0,835* (0,089)	0,851* (0,082)	0,852* (0,077)	0,846* (0,073)
Einkommen (höchstes Quintil = 1)									0,884 (0,093)	0,855 (0,095)	0,857 (0,093)	0,854 (0,094)
Geschlecht (Frauen = 1)										0,808 (0,110)	0,809* (0,104)	0,800* (0,100)
In Pension (vgl. nicht in Pension)											1,020 (0,163)	1,048 (0,159)
Einschränkung (schwer = 1)												1,138 (0,145)
Konstante	28,80*** (1,594)	28,88*** (1,700)	29,16*** (1,716)	29,39*** (1,785)	29,39*** (1,785)	33,42*** (2,697)	35,18*** (4,282)	38,53*** (5,728)	36,24*** (6,441)	41,59*** (9,551)	41,26*** (7,662)	39,54*** (6,161)
Ln alpha (Überdispersions-Parameter)	0,747***	0,743***	0,737***	0,736***	0,736***	0,654***	0,651***	0,634***	0,572***	0,564***	0,565***	0,547***
Beobachtungen	539	529	526	526	526	526	522	459	370	370	369	357
Pseudo R ²	0,005	0,006	0,007	0,007	0,007	0,022	0,022	0,024	0,031	0,033	0,033	0,032

Anmerkung: Schätzergebnisse einer Negativ-Binomial-Regression. Die Stichprobe umfasst Operationen an den Bewegungsorganen, am Auge, am Nervensystem, am Verdauungssystem, im HNO-Bereich und gynäkologische Operationen. Angegeben sind Inzidenzratenverhältnisse (IRR) und robuste Standardfehler in Klammern, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1; Quelle: IHS (2026).

Tabelle 15: Determinanten der Wartezeit in öffentlich finanzierten Krankenhäusern bei elektiven Operationen an den Bewegungsorganen

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6	Modell 7	Modell 8	Modell 9	Modell 10	Modell 11
Private Krankenzusatzversicherung (genutzt = 1)	0,562*** (0,118)	0,540*** (0,107)	0,534*** (0,105)	0,534*** (0,106)	0,534*** (0,106)	0,565*** (0,116)	0,696 (0,154)	0,622** (0,136)	0,628** (0,139)	0,631** (0,141)	0,614** (0,151)
Privatordination (genutzt = 1)		0,661*** (0,098)	0,693** (0,102)	0,694** (0,100)	0,694** (0,100)	0,694*** (0,0971)	0,671*** (0,091)	0,703** (0,105)	0,693** (0,103)	0,691** (0,099)	0,677*** (0,100)
Private Zuzahlung (genutzt = 1)			0,583** (0,143)	0,582** (0,143)	0,582** (0,143)	0,523** (0,134)	0,557** (0,163)	0,616 (0,208)	0,610 (0,200)	0,605 (0,195)	0,585 (0,194)
Private Kontakte (genutzt = 1)				0,979 (0,216)	0,979 (0,216)	0,931 (0,188)	1,064 (0,207)	0,924 (0,134)	0,968 (0,140)	0,975 (0,147)	0,958 (0,150)
KH (öffentlich = 1)						0,717** (0,111)	0,687** (0,101)	0,738* (0,123)	0,749** (0,109)	0,744** (0,096)	0,761** (0,088)
Bildung (BMS, Matura und höher = 1)							0,689*** (0,0815)	0,714** (0,094)	0,730*** (0,085)	0,729*** (0,079)	0,736*** (0,076)
Einkommen (höchstes Quintil = 1)								0,758** (0,099)	0,728** (0,101)	0,726** (0,096)	0,743** (0,098)
Geschlecht (Frauen = 1)									0,827 (0,136)	0,824 (0,125)	0,830 (0,114)
In Pension (vgl. nicht in Pension)										0,971 (0,176)	0,995 (0,173)
Einschränkung (schwer = 1)											1,180 (0,161)
Konstante	32,34*** (2,517)	33,80*** (2,869)	34,33*** (2,926)	34,35*** (2,999)	34,35*** (2,999)	41,94*** (6,604)	50,61*** (9,273)	48,68*** (10,59)	54,50*** (15,320)	55,29*** (12,560)	51,10*** (9,294)
Ln alpha (Überdispersions-Parameter)	0,642*** (0,096)	0,615*** (0,094)	0,609*** (0,094)	0,609*** (0,094)	0,609*** (0,094)	0,580*** (0,079)	0,529*** (0,073)	0,468*** (0,082)	0,461*** (0,074)	0,461*** (0,075)	0,451*** (0,070)
Beobachtungen	277	269	266	266	266	263	233	183	183	183	181
Pseudo R ²	0,005	0,008	0,009	0,009	0,009	0,014	0,022	0,027	0,028	0,028	0,031

Anmerkung: Schätzergebnisse einer Negativ-Binomial-Regression. Die Stichprobe umfasst Operationen an den Bewegungsorganen. Angegeben sind Inzidenzratenverhältnisse (IRR) und robuste Standardfehler in Klammern, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1; Quelle: IHS (2026).

3.5 Ergebnisse der Betroffeneninterviews

Die genauen Abläufe, die zu langen Wartezeiten bzw. zu Wartezeitverkürzungen führen, sowie die persönlichen Auswirkungen der Wartezeiten lassen sich am besten durch Interviews mit Betroffenen erfassen. Im Rahmen der standardisierten schriftlichen Online-Befragung wurden daher Betroffene für vertiefende Interviews rekrutiert. Zahlreiche Personen erklärten sich bereit, ihre Erfahrungen zu schildern. Insgesamt wurden elf Interviews mit Betroffenen geführt, vgl. Tabelle 16.

Tabelle 16: Übersicht über die Interviewpartner:innen und die Merkmale der Interviews

IP	Geschlecht Interview-partner:in	Körperregion der OP	Bundesland der OP	Datum des Interviews	Länge des Interviews (in Minuten)
IP01	weiblich	Herz	Oberösterreich	22.01.2026	22:55
IP02	weiblich	Nervensystem	Niederösterreich	22.01.2026	31:18
IP03	männlich	Bewegungsorgane	Niederösterreich	05.02.2026	15:46
IP04	weiblich	Bewegungsorgane	Oberösterreich	05.02.2026	12:48
IP05	weiblich	Bewegungsorgane	Oberösterreich	05.02.2026	11:09
IP06	männlich	Herz	Oberösterreich	06.02.2026	14:22
IP07	weiblich	Bewegungsorgane	Oberösterreich	11.02.2026	18:20
IP08	weiblich	Nervensystem	Salzburg	12.02.2026	20:44
IP09	weiblich	Bewegungsorgane	Niederösterreich	12.02.2026	09:59
IP10	weiblich	Blutgefäße	Oberösterreich	13.02.2026	18:23
IP11	männlich	Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	Wien	03.03.2026	37:39

Quelle: IHS (2026).

Zur Darstellung der Ergebnisse werden die zentralen Erkenntnisse aus den Interviews in folgende vier übergeordnete Themenbereiche unterteilt:

- Wartezeiten und ihre Ursachen
- Auswirkungen von Wartezeiten auf Symptomatik und Beruf
- Die Wartezeit vor der Wartezeit
- Mechanismen zur Verkürzung der Wartezeit

Zu beachten ist, dass ein erheblicher Selektionsbias vorliegt. Dieser ergibt sich zum einen aus der gewählten Erhebungsmethode des Surveys, zum anderen dürfte die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview insbesondere bei Personen ausgeprägt sein, die belastende

oder negative Erfahrungen gemacht haben. Dieser Umstand ist bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend zu berücksichtigen.

Wartezeiten und ihre Ursachen

Die meisten Betroffenen waren mit erheblichen Wartezeiten konfrontiert, die in einzelnen Fällen mehr als ein Jahr betrugen. Personen, die bereits mehrfach operiert worden waren oder regelmäßig Interventionen benötigen, berichteten übereinstimmend, dass sich die Wartezeiten im Laufe der Jahre verlängert hätten. Exemplarisch illustrieren die folgenden Zitate von fünf Interviewpartner:innen die Länge der Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitssystem.

„[...] war das Knie einfach schon so schlecht, dass der Doktor dort gesagt hat, sie können mich die anderthalb Jahre Wartezeit, die eigentlich normal wäre, gar nicht mehr warten lassen. Sie müssen mich einschieben und sie haben mich dann praktisch im Jänner war ich dort und im Dezember folgenden Jahres bin ich dann operiert worden.“ _IP_04

„Das erste Gespräch mit dem Doktor hat es gegeben im November, Dezember 2024. Und dann hatte ich die Wartezeit bis zum OP-Termin [...] Ich muss nochmal schnell schauen. Am 01.07.2025 [Name des Krankenhauses anonymisiert].“ _IP_03

„Ja, es war länger als ein Jahr eigentlich, ich sage elf Monate. Zwölf Monate, äh, 13 Monate meine ich, 13, 14. Dann habe ich das nächste Krankenhaus probiert. Das hat dann gesagt, also im Juli, im Mai ungefähr war das und die haben dann gemeint im Dezember. Ich war zumindest einmal im selben Jahr. Dann habe ich noch ein Krankenhaus, das war wiederum, gesagt, zehn Monate Wartezeit. Dann hätte ich noch einen Termin gehabt in einem Krankenhaus, habe aber zufällig dann noch wiederum in einem anderen Krankenhaus früher einen Termin gekriegt und da habe ich dann innerhalb von zwei, drei Monaten einen Termin gehabt.“ _IP_05

„Mitte August [2024] habe ich von der Onkologin grünes Licht bekommen, Port darf raus. Ich bin dann gleich an dem Tag in eine chirurgische Ambulanz gegangen, um einen Termin auszumachen für diese kleine Operation. [...] Und ich habe einen Termin bekommen für den 1. April 2025. [...] Dann dachte ich, das ist dieser 1.-April-Scherz. Aber nein, das war die Wahrheit.“ _IP_10

„[...] hätte ich eine Wartezeit gehabt von über 14 Monaten bis zum nächstmöglichen Termin.“ _IP_11

Zumeist wurden den Betroffenen Kapazitätsengpässe als Erklärung für die langen Wartezeiten genannt, wie das folgende Zitat einer Interviewpartnerin veranschaulicht.

„Die Begründung war quasi, dass Sie irgendwie eine Überlastung hatten oder so, ja. Das passiert leider manchmal, dass die quasi wie die Fluggesellschaften tun, die Leute dann das überbuchen quasi, weil sie denken, es fällt eh irgendwer aus, ja. Und dann ist es doch nicht so und dann ist natürlich das Chaos.“ _IP_07

Ein Teil der Interviewpartner:innen war sich der Möglichkeit, sich über die Wartezeiten in anderen Krankenanstalten zu informieren, nicht bewusst. Doch selbst in jenen Fällen, in denen diese Option genutzt wurde, erwiesen sich die Wartezeiten in anderen Einrichtungen häufig als ähnlich lang, sodass keine relevante Verkürzung erreicht werden konnte. Bemerkenswert ist zudem, dass das Gesundheitspersonal die Patient:innen in der Regel nicht aktiv darüber informierte, dass eine potenzielle Verkürzung der Wartezeit möglich sein könnte, etwa durch eine eigenständige Information über die auf den Webseiten der jeweiligen Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetreiber veröffentlichten Wartezeiten in unterschiedlichen Einrichtungen, wie die zwei aufeinanderfolgenden Zitate einer Interviewpartnerin exemplarisch zeigen.

„Aber die Idee war ja gar nicht gekommen, weil ich habe mir dann gedacht, das ist in allen Krankenhäusern gleich.“ _IP_04

„Hat mir kein Mensch gesagt, also das habe ich auch gar nicht gewusst. Und wie gesagt, das war halt einfach wirklich so, dass ich sage, ich habe ja, das ist ja das zweite Knie, das erste ist ja schon 2022 operiert worden, da war die Wartezeit eigentlich noch relativ human, weil da war es ein halbes Jahr. Und jetzt, wo das Knie, das linke wirklich so massiv kaputt war, habe ich halt leider ein Jahr warten müssen.“ _IP_04

Ebenso wurde die Berufstätigkeit der Befragten in keinem einzigen Fall als Kriterium für eine Verkürzung der Wartezeit herangezogen, wie die zwei aufeinanderfolgenden Zitate einer Interviewpartnerin exemplarisch verdeutlichen.

„Nein, gar nicht. Also ich glaube, das ist meinem Krankenhaus mehr oder weniger komplett egal. Und sie haben mir auch gesagt, sie setzen mich zwar auf die Wartelisten, weil es einem einfach wirklich schon dringend gewesen war, aber hat auch nichts gebracht. Also ein Tag bevor ich eigentlich einen Termin gehabt hätte zum Operieren, bin ich dann draufgekommen.“ _IP_04

„Und ich habe gesagt, wenn ich nicht den Job gehabt hätte, den ich habe, hätte ich wahrscheinlich sogar mit Sicherheit ab Sommer nicht mehr arbeiten können, weil ich hätte keine zwei Stunden stehen können. Treppensteigen, das war alles schon einfach

grenzwertig. Und wie gesagt, seit September bin ich dann mit Krücken arbeiten gegangen.“

_IP_04

Auswirkungen von Wartezeiten auf Symptomatik und Beruf

Die Mehrheit der Betroffenen berichtete über orthopädische Operationen. In diesem Zusammenhang erwiesen sich die langen Wartezeiten als belastend sowohl für die Symptomatik der Betroffenen als auch für deren berufliche Leistungsfähigkeit. Viele Interviewpartner:innen berichteten, dass sich ihre Beschwerden im Verlauf der Wartezeit verschlechterten, was zu entsprechenden Einschränkungen führte, wie die folgenden Zitate exemplarisch verdeutlichen.

„Extreme Nervenschmerzen im Arm, die mich aber schon so beeinträchtigt haben im Alltag.“ _IP_02

„Ja, natürlich ist es immer schlimmer geworden.“ _IP_05

Auch informelle Betreuungstätigkeiten wie beispielsweise Enkelkinderbetreuung konnten nicht mehr im gewohnten Maße ausgeübt werden, wie von einer Interviewpartnerin exemplarisch geschildert wurde:

„Ja, und ich habe sechs Enkel, also ich habe Enkeldienst. Ich bin dann komplett ausgefallen. Ja, was ich dann ungerecht finde, dass man dann für zwei Tage ins Krankenhaus ja zahlen muss, obwohl es ja eigentlich nichts passiert ist.“ _IP_07

Die Produktivität bzw. die zu leistenden Arbeitsstunden nahmen ab. Dieser Umstand wird exemplarisch durch die folgenden zwei Zitate veranschaulicht.

„[...] weil ich sage, so Schmerzen, wie ich da gehabt habe, ich wünsche wirklich keinen. Und es war eben einfach, wenn du im Außendienst bist, ich mache viel Landwirtschaften, die ich versichere, aber es war halt einfach die Begehungen schon irrsinnig schwierig und Stufen und Treppen.“ _IP_04

„Ich war dazwischen schon in der Arbeit, aber halt mit Opiaten und es war ziemlich müde.“ _IP_02

„Naja, ich sage mal eher, ich war immer schlecht drauf, schlecht geschlafen, genervt.“ _IP_05

Eine Interviewpartner:in wurde wegen der zu erwartenden Rehabilitation gekündigt.

„Die haben mich jetzt gekündigt. Also ich bin am 11. Dezember operiert worden. Und zwischen Weihnachten und Neujahr ist mir die Kündigung überreicht worden. Ist zwar kein feiner Zug, weil ich sage mal so, es wird schwierig für mich, dass ich überhaupt noch mehr Arbeit finde. Ich werde heuer im Oktober 60. Also es wird mich wahrscheinlich keiner mehr nehmen. Ja. Und mit den Worten haben sie gesagt, also sie wollen wen gesunden, motivierten, jungen statt mir.“ _IP_04

Im Zusammenspiel mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung legen diese Beobachtungen nahe, dass es sich um Einzelfälle handelt, was insgesamt auf eine grundsätzlich gute Absicherung im Krankheitsfall schließen lässt.

Die Wartezeit vor der Wartezeit

Fast alle Betroffenen berichteten über negative Erfahrungen mit dem öffentlichen Gesundheitssystem. Am häufigsten wurde kritisiert, dass die Behandlung im kassenärztlichen Bereich als zu oberflächlich wahrgenommen wurde und der Arzt-Patient-Kontakt nur von kurzer Dauer war. Exemplarisch veranschaulichen die folgenden Zitate von fünf Interviewpartner:innen diese Unzufriedenheit mit dem öffentlichen Gesundheitssystem.

„Ist aber auch keiner draufgekommen, da war ich auch bei x verschiedenen Ärzten [Anm.: im öffentlichen Gesundheitssystem], ich habe im Nachhinein dann noch welche kontaktiert, wo ich mir gedacht habe, da bringt es vielleicht was, wenn man denen das sagt, dass das zusammenhängt.“ _IP_01

„Der Privatarzt, den ich mir dann gegönnt habe, weil ich einfach gemerkt habe, es ist nichts weitergegangen [Anm.: im öffentlichen Gesundheitssystem], der ist Oberarzt eben [Name des Krankenhauses anonymisiert] und der hat mir dann auch den Termin verschafft.“ _IP_01

„Das habe ich vorher schon gemacht, aber die Orthopäden, also der Orthopäde und in weiterer Folge dann die anderen auch, haben nicht mehr zufriedenstellende Lösungen präsentiert [Anm.: Ärzt:innen im öffentlichen Gesundheitssystem].“ _IP_02

„Ich war vorher bei einem Kassenarzt in Amstetten gewesen. In der Praxis vom Dr. [Name des Arztes anonymisiert]. Dort gibt es drei Ärzte. [...] Und ich habe mich also bei dem Kassenarzt immer so gefühlt, okay, drei Minuten hast du Zeit für die Behandlung. Wenn ich einen Termin gehabt habe, dann bin ich reingekommen. Und dann zack, zack habe ich meine Spritzen gekriegt, ein kurzes Gespräch und bin schon wieder draußen gewesen.“ _IP_03

„Ich habe ein Gespräch gehabt. Mit Onkologen. Und ich habe meine Liste mit Fragen vorbereitet. Und dann hat er gesagt. Na. Na. Da habe ich keine Zeit. Ich kann ihnen diese Liste nicht beantworten. Da wartet voller Warteraum für mich. Und ich denke mir. Ja. Aber ich bin auch jemand der gewartet hat. Und wer kann mir die Fragen beantworten. Das ist wichtig. Und dann sagt er. Ja. Dafür müssen sie zu mir privat kommen. In private Praxis. Dann nehme ich mir Zeit für Ihre Fragen. Und dann tatsächlich habe ich Termin ausgemacht [Anm. Wahlarzt] und habe 40 Minuten 140 Euro bezahlt. Und da würden dann meine Fragen beantwortet.“ _IP_10

„Dementsprechend, ich sage mal so, gebisskrankenkassentechnisch kurz angehalten. Erst beim Wahlarzt ist das Ganze dann intensiver untersucht worden.“ _IP_11

Nach Angaben der Betroffenen wurde häufig keine zufriedenstellende Lösung für das gesundheitliche Problem angeboten; zudem wurde ein Mangel an Koordination im Diagnose- und Behandlungsprozess wahrgenommen. Viele Interviewpartner:innen berichteten, bereits vor der Entscheidung über eine mögliche Operation längere Zeit ohne klare Orientierung durch das System gegangen bzw. „geirrt“ zu sein. In der Folge wandte sich ein erheblicher Teil der Interviewpartner:innen schließlich an den wahlärztlichen Bereich. Eine Interviewpartnerin schildert diesen Irrweg durch das öffentliche Gesundheitssystem besonders anschaulich, wie die folgenden drei aufeinanderfolgenden Zitate zeigen.

„Ja, und es ist ja bei mir noch eine zweite Sache gewesen, also dass ich immer gestürzt bin und einen Reizdarm gehabt habe. Das hat 2017 angefangen. Und ich war eigentlich der Überzeugung, dass eben der Durchfall von einer Reise in die DomRep gekommen ist, weil es nachher angefangen hat. Ja, und das war genauso ein Irrweg. Deshalb sind da insgesamt 32 Befunde zusammengekommen auf der Liste [Anm.: aus dem öffentlichen Gesundheitssystem]. [...] Da gibt es zum Beispiel auch vom 08.02.2020 ein MRT von der Wirbelsäule, wo schon eindeutig feststeht, dass die Lendenwirbeln verkeilt sind und im Endeffekt nichts gemacht worden ist. Also das war immer mein Problem. Ich bin arbeiten geschickt worden, obwohl ich oft nicht mehr gehen konnte, obwohl ich hingefallen bin. Obwohl ich von der Müdigkeit her, wenn man eben in der Nacht zwei, drei Stunden schläft, dann ist man irgendwann einmal ein bisschen kaputt. Und ich bin aber trotzdem arbeiten geschickt worden, oft mit so Medikamenten. Sie haben eine kräftige Stimme. So schlecht kann es Ihnen nicht gehen.“ _IP_01

„Ja, weil man liegt jetzt als Laie nicht an mir, dass ich da das Richtige mache. Aber ich glaube, das Grundproblem ist ganz einfach, dass man wirklich zu dutzend falsche Diagnosen hat, falsche Behandlungen hat und dann fängt erst das Problem mit dem Krankenhaus an. Dass man, wenn man dann einmal etwas hat, dass man dann halt behandelt wird. Man wird einfach nicht behandelt.“ _IP_01

„Das war wieder ein privater Orthopäde.“ _IP_01

Mechanismen zur Verkürzung der Wartezeit

Für die meisten Betroffenen stellte das Ausweichen in den wahlärztlichen Bereich eine zentrale Möglichkeit dar, die Wartezeit zu verkürzen. Ein Teil der Interviewpartner:innen gelangte auf diesem Weg unmittelbar in ein privates Krankenhaus oder erhielt über eine:n Wahlärzt:in direkt einen Operationstermin in einem öffentlichen oder privat-gemeinnützigen Krankenhaus, wie das folgende Zitat einer Interviewpartnerin exemplarisch verdeutlicht.

„Ich glaube, in Summe viermal war ich bei ihm, bis festgestellt worden ist, dass es zum Operieren wird. Ich habe dort jedes Mal ein Honorar bezahlt, privat. Und er hat mir dann zugesichert, dass die Operation dann auf die Kasse geht. Also er hat mich dann als Kassenpatient ins Krankenhaus genommen.“ _IP_02

Diese Möglichkeit, potenziell die Wartezeit zu verkürzen, wurde somit häufig nicht primär mit der Absicht einer Verkürzung gewählt, sondern ergab sich vielfach als Nebeneffekt der Unzufriedenheit mit dem öffentlichen Gesundheitssystem. In den Interviews wurden dabei auf ärztlicher Seite zwei extreme Verhaltensweisen geschildert. Auf der einen Seite berichtete eine Betroffene, dass ihr behandelnder Krankenhausarzt in einem öffentlichen Krankenhaus zur Verkürzung der Wartezeit mehrere private Nachbehandlungen angeboten habe, für die ein deutlich überhöhtes Honorar verlangt worden sei, wie das folgende Zitat verdeutlicht.

„Aber das war halt ein Honorar von jedes Mal 250 Euro bei einem. Viermal war ich dann in Summe dort vor der OP. Und für die Nachbehandlungen nach der OP, ich weiß nicht, ob das relevant ist, hätte er dafür viermal jeweils 750 Euro verlangt.“ _IP_02

„Er ist ein Geschäftsmann.“ _IP_02

Auf der anderen Seite berichteten mehrere Betroffene in einer ähnlichen Konstellation (Arzt im öffentlichen Krankenhaus gleichzeitig Wahlarzt), dass ihnen explizit keine Verkürzung der Wartezeit in Aussicht gestellt wurde, wie das folgende Zitat einer Interviewpartnerin exemplarisch veranschaulicht.

„Ja, ich sage mal so, ein Krankenhaus hat zumindest gesagt, es ist egal, ob ich privat versichert bin oder nicht, Dezember bleibt Dezember.“ _IP_05

Eine unmittelbare Geldzahlung wurde von keinem bzw. keiner der Interviewpartner:innen angegeben.

Darüber hinaus wurden von den Betroffenen weitere Möglichkeiten zur Verkürzung der Wartezeit genannt, darunter die Nutzung einer privaten Krankenzusatzversicherung, der Besuch einer Privatordination, insbesondere in dringenden Fällen, sowie die Nutzung privater Kontakte. Die folgenden Zitate veranschaulichen diese Erfahrungen exemplarisch.

„Der ist auch Arzt im Krankenhaus und hat eine Privatordination. Und ich muss sagen, ich bin mit dem selber persönlich bekannt. Darum bin ich zu ihm gegangen. Und er hat mir dann gesagt, ja, er schaut, wie es aussieht mit einem Termin im Krankenhaus. Und da war die Wartezeit 26 Minuten. 26 Wochen. Und daraufhin haben wir es eben dann in einem Privatspital gemacht. Mit ihm als Belegarzt. Und wie gesagt, die Wartezeit war wiederum zwei Wochen.“ _IP_08

„Richtig, das war die erste Untersuchung im AKH. Der hat dann gesagt, ja, es ist jetzt nicht so dringend. Wir machen, also Sie können jetzt privat kommen oder Sie warten 14 Monate, bis Sie einen regulären Kassentermin bekommen. [...] Oder privat in 14 Tagen, innerhalb von 14 Tagen.“ _IP_11

„Dann bin ich zu einem privaten Onkologen gegangen, den ich 100 Euro bezahlt habe. Um ihm davon zu erklären, dass mir das bezahlt wurde. Er hat gesagt, er hat einen Kollegen, einen Chirurgen, allerdings in [Namen des Ortes anonymisiert]. [...] Da könnte ich eventuell früher einen Termin bekommen. Aber ich muss zuerst einen Termin bei diesem Chirurgen ausmachen. Auch wieder einmal privat. Ich bin dann privat zu ihm gegangen. Habe ich 200 Euro bezahlt. Fünf Minuten Termin. So, hallo, hallo, Port, bla bla bla. Fertig. Ja, Sie bekommen einen Termin. Er meldet sich in den nächsten paar Tagen. Und tatsächlich hat er sich in ein paar Tagen gemeldet. Und ich habe dann den frühesten Termin im November bekommen.“ _IP_10

„Ja, also einen Mitarbeiterbonus gibt es sehr wohl auch im Krankenhaus. Mit meiner Nasenscheidewand-OP habe ich nicht sehr lange warten müssen. Also das ist auch relativ zügig gegangen. Ich glaube, das waren sechs Wochen. Das ist absolut kein Problem bei so einer Geschichte. Hätte man regulär auch länger warten müssen. Das war halt ein Hausbonus.“ _IP_08

„[...] Und im AKH in Wien brauchen sie gar nicht anrufen. Weil da warten sie am längsten und so. Und ich habe mir gedacht, nein, die Freundin von mir, die arbeitet im AKH in der Herzchirurgie. Und die habe ich dann natürlich angerufen und die hat sich die Befunde von mir abgeholt. Das war, glaube ich, am 29. Juli und am 4. August bin ich dann operiert worden. Also die hat da ziemlich angeschoben. Aber es war auch ziemlich notwendig, weil es waren zu 98 Prozent zu. Die zwei Stellen im Herz.“ _IP09

Eine Interviewpartner:in, die zugleich einen Gesundheitsberuf ausübt, bestätigte diese Beobachtungen zudem aus ihrer beruflichen Erfahrung, wie folgende Zitate exemplarisch zeigen.

„Also was wir natürlich als Angestellte mitbekommen haben, das waren, dass Selbstzahler immer dran gekommen sind, sehr, sehr schnell [...]“ _IP_08

„[...] natürlich privatversichert hat es nicht so viel gegeben. [...] jetzt waren da natürlich auch die Wartezeiten viel geringer.“ _IP_08

4 Evidenz zu Lösungsansätzen zur Vermeidung systematischer Bevorzugungen bei elektiven Operationen

Die nachfolgenden Unterkapitel beleuchten einerseits die internationale Evidenz zu Regulierungs- und Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen, die darauf abzielen, Wartezeiten bei elektiven Operationen zu steuern und systematische Bevorzugungen zu verhindern, und andererseits die empirische Evidenz zu Korruptionsformen – insbesondere Bestechung im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung – sowie zu bestehenden Lösungsansätzen.

4.1 Internationale Regulierungs- und Steuerungsmechanismen von Wartezeiten

Öffentliche Gesundheitssysteme setzen unterschiedliche formale Regeln, Rahmenbedingungen sowie Steuerungsmechanismen (= Anreiz-Mechanismen) ein, um sicherzustellen, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen nach der Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs und nicht nach den individuellen finanziellen Möglichkeiten erfolgt. Hierzu zählen Maßnahmen, die informelle Zahlungen, eine bevorzugte Terminvergabe oder erweiterte Leistungsangebote im Rahmen von Selbstzahlungen oder privater Kranken(zusatz)versicherungen begrenzen sollen. Ziel ist es, institutionelle Vorteile für Personen mit höheren finanziellen Ressourcen zu verhindern. Im Folgenden werden diese internationalen Ansätze beschrieben.

Mechanismus: Förderung privater Krankenzusatzversicherungen zur Nachfrageverlagerung

Ein zentraler Ansatz besteht darin, informelle **Zahlungen zur Erlangung eines bevorzugten Zugangs zu öffentlich finanzierten Leistungen zu unterbinden**. Kanada versucht mittels eines vergleichsweise strengen rechtlichen und regulatorischen Rahmens, einer Bevorzugung von Patient:innen aufgrund privater oder zusätzlicher (Zu-)Zahlungen oder des Bestehens einer privaten Krankenversicherung entgegenzuwirken. Der *Canada Health Act*¹, der am 1. April 1984 in Kraft getreten ist, untersagt ausdrücklich die Einhebung sogenannter *user charges* für medizinisch notwendige Krankenhaus- und ärztliche Leistungen, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems bereitgestellt und finanziert werden. Darüber hinaus verbietet der *Canada Health Act* das sogenannte *extra billing*. Darunter versteht man die Praxis,

¹ Siehe Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6) <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/FullText.html>, abgerufen am 10.02.2026.

bei der Ärzt:innen Patient:innen für medizinisch notwendige, vom öffentlichen System bereitgestellte und finanzierte Leistungen einen Betrag in Rechnung stellen, der über den von der öffentlichen Krankenversicherung erstatteten Tarif hinausgeht. In Kanada sind private Krankenversicherungen weit verbreitet; sie dienen jedoch überwiegend der Absicherung jener Leistungen, die nicht vom öffentlichen System erfasst werden (z. B. zahnärztliche Leistungen, Arzneimittel außerhalb des stationären Bereichs oder ergänzende Therapien). In mehreren Provinzen ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung für Leistungen, die bereits durch das öffentliche System abgedeckt sind, rechtlich erheblich eingeschränkt oder faktisch ausgeschlossen. Diese regulatorische Ausgestaltung verfolgt explizit das Ziel, eine strukturelle Zwei-Klassen-Versorgung im Bereich öffentlich finanzierter und bereitgestellter medizinischer Leistungen zu verhindern (Flood & Archibald, 2001; Marchildon et al., 2022).

Ziel: Eliminierung finanziell induzierter Anreize zur selektiven Bevorzugung einzelner Patient:innengruppen sowie zur strukturellen Differenzierung des Zugangs im Sinne einer Zwei-Klassen-Versorgung.

Evaluierung: Nach unserem Kenntnisstand existieren bislang keine Evaluierungen zum Verbot von *user charges* und *extra billing* im Rahmen des *Canada Health Act*. Daher lassen sich keine belastbaren Aussagen über die Wirkung dieses Mechanismus treffen. Zur Einordnung, inwieweit Korruption im öffentlichen Sektor in Kanada verbreitet ist, kann der Corruption Perceptions Index (CPI) 2025 herangezogen werden, der von Transparency International im Februar 2026 veröffentlicht wurde. Der CPI bewertet Länder anhand des wahrgenommenen Ausmaßes von Korruption im öffentlichen Sektor. Kanada erreicht dabei eine Punktzahl von 75 von 100 und belegt den 16. Rang von insgesamt 182 Ländern.

Mechanismus: Priorisierung nach standardisierten medizinischen Kriterien

Eine weitere Möglichkeit sind Regeln, nach denen **Wartelisten ausschließlich nach medizinischen Kriterien** erstellt werden. Einige Länder nutzen hierfür standardisierte Bewertungssysteme, die mehrere Dimensionen erfassen, um den Schweregrad der Erkrankung, funktionelle Einschränkungen sowie den erwarteten Behandlungserfolg systematisch zu bewerten. In Neuseeland wurde zu diesem Zweck Anfang der 1990er Jahre das System der *Clinical Priority Assessment Criteria* (CPAC) entwickelt. CPAC basiert auf einem Punktesystem, anhand dessen Patient:innen für elektive Operationen nach medizinischer Dringlichkeit gereiht werden (Hadorn & Holmes, 1997a, 1997b). Im Jahr 1998 wurde das „Buchungssystem“ für Operationen auf Basis des CPAC-Systems in Neuseeland landesweit implementiert. Es sollte ein transparenter, konsistenter Prozess zur Priorisierung und Zuteilung medizinischer Leistungen geschaffen werden (Gauld & Derrett, 2000). Bei orthopädischen Operationen fließen in den Punktescore unter anderem Schmerzempfinden, Einschränkung der Beweglichkeit, soziale Beeinträchtigung sowie mögliche Folgen einer

Verzögerung ein (Ministry of Health, 2007). Basierend auf ihren CPAC-Punkten werden die Patient:innen anschließend entweder:

- sofort für eine Operation eingeplant, die innerhalb von sechs Monaten (Anm.: lose formuliertes Ziel) stattfinden soll oder sie erhalten eine Zusage, dass sie ihre Operation innerhalb von sechs Monaten erhalten;
- unter „aktive Überprüfung“ gestellt, falls sich ihr Zustand verschlechtert oder
- zur üblichen Versorgung an ihre:n Hausärzt:in zurücküberwiesen (OECD, 2013).

Das ursprünglich eher lose formulierte Ziel im Rahmen des CPAC-Systems, elektive Operationen innerhalb von sechs Monaten durchzuführen, wurde im Februar 2012 von der damaligen Regierung schrittweise verschärft. Die Zielvorgaben lauteten: ab 1. Juli 2012 maximal sechs Monate Wartezeit, ab 1. Juli 2013 maximal fünf Monate und ab 1. Januar 2015 maximal vier Monate (OECD, 2013).

Die aktuelle Regierung hat sich bis zum Jahr 2030 die Zielvorgabe gesetzt, dass 95 % der Patient:innen weniger als vier Monate auf eine elektive Operationen warten sollen, wobei im Jahr 2025 der Meilenstein bei 70 % liegt (Minister of Health, 2024).

Ziel: Einführung transparenter und objektiver Priorisierungskriterien im Wartelistenmanagement, um individuelle Ermessensspielräume bei der Reihung der Patient:innen zu minimieren.

Evaluierung für Neuseeland: Aktuelle Zahlen der Regierung zeigen, dass im Jahr 2025 nur 65,9 % der Patient:innen weniger als vier Monate auf eine elektive Behandlung warten, wodurch der 70 %-Meilenstein verfehlt wurde (New Zealand Government, 2025).

Mechanismus: Gesetzlich verankerte Wartezeitgarantie

Eine weitere Strategie ist die Einführung von **Wartezeitgarantien**. In Schweden regelt das gesetzlich verankerte Patientenrecht *Vårdgaranti*¹ den Anspruch auf zeitnahe medizinische Versorgung. Konkret legt es verbindliche maximale Wartezeiten für verschiedene medizinische Leistungen fest. Diese Wartezeitgarantie wird häufig als 0-3-90-90-Regel beschrieben:

- 0 Tage: sofortiger Kontakt mit dem Gesundheitssystem (z. B. telefonische Beratung oder digitale Kontaktaufnahme)
- 3 Tage: Termin bei Hausärzt:in in der Primärversorgung
- 90 Tage: Termin bei Fachärzt:in nach Überweisung

¹ Siehe Regeringens proposition 2017/18:83 <https://data.riksdagen.se/fil/693F2D62-15E2-4FF4-8A74-75BFFBFB15A>, abgerufen am 02.12.2025.

- 90 Tage: Beginn der Behandlung oder Operation nach der Entscheidung zur Behandlung

Die Wartezeitgarantie wurde im Jahr 2005 im Rahmen einer Vereinbarung zwischen der nationalen Regierung und den Regionen eingeführt und im Jahr 2010 im Gesetz über das Gesundheits- und Krankenwesen (*Hälsö- och sjukvårdslagen*) gesetzlich verankert (Janlöv et al., 2023; informationsverige.se, 2025).

Die Garantie basiert auf einer Vereinbarung zwischen der nationalen Regierung und den für die Gesundheitsversorgung zuständigen Regionen. Patient:innen müssen von ihrer Primärversorgungseinrichtung über die Garantie sowie über die damit verbundenen Rechte informiert werden. Kann die vorgesehene Frist für die Behandlung beim ursprünglichen Leistungsanbieter nicht eingehalten werden, ist die Region verpflichtet, aktiv eine alternative Versorgung für die Patient:innen zu organisieren. In diesem Fall muss die zuständige Region den Patient:innen eine Behandlung bei einem anderen Leistungsanbieter mit kürzerer Wartezeit anbieten. Hierfür bestehen in den meisten Regionen spezialisierte organisatorische Einheiten „*Vårdgarantikansli*“, die als zentrale Anlaufstellen fungieren und Patient:innen unter anderem bei Fragen zur Einhaltung bzw. Umsetzung der Wartezeitengarantie, bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie bei der Navigation im Versorgungssystem unterstützen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Einheiten variiert jedoch zwischen den Regionen. Sämtliche dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten für die Patient:innen, beispielsweise Reisekosten zu einem weiter entfernten Leistungsanbieter, werden von der zuständigen Region übernommen. Lehnen Patient:innen dieses Angebot ab, verbleiben sie auf der ursprünglichen Warteliste; in diesem Fall kann die Wartezeit die im Rahmen der Wartezeitgarantie vorgesehenen Fristen überschreiten (Öster, 2022; Winblad et al., 2010; Öster, 2025).

Die Wartezeitgarantie hebt die Priorisierung nach medizinischer Dringlichkeit nicht auf. Sie gilt primär für elektive Behandlungen, während Notfälle weiterhin nach Maß der medizinischen Dringlichkeit behandelt werden (Öster, 2022; Winblad et al., 2010).

Darüber hinaus existiert in Schweden mit „*Väntetider i vården*“ (<https://extra.skr.se/vantetiderivarden/forprivatpersonerochanhoriga>) eine zentrale nationale Informations- und Monitoringplattform zur Darstellung von Wartezeiten im Gesundheitssystem. Sie ermöglicht Patient:innen den Zugang zu aggregierten, regional gemeldeten Wartezeitdaten und trägt damit zur Transparenz über die Einhaltung der Wartezeitengarantie bei.

Ziel: Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung sowie die Reduktion übermäßig langer Wartezeiten.

Evaluierung für Schweden: Eine Evaluierung zeigt, dass der Anteil der Patient:innen, die innerhalb der Frist der Wartezeitgarantie behandelt werden, kontinuierlich gesunken ist. Im

Jahr 2021 wurden nur 54 % innerhalb der 90-Tage-Frist behandelt oder operiert. Als Ursachen werden unter anderem eine vergleichsweise geringe Zahl verfügbarer Krankenhausbetten, steigende Versorgungsbedarfe, geringe Produktivität sowie ein Mangel an Gesundheitspersonal genannt (Janlöv et al., 2023). In den letzten Jahren haben die Wartezeiten weiter zugenommen, und die gesetzlich verankerte Wartezeitgarantie wurde seit ihrer Einführung im Jahr 2010 nie vollständig erreicht (Regeringskansliet, 2024).

Auch im staatlichen Gesundheitsdienst NHS des Vereinigten Königreichs bestehen vergleichbare Regelungen. Das sogenannte 18-Wochen-Ziel (*Referral to Treatment*, RTT) wurde im Jahr 2008 implementiert. Das explizite Ziel dieser Regelung ist, dass bei mindestens 92 % der Patient:innen die Wartezeit zwischen der hausärztlichen Überweisung und dem Beginn der fachärztlichen oder operativen Behandlung in der Regel 18 Wochen nicht überschreitet (NHS England, 2016, 2025; Health Service Navigator, 2025). Das britische Gesundheitsministerium überwacht die Einhaltung dieses Ziels. Wird diese Zielvorgabe überschritten, führt das zu Kürzungen von bis zu 5 % der Einnahmen der betreffenden Fachabteilung im Monat der Überschreitung (Department of Health and Social Care, 2011; OECD, 2013). Ab dem Jahr 2015/16 hob das NHS die finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung des 18-Wochen-Ziels auf, bedingt durch die bestehenden finanziellen Herausforderungen im NHS (Parkin, 2020).

Ziel: Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung sowie Reduktion übermäßig langer Wartezeiten.

Evaluierung für das Vereinigte Königreich: Eine aktuelle Studie des King's Fund (2025) zeigt, dass im Oktober 2025 lediglich 62 % der Patient:innen weniger als 18 Wochen auf eine Behandlung warteten. Damit liegt die Einhaltung der Vorgabe weiterhin deutlich unter dem im NHS verankerten Zielwert von 92 % sowie unter dem Zwischenziel von 65 % bis März 2026. Die mediane Wartezeit beträgt 13,3 Wochen. Darüber hinaus wird in der Studie berichtet, dass sowohl die Warteliste als auch die Wartezeiten seit dem Jahr 2012 kontinuierlich angestiegen sind. Der Zielwert von 92 % wurde zuletzt im September 2015 erreicht.

Mechanismus: Gleichbehandlungspflicht bei Kombination öffentlicher und privater Versorgung

Wenn Patient:innen öffentliche und private Gesundheitsversorgung kombinieren, besagen die Vorschriften, dass **private Zahlungen den Platz auf öffentlichen Wartelisten weder verbessern noch verschlechtern dürfen**. Im staatlichen Gesundheitsdienst NHS des Vereinigten Königreichs gilt beispielsweise, dass Patient:innen beim Wechsel zwischen privat und öffentlich finanzierten medizinischen Leistungen weder bevorzugt noch benachteiligt werden dürfen. Dies stellt sicher, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen innerhalb des NHS ausschließlich nach medizinischer Dringlichkeit erfolgt und unabhängig von den individuellen finanziellen Möglichkeiten. Wenn Patient:innen zunächst medizinische

Leistungen bzw. ärztliche Konsultationen im privaten Bereich in Anspruch genommen haben und anschließend für eine Operation in den öffentlichen Bereich (= NHS) überwiesen werden, erfolgt ihre Einordnung auf der Warteliste ausschließlich nach medizinischer Dringlichkeit und dem Zeitpunkt der Überweisung (NHS, 2022).

Ziel: Gewährleistung einer Priorisierung nach medizinischer Dringlichkeit sowie Verhinderung von Zugangsvorteilen, die auf finanziellen Möglichkeiten basieren.

Vergleichbare regulatorische Steuerungsansätze finden sich auch innerhalb der Europäischen Union. In zahlreichen Mitgliedstaaten werden z. B. private Krankenversicherungen bewusst auf eine ergänzende (supplementäre) Funktion beschränkt, etwa zur Übernahme gesetzlich vorgesehener Zuzahlungen oder zur Finanzierung von Leistungen, die über den öffentlich definierten Leistungskatalog hinausgehen. Auf diese Art und Weise soll verhindert werden, dass private Krankenversicherungen einen beschleunigten Zugang zu medizinischen Leistungen, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems bereitgestellt und finanziert werden, eröffnen (Thomson & Mossialos, 2009).

Mechanismus: Förderung privater Krankenzusatzversicherung zur Nachfrageverlagerung

Eine weitere Möglichkeit ist es, die **Nachfrage nach Operationen in private Krankenanstalten zu verlagern**. Australien führte seit Ende der 1990er Jahre verschiedene Subventionen und steuerliche Anreize für private Krankenversicherungen (*Private health insurance*) ein. Die staatlichen Fördermaßnahmen wurden vor allem damit begründet, dass eine höhere Beteiligung an privaten Krankenversicherungen die Last des öffentlichen Gesundheitssystems reduzieren kann und dadurch Wartezeiten bei elektiven Leistungen im öffentlichen System verringert werden können (OECD, 2013).

Ziel: Entlastung öffentlicher Wartelisten

Evaluierung für Australien: Eine Evaluierung von Yang et al. (2024) zeigt, dass diese Strategie nur sehr begrenzte Effekte auf die tatsächlichen Wartezeiten im öffentlichen System hat. Weder ließ sich eine Verringerung der Wartezeiten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme privater Versicherungen feststellen, noch zeigte sich eine Reduktion der Nutzung öffentlicher Leistungen.

In Dänemark wird das öffentliche Gesundheitssystem durch freiwillige komplementäre Zusatz- und private Versicherungsmodelle, die bestimmte Versorgungslücken schließen oder zusätzliche Leistungen bieten, ergänzt. Seit dem Jahr 2002 sind diese auch steuerlich begünstigt. **Komplementäre freiwillige Zusatzversicherungen** dienen dazu, Zuzahlungen oder zusätzliche Leistungen zu finanzieren, die nicht vollständig durch das öffentliche System abgedeckt werden (z. B. Zahnpflege, Physiotherapie). Etwa 42 % der Bevölkerung verfügen

über eine solche Versicherung. Der größte Anbieter ist Sygeforsikringen *danmark*¹. **Erweiterte private Versicherungen** gehen über die Basisleistungen des öffentlichen Systems hinaus und decken den Zugang zu Behandlungen bei privaten Anbietern (z. B. Facharztkonsultationen, diagnostische Leistungen, elektive Operationen) ohne oder mit geringeren Wartezeiten und erweiterte Leistungen (z. B. Rehabilitation, psychologische Beratung, alternative Behandlungen) ab. Etwa 32 % der Bevölkerung nutzen eine derartige Versicherung. Parallel zum Ausbau des privaten Sektors wurden auch die öffentlichen Gesundheitsbudgets erhöht und eine leistungsorientierte Vergütung der Krankenanstalten eingeführt (OECD, 2013; Birk et al., 2024).

Ziel: Entlastung öffentlicher Wartelisten

Evaluierung für Dänemark: Eine Evaluierung kommt zu dem Ergebnis, dass der Ausbau des privaten Sektors die Wartezeiten im öffentlichen System indirekt reduzieren kann, indem ein Teil der Nachfrage in den privaten Sektor ausweicht. Im Durchschnitt stieg der Anteil der Patient:innen, die eine private Krankenanstalt in Anspruch genommen haben, zwischen 2006 und 2008 von 2,0 % auf 4,2 % und im Jahr 2010 auf 4,8 % (Sundhedsstyrelsen, 2011). Die Verkürzung der Wartezeiten im öffentlichen System wird jedoch vor allem auf das Zusammenspiel mehrerer Reformen zurückgeführt, darunter eine Wartezeitgarantie und die freie Krankenhauswahl (OECD, 2013). Die durchschnittlichen Wartezeiten für elektive Operationen liegen im OECD-Durchschnitt auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Im Jahr 2024 betrug die durchschnittliche Wartezeit für Hüftgelenksoperationen 8,1 Wochen und für Kniegelenksoperationen 10,6 Wochen. Für Kataraktoperationen liegen in den OECD-Zahlen hingegen nur ältere Vergleichswerte vor. Im Jahr 2018 betrug die durchschnittliche Wartezeit für diese Operation 8,6 Wochen (OECD, 2024b).

4.2 Korruption im Gesundheitswesen

Ein besonderer Fokus der vorliegenden Studie liegt auf der Analyse des Einflusses privater Zugangswege auf die Dauer der Wartezeiten für elektive Operationen. Die gezielte Inanspruchnahme privater Zugangswege zur Verkürzung der Wartezeiten auf elektive Operationen stellt eine problematische Praxis dar, die als eine Form von Korruption interpretiert werden kann. Sie untergräbt die Gleichbehandlung der Patient:innen und reduziert die Nachvollziehbarkeit der Wartelistenführung, die im Rahmen des Wartelistenregimes ausdrücklich für Transparenz und Fairness sorgen soll.

¹ Siehe Sygeforsikringen „danmark“ <https://www.sygeforsikring.dk/health-insurance>, abgerufen am 16.02.2026.

In der Literatur wird Korruption im Gesundheitswesen nicht als seltenes Einzelphänomen betrachtet, sondern als strukturelles und weltweit verbreitetes Problem. Hohe Finanzströme, eine Vielzahl beteiligter Akteur:innen, ausgeprägte Informationsasymmetrien zwischen Patient:innen, Leistungserbringer:innen, Kostenträger:innen und Regulierungsbehörden sowie die Komplexität medizinischer Entscheidungen erhöhen die Anfälligkeit für Missbrauch. Korruption sorgt dafür, dass Ressourcen nicht dort eingesetzt werden, wo sie den größten gesundheitlichen Nutzen stiften, sondern in private Kanäle abfließen. Dadurch werden Effizienz, Versorgungsqualität, Zugangsgerechtigkeit und das Vertrauen in das Gesundheitssystem beeinträchtigt (Transparency International, 2006, 2019).

Typologien von Korruption

Zur systematischen Erfassung korruptionsanfälliger Bereiche nutzt die Europäische Kommission eine sektorspezifische Typologie, die auf empirischen Fallanalysen basiert (European Commission. Directorate General for Home Affairs. & ECORYS., 2013; European Commission. Directorate General for Migration and Home Affairs. & ECORYS., 2017). Dabei werden sechs zentrale Korruptionstypen unterschieden:

1. Bestechung in der medizinischen Leistungserbringung, insbesondere in Form informeller Zahlungen oder Vorteilsbewehrungen für einen schnelleren oder bevorzugten Zugang zu Leistungen.
2. Korruption in Beschaffungs- und Vergabeprozessen, etwa durch manipulierte Ausschreibungen, Preisabsprachen, die Bestechung von Entscheidungsträgern oder unzureichende Qualitätskontrollen bei Medizinprodukten und Arzneimitteln.
3. Unangemessene Marketingbeziehungen zwischen Industrie und medizinischen Fachkräften, die therapeutische oder organisatorische Entscheidungen durch finanzielle oder sachliche Anreize beeinflussen können.
4. Missbrauch von (hoch-)rangigen Positionen und Netzwerken, bei dem formale Machtpositionen oder informelle Kontakte zur Vorteilsnahme oder zur Begünstigung Dritter genutzt werden.
5. Unzulässige Abrechnungs- und Erstattungspraktiken, etwa durch Falschabrechnungen, überhöhte Kodierung oder die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
6. Betrug und Veruntreuung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, beispielsweise durch Diebstahl aus Lieferketten, Umleitung staatlich finanzierter Produkte in private Märkte oder den Weiterverkauf ins Ausland.

Diese Typen beziehen sich primär auf individuelles oder netzwerkbasierendes Fehlverhalten und werden überwiegend straf- oder verwaltungsrechtlich behandelt. Dazu hat sich das Konzept der **institutionellen Korruption** etabliert. Dieses beschreibt regelkonforme, organisatorisch

eingebettete Praktiken, welche den normativen Zweck einer Institution jedoch untergraben, indem sie systematisch private oder organisationsbezogene Interessen gegenüber dem öffentlichen Versorgungsauftrag begünstigen (Lessig, 2013; Fotaki, 2019; Light et al., 2013).

Forschung zu Korruption im Gesundheitssystem

Der Schwerpunkt der empirischen Forschung zu Korruption im Gesundheitssystem liegt überwiegend auf Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen. In diesen Kontexten stehen informelle Zahlungen (vgl. Korruptionstyp 1), die Veruntreuung öffentlicher Mittel (vgl. Korruptionstyp 4 bzw. 6) sowie Korruption in Beschaffungs- und Lieferketten im Fokus (vgl. Korruptionstyp 2). Dies steht häufig im Zusammenhang mit Ressourcenknappheit und einer schwachen institutionellen Kontrolle. Strukturelle Anreizverzerrungen in hochentwickelten, solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen wurden hingegen deutlich weniger systematisch untersucht.

Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zu informellen Zahlungen in Gesundheitssystemen in Ländern mit hohem Einkommen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Informelle Zahlungen zeigen deutliche soziale Gradienten. Sie treten überdurchschnittlich häufig bei wohlhabenderen Haushalten, bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sowie bei Patient:innen mit komplexem Versorgungsbedarf auf (Habibov & Cheung, 2017). Besonders häufig kommen sie in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen sowie bei verheirateten oder in Partnerschaften lebenden Personen vor (Williams & Horodnic, 2017).
- Informelle Zahlungen können durch soziale Netzwerke teilweise reduziert werden. Personen mit institutionellem Wissen oder administrativen Kontakten, wie etwa Beschäftigte im öffentlichen Sektor, sind seltener auf informelle Praktiken angewiesen (Habibov & Cheung, 2017).
- Informelle Zahlungen auf Systemebene treten in Ländern mit schwacher Governance, institutionellen Defiziten und Versorgungslücken häufiger auf, insbesondere in Zentral-, Süd- und Osteuropa. Lange Wartelisten und unzureichende Steuerungsmechanismen begünstigen die Entstehung informeller Ausweichstrategien (Horodnic & Williams, 2018; Williams & Horodnic, 2017).

4.3 Zusammenfassende Ergebnisse

Regulierungs- und Steuerungsmechanismen aus anderen Ländern umfassen (i) die Unterbindung informeller Zahlungen für öffentlich finanzierte Leistungen, z. B. Kanada, (ii) den Einsatz eines Bewertungssystems zur Reihung von Patient:innen nach Dringlichkeit, z. B. Neuseeland, (iii) eine gesetzlich verankerte Wartezeitgarantie, z. B. Schweden, Vereinigtes

Königreich, (iv) eine Gleichbehandlungspflicht bei Kombination öffentlicher und privater Versorgung, z. B. Vereinigtes Königreich, und (v) staatliche finanzielle Anreize zur Nutzung der privaten Versorgung außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems, z. B. Australien und Dänemark. Die verfügbaren Evaluierungen deuten darauf hin, dass diese Mechanismen lediglich in begrenztem Ausmaß wirksam sind.

Internationale Evidenz zur Rolle privat finanzierter Behandlungsangebote oder privater Zuzahlungen innerhalb öffentlich finanzierter Krankenhausstrukturen im Zusammenhang mit Wartezeiten auf elektive Operationen ist allerdings bislang begrenzt. Regulierungs- und Steuerungsmechanismen werden in der Regel aus gesundheitsökonomischer Perspektive unter Gesichtspunkten wie Effizienz, Wahlfreiheit oder Finanzierungsmechanismen analysiert, nicht jedoch, ob und in welcher Weise unterschiedliche Anreize für eine priorisierte Behandlung bestimmter Patient:innengruppen geschaffen bzw. reduziert werden. Generell zeigt die Forschung zu Korruption im Gesundheitswesen, dass Länder mit robusten Governance- und Monitoringstrukturen eher Verbesserungen bei Zugangsindikatoren erzielen als Systeme mit bloß formalen Regulierungsmechanismen (OECD, 2013, 2020). Formale Regulierungs- und Steuerungsmechanismen sind somit nur dann wirksam, wenn sie durch **Monitoring, Transparenz und Sanktionen** abgesichert werden. Dazu gehören systematische Erhebung und Veröffentlichung von Wartezeiten, überprüfbare Dokumentation von Priorisierungsentscheidungen, unabhängige Kontrollinstanzen sowie wirksame Sanktionen bei Verstößen.

5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die vorliegende Studie fasst den Status quo der Wartezeiten in (Ober-)Österreich zusammen, analysiert die Mechanismen, die der Bevorzugung von Personen auf Wartelisten für elektive Operationen im öffentlichen Gesundheitssystem zugrunde liegen, mittels einer Patient:innenbefragung und Betroffeneninterviews und beleuchtet die internationale Evidenz zu Lösungsansätzen zur Vermeidung systematischer Bevorzugungen bei elektiven Operationen. Dieses Kapitel beschreibt die Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen der Studie.

Status quo der Wartezeiten

Die durchgeführte Patient:innenbefragung bestätigt das teilweise erhebliche Ausmaß der Wartezeiten auf elektive Operationen im österreichischen öffentlichen Gesundheitssystem. Die mediane Wartezeit betrug 20 Wochen (IQR: 8–37). Insbesondere Operationen am Nervensystem (Median: 17,5 Wochen, IQR: 9–42,5), an den Bewegungsorganen (Median: 27,5 Wochen, IQR: 12–44) und im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (Median: 30 Wochen, IQR: 20–50) sind mit vergleichsweise hohen Wartezeiten verbunden.

Damit übersteigen die Wartezeiten in (Ober-)Österreich deutlich jene in anderen nord- und südeuropäischen OECD-Ländern wie Dänemark, Finnland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, Portugal und Spanien. Österreich befindet sich in diesem Vergleich an der Spitze, mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 33,8 Wochen für eine Hüftgelenkoperation und 40,5 Wochen für eine Kniegelenkoperation, vgl. Tabelle 17.

Verglichen mit einer früheren Studie ist die Wartezeit deutlich angestiegen. In der aktuellen Patient:innenbefragung zeigte sich bei Hüftgelenkoperationen eine mediane Wartezeit von 30 Wochen (IQR: 16–50; n = 90) und bei Kniegelenkoperationen 36 Wochen (IQR: 20–53,5; n = 92). Demgegenüber betrug in einer ähnlich konzipierten österreichweiten Patient:innenbefragung aus dem Jahr 2019 die mediane Wartezeit neun Wochen in öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenhäusern für Hüftgelenkoperationen sowie acht Wochen in öffentlichen und 12 Wochen in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern für Kniegelenkoperationen (Kraus et al., 2024).

Tabelle 17: Wartezeiten im internationalen Vergleich, ausgewählte OECD-Länder, 2024

Durchschnittliche OP-Wartezeiten im internationalen Vergleich, 2024		
Item/Kategorie	Hüftgelenksoperation	Kniegelenksoperation
Österreich	33,8 Wochen	40,5 Wochen
Dänemark	8,1 Wochen	10,6 Wochen
Finnland	24,2 Wochen	30,8 Wochen
Niederlande	8,6 Wochen	9,8 Wochen
Norwegen	27,5 Wochen*	33,8 Wochen*
Schweden	14,9 Wochen	22,3 Wochen
Portugal	20,4 Wochen	25,3 Wochen
Spanien	25,5 Wochen	33,5 Wochen

Anmerkung: Die Angaben für Norwegen beziehen sich auf das Jahr 2023.
Quelle: (OECD, 2024a)

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich das Gesamtbild des Wartezeitniveaus auf elektive Operationen im österreichischen Gesundheitssystem in den vergangenen Jahren deutlich verändert hat. Während im Jahr 2019 – auch im internationalen Vergleich – noch vergleichsweise moderate Wartezeiten bei elektiven Operationen, insbesondere bei Hüft- und Kniegelenksoperationen, verzeichnet wurden, zeigt sich in der aktuellen Patient:innenbefragung ein deutlich höheres Wartezeitniveau. Mittlerweile liegen die Wartezeiten für Hüft- und Kniegelenksoperationen in Österreich über jenen in anderen nord- und südeuropäischen OECD-Ländern.

Mechanismen, die der Bevorzugung von Personen auf Wartelisten für elektive Operationen zugrunde liegen

Weiters zeigt die durchgeführte Patient:innenbefragung, dass das Verkürzen der Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination oder die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung ebenfalls eine zunehmende Tendenz aufweist. 13,1 % der Befragten wurde angeboten, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen und 9,1 % der Befragten erhielten das Anbot, durch die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung eine verkürzte Wartezeit zu erlangen. Insgesamt bekamen 17,3 % der Befragten eines dieser beiden Angebote. Damit liegen die entsprechenden Anteile deutlich über jenen einer ähnlich konzipierten österreichweiten Patient:innenbefragung aus dem Jahr 2019: 8,3 % wurde angeboten, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen, 5,1 % durch die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung und 10,9 % durch mindestens eines dieser Angebote (Kraus et al., 2024).

In Summe nutzen 28,2 % der Befragten einen privaten Zugangsweg, um die Wartezeit zu verkürzen. Die Patient:innenbefragung belegt, dass die Nutzung privater Zugangswege mit verkürzten Wartezeiten auf elektive Operationen in öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenhäusern assoziiert ist. Die mediane Wartezeit beträgt ohne Inanspruchnahme privater Zugangswege 20 Wochen (IQR: 8–36,5), mit Nutzung privater Zugangswege hingegen 12 Wochen (IQR: 6–25,5). Bei Operationen an den Bewegungsorganen liegt die mediane Wartezeit ohne private Zugangswege bei 30 Wochen (IQR: 16–43) und mit privaten Zugangswegen bei 15 Wochen (IQR: 8–30).

Die Patient:innenbefragung verdeutlicht, dass entsprechende Angebote oder Hinweise am häufigsten von behandelnden bzw. überweisenden Fachärzt:innen sowie von operierenden Fachärzt:innen ausgehen. Darüber hinaus lässt sich erkennen, dass Befragte vergleichsweise häufiger von Familie, Freund:innen, Bekannten sowie Arbeitskolleg:innen darauf hingewiesen werden, dass sich durch den Besuch einer Privatordination die Wartezeit verkürzen ließe.

Darüber hinaus legen sowohl die durchgeführte Patient:innenbefragung als auch die Betroffeneninterviews nahe, dass eine bestehende Erwerbstätigkeit oder ein Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Befragten kein Priorisierungskriterium im Wartelistenmanagement darstellt. In der Patient:innenbefragung betrug die mediane Wartezeit 20 Wochen (IQR: 8–40) bei Befragten, die angaben, sich in Pension bzw. im Ruhestand zu befinden und lag damit auf dem gleichen Niveau wie bei jenen, die angaben, erwerbstätig zu sein (Median: 20 Wochen; IQR: 8–36). Zudem haben Erwerbstätige mit Einschränkungen (Median: 11 Wochen; IQR: 24–40) länger gewartet als Erwerbstätige, die keine bis leichte Beeinträchtigungen (Median: 8 Wochen; IQR: 20–39) infolge der Wartezeit berichten (MWU: $z = -2,190$, $p = 0,0285$). Diese Ergebnisse sprechen dagegen, dass die Erwerbstätigkeit oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit im Rahmen des Wartelistenmanagements als Priorisierungskriterium berücksichtigt wird. Ebenso wurde in den Betroffeneninterviews von keiner beziehungsweise keinem der Interviewpartner:innen berichtet, dass eine bestehende Erwerbstätigkeit oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu einer Verkürzung der Wartezeit geführt habe.

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass neben medizinischen Kriterien auch private Zugangswege eine Rolle im Wartelistenmanagement spielen. Ein Teil dieser Praktiken kann unter Umständen auch als Korruption bewertet werden. Die rechtliche Situation ist dabei jedoch differenziert zu betrachten.

Beim Vorreihen von Patient:innen aufgrund einer privaten Krankenzusatzversicherung ist die rechtliche Beurteilung nicht eindeutig. So schreibt § 16 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KaKuG) vor, dass Aufnahme und Behandlung ausschließlich nach dem Gesundheitszustand der Patient:innen zu erfolgen haben; dies gilt auch für die Aufnahme in die Sonderklasse. Gleichzeitig sieht § 22 Abs. 5 desselben Gesetzes vor, dass unabweisbare Kranke (d. h. dringend behandlungsbedürftige Patient:innen) auch ohne Zusatzentgelt in der

Sonderklasse aufgenommen werden müssen, wenn die Kapazitäten der Allgemeinklasse erschöpft sind. Während die rechtliche Einordnung einer bevorzugten Behandlung aufgrund einer privaten Krankenzusatzversicherung somit zumindest unklar erscheint, kann bei konkreter Vorteilsgewährung, etwa in Form von privaten Zuzahlungen oder eines nicht angezeigten bzw. übermäßig entgoltenen Besuchs einer Privatordination mit dem Ziel einer Vorreihung, nach gängiger Definition von Korruption gesprochen werden.

Die Bekämpfung solcher Praktiken zur Erlangung einer Vorreihung auf Wartelisten wird jedoch durch mehrere Faktoren erschwert. Erstens haben nachgereichte Patient:innen in der Regel keine Kenntnis darüber, dass sie möglicherweise Anspruch auf einen früheren Termin gehabt hätten. Zweitens werden auch vorgereichte Patient:innen, selbst wenn sie eine entsprechende Zahlung als unangemessen empfinden, kaum dagegen vorgehen, da die Beweisbarkeit gering ist und mögliche Konsequenzen, etwa der Verlust der Möglichkeit einer späteren Behandlung bei dem/derselben Ärztin, als erheblich wahrgenommen werden können. Ferner profitiert auch das öffentliche System in gewissem Umfang von privaten Krankenzusatzversicherungen. Diese generieren zusätzliche Einnahmen, etwa über die sogenannte „Hotelkomponente“ sowie über den Hausrücklass. Zugleich ermöglichen die Zusatzeinkommen aus der Sonderklasse für Ärzt:innen teilweise niedrigere Grundgehälter im öffentlichen System.

Es dürfte somit eine teilweise Verschiebung von primär bedarfsorientierten hin zu zahlungs- oder versicherungsbezogenen Einflussfaktoren vorliegen. Dies vergrößert soziale Ungleichheiten beim Zugang zu öffentlich finanzierten elektiven Operationen, sofern Personen ohne die Inanspruchnahme privater Zugangswege im Durchschnitt längere Wartezeiten erfahren.

Darüber hinaus ist denkbar, dass das Fehlen eines Priorisierungskriteriums im Wartelistenmanagement, das eine bestehende Erwerbstätigkeit oder den Erhalt der Erwerbsfähigkeit berücksichtigt, mit einer Verlängerung krankheitsbedingter Arbeitsausfälle einhergehen kann. Dies könnte sowohl individuelle als auch gesamtgesellschaftliche Belastungen nach sich ziehen.

Handlungsempfehlungen

Internationale Beispiele legen nahe, dass die Nutzung informeller (Zu-)Zahlungen und die daraus resultierende Bevorzugung bestimmter Patient:innen-Gruppen als Folge einer unzureichenden institutionellen Steuerung entstehen. Gegenstrategien sollen bei der systematischen Regulierung von Wartelisten, klaren Trennlinien zwischen öffentlicher und privater Finanzierung sowie verbindlichen medizinischen Priorisierungskriterien anstelle von primär individuellen Sanktionen ansetzen. Für die gesundheitspolitische Praxis bedeutet dies, dass die Bekämpfung von Ungleichbehandlung vor allem den Ausbau transparenter, überprüfbarer und verbindlicher Allokationsmechanismen erfordert. Solche Systeme stärken

nicht nur Gleichbehandlung und Nachvollziehbarkeit, sondern auch die gesellschaftliche Akzeptanz unvermeidlicher Priorisierungsentscheidungen, selbst dann, wenn sich die absolute Dauer von Wartezeiten nicht in allen Fällen deutlich verkürzt (Déry et al., 2020).

Obwohl das österreichische Gesundheitssystem in den vergangenen beiden Dekaden deutliche Fortschritte hinsichtlich der Transparenz und des Managements von Wartezeiten auf elektive Operationen erzielt hat, bedarf es eines noch transparenteren und nachvollziehbareren Wartelistenregimes. Seit der Novellierung des KAKuG im Jahr 2011 in § 5a Abs. 2 und 3 KAKuG ist vorgesehen, dass die Träger von öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik einzurichten haben. Ein solches Wartelistenregime muss seither zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie installiert werden, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die für eine Operation vorgemerkten Patient:innen sind auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit, tunlichst auf elektronischem Wege, zu informieren. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl, der pro Abteilung für die Operation vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind.

Oberösterreich verfügt über eine solide Grundlage, schöpft die Potenziale eines transparenten Wartelistenregimes jedoch nicht voll aus. Es existiert zwar eine zentrale trägerübergreifende Übersicht zu OP-Wartezeiten in Form eines über die Webseite des Landes Oberösterreich abrufbaren PDF-Dokuments. Die Aktualisierung der Wartezeitangaben ist jeweils zum Quartalsende (März, Juni, September und Dezember) vorgesehen. Dies stellt einen ersten Schritt in Richtung eines transparenteren Wartelistenregimes dar. Eine interaktive Plattform – anstelle eines statischen PDF-Dokuments – mit mindestens einer monatlichen Aktualisierung der Wartezeiten sowie einer Differenzierung nach Allgemein- und Sonderklasse-Patient:innen und nach Dringlichkeitsstufen würde zu einer wesentlich höheren Transparenz und einer stärkeren Patient:innen-Orientierung im Bundesland beitragen.

Basierend auf den in Kapitel 2 dargestellten Erkenntnissen lassen sich für Oberösterreich folgende Handlungsempfehlungen zur **Weiterentwicklung des Wartelistenregimes** ableiten:

- **Regelmäßige Aktualisierung:** Für eine verlässliche und einheitliche Interpretation der Daten sind Aktualisierungen in festen Intervallen erforderlich, idealerweise mindestens einmal pro Monat. Jede Veröffentlichung sollte das Datum des letzten Datenstands klar ausweisen.
- **Angabe der Patient:innengruppen:** Wie im Bundes- und Landesrecht gesetzlich vorgesehen, sollten die Träger der Krankenanstalten die Anzahl der insgesamt

vorgemerkten Patient:innen sowie die Anzahl der Patient:innen der Sonderklasse offenlegen. Eine zusätzliche Differenzierung nach Dringlichkeitsstufen würde die Nachvollziehbarkeit der Wartezeiten weiter erhöhen.

- **Zentrale landesweite interaktive Plattform mit einer übersichtlichen und einfachen Darstellung der Wartezeiten:** Angesichts der Vielzahl an Trägern in Oberösterreich sollte eine gemeinsame, landesweite Plattform eingerichtet werden. Diese sollte sämtliche öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten umfassen und monatlich aktualisierte Wartezeiten differenziert nach Operation, Fach und Standort abbilden. Die Darstellung der Wartezeiten sollte übersichtlich, verständlich und niederschwellig zugänglich sein. Eine benutzer:innenfreundliche Aufbereitung, z.B. in Form von interaktiven Tabellen oder kartografischer Visualisierungen, könnte die Orientierung zusätzlich verbessern. Dadurch würden Transparenz und Vergleichbarkeit erhöht sowie eine gezieltere Patient:innensteuerung unterstützt.

Auf Grundlage der in Kapitel 3 präsentierten Ergebnisse sowie der Einschätzungen führender Korruptionsforscher lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten, um der Verkürzung von Wartezeiten durch die **Inanspruchnahme privater Zugangswege entgegenzuwirken**.

- **Einrichtung einer unabhängigen Whistleblower-Plattform:** Es soll eine niederschwellig zugängliche, institutionell unabhängige, datenschutzrechtlich abgesicherte Plattform eingerichtet werden. Diese soll es Patient:innen, Angehörigen sowie Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen ermöglichen, potenzielle Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit dem Wartelistenmanagement (z. B. Verkürzung von Wartezeiten durch die Inanspruchnahme privater Zugangswege) anonym melden zu können.
- **Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle:** Es soll eine niederschwellig zugängliche sowie institutionell und organisatorisch unabhängige Beschwerdestelle eingerichtet werden. An diese sollen sich Patient:innen bei Verdacht auf mögliche Unregelmäßigkeiten im Bereich des Wartelistenmanagements (z. B. unterbreitetes Angebot, die Wartezeit über einen privaten Zugangsweg zu verkürzen) wenden können. Diese Stelle sollte ausdrücklich unabhängig von Krankenhausträgern sowie von bestehenden Patientenanwaltschaften agieren, um Interessenkonflikte auszuschließen und eine objektive Prüfung der eingebrachten Sachverhalte sicherzustellen. Eine denkbare Möglichkeit wäre, die Beschwerdestelle organisatorisch bei der Arbeiterkammer anzusiedeln, um die niederschwellige Zugänglichkeit und die institutionelle Unabhängigkeit sicherzustellen.

Ziel: Sowohl die Whistleblower-Plattform als auch die Beschwerdestelle zielen darauf ab, Unregelmäßigkeiten im Wartelistenmanagement systematisch zu erfassen, strukturelle Schwachstellen zu identifizieren und gegebenenfalls korrigierende Maßnahmen

anzustoßen. Eine regelmäßige, anonymisierte Berichterstattung über Art und Umfang der eingebrachten Sachverhalte und eingelangten Beschwerden könnte zusätzlich zur Stärkung von Transparenz und Integrität im Wartelistenmanagement beitragen.

Voraussetzung: Um die angeführten Ziele erreichen zu können, sollte sowohl die Whistleblower-Plattform als auch die Beschwerdestelle über klar definierte Prüf-, Auskunfts-, Eskalations- und Berichtsbefugnisse verfügen. Dadurch wird sichergestellt, dass Meldungen systematisch geprüft, strukturelle Schwachstellen identifiziert und bei schwerwiegenden Verstößen die zuständigen Aufsichts- oder Strafverfolgungsbehörden informiert werden können.

Die durchgeführte Patient:innenbefragung und auch die Betroffeneninterviews legen darüber hinaus nahe, dass **eine bestehende Erwerbstätigkeit oder ein Erhalt der Erwerbsfähigkeit** der Befragten kein Priorisierungskriterium im Wartelistenmanagement darstellt. In diesem Kontext lässt sich folgende Handlungsempfehlung ableiten:

- **Erwerbstätigkeit oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit als explizites Priorisierungskriterium im Wartelistenmanagement:** Eine bestehende Erwerbstätigkeit oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit soll als ergänzendes Priorisierungskriterium im Wartelistenmanagement berücksichtigt werden.

Ziel: Dieses ergänzende Priorisierungskriterium soll dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit zu sichern, die Dauer krankheitsbedingter Erwerbsausfälle zu verkürzen und eine zeitnahe Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach medizinisch notwendigen Operationen zu ermöglichen. Dabei ist sicherzustellen, dass die medizinische Dringlichkeit weiterhin das primäre Priorisierungskriterium bleibt.

Weiters zeigen die durchgeführten Betroffeneninterviews auf, dass die **Inanspruchnahme wahlärztlicher oder privater medizinischer Leistungen nicht primär dem Ziel der Verkürzung von Wartezeiten dient**. Vielmehr schilderten die Interviewten häufig einen als unbefriedigend und langwierig empfundenen Prozess der Diagnose- und Behandlungsfindung im kassenärztlichen Bereich, der letztlich in eine Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen mündete.

Auf Basis dieser Schilderungen kann in diesem Zusammenhang folgende Handlungsempfehlung abgeleitet werden:

- **Fokus auf Effizienz und Qualität:** Im öffentlich finanzierten intra- und extramuralen Versorgungsbereich ist eine stärkere Orientierung an Effizienz und Versorgungsqualität erforderlich, um den Versorgungsbedarf der Patient:innen zeitgerecht und nachhaltig abzudecken.

Ziel: Minimierung der ökonomisch ungünstigsten Situation, in der zahlreiche Kontakte mit dem Gesundheitssystem – verbunden mit hohem Ressourcen- und Kapazitätsverbrauch – nur wenig zur Lösung des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems beitragen.

6 Verzeichnisse

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Private Zugangswege	29
Abbildung 2: Stichprobenfluss	32
Abbildung 3: OP nach Körperregion	37
Abbildung 4: Wartezeiten im Allgemeinen	39
Abbildung 5: Wartezeiten nach operierter Körperregion	39
Abbildung 6: Angebot, Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen.....	41
Abbildung 7: Häufigkeit der Besuche in der Privatordination	41
Abbildung 8: Angebot, Wartezeit durch die Tätigkeit einer privaten Zuzahlung zu verkürzen	42
Abbildung 9: Einschränkungen: Familie, Freizeit, soziale Aktivitäten.....	45
Abbildung 10: Verschlechterung der Einschränkungen: Familie, Freizeit, soziale Aktivitäten .	45
Abbildung 11: Einschränkungen: Beruf	46
Abbildung 12: Verschlechterung der Einschränkungen: Beruf.....	46
Abbildung 13: Wartezeit nach privatem Zugangsweg – Operationen gesamt.....	53
Abbildung 14: Wartezeit nach privatem Zugangsweg – Operationen Bewegungsorgane	53
Abbildung 15: Wartezeiten nach Krankenhausstyp	54

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umsetzung des Bundesgesetzes in den Landesgesetzen	6
Tabelle 2: Übersicht über die Struktur der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten in Oberösterreich nach Träger, Klinikum und Standort	9
Tabelle 3: Übersicht über die OP-Wartezeiten in Oberösterreich im Vergleich zu Österreich, jeweils mit der kürzesten und der längsten Wartezeit pro Fachgebiet	21
Tabelle 4: Länge der Wartezeiten für eine Endoprothese des Hüftgelenks bei öffentlichen Trägern in Österreich.....	22
Tabelle 5: Länge der Wartezeiten für eine Endoprothese des Hüftgelenks bei öffentlichen und privat-gemeinnützigen Trägern in Oberösterreich	23
Tabelle 6: Übersichtstabelle zur Regelmäßigkeit der Aktualisierung der OP-Wartezeiten nach Träger, Bundesland, evtl. Krankenhaus	24
Tabelle 7: Zugriffe auf den Fragebogen.....	36
Tabelle 8: Beweggründe, das Krankenhaus für die OP zu wählen.....	38
Tabelle 9: Private Zugangswege – welche Akteur:innen machen darauf aufmerksam?.....	43
Tabelle 10: Haben Sie aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit berufliche Änderungen vorgenommen?.....	48
Tabelle 11: Hat Ihr Arbeitgeber aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit Änderungen an Ihrem Arbeitsverhältnis vorgenommen?	49
Tabelle 12: Berufliche Veränderung durch Befragte selbst oder durch Arbeitgeber:in nach ausgeübtem Beruf.....	50
Tabelle 13: Berufliche Veränderung durch Befragte selbst oder durch Arbeitgeber:in nach Wirtschaftszweig oder Branche	50
Tabelle 14: Determinanten der Wartezeit in öffentlich finanzierten Krankenhäusern bei elektiven Operationen	57
Tabelle 15: Determinanten der Wartezeit in öffentlich finanzierten Krankenhäusern bei elektiven Operationen an den Bewegungsorganen	58
Tabelle 16: Übersicht über die Interviewpartner:innen und die Merkmale der Interviews	59
Tabelle 17: Wartezeiten im internationalen Vergleich, ausgewählte OECD-Länder, 2024.....	79

6.3 Literaturverzeichnis

- Birk, H. O., Vrangalbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., & Jervelund, S. S. (2024). *Denmark: Health system review* (Bd. 26). WHO Regional Office for Europe.
- Czypionka, T., Kraus, M., Föbleitner, S., & Stacherl, B. (2020). Wartezeiten auf elektive Operationen—Beschreibung der aktuellen Lage in Österreich. *Health System Watch*, 1.
- Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., & Röhring, G. (2007). Warten auf Elektivoperationen in Österreich: Eine Frage der Transparenz. *Health System Watch*, 4.
- Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Röhring, G., & Schnabl, A. (2007). Effizienz im Gesundheitswesen: Alles ganz einfach? *Health System Watch*, 1.
- Czypionka, T., Kraus, M., & Röhring, G. (2013). Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz? *Health System Watch*, 2.
- Dallera, G., Palladino, R., & Filippidis, F. T. (2022). Corruption In Health Care Systems: Trends In Informal Payments Across Twenty-Eight EU Countries, 2013–19: Study examines corruption in health care systems across European Union countries. *Health Affairs*, 41(9), 1342–1352. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01931>
- Department of Health and Social Care. (2011). *NHS standard contracts for 2012/13*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/leave-for-will-pls-nhs-standard-contracts-for-2012-13>
- European Commission. Directorate General for Home Affairs. & ECORYS. (2013). *Study on corruption in the healthcare sector*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2837/58154>
- European Commission. Directorate General for Migration and Home Affairs. & ECORYS. (2017). *Updated study on corruption in the healthcare sector: Final report*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2837/68580>

- Flood, C. M., & Archibald, T. (2001). The illegality of private health care in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 164(6), 825–830.
- Fotaki, M. (2019). Why we must talk about institutional corruption to understand wrongdoing in the health sector. Comment on „We need to talk about corruption in health systems“. *International Journal of Health Policy and Management*, 1.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.103>
- Gauld, R., & Derrett, S. (2000). Solving the surgical waiting list problem? New Zealand's 'booking system'. *The International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 259–272. <https://doi.org/10.1002/hpm.596>
- Habibov, N., & Cheung, A. (2017). Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates. *Social Science & Medicine*, 178, 28–37.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.003>
- Hadorn, D. C., & Holmes, A. C. (1997a). The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ*, 314(7074), 131–131. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7074.131>
- Hadorn, D. C., & Holmes, A. C. (1997b). The New Zealand priority criteria project. part 2: Coronary artery bypass graft surgery. *BMJ*, 314(7074), 135.
<https://doi.org/10.1136/bmj.314.7074.135>
- Health Service Navigator. (2025). 18 week elective care target (referral to treatment: RTT).
<https://www.myhsn.co.uk/glossary/18-week-elective-care-target-referral-to-treatment-rtt/>
- Horodnic, A. V., & Williams, C. C. (2018). Informal payments by patients for health services: Prevalence and determinants. *The Service Industries Journal*, 38(11–12), 841–855.
<https://doi.org/10.1080/02642069.2018.1450870>

- informationsverige.se. (2025, 9). *Rights and obligations when using the medical care services* [Text]. <https://www.informationsverige.se/en/om-sverige/att-vara-sin-halsa-i-sverige/rattigheter-och-skyldigheter-i-motet-med-varden.html>
- Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A. H., Hanspers, K., Anell, A., & Merkur, S. (2023). *Sweden: Health system review*. WHO Regional Office for Europe.
- Lessig, L. (2013). "Institutional Corruption" Defined. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(3), 553–555. <https://doi.org/10.1111/jlme.12063>
- Light, D. W., Lexchin, J., & Darrow, J. J. (2013). Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(3), 590–600. <https://doi.org/10.1111/jlme.12068>
- Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2022). *Canada: Health system review* (Bd. 22). WHO Regional Office for Europe.
- Mayring, P. (2021). *Qualitative content analysis: A step-by-step guide*. SAGE Publications.
- Minister of Health. (2024). *Government policy statement on health 2024-2027* (Revised 2024). Ministry of Health.
- New Zealand Government. (2025, Dezember 2). *Health targets*. Health New Zealand | Te Whatu Ora. <https://www.healthnz.govt.nz/about-us/what-we-do/planning-and-performance/health-targets>
- NHS. (2022, April). *Commissioning policy (EMSCGP005V2). Defining the boundaries between NHS and private healthcare*. <https://notts.icb.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/2/2022/04/EMSCG-Defining-the-boundaries-between-NHS-and-Private-Healthcare-Policy-ICB.pdf>
- NHS England. (2016, August 16). *Referral to treatment*. <https://www.england.nhs.uk/rtt/>
- NHS England. (2025, Februar). *National elective access policy*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-elective-access-policy/>

- OECD. (2013). *Waiting time policies in the health sector: What works?* (L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran, Hrsg.). OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- OECD. (2020). *Waiting times for health services: Next in line*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- OECD. (2024a). *OECD Waiting times*. <https://oe.cd/dx/6mG>
- OECD. (2024b). *OECD Waiting times Denmark*. <https://oe.cd/dx/6nV>
- Öster, K. (2022). *Healthcare guarantee*. 1177.Se. <https://www.1177.se/en/Vastra-Gotaland/other-languages/other-languages/regler-och-rattigheter---andra-sprak/vardgaranti-andra-sprak-vgr/>
- Öster, K. (2025). *Vårdgaranti*. 1177. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/>
- Parkin, E. (2020, März 31). *NHS maximum waiting time standards*. House of Commons Library.
- Rathnayake, D., Clarke, M., & Jayasinghe, V. (2021). Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLOS ONE*, 16(8), e0256578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256578>
- Regeringskansliet, R. och. (2024, Mai 23). *En ny och stärkt vårdgaranti* [Text]. Regeringskansliet; Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/05/en-ny-och-starkt-wardgaranti/>
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Aktivitet på private sygehuse 2006-2010* (Version: 1,0). Sundhedsstyrelsen.
- The King's Fund. (2025). *Waiting times for elective (non-urgent) treatment: Referral to treatment*. Data and Charts. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/waiting-times-non-urgent-treatment>

- Thomson, S., & Mossialos, E. (2009). *Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European commission, directorate general for employment, social affairs and equal opportunities*. European Commission.
- Transparency International. (2006). *Global corruption report 2006*. Pluto Press.
- Transparency International. (2019). *The ignored pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens universal health coverage*.
- Williams, C. C., & Horodnic, A. V. (2017). Rethinking informal payments by patients in Europe: An institutional approach. *Health Policy*, 121(10), 1053–1062.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.08.007>
- Winblad, U., Vrangbæk, K., & Östergren, K. (2010). Do the waiting-time guarantees in the Scandinavian countries empower patients? *International Journal of Public Sector Management*, 23(4), 353–363. <https://doi.org/10.1108/09513551011047242>
- Yang, O., Yong, J., & Zhang, Y. (2024). Effects of private health insurance on waiting time in public hospitals. *Health Economics*, 33(6), 1192–1210.
<https://doi.org/10.1002/hec.4811>

6.4 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung / ausgeschriebene Form
CPAC	Clinical Priority Assessment Criteria
GP	General Practitioner
HNO	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
KABEG	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KHBG	Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H.
LGA	Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur
LKH	Landeskrankenhaus
NHS	National Health Service
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖG	Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH
Oö. KAG	Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz
OP	Operation
RTT	Referral to Treatment
SALK	Salzburger Landeskliniken
WIGEV	Wiener Gesundheitsverbund

7 Anhang

7.1 Fragebogen der standardisierten schriftlichen Online-Befragung

Online-Version: Seite 1

Herzlich willkommen bei der Befragung zu Wartezeiten auf geplante Operationen!

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie.

Die **Forschungsgruppe Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik am Institut für Höhere Studien (IHS)** (www.ihs.ac.at) führt derzeit im **Auftrag der AK Oberösterreich** eine Studie zu Wartezeiten auf geplante Operationen (z.B. Hüftgelenkersatz, Kniegelenkersatz, Grauer Star) durch. Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten während der Wartezeit auf eine geplante Operation besser zu verstehen. Im Fokus steht dabei die Frage, ob und wie es zu Vorrehungen auf Wartelisten kommt.

Die Befragung ist anonym und nimmt etwa 10–15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet.

Hinweis zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die Befragung in einem Stück auszufüllen. Eine Unterbrechung ist leider nicht möglich. Wenn Sie den Link oder den QR-Code später erneut aufrufen, startet die Befragung wieder von vorne.

Ausfüllen des Fragebogens für Kinder: Elternteile können den Fragebogen gerne für Ihre Kinder ausfüllen. Fragen, die Sie für Ihr Kind nicht beantworten können (z.B. Fragen zu körperlichen Einschränkungen und deren Auswirkungen) oder die auf Kinder nicht zutreffen (z.B. Auswirkungen der Einschränkungen im beruflichen Umfeld), können Sie einfach überspringen.

Ausfüllen des Fragebogens mit erwachsenen Angehörigen, Freunde oder Bekannten: Erwachsene Angehörige, Freunde oder Bekannte können den Fragebogen gerne gemeinsam mit der betroffenen Person ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass alle Angaben originalgetreu erfolgen, keine eigenen Annahmen oder Interpretationen einfließen und alle Antworten mit der betroffenen Person abgestimmt sind. Ein Ausfüllen in Vertretung oder Abwesenheit der betroffenen Person ist jedoch nicht zulässig.

- ☐ Hiermit bestätige ich, die [Einwilligungserklärung](#) gelesen und verstanden zu haben. Ich erteile dem IHS meine Einwilligung, meine Angaben in diesem Fragebogen für wissenschaftliche Zwecke zu verarbeiten und zu verwenden sowie in anonymisierter Form für Zwecke der Wissenschaft, Lehre und der statistischen

Gemeinnützigkeit zur Verfügung zu stellen, wie in der Datenschutzerklärung erläutert.

Online-Version: Seite 2

Waren Sie in den letzten 3 Jahren einmal oder mehrmals für geplante Operationen im Krankenhaus?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“,

Welche Operation wurde bei Ihnen **zuletzt** durchgeführt?

Orthopädische Operation

- ☐ (Total-)Endoprothese des Hüftgelenks (Hüftgelenkersatz)
☐ (Total-)Endoprothese des Kniegelenks (Kniegelenkersatz)
☐ (Total-)Endoprothese des Schultergelenks (Schultergelenkersatz)
☐ Andere: _____

Augenoperation

- ☐ Katarakt (Grauer Star)
☐ Andere: _____

Neurologische Operation

- ☐ Operation an der Halswirbelsäule
☐ Operation an der Brustwirbelsäule
☐ Operation an der Lendenwirbelsäule
☐ Andere: _____

Andere

- ☐ und zwar _____

Wann wurde die **geplante Operation** bei Ihnen durchgeführt? (Jahr-Monat)

bitte auswählen:

- ☐ 2022 – Juli
☐ 2022 – August
☐ 2022 – September
☐ ...
☐ ...
☐ ...
☐ 2025 – Juli
☐ 2025 – August
☐ 2025 – September

Online-Version: Seite 3

Hinweis:

Bitte denken Sie bei der Beantwortung aller folgenden Fragen nur an Ihre Erfahrungen in Bezug auf die zuvor genannte Operation.

Wie lange war die tatsächliche Wartezeit (in WOCHEN) von der medizinischen Entscheidung für die Operation (durch den behandelnden oder operierenden Facharzt/die behandelnde oder operierende Fachärztin) bis zur Durchführung der Operation?

Bitte geben Sie die Wartezeit (**in WOCHEN**) an: _____

In welchem Krankenhaus wurde Ihre Operation durchgeführt?

Bitte geben Sie den **Namen** des Krankenhauses und den **Ort** an, in dem es sich befindet (z.B. Barmherzige Schwestern Ried).

Name des Krankenhauses: _____

Ort: _____

Bitte teilen Sie uns Ihre Beweggründe mit, warum Sie das oben angeführte Krankenhaus für Ihre Operation gewählt haben: (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Kurze Wartezeit auf Operation
- ☐ Guter Ruf des Krankenhauses
- ☐ Besondere Spezialisierung des Krankenhauses
- ☐ Wohnortnahe Lage des Krankenhauses
- ☐ Überweisung durch behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin
- ☐ Empfehlung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin
- ☐ Empfehlung aus dem persönlichen Umfeld
- ☐ Anderer Grund

Haben Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes für die zuvor genannte Operation eine private Krankenzusatzversicherung genutzt?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes für die zuvor genannte Operation auf einer Sonderklassestation oder in einem Sonderklassezimmer gelegen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wurde Ihre Operation ein- oder mehrmals um mehr als 1 Woche verschoben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, **ich** habe meine Operation verschoben
Wie oft haben Sie die Operation verschoben: _____
Bitte führen Sie den Grund/die Gründe für die Verschiebung(en) an:

- ☐ Ja, **der Arzt/die Ärztin oder das Krankenhaus** hat meine Operation verschoben
Wie oft hat **der Arzt/die Ärztin oder das Krankenhaus** die Operation verschoben: _____
Bitte führen Sie den Grund/die Gründe für die Verschiebung(en) an:

Online-Version: Seite 4

Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch Nutzung Ihrer privaten Krankenzusatzversicherung zu verkürzen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“,

Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Ihre **private Krankenzusatzversicherung** die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **verkürzen kann**? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Hausarzt/Hausärztin
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination
- ☐ Operierender Facharzt/operierende Fachärztin
- ☐ Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination
- ☐ Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz
- ☐ Familie, Freunde, Bekannte
- ☐ Arbeitskollege/Arbeitskollegin
- ☐ Andere: _____

In welchem Zusammenhang (z.B. Gespräch mit Hausarzt, Termin in der Krankenhausambulanz, Hinweis von Bekannten) wurden Sie das **erste Mal** darauf aufmerksam gemacht, dass Ihre **private Krankenzusatzversicherung** die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **verkürzen kann**?

Bitte beschreiben Sie den **Zusammenhang** näher: _____

Auf welche Art und Weise (z.B. persönlich, telefonisch, per E-Mail) wurden Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Ihre **private Krankenzusatzversicherung** die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **verkürzen kann**?

Bitte beschreiben Sie die **Art und Weise** näher: _____

Online-Version: Seite 5

Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“,

Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie eine **Privatordination aufsuchen sollen**, um die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **zu verkürzen**? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Hausarzt/Hausärztin
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination
- ☐ Operierender Facharzt/operierende Fachärztin
- ☐ Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination
- ☐ Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz
- ☐ Familie, Freunde, Bekannte
- ☐ Arbeitskollege/Arbeitskollegin
- ☐ Andere: _____

In welchem Zusammenhang (z.B. Gespräch mit Hausarzt, Termin in der Krankenhausambulanz, Hinweis von Bekannten) wurden Sie das **erste Mal** darauf aufmerksam gemacht, dass Sie eine **Privatordination aufsuchen sollen**, um die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **zu verkürzen**?

Bitte beschreiben Sie den **Zusammenhang** näher: _____

Auf welche Art und Weise (z.B. persönlich, telefonisch, per E-Mail) wurden Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie eine **Privatordination aufsuchen sollen**, um die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **zu verkürzen**?

Bitte beschreiben Sie die **Art und Weise** näher: _____

Online-Version: Seite 6

Haben Sie das Angebot angenommen, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Darüber möchte ich keine Auskunft geben

Wenn „Ja“,

Wie oft haben Sie die Privatordination für zuvor genannte Operation aufgesucht?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6 bis 10
☐ 11 und mehr

Wenn „Nein“,

Bitte teilen Sie uns Ihre **Beweggründe** mit, warum Sie das **Angebot abgelehnt haben**: _____

Online-Version: Seite 7

Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch private Zuzahlungen zu verkürzen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“,

Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie durch eine **private Zuzahlung** die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **verkürzen können**?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Hausarzt/Hausärztin
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination
- ☐ Operierender Facharzt/operierende Fachärztin
- ☐ Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination
- ☐ Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz
- ☐ Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz
- ☐ Familie, Freunde, Bekannte
- ☐ Arbeitskollege/Arbeitskollegin
- ☐ Andere: _____

In welchem Zusammenhang (z.B. Gespräch mit Hausarzt, Termin in der Krankenhausambulanz, Hinweis von Bekannten) wurden Sie das **erste Mal** darauf aufmerksam gemacht, dass Sie durch eine **private Zuzahlung** die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **verkürzen können**?

Bitte beschreiben Sie den **Zusammenhang** näher: _____

Auf welche Art und Weise (z.B. persönlich, telefonisch, per E-Mail) wurden Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie durch eine **private Zuzahlung** die **Wartezeit** auf die zuvor genannte Operation **verkürzen können**?

Bitte beschreiben Sie die **Art und Weise** näher: _____

Online-Version: Seite 8

Haben Sie dieses Angebot angenommen, die Wartezeit durch eine private Zuzahlung zu verkürzen?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Darüber möchte ich keine Auskunft geben

Wenn „Ja“,

Wann wurde die private Zuzahlung getätigt?

- ☐ Vor der Operation
☐ Nach der Operation

Wie hoch war die private Zuzahlung?

Bitte geben Sie den Betrag (in Euro) an: _____

Wie wurde die private Zuzahlung getätigt?

- ☐ In Bar ☐ Per Überweisung

Wenn „In Bar“,

Wo wurde die private Zuzahlung getätigt/wäre die private Zuzahlung getätigt worden?

- ☐ (Privat-) Ordination
☐ Krankenhaus
☐ Anderer Ort: _____

Wenn „Nein“,

Bitte teilen Sie uns Ihre **Beweggründe** mit, warum Sie das **Angebot abgelehnt haben**: _____

Online-Version: Seite 9

Hätten Sie andere Möglichkeiten gehabt, die Wartezeit zu verkürzen (z.B. Vorreihung auf der Warteliste durch einen bekannten Arzt oder befreundete Pflegekraft, kurzfristiger Termin durch Ausfall eines anderen Patienten)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“,

Bitte beschreiben Sie, welche **Möglichkeiten** (z.B. Kontakte) Sie nutzen konnten bzw. hätten nutzen können: _____

Online-Version: Seite 10

Welche **Einschränkungen** (z.B. Schmerzen oder Steifigkeit im Gelenk, Taubheitsgefühl in Armen oder Beinen) hatten Sie, die infolge der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation entstanden sind oder sich im Verlauf der Wartezeit verändert haben?

Bitte beschreiben Sie diese **Einschränkungen**: _____

Wie haben sich die **oben beschriebenen Einschränkungen** auf Ihr Leben ausgewirkt?

Während der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation, wie sehr haben diese Einschränkungen Ihre **familiären und häuslichen Verpflichtungen** (z.B. Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen) beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt	Leicht beeinträchtigt	Mittelmäßig beeinträchtigt	Schwer beeinträchtigt	Völlig beeinträchtigt
☐	☐	☐	☐	☐

Wie haben sich diese **Einschränkungen** während der Wartezeit **verändert**?

Stark verbessert	Leicht verbessert	Unverändert	Leicht verschlechtert	Stark verschlechtert
☐	☐	☐	☐	☐

Während der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation, wie sehr haben diese Einschränkungen Ihre **Freizeitaktivitäten** (z.B. Hobbys, Sport) beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt	Leicht beeinträchtigt	Mittelmäßig beeinträchtigt	Schwer beeinträchtigt	Völlig beeinträchtigt
☐	☐	☐	☐	☐

Wie haben sich diese **Einschränkungen** während der Wartezeit **verändert**?

Stark verbessert	Leicht verbessert	Unverändert	Leicht verschlechtert	Stark verschlechtert
☐	☐	☐	☐	☐

Während der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation, wie sehr haben diese Einschränkungen Ihre **sozialen Aktivitäten** (z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen) beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt	Leicht beeinträchtigt	Mittelmäßig beeinträchtigt	Schwer beeinträchtigt	Völlig beeinträchtigt
☐	☐	☐	☐	☐

Wie haben sich diese **Einschränkungen** während der Wartezeit **verändert**?

Stark verbessert	Leicht verbessert	Unverändert	Leicht verschlechtert	Stark verschlechtert
☐	☐	☐	☐	☐

Während der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation, wie sehr haben diese Einschränkungen Ihre **sozialen Aktivitäten** (z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen) beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt	Leicht beeinträchtigt	Mittelmäßig beeinträchtigt	Schwer beeinträchtigt	Völlig beeinträchtigt
☐	☐	☐	☐	☐

Wie haben sich diese **Einschränkungen** während der Wartezeit **verändert**?

Stark verbessert	Leicht verbessert	Unverändert	Leicht verschlechtert	Stark verschlechtert
☐	☐	☐	☐	☐

Während der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation, wie sehr haben diese Einschränkungen Ihren **beruflichen Arbeitsalltag** (z.B. Leistungsfähigkeit, Fehleranfälligkeit) beeinträchtigt?

Nicht beeinträchtigt	Leicht beeinträchtigt	Mittelmäßig beeinträchtigt	Schwer beeinträchtigt	Völlig beeinträchtigt	Nicht zutreffen, weil nicht berufstätig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie haben sich diese **Einschränkungen** während der Wartezeit **verändert**?

Stark verbessert	Leicht verbessert	Unverändert	Leicht verschlechtert	Stark verschlechtert	Nicht zutreffend, weil nicht berufstätig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Online-Version: Seite 11

Haben Sie aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit berufliche Veränderungen vorgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ja, ich habe meine Arbeitszeit reduziert
- ☐ Ja, ich habe meine Arbeitszeit im Zuge einer Wiedereingliederungsteilzeit reduziert
- ☐ Ja, ich habe meine Mehr- bzw. Überstunden reduziert
- ☐ Ja, ich habe mich bewusst gegen einen beruflichen Aufstieg entschieden bzw. mich nicht aktiv um einen weiteren Karriereschritt bemüht
- ☐ Ja, ich habe mich bewusst für einen beruflichen Rückschritt entschieden
- ☐ Ja, ich habe meinen Beruf gewechselt
- ☐ Ja, ich bin vorzeitig in Pension/in Ruhestand gegangen
- ☐ Ja, andere Veränderungen: _____

- ☐ Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit in Aus- oder Weiterbildung/arbeitsuchend/nicht berufstätig
- ☐ Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit schon in Pension/im Ruhestand

Online-Version: Seite 12

Hat Ihr Arbeitgeber aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen während der Wartezeit Veränderungen in Ihrem Arbeitsverhältnis vorgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, mir wurde empfohlen oder nahegelegt, meine Arbeitszeit zu reduzieren
- ☐ Ja, mir wurde eine Wiedereingliederungsteilzeit angeboten oder genehmigt
- ☐ Ja, mir wurde beruflicher Aufstieg bzw. ein weiterer Karriereschritt verwehrt
- ☐ Ja, mir wurde ein beruflicher Rückschritt empfohlen oder nahegelegt, wodurch sich auch meine Einkommenssituation verschlechtert hat
- ☐ Ja, mir wurde ein Berufswechsel empfohlen oder nahegelegt
- ☐ Ja, ich wurde gekündigt/entlassen/nicht verlängert
- ☐ Ja, mir wurde empfohlen oder nahegelegt, vorzeitig in Pension/in den Ruhestand zu gehen
- ☐ Ja, andere Veränderungen: _____
- ☐ Nicht zutreffend, ich ging einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit nach
- ☐ Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit in Aus- oder Weiterbildung/arbeitsuchend/nicht berufstätig
- ☐ Nicht zutreffend, ich war während der Wartezeit schon in Pension/im Ruhestand

Online-Version: Seite 13

Hinweis:

Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen ausschließlich auf Ihre Situation zum Zeitpunkt der Wartezeit auf die zuvor genannte Operation.

Geschlecht

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Andere
- ☐ Keine Angabe

Geburtsjahr

bitte auswählen:

- ☐ 1925
- ☐ 1926
- ☐ 1927
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ 2005
- ☐ 2006
- ☐ 2007

Staatsangehörigkeit

bitte auswählen:

- ☐ Österreich
- ☐ ...
- ☐ ...
- ☐ ...

Familienstand

- ☐ Ledig
- ☐ Verheiratet oder eingetragene Partnerschaft
- ☐ Verwitwet oder hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/Partnerin
- ☐ Geschieden oder aufgelöste eingetragene Partnerschaft
- ☐ Keine Angabe

Wohnsituation

- ☐ Ich lebte alleine
- ☐ Ich lebte mit _____ Personen (außer mir) und _____ Kindern (bis zum 14. Lebensjahr) in einem Haushalt
- ☐ Ich lebte in einer Betreuungs- bzw. Pflegeeinrichtung
- ☐ Keine Angabe

Wohnort

- ☐ Burgenland
- ☐ Kärnten
- ☐ Niederösterreich
- ☐ Oberösterreich
- ☐ Salzburg
- ☐ Steiermark
- ☐ Tirol
- ☐ Vorarlberg
- ☐ Wien
- ☐ Anderer Ort (Ausland): _____
- ☐ Keine Angabe

Krankenversicherung

- ☐ ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse)
- ☐ BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau)
- ☐ KFA (Krankenfürsorgeanstalt) / KFL (Kranken- und Unfallfürsorge für Oö. Landesbedienstete) / KFG (Kranken- und Unfallfürsorge für Oö. Gemeindebedienstete)
- ☐ SVS (Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen)
- ☐ Andere: _____

- ☐ Keine Angabe/Weiß ich nicht

Höchster erreichter Bildungsgrad

- ☐ Kein Pflichtschulabschluss
- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehre (mit Berufsschule)
- ☐ Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (BMS)
- ☐ Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura (AHS, BHS)
- ☐ Kolleg oder hochschulverwandte Lehranstalt
- ☐ Universität/Fachhochschule
- ☐ Keine Angabe

Hauptsächliche Beschäftigungssituation

- ☐ In Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)
- ☐ Im Präsenz- oder Zivildienst
- ☐ Angestellter/Angestellte
- ☐ Arbeiter/Arbeiterin
- ☐ Vertragsbediensteter/Vertragsbedienstete
- ☐ Freier Dienstnehmer/Freie Dienstnehmerin
- ☐ Selbstständig
- ☐ Arbeitsuchend
- ☐ Mithelfender oder pflegender Familienangehöriger/Mithelfende oder pflegende Familienangehörige (z.B. Hausfrau/Hausmann)
- ☐ In Pension/im Ruhestand
- ☐ Andere: _____
- ☐ Keine Angabe

Online-Version: Seite 14

Waren Sie Mitglied der AK Oberösterreich (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß ich nicht

Wirtschaftszweig/Branche der hauptsächlichen Beschäftigung

- ☐ Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- ☐ Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
- ☐ Herstellung von Waren
- ☐ Energieversorgung
- ☐ Wasserversorgung
- ☐ Bau
- ☐ Handel
- ☐ Verkehr und Lagerei
- ☐ Beherbergung und Gastronomie
- ☐ Verlagswesen, Rundfunk sowie Erstellung und Verbreitung von Medieninhalten
- ☐ Telekommunikation, Softwareentwicklung, IT-Beratung und Erbringung sonstiger Dienstleistungen der Informationstechnologie und der Computerinfrastruktur
- ☐ Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
- ☐ Grundstücks- und Wohnungswesen
- ☐ Erbringung von wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
- ☐ Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
- ☐ Öffentliche Verwaltung, Verteidigung
- ☐ Erziehung und Unterricht
- ☐ Gesundheits- und Sozialwesen
- ☐ Kunst, Sport und Erholung
- ☐ Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
- ☐ Private Haushalte mit Hauspersonal sowie Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
- ☐ Exterritoriale Organisationen und Körperschaften
- ☐ Nicht berufstätig/in Pension/im Ruhestand

- ☐ Keine Angabe/Weiß ich nicht

Beruf

- ☐ Angehöriger/Angehörige der regulären Streitkräfte
- ☐ Führungskraft
- ☐ Akademischer Beruf
- ☐ Techniker/Technikerin oder gleichrangiger nichttechnischer Beruf
- ☐ Bürokraft oder verwandter Beruf
- ☐ Dienstleistungsberuf oder Verkäufer/Verkäuferin
- ☐ Fachkraft in Land- und Forstwirtschaft und Fischerei
- ☐ Handwerks- oder verwandter Beruf
- ☐ Bediener/Bedienerin von Anlagen und Maschinen oder Montageberuf
- ☐ Hilfskraft
- ☐ Nicht berufstätig/in Pension/im Ruhestand
- ☐ Keine Angabe/Weiß ich nicht

Haushaltseinkommen NETTO pro MONAT

Hinweis: Das Haushaltsnettoeinkommen gibt an, wie viele finanzielle Mittel dem gesamten Haushalt pro Monat tatsächlich zur Verfügung stehen. (Infobox)

Definition Haushaltseinkommen NETTO pro Monat

Unter Haushaltsnettoeinkommen versteht man die Summe aller monatlichen Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.

Zum Haushaltsnettoeinkommen zählen insbesondere:

- **Einkommen aus unselbstständiger Arbeit** (z.B. Löhne, Gehälter, Pensionen, Arbeitslosengeld, Krankengeld)
- **Einkommen aus selbstständiger Arbeit und Unternehmensgewinne**
- **Einkünfte aus Vermögen** (z.B. Zinsen, Dividenden, Mieteinnahmen)
- **Staatliche Transferleistungen** (z.B. Familienbeihilfe, Pflegegeld, Wohnbeihilfe, Sozialhilfe, Mindestsicherung)
- **Sonstige regelmäßige Zahlungen** (z.B. Unterhaltszahlungen)

Zum Haushaltsnettoeinkommen zählen nicht:

- **Sachleistungen** (z.B. Essensbons)

Einmalige Sonderzahlungen (z.B. Erbschaften, Lottogewinne)

- ☐ bis 600 €
- ☐ 601 € bis 1.200 €
- ☐ 1.201 € bis 1.500 €
- ☐ 1.501 € bis 1.800 €
- ☐ 1.801 € bis 2.200 €
- ☐ 2.201 € bis 2.600 €
- ☐ 2.601 € bis 3.000 €
- ☐ 3.001 € bis 3.500 €
- ☐ 3.501 € bis 4.000 €
- ☐ 4.001 € bis 4.500 €
- ☐ 4.501 € bis 5.000 €
- ☐ 5.001 € bis 6.000 €
- ☐ 6.001 € bis 8.000 €
- ☐ 8.001 € oder mehr
- ☐ Keine Angabe

Online-Version: Seite 15

Feld für ergänzende Anmerkungen

Online-Version: Seite 16

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme an unserer Befragung!

Ihre Antworten sind von entscheidender Bedeutung, um die Situation von Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit geplanten Operationen besser zu verstehen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns in einem **vertiefenden Interview zusätzliche Einblicke** in Ihre persönlichen Erfahrungen geben würden. Falls Sie dazu bereit wären, kontaktieren Sie bitte:

Dr. Markus KRAUS

01/59991 141 oder kraus@ihs.ac.at

7.2 Tabellenanhang

Stichprobe

Tabelle A1: Stichprobe

Stichprobe	
Aufrufe (ohne erkenntliche IHS oder AK Aufrufe)	11 907
OP in den letzten drei Jahren (Ja/Nein)	1971
OP in den letzten drei Jahren = Ja	1240
Wartezeiten ausgefüllt	923
Nach Ausschluss aufgrund diagnostischer OP, ausländischer OP oder unklarer Personenzuordnung	910
Nach Ausschluss OP selbst verschoben in öffentl./gemeinnütz. KH	862
Nach Ausschluss OP selbst verschoben in privatem KH	859
Nach Ausschluss OP in privatem KH	810
Total	810

Quelle: IHS (2026).

Krankenhaus

Tabelle A2: Krankenhaustyp

Krankenhaustyp			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Öffentlich	443	52,2%	52,2%
Privat-gemeinnützig	357	42,1%	94,2%
Privat-gewinnorientiert	49	5,8%	100,0%
Total	849	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Operationen

Tabelle A3: OP nach Körperregion

OP nach Körperregion			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Bewegungsorgane			
- (Total-)Endoprothese des Hüftgelenks	90	11,1%	11,1%
- (Total-)Endoprothese des Kniegelenks	92	11,4%	22,5%
- (Total-)Endoprothese des Schultergelenks	16	2,0%	24,4%
- andere Bewegungsorgane	146	18,0%	42,5%
Augen			
- Katarakt (grauer Star)	26	3,2%	45,7%
- andere Augen	11	1,4%	47,0%
Nervensystem			
- Halswirbelsäule	6	0,7%	47,9%
- Brustwirbelsäule	1	0,1%	47,2%
- Lendenwirbelsäule	21	2,6%	50,5%
- andere Nervensystem	4	0,5%	51,0%
Gynäkologisch (Weibliche Genitale)	81	10,0%	61,0%
Verdauungstrakt	69	8,5%	69,5%
HNO (Ohren, Nase und Nasennebenhöhlen)	67	8,3%	77,8%
Blutgefäße	20	2,5%	80,2%
Männliche Genitale	16	2,0%	82,2%
Mamma (Brust)	15	1,9%	84,1%
Haut und Unterhaut	14	1,7%	85,8%
Harnorgane	10	1,2%	87,0%
Endokrine Drüsen	8	1,0%	88,0%
Herz	6	0,7%	88,8%
Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	5	0,6%	89,4%
Lunge und Bronchus	1	0,1%	89,5%
Mundhöhle und Gesicht	1	0,1%	89,6%
Sonstige/unbekannt	84	10,4%	100,0%
Total	810	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A4: Datum der OP

Datum der OP			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
2022 Q3	53	6,5%	6,5%
2022 Q4	20	2,5%	9,0%
2023 Q1	36	4,4%	13,5%
2023 Q2	40	4,9%	18,4%
2023 Q3	31	3,8%	22,2%
2023 Q4	38	4,7%	26,9%
2024 Q1	58	7,2%	34,1%
2024 Q2	62	7,7%	41,7%
2024 Q3	57	7,0%	48,7%
2024 Q4	54	6,7%	55,4%
2025 Q1	81	10,0%	65,4%
2025 Q2	91	11,2%	76,7%
2025 Q3	189	23,3%	100,0%
Total	810	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Patient:innen Charakteristika

Tabelle A5: Geschlecht

Geschlecht			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Männlich	213	31,3%	31,3%
Weiblich	464	68,2%	99,6%
Keine Angabe	3	0,4%	100,0%
Total	680	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A6: Wohnort

Wohnort			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Burgenland	2	0,3%	0,3%
Kärnten	1	0,2%	0,4%
Niederösterreich	36	5,3%	5,8%
Oberösterreich	616	91,0%	96,8%
Salzburg	7	1,0%	97,8%
Steiermark	4	0,6%	98,4%
Tirol	2	0,3%	98,7%
Wien	7	1,0%	99,7%
Keine Angabe	2	0,3%	100,0%
Total	677	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A7: Mitglied der AK Oberösterreich

Mitglied der AK Oberösterreich			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	541	81,2%	81,2%
Nein	87	13,1%	94,3%
Weiß ich nicht	38	5,7%	100,0%
Total	666	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A8: Beschäftigungssituation

Beschäftigungssituation			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
In Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	9	1,3%	1,3%
Angestellter/Angestellte	358	53,3%	54,6%
Arbeiter/Arbeiterin	68	10,1%	64,7%
Vertragsbediensteter/Vertragsbedienstete	28	4,2%	68,9%
Freier Dienstnehmer/Freie Dienstnehmerin	1	0,2%	69,1%
Selbstständig	15	2,2%	71,3%
Arbeitsuchend	15	2,2%	73,5%
Mithelfender oder pflegender Familienangehöriger/Mithelfende oder pflegende Familienangehörige (z.B. Hausfrau/Hausmann)	5	0,7%	74,3%
In Pension/im Ruhestand	141	21,0%	95,2%
Andere	18	2,7%	97,9%
Keine Angabe	14	2,1%	100,0%
Total	672	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A9: Beruf

Beruf			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Angehöriger/Angehörige der regulären Streitkräfte	6	1,0%	1,0%
Führungskraft	71	12,0%	13,0%
Akademischer Beruf	46	7,8%	20,8%
Techniker/Technikerin oder gleichrangiger nichttechnischer Beruf	48	8,1%	28,9%
Bürokraft oder verwandter Beruf	113	19,1%	48,0%
Dienstleistungsberuf oder Verkäufer/Verkäuferin	95	16,1%	64,0%
Fachkraft in Land- und Forstwirtschaft und Fischerei	5	0,8%	64,9%
Handwerks- oder verwandter Beruf	27	4,6%	69,4%
Bediener/Bedienerin von Anlagen und Maschinen oder Montageberuf	12	2,0%	71,5%
Hilfskraft	20	3,4%	74,8%
Nicht berufstätig/in Pension/im Ruhestand	99	16,7%	91,6%
Keine Angabe/Weiß ich nicht	50	8,5%	100,0%
Total	592	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A10: Krankenversicherung

Krankenversicherung			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse)	572	85,6%	85,6%
BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau)	32	4,8%	90,4%
KFA (Krankenfürsorgeanstalt) / KFL (Kranken- und Unfallfürsorge für Oö. Landesbedienstete) / KFG (Kranken- und Unfallfürsorge für Oö. Gemeindebedienstete)	39	5,8%	96,3%
SVS (Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen)	16	2,4%	98,7%
Andere	7	1,1%	99,7%
Keine Angabe/Weiß ich nicht	2	0,3%	100,0%
Total	668	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A11: Haushaltseinkommen

Haushaltseinkommen			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Bis 600 €	4	0,6%	0,6%
601 € bis 1.200 €	20	3,1%	3,7%
1.201 € bis 1.500 €	28	4,3%	7,9%
1.501 € bis 1.800 €	42	6,4%	14,3%
1.801 € bis 2.200 €	64	9,8%	24,1%
2.201 € bis 2.600 €	59	9,0%	33,1%
2.601 € bis 3.000 €	59	9,0%	42,1%
3.001 € bis 3.500 €	63	9,6%	51,7%
3.501 € bis 4.000 €	41	6,3%	57,9%
4.001 € bis 4.500 €	41	6,3%	64,2%
4.501 € bis 5.000 €	50	7,6%	71,8%
5.001 € bis 6.000 €	49	7,5%	79,3%
6.001 € bis 8.000 €	33	5,0%	84,3%
8.001 € oder mehr	10	1,5%	85,8%
Keine Angabe	93	14,2%	100,0%
Total	656	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A12: Wohnsituation

Wohnsituation			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ich lebte alleine	152	30,3%	30,3%
Ich lebte mit Personen (außer mir) und Kindern (bis zum 14. Lebensjahr) in einem Haushalt	318	63,5%	93,8%
Keine Angabe	31	6,2%	100,0%
Total	501	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A13: Wirtschaftszweig

Wirtschaftszweig			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	14	2,2%	2,2%
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	5	0,8%	3,0%
Herstellung von Waren	53	8,4%	11,4%
Energieversorgung	3	0,5%	11,9%
Wasserversorgung	3	0,5%	12,3%
Bau	24	3,8%	16,1%
Handel	80	12,7%	28,8%
Verkehr und Lagerei	14	2,2%	31,0%
Beherbergung und Gastronomie	11	1,7%	32,8%
Verlagswesen, Rundfunk sowie Erstellung und Verbreitung von Medieninhalten	5	0,8%	33,5%
Telekommunikation, Softwareentwicklung, IT-Beratung und Erbringung sonstiger Dienstleistungen der Informationstechnologie und der Computerinfrastruktur	24	3,8%	37,3%
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	15	2,4%	39,7%
Grundstücks- und Wohnungswesen	3	0,5%	40,2%
Erbringung von wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	15	2,4%	42,6%
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	10	1,6%	44,2%
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung	25	4,0%	48,1%
Erziehung und Unterricht	25	4,0%	52,1%
Gesundheits- und Sozialwesen	169	26,7%	78,8%
Kunst, Sport und Erholung	4	0,6%	79,4%
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	23	3,6%	83,1%
Private Haushalte mit Hauspersonal sowie Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	1	0,2%	83,2%
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	2	0,3%	83,5%
Nicht berufstätig/in Pension/im Ruhestand	69	10,9%	94,5%
Keine Angabe/Weiß ich nicht	35	5,5%	100,0%
Total	632	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A14: Höchster erreichter Bildungsgrad

Höchster erreichter Bildungsgrad			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Kein Pflichtschulabschluss	3	0,5%	0,5%
Pflichtschule	41	6,1%	6,6%
Lehre (mit Berufsschule)	229	34,1%	40,6%
Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (BMS)	128	19,1%	59,7%
Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura (AHS, BHS)	124	18,5%	78,1%
Kolleg oder hochschulverwandte Lehranstalt	32	4,8%	82,9%
Universität/Fachhochschule	94	14,0%	96,9%
Keine Angabe	21	3,1%	100,0%
Total	672	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A15: Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Österreich	614	90,0%	90,0%
Nicht-Österreich	35	5,1%	95,2%
Keine Angabe	33	4,8%	100,0%
Total	682	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Wartezeiten

Tabelle A16: OP ein- oder mehrmals um mehr als 1 Woche verschoben

OP ein- oder mehrmals um mehr als 1 Woche verschoben			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Nein	648	80,5%	80,5%
Ja	157	19,5%	100,0%
Total	805	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A17: Wartezeit von der medizinischen Entscheidung für die OP bis zur Durchführung der OP

Wartezeit von der medizinischen Entscheidung für die OP bis zur Durchführung der OP								
Beschreibung	N	Min	p25	p50	p75	Max	Mean	SD
Wartezeit (in Wochen)	810	0	8	20	37	475	26,86	31,26

Quelle: IHS (2026).

Wartezeitverkürzung durch Nutzung privater Krankenzusatzversicherung

Tabelle A18: Nutzung privater Krankenzusatzversicherung für OP

Nutzung privater Krankenzusatzversicherung für OP			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	110	13,7%	13,7%
Nein	696	86,4%	100,0%
Total	806	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A19: Unterbringung Sonderklassestation/Sonderklassezimmer während Krankenhausaufenthalt für OP

Unterbringung Sonderklassestation/Sonderklassezimmer während Krankenhausaufenthalt für OP			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	123	15,3%	15,3%
Nein	680	84,7%	100,0%
Total	803	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A20: Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch Nutzung Ihrer privaten Krankenzusatzversicherung zu verkürzen?

Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch Nutzung Ihrer privaten Krankenzusatzversicherung zu verkürzen?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	77	9,7%	9,7%
Nein	716	90,3%	100,0%
Total	793	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A21: Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Ihre private Krankenzusatzversicherung die Wartezeit auf die zuvor genannte OP verkürzen kann?

Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Ihre private Krankenzusatzversicherung die Wartezeit auf die zuvor genannte OP verkürzen kann? (Mehrfachnennungen möglich)			
N = 84			
Item / Kategorie	N	%	Σ %
Hausarzt/Hausärztin	10	8,5%	8,5%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination	2	1,7%	10,3%
Operierender Facharzt/operierende Fachärztin	37	31,6%	41,9%
Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination	23	19,7%	61,5%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination	2	1,7%	63,2%
Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz	13	11,1%	74,4%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz	5	4,3%	78,6%
Familie, Freunde, Bekannte	17	14,5%	93,2%
Arbeitskollege/Arbeitskollegin	3	2,6%	95,7%
Andere	5	4,3%	100,0%
Total	117	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Wartezeitverkürzung durch Besuch einer Privatordination

Tabelle A22: Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?

Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	99	13,1%	13,1%
Nein	658	86,9%	100,0%
Total	757	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A23: Haben Sie das Angebot angenommen, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?

Haben Sie das Angebot angenommen, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	46	47,9%	47,9%
Nein	36	37,5%	85,4%
Darüber möchte ich keine Auskunft geben	14	14,6%	100,0%
Total	96	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A24: Wie oft haben Sie die Privatordination für oben genannte OP besucht?

Wie oft haben Sie die Privatordination für oben genannte OP besucht?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
1 mal	18	39,1%	39,1%
2 mal	17	37,0%	76,1%
3 mal	4	8,7%	84,8%
4 mal	2	4,4%	89,1%
5 mal	1	2,2%	91,3%
6 bis 10 mal	4	8,7%	100,0%
Total	46	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A25: Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie eine Privatordination aufsuchen sollen, um die Wartezeit auf die oben genannte OP zu verkürzen?

Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie eine Privatordination aufsuchen sollen, um die Wartezeit auf die oben genannte OP zu verkürzen? (Mehrfachnennungen möglich)			
N = 97			
Item / Kategorie	N	%	Σ %
Hausarzt/Hausärztin	13	9,8%	9,8%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination	2	1,5%	11,4%
Operierender Facharzt/operierende Fachärztin	28	21,2%	32,6%
Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination	25	18,9%	51,5%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination	1	0,8%	52,3%
Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz	10	7,6%	59,8%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz	6	4,5%	64,4%
Familie, Freunde, Bekannte	27	20,5%	84,8%
Arbeitskollege/Arbeitskollegin	14	10,6%	95,5%
Andere	6	4,5%	100,0%
Total	132	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Wartezeitverkürzung durch private Zuzahlung

Tabelle A26: Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch private Zuzahlungen zu verkürzen?

Ist Ihnen angeboten worden, die Wartezeit durch private Zuzahlungen zu verkürzen?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	69	9,1%	9,1%
Nein	693	90,9%	100,0%
Total	762	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A27: Haben Sie das Angebot angenommen, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen?

Haben Sie das Angebot angenommen, die Wartezeit durch eine private Zuzahlung zu verkürzen?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	21	32,3%	32,3%
Nein	40	61,5%	93,8%
Darüber möchte ich keine Auskunft geben	4	6,2%	100,0%
Total	65	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A28: Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie durch eine private Zuzahlung die Wartezeit auf die zuvor genannte OP verkürzen können?

Wer hat Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie durch eine private Zuzahlung die Wartezeit auf die zuvor genannte OP verkürzen können? (Mehrfachnennungen möglich)			
N = 59			
Item / Kategorie	N	%	Σ %
Hausarzt/Hausärztin	2	2,5%	2,5%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Hausarztordination	0	0,0%	2,5%
Operierender Facharzt/operierende Fachärztin	26	32,5%	35,0%
Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Ordination	16	20,0%	55,0%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Facharztordination	0	0,0%	55,0%
Behandelnder oder überweisender Facharzt/behandelnde oder überweisende Fachärztin in der Krankenhausambulanz	10	12,5%	67,5%
Assistenzkräfte/Pflegekräfte in der Krankenhausambulanz	5	6,3%	73,8%
Familie, Freunde, Bekannte	10	12,5%	86,3%
Arbeitskollege/Arbeitskollegin	5	6,3%	92,5%
Andere	6	7,5%	100,0%
Total	80	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Andere Möglichkeit der Wartezeitverkürzung

Tabelle A29: Hätten Sie andere Möglichkeiten gehabt, die Wartezeit zu verkürzen?

Hätten Sie andere Möglichkeiten gehabt, die Wartezeit zu verkürzen?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Ja	135	17,8%	17,8%
Nein	623	82,2%	100,0%
Total	758	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Einschränkungen

Tabelle A30: Einschränkungen bei familiären und häuslichen Verpflichtungen

Einschränkungen bei familiären und häuslichen Verpflichtungen			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Nicht beeinträchtigt	11	1,7%	1,7%
Leicht beeinträchtigt	19	2,9%	4,6%
Mittelmäßig beeinträchtigt	311	47,9%	52,5%
Schwer beeinträchtigt	168	25,9%	78,3%
Völlig beeinträchtigt	141	21,7%	100,0%
Total	650	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A31: Beeinträchtigungen bei familiären und häuslichen Verpflichtungen während der Wartezeit verändert?

Beeinträchtigungen bei familiären und häuslichen Verpflichtungen während der Wartezeit verändert?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Stark verbessert	133	20,0%	20,0%
Leicht verbessert	106	16,0%	36,0%
Unverändert	226	34,0%	70,0%
Leicht verschlechtert	156	23,5%	93,5%
Stark verschlechtert	43	6,5%	100,0%
Total	664	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A32: Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten

Einschränkungen bei Freizeitaktivitäten			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Nicht beeinträchtigt	93	13,9%	13,9%
Leicht beeinträchtigt	87	13,0%	27,0%
Mittelmäßig beeinträchtigt	129	19,3%	46,3%
Schwer beeinträchtigt	212	31,7%	78,0%
Völlig beeinträchtigt	147	22,0%	100,0%
Total	668	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A33: Beeinträchtigungen bei Freizeitaktivitäten während der Wartezeit verändert?

Beeinträchtigungen bei Freizeitaktivitäten während der Wartezeit verändert?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Stark verbessert	3	0,5%	0,5%
Leicht verbessert	19	2,9%	3,4%
Unverändert	328	50,4%	53,8%
Leicht verschlechtert	139	21,4%	75,1%
Stark verschlechtert	162	24,9%	100,0%
Total	651	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A34: Einschränkungen bei sozialen Aktivitäten

Einschränkungen bei sozialen Aktivitäten			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Nicht beeinträchtigt	158	23,6%	23,6%
Leicht beeinträchtigt	108	16,1%	39,7%
Mittelmäßig beeinträchtigt	180	26,9%	66,6%
Schwer beeinträchtigt	136	20,3%	86,9%
Völlig beeinträchtigt	88	13,1%	100,0%
Total	670	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A35: Beeinträchtigungen bei sozialen Aktivitäten während der Wartezeit verändert?

Beeinträchtigungen bei sozialen Aktivitäten während der Wartezeit verändert?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Stark verbessert	4	0,6%	0,6%
Leicht verbessert	9	1,4%	2,0%
Unverändert	384	58,9%	60,9%
Leicht verschlechtert	134	20,6%	81,4%
Stark verschlechtert	121	18,6%	100,0%
Total	652	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A36: Einschränkungen im beruflichen Alltag

Einschränkungen im beruflichen Alltag			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Nicht beeinträchtigt	105	15,7%	15,7%
Leicht beeinträchtigt	86	12,8%	28,5%
Mittelmäßig beeinträchtigt	139	20,8%	49,3%
Schwer beeinträchtigt	120	17,9%	67,2%
Völlig beeinträchtigt	97	14,5%	81,6%
Nicht zutreffend	123	18,4%	100,0%
Total	670	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

Tabelle A37: Beeinträchtigungen im beruflichen Alltag während der Wartezeit verändert?

Beeinträchtigungen im beruflichen Alltag während der Wartezeit verändert?			
Antwort / Kategorie	N	%	Σ %
Stark verbessert	2	0,3%	0,3%
Leicht verbessert	9	1,4%	1,7%
Unverändert	296	45,8%	47,5%
Leicht verschlechtert	119	18,4%	65,8%
Stark verschlechtert	120	18,6%	84,4%
Nicht zutreffend	101	15,6%	100,0%
Total	647	100,0%	

Quelle: IHS (2026).

7.3 Sensitivitätsanalyse

Tabelle A38: Sensitivitätsanalyse: Operationen an den Bewegungsorganen, an den Augen, am Nervensystem, gynäkologische Operationen, Operationen am Verdauungssystem, im HNO Bereich

Modell 12	IRR	Modell 12A	IRR
Private Krankenzusatzversicherung (genutzt = 1)	0.524*** (0.0710)	Private Krankenzusatzversicherung (genutzt = 1)	0.532*** (0.0763)
Privatordination (genutzt = 1)	0.847 (0.119)	Privatordination (genutzt = 1)	0.836 (0.117)
Private Zuzahlung (genutzt = 1)	0.619 (0.198)	Private Zuzahlung (genutzt = 1)	0.590* (0.182)
private Kontakte (genutzt = 1)	0.952 (0.132)	Private Kontakte (genutzt = 1)	0.893 (0.129)
OP Augen (vgl. Bewegungsorgane)	0.656** (0.130)	OP Augen (vgl. Bewegungsorgane)	0.639** (0.143)
OP Nervensystem (vgl. Bewegungsorgane)	0.930 (0.198)	OP Nervensystem (vgl. Bewegungsorgane)	0.758 (0.134)
OP Gynäkologie (vgl. Bewegungsorgane)	0.657** (0.108)	OP Gynäkologie (vgl. Bewegungsorgane)	0.676** (0.117)
OP Verdauungssystem (vgl. Bewegungsorgane)	0.645*** (0.0867)	OP Verdauungssystem (vgl. Bewegungsorgane)	0.624*** (0.0878)
OP HNO (vgl. Bewegungsorgane)	1.784*** (0.271)	OP HNO (vgl. Bewegungsorgane)	1.811*** (0.262)
KH (öffentlich = 1)	1.018 (0.0985)	KH (öffentlich = 1)	1.032 (0.101)
Bildung (BMS, Matura und höher = 1)	0.846* (0.0734)	Bildung (Matura und höher = 1)	0.923 (0.0861)
Einkommen (höchstes Quintil = 1)	0.854 (0.0936)	Einkommen (höher als Median = 1)	0.839* (0.0854)
Geschlecht (Frauen = 1)	0.800* (0.0997)	Geschlecht (Frauen = 1)	0.799* (0.104)
In Pension (vgl. nicht in Pension)	1.048 (0.159)	Erwerbstätig (vgl. nicht erwerbstätig)	1.149 (0.218)
		In Ruhestand (vgl. nicht erwerbstätig)	1.213 (0.305)
Einschränkung (schwer = 1)	1.138 (0.145)	Einschränkung (eingeschränkt = 1)	1.222** (0.115)
Konstante	39.54*** (6.161)	Konstante	31.67*** (7.449)
Beobachtungen	357	Beobachtungen	351

Pseudo R²

0.021

Pseudo R²

0.0325

Anmerkung: Schätzergebnisse einer Negativ-Binomial-Regression. Die Stichprobe umfasst Operationen an den Bewegungsorganen, am Auge, am Nervensystem, am Verdauungssystem, im HNO-Bereich und gynäkologische Operationen. Angegeben sind Inzidenzratenverhältnisse (IRR) und robuste Standardfehler in Klammern, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1; Quelle: IHS (2026)

Tabelle A39: Sensitivitätsanalyse: Operationen an den Bewegungsorganen

Modell 11	IRR	Modell 11A	IRR
Private Krankenzusatzversicherung (genutzt = 1)	0.614** (0.151)	Private Krankenzusatzversicherung (genutzt = 1)	0.635* (0.151)
Privatordination (genutzt = 1)	0.677*** (0.100)	Privatordination (genutzt = 1)	0.681** (0.103)
Private Zuzahlung (genutzt = 1)	0.585 (0.194)	Private Zuzahlung (genutzt = 1)	0.532* (0.175)
Private Kontakte (genutzt = 1)	0.958 (0.150)	Private Kontakte (genutzt = 1)	0.840 (0.160)
KH (öffentlich = 1)	0.761** (0.0878)	KH (öffentlich = 1)	0.740** (0.0962)
Bildung (BMS, Matura und höher = 1)	0.736*** (0.0759)	Bildung (Matura und höher = 1)	0.727*** (0.0870)
Einkommen (höchstes Quintil = 1)	0.743** (0.0979)	Einkommen (höher als Median = 1)	0.769* (0.114)
Geschlecht (Frauen = 1)	0.830 (0.114)	Geschlecht (Frauen = 1)	0.794 (0.125)
		Erwerbstätig (vgl. nicht erwerbstätig)	1.131 (0.219)
In Pension (vgl. nicht in Pension)	0.995 (0.173)	In Ruhestand (vgl. nicht erwerbstätig)	1.106 (0.298)
Einschränkung (schwer = 1)	1.180 (0.161)	Einschränkung (eingeschränkt = 1)	1.161 (0.143)
Konstante	51.10*** (9.294)	Konstante	47.45*** (12.80)
Beobachtungen	181	Beobachtungen	178
Pseudo R ²	0.0305	Pseudo R ²	0.0294

Anmerkung: Schätzergebnisse einer Negativ-Binomial-Regression. Die Stichprobe umfasst Operationen an den Bewegungsorganen. Angegeben sind Inzidenzratenverhältnisse (IRR) und robuste Standardfehler in Klammern, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1; Quelle: IHS (2026)