



State of Health in the EU

ÖSTERREICH

Länderprofil Gesundheit 2025

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den Gesundheitszustand in der EU bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in der EU/dem Europäischen Wirtschaftsraum. Sie heben die besonderen Merkmale und Herausforderungen in den jeweiligen Ländern hervor, wozu begleitend länderübergreifende Vergleiche angestellt werden. Das Ziel ist es, politische Entscheidungsträger und Einflussnehmer mit einem Instrument für gegenseitiges Lernen und Wissenstransfer zu unterstützen. Die Ausgabe 2025 der Country Health Profiles enthält einen speziellen Abschnitt, der sich mit der Arzneimittelpolitik befasst.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Das Team bedankt sich für die wertvollen Kommentare und Vorschläge des Netzwerks „Health Systems and Policy Monitor“ des Observatoriums, des OECD-Gesundheitsausschusses und der EU-Expertengruppe für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen (HSPA).

Inhalt

1	Highlights	1
2	Gesundheit in Österreich	2
3	Risikofaktoren	5
4	Das Gesundheitssystem	7
5	Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems	10
6	Im Fokus: Arzneimittel	18
7	Wichtigste Ergebnisse	22

Daten- und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in den länderspezifischen Gesundheitsprofilen beruhen vorwiegend auf offiziellen einzelstaatlichen Statistiken, die Eurostat und der OECD zur Verfügung gestellt und validiert wurden, um höchste Standards bei der Datenvergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Quellen und Methoden, die diesen Daten zugrunde liegen, sind in der Eurostat-Datenbank und der OECD-Gesundheitsdatenbank verfügbar. Einige zusätzliche Daten stammen auch vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), den Umfragen zum Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), dem European Cancer

Information System (ECIS) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie anderen nationalen Quellen.

Bei den berechneten EU-Durchschnittswerten handelt es sich, sofern nicht anders angegeben, um gewichtete

Durchschnittswerte der 27 Mitgliedstaaten. Island und Norwegen werden bei diesen EU-Durchschnittswerten nicht berücksichtigt.

Dieses Profil wurde im September 2025 auf der Grundlage der in der ersten Septemberhälfte 2025 verfügbaren Daten erstellt.

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Österreich, 2024

Demografische Faktoren	Österreich	EU
Bevölkerungsgröße	9 158 750	449 306 184
Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren	20 %	22 %
Fertilitätsrate 2023 ¹	1,3	1,4
Sozioökonomische Faktoren		
BIP pro Kopf (EUR, KKS) ²	45 947	39 675
Armuts- oder soziale Ausgrenzungsgefährdung ³	16,9 %	20,9 %

1. Anzahl der geborenen Kinder je Frau im Alter von 15 bis 49.

2. Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht.

3. Von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht (AROE) ist der Prozentsatz der Menschen, die entweder von Armut bedroht sind, unter schwerer materieller und sozialer Benachteiligung leiden oder in einem Haushalt mit sehr geringer Erwerbsintensität leben.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Haftungsausschlüsse: Für die OECD wird diese Arbeit unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die hierin geäußerten Meinungen und Argumente spiegeln nicht unbedingt die offiziellen Ansichten der Mitgliedsländer der OECD wider. Die in den Veröffentlichungen des European Observatory on Health Systems and Policies geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen nicht unbedingt der offiziellen Politik der teilnehmenden Organisationen.

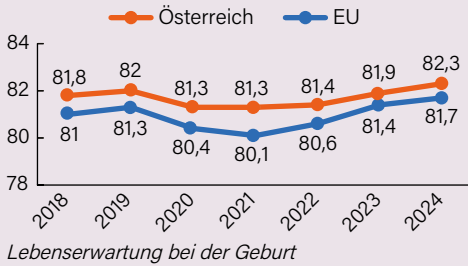
Diese Arbeit wurde mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Die Namen und Darstellungen der Länder und Gebiete in dieser gemeinsamen Veröffentlichung entsprechen der Praxis der WHO.

Die in dieser gemeinsamen Veröffentlichung verwendeten Namen und Darstellungen von Ländern und Gebieten entsprechen der Praxis der WHO. Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten lassen den Status oder die Souveränität eines Gebiets, die Abgrenzung internationaler Grenzen und die Bezeichnung eines Gebiets, einer Stadt oder eines Gebiets unberührt. Für die OECD gelten spezifische territoriale Haftungsausschlüsse, die unter folgendem Link zu finden sind: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Es gelten zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO.

Diese Übersetzung wurde hinsichtlich Terminologie und Verständlichkeit überprüft. Bei Abweichungen zwischen dieser Übersetzung und dem englischen Originaltext ist der englische Text maßgebend.

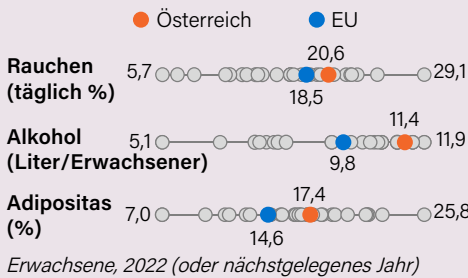
© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2025.

1 Highlights



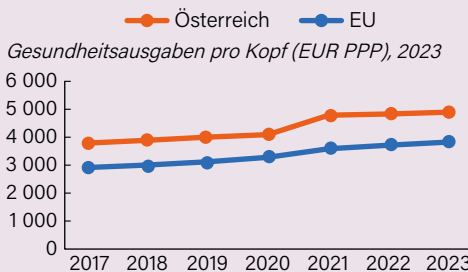
Gesundheitsstatus

Die Lebenserwartung in Österreich erreichte 2024 82,3 Jahre und lag damit sechs Monate über dem EU-Durchschnitt. Im Jahr 2024 hat Österreich zum ersten Mal seit der Pandemie seinen früheren Höchstwert wieder erreicht. Der Anstieg der Lebenserwartung in den letzten zehn Jahren ist in erster Linie auf die gesunkene Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, obwohl diese mit einem Anteil von über einem Drittel aller Todesfälle nach wie vor die häufigste Todesursache sind.



Risikofaktoren

Die Raucherquote in Österreich liegt mit 21 % der Erwachsenen, die täglich rauchen, über dem EU-Durchschnitt. Der Alkoholkonsum erreichte 2023 11,3 Liter pro Kopf und lag damit deutlich über dem EU-Durchschnitt. Über 17 % der Bevölkerung waren 2022 von Adipositas im Erwachsenenalter betroffen, was über dem EU-Durchschnitt liegt und einem Anstieg von 18 % seit 2017 entspricht.

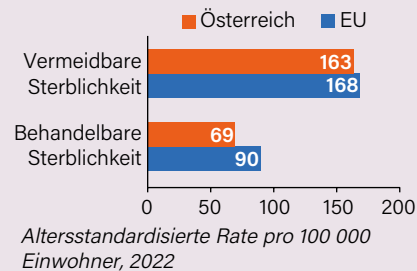


Das Gesundheitssystem

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen in Österreich 2023 bei 4 901 EUR und waren damit die zweithöchsten in der EU. Die überdurchschnittliche Abhängigkeit des Landes von privaten Gesundheitsausgaben wirft jedoch Fragen der Gerechtigkeit auf, insbesondere aufgrund von Zuzahlungen und der Gefahr der Entstehung eines Zweiklassensystems. Die aktuellen Reformen zielen darauf ab, die Kostenkontrolle zu stärken und das Ausgabenverhältnis von der stationären zur ambulanten Versorgung zu verschieben.

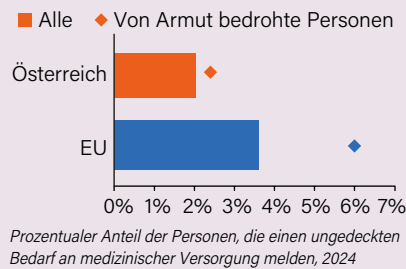
Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Wirksamkeit



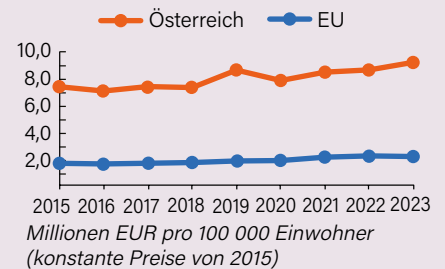
Österreich erzielt sehr gute Behandlungsergebnisse: Die Sterblichkeit durch behandelbare Ursachen liegt unter dem EU-Durchschnitt und sinkt schneller als im EU-Schnitt. Die vermeidbare Sterblichkeit bleibt jedoch eine Herausforderung und liegt über den Werten der EU-Spitzenreiter. Die Impfquoten, insbesondere gegen Influenza, sind trotz politischer Unterstützung niedrig. Die Teilnahme am Brustkrebs-Screening ist gering, während opportunistische Untersuchungen für andere Krebsarten weit verbreitet sind.

Zugänglichkeit



Die nahezu universelle Krankenversicherung in Österreich sorgt für einen geringen Anteil an ungedeckten medizinischen Bedürfnissen, insbesondere bei Menschen, die von Armut bedroht sind. Die Stagnation bei Kassenärzten in Verbindung mit einem wachsenden Wahlartzektor hat jedoch zu einem „Warten oder Bezahlen“-Dilemma für Patienten geführt. Diese Dynamik zwingt sie zu einer Entscheidung zwischen längeren Wartezeiten für eine vollständig gedeckte Versorgung oder Zuzahlungen für einen schnelleren Zugang.

Resilienz



Österreich gehört zu den führenden Ländern in der EU, was Investitionen in Gesundheits-IKT angeht, insbesondere durch die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Trotz dieser Investitionen liegt die Akzeptanz digitaler Gesundheitsdienste weiterhin unter dem EU-Durchschnitt, was auf Umsetzungslücken hindeutet. Aktuelle Reformen konzentrieren sich auf die Verbesserung digitaler Dienste und die verpflichtende ELGA-Teilnahme, um den digitalen Wandel zu beschleunigen.

Schwerpunkt: Arzneimittel

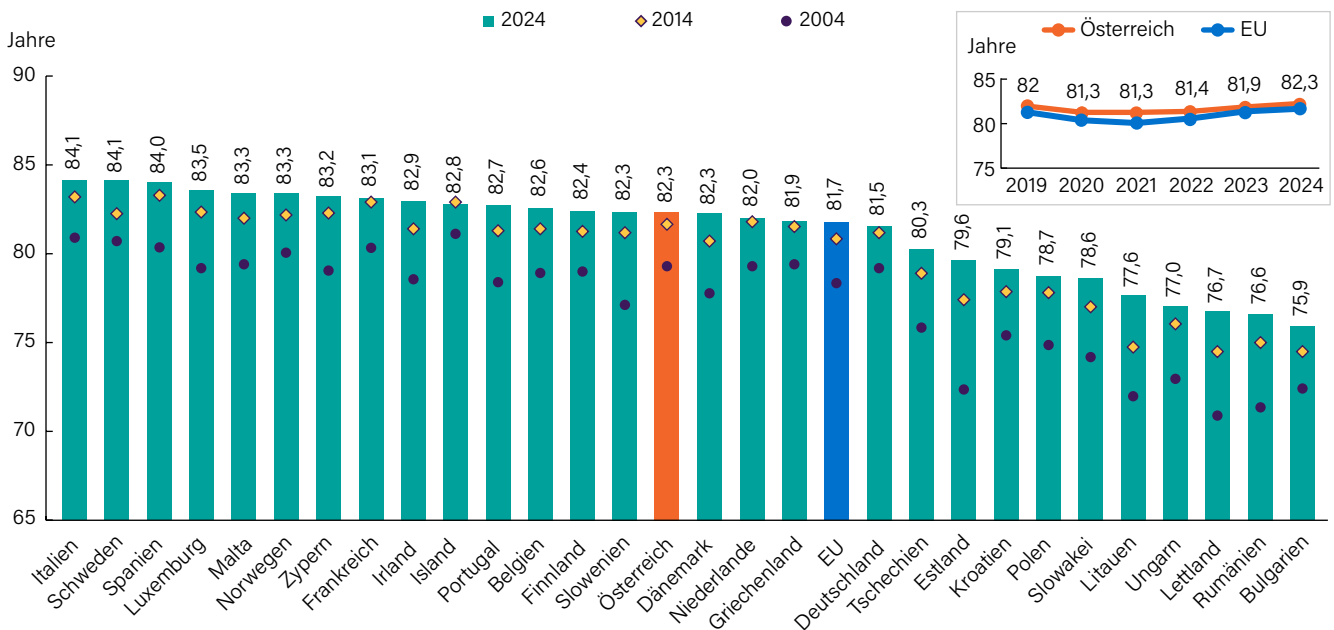
Die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel liegen in Österreich leicht über dem EU-Durchschnitt, wobei ambulante Medikamente in hohem Maße von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Während die Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel durch Preisvorschriften und Erstattungssysteme streng kontrolliert werden, steigen die Arzneimittelkosten in Krankenhäusern aufgrund komplexer, fragmentierter Verwaltungsstrukturen und teurer Spezialbehandlungen. Die Akzeptanz von Generika und Biosimilars ist nach wie vor relativ gering, obwohl robuste Preisbindungsmechanismen dazu beitragen, die Preise für Originalpräparate zu senken. Die Pharmaindustrie weist nach wie vor eine hohe Forschungs- und Entwicklungsintensität auf, die durch steuerliche Anreize gefördert wird.

Die Lebenserwartung in Österreich hat ihren Höchstwert vor der Pandemie im Jahr 2024 überschritten

Die Erholung der Lebenserwartung in Österreich nach der COVID-19-Pandemie blieb hinter der der meisten anderen EU-Länder zurück und übertraf den Höchststand vor der Pandemie erst im Jahr 2024, während dies in den meisten EU-Mitgliedstaaten bereits früher der Fall war. Im

Jahr 2024 erreichte die Lebenserwartung bei der Geburt 82,3 Jahre, womit Österreich sechs Monate über dem EU-Durchschnitt lag (Abbildung 1). Bei der Lebenserwartung besteht weiterhin ein erhebliches Geschlechtergefälle: Im Jahr 2024 konnten Frauen in Österreich mit einer Lebenserwartung von 84,5 Jahren rechnen, viereinhalb Jahre mehr als Männer, ein Unterschied, der leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt.

Abbildung 1. Die Lebenserwartung in Österreich erreichte 2024 ihren Höchststand



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Die Daten für Irland für 2024 beziehen sich auf das Jahr 2023.
Quelle: Eurostat (demo_mlexpec).

Sozioökonomische Unterschiede in der Lebenserwartung sind erheblich, insbesondere bei Männern

Sozioökonomische Faktoren führen zu gesundheitlichen Ungleichheiten in Österreich und verursachen Unterschiede in der Lebenserwartung, die je nach Geschlecht und Bildungsabschluss deutlich variieren. Das Ausmaß dieser Ungleichheiten ist bei Männern am ausgeprägtesten: Im Jahr 2022 konnten 30-jährige Männer mit dem höchsten Bildungsniveau eine um mehr als sechs Jahre höhere Lebenserwartung erreichen als ihre Altersgenossen mit den niedrigsten Bildungsabschlüssen (Abbildung 2). Bei Frauen betrug der Unterschied hingegen vier Jahre. Diese sozioökonomischen Ungleichheiten spiegeln miteinander verbundene Risiken wider, da Gruppen mit niedrigerem Bildungsniveau höheren Verhaltensrisiken wie Tabakkonsum und unzureichender Ernährung ausgesetzt sind (siehe Abschnitt 3), die durch benachteiligte Lebens- und Arbeitsbedingungen noch verschärft werden.

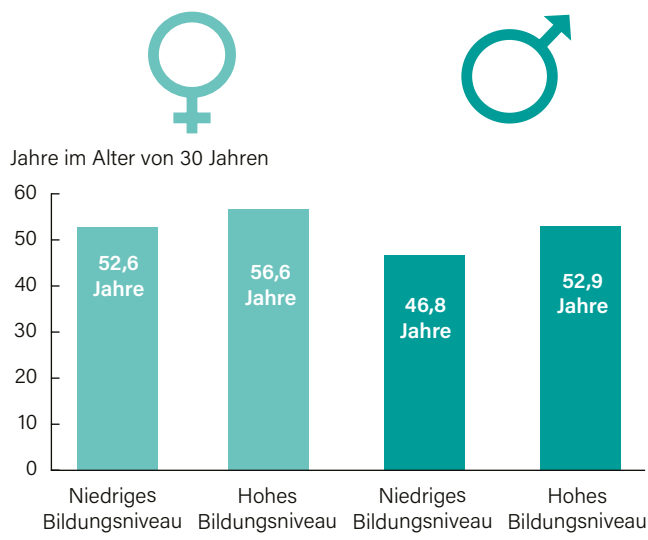
Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben in jüngster Zeit zu einer Verlängerung der Lebenserwartung geführt und sind nach wie vor die häufigste Todesursache in Österreich

Die Lebenserwartung in Österreich ist in den letzten zehn Jahren gestiegen, was auf erhebliche Fortschritte bei der Verringerung der Todesfälle aufgrund schwerer chronischer Erkrankungen zurückzuführen ist, wobei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) die größten Verbesserungen verzeichnen, gefolgt von einem geringeren Rückgang der Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen. Dennoch blieben HKE auch 2023 die häufigste Todesursache und waren für mehr als ein Drittel aller Todesfälle verantwortlich, was dem EU-Durchschnitt entspricht (Abbildung 3).

Über zwei Drittel der österreichischen Bevölkerung geben an, bei guter Gesundheit zu sein, aber es bestehen weiterhin sozioökonomische Ungleichheiten

Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand in Österreich ist weiterhin robust: 68 % der Bevölkerung bewerten

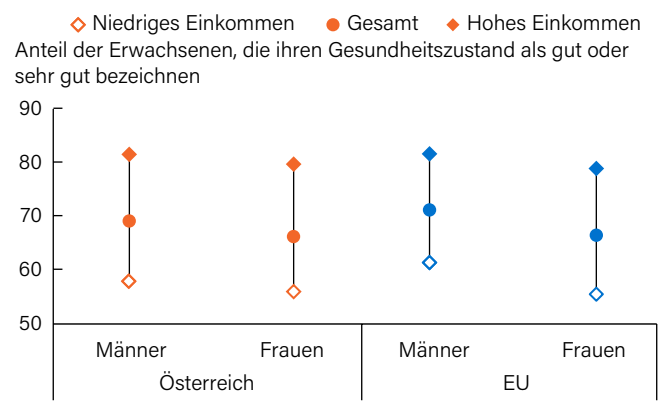
Abbildung 2. Hochgebildete Männer in Österreich leben mehr als sechs Jahre länger als Männer mit dem niedrigsten Bildungsniveau



Anmerkungen: Als hochgebildet gelten Personen, die eine tertiäre Ausbildung (ISCED 5-8) abgeschlossen haben, während als geringgebildet Personen gelten, die keine Sekundarbildung (ISCED 0-2) abgeschlossen haben.
Quelle: Statistik Austria (Daten beziehen sich auf 2022).

ihre Gesundheit im Jahr 2024 als gut oder sehr gut, was in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht. Hinter diesem Gesamtergebnis verbirgt sich jedoch eine erhebliche Diskrepanz von 24 Prozentpunkten zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil: Während 81 % der Personen im höchsten Einkommensquintil über einen guten Gesundheitszustand berichten, sinkt dieser Anteil bei

Abbildung 4. Die Ungleichheiten in der selbst eingeschätzten Gesundheit nach Geschlecht und Einkommensniveau in Österreich entsprechen dem EU-Durchschnitt



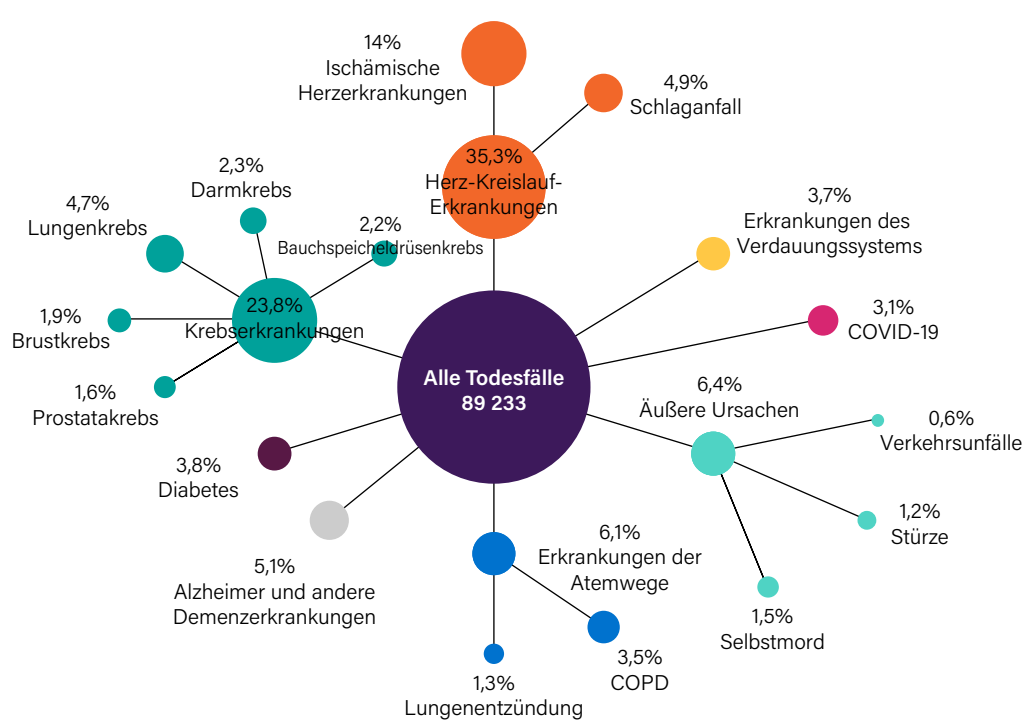
Anmerkung: Als niedriges Einkommen gelten Erwachsene in den unteren 20 % (unterstes Quintil) der nationalen Verteilung des verfügbaren Äquivalenzeinkommens, während als hohes Einkommen Erwachsene in den oberen 20 % (oberstes Quintil) gelten.
Quelle: Eurostat auf der Grundlage von EU-SILC (hlth_silc_10). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2024.

Personen im niedrigsten Einkommensquintil auf nur 57 % (Abbildung 4).

Die Menschen in Österreich sind weniger von chronischen Krankheiten betroffen als der EU-Durchschnitt

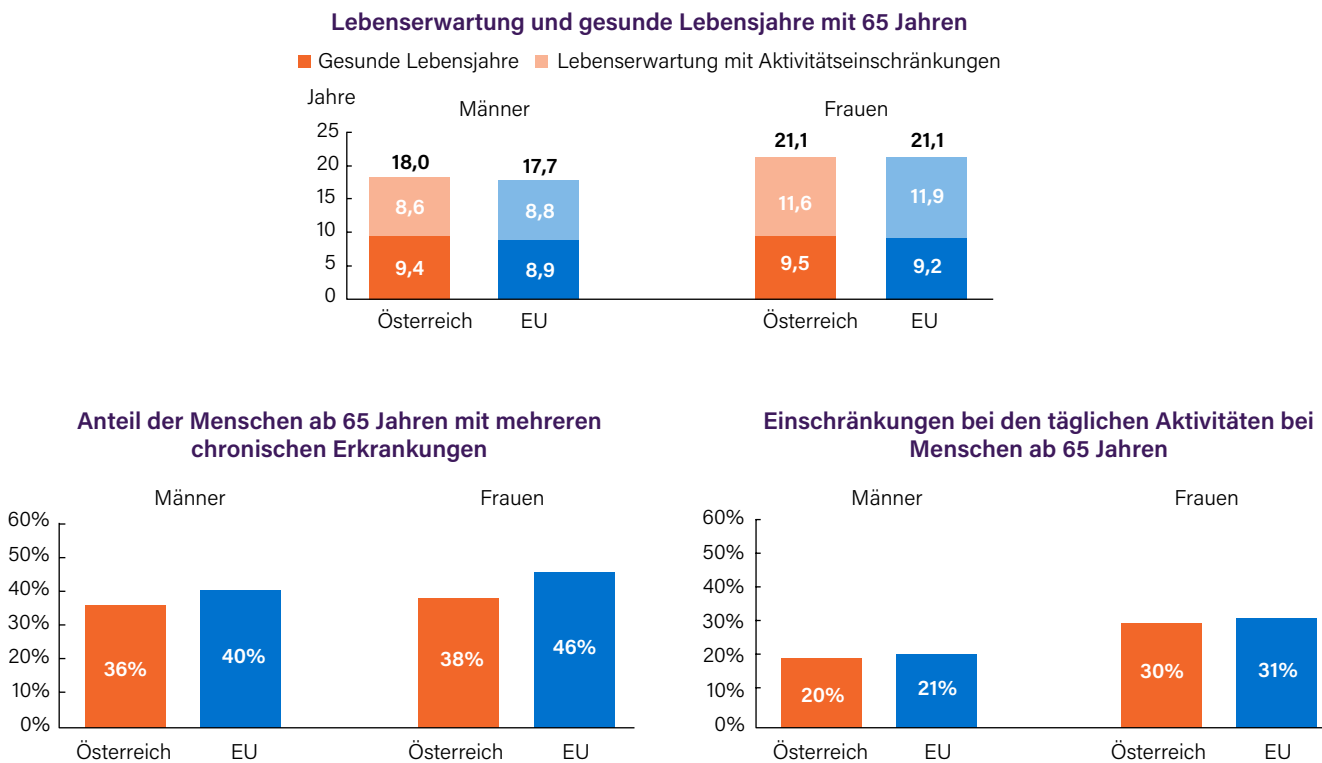
Wie im Rest der EU altert auch die Bevölkerung Österreichs: Der Anteil der über 65-Jährigen stieg von 15 % im Jahr

Abbildung 3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für mehr als ein Drittel aller Todesfälle in Österreich verantwortlich



Anmerkungen: IHD = ischämische Herzerkrankungen; COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
Quelle: Eurostat (hlth_cd_aro); Daten beziehen sich auf 2023.

Abbildung 5. In Österreich sind die gesunden Lebensjahre etwas länger und die Multimorbiditätsraten niedriger als im EU-Durchschnitt



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet und basiert auf 26 EU-Ländern (Österreich nimmt nicht an der SHARE-Erhebung teil).
Quelle: Eurostat für gesunde Lebensjahre (tespm120, tespm130) und SHARE-Umfrage (für chronische Krankheiten und Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten). Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2022 bzw. 2021-22.

2000 auf 20 % im Jahr 2023. Österreich liegt damit leicht unter dem EU-Durchschnitt von 21 % und wird bis 2050 voraussichtlich 28 % erreichen. Im gleichen Zeitraum wird das Durchschnittsalter von 43,6 Jahren im Jahr 2023 auf fast 48 Jahre im Jahr 2050 steigen und sich damit weitgehend im Einklang mit der EU entwickeln.

Im Jahr 2022 konnten Frauen in Österreich im Alter von 65 Jahren mit einer weiteren Lebenserwartung von 21 Jahren rechnen, während Männer mit einer weiteren Lebenserwartung von 18 Jahren rechnen konnten – Zahlen, die mit den jeweiligen EU-Durchschnittswerten übereinstimmen (Abbildung 5). Allerdings gaben Frauen in Österreich etwas häufiger als Männer an, an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden (38 % gegenüber 36 %). Insgesamt ist das Profil chronischer Erkrankungen im Vergleich zur EU günstig, trotzdem betrafen Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten etwa 30 % der älteren Frauen und 20 % der Männer, was dem EU-Durchschnitt entspricht.

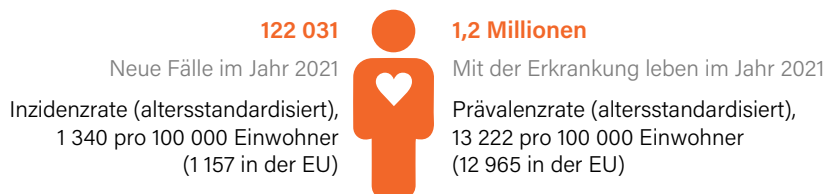
Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs verursachen in Österreich eine hohe Krankheitslast

Wie in anderen EU-Ländern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) und Krebs in Österreich nicht nur die häufigsten Todesursachen, sondern auch die Hauptursachen für Morbidität. Nach Schätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) werden in Österreich jährlich etwa 122 000 neue Fälle von HKE registriert, wobei im Jahr 2021 über 1,2 Millionen Menschen mit einer HKE lebten. Dies entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von 1 340 Fällen pro 100 000 Einwohner, was 16 % über dem EU-Durchschnitt liegt, während die Prävalenzrate von HKE in Österreich etwa 2 % über dem EU-Durchschnitt lag (Abbildung 6).

Die Krebsbelastung in Österreich liegt unter dem EU-Durchschnitt

Österreich weist innerhalb der EU eine überdurchschnittliche Leistung bei der Krebsbekämpfung auf, wobei die

Abbildung 6. Über 13 % der österreichischen Bevölkerung leben mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung



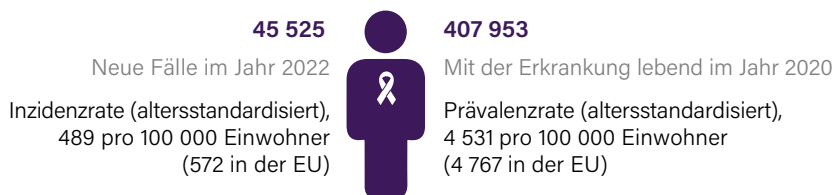
Quelle: IHME, Global Health Data Exchange (Schätzungen beziehen sich auf 2021).

Schlüsselindikatoren durchweg über den europäischen Normen liegen. Im Jahr 2022 lag die Krebsinzidenzrate in Österreich 15 % unter dem EU-Durchschnitt, und die Prävalenzrate war 2020 um etwa 5 % niedriger, was sowohl auf weniger Neudiagnosen als auch auf einen geringeren Anteil der Bevölkerung mit Krebserkrankungen zurückzuführen ist (Abbildung 7). Diese positive Bilanz wird durch eine Krebssterblichkeitsrate untermauert, die zwischen 2009 und 2019 um 12 % gesunken ist. Insgesamt positionieren diese Trends Österreich als leistungsstarkes Land in den

Bereichen Prävention, Früherkennung und Behandlung (OECD/European Commission, 2025).

Diese Erfolgsbilanz wird jedoch durch erhebliche demografische Herausforderungen und anspruchsvolle Zukunftsaussichten getrübt. Es wird davon ausgegangen, dass die Belastung durch Krebserkrankungen aufgrund der alternden Bevölkerung erheblich zunehmen wird. Die Zahl der Neuerkrankungen wird bis 2040 voraussichtlich um 23 % steigen, was über der von der EU prognostizierten Steigerungsrate von 18 % liegt.

Abbildung 7. Fast 5 % der österreichischen Bevölkerung leben mit einer Krebsdiagnose



Anmerkungen: Es handelt sich um Schätzungen, die von den nationalen Daten abweichen können. Die Krebsdaten umfassen alle Krebsarten mit Ausnahme von nicht-melanotischem Hautkrebs.

Quelle: European Cancer Information System (die Schätzungen beziehen sich auf das Jahr 2022 für die Inzidenz und auf das Jahr 2020 für die Prävalenz).

3 Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind ein wichtiger Faktor für Morbidität und Mortalität in Österreich

Ein erheblicher Teil der Mortalität in Österreich ist auf vermeidbare Verhaltens- und Umweltrisikofaktoren zurückzuführen, wobei die Gesamtbelastung weitgehend dem EU-Durchschnitt entspricht. Im Jahr 2021 trugen diese Faktoren zusammen zu schätzungsweise 29 % aller Todesfälle im Land bei. Verhaltensrisiken wie Tabakkonsum, Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel sind die Hauptursachen und stehen im Zusammenhang mit etwa 22 600 Todesfällen oder fast einem Viertel der Gesamtzahl pro Jahr. Diese Verhaltensweisen werden stark von den allgemeinen sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Bedingungen beeinflusst, darunter Bildung, Einkommen, Zugang zu gesunden Lebensmitteln und Möglichkeiten zur körperlichen Betätigung. Zu den wichtigsten Verhaltensrisiken zählen Ernährungsrisiken, die für fast die Hälfte aller Todesfälle verantwortlich sind, die auf Verhaltensfaktoren zurückzuführen sind. Das Ausmaß dieser Herausforderung wird durch aktuelle Studien unterstrichen, die zeigen, dass Übergewicht zu fast 4 000 Todesfällen führt und gesellschaftliche Kosten in Höhe von 2,4 Milliarden Euro verursacht (Reitzinger & Cypionka, 2024). Neben Verhaltensfaktoren waren Umweltrisiken – insbesondere Luftverschmutzung durch Feinstaub (PM_(2,5)) – für schätzungsweise 3 200 Todesfälle verantwortlich, was weiteren 4 % der Gesamtzahl im Jahr 2021 entspricht.

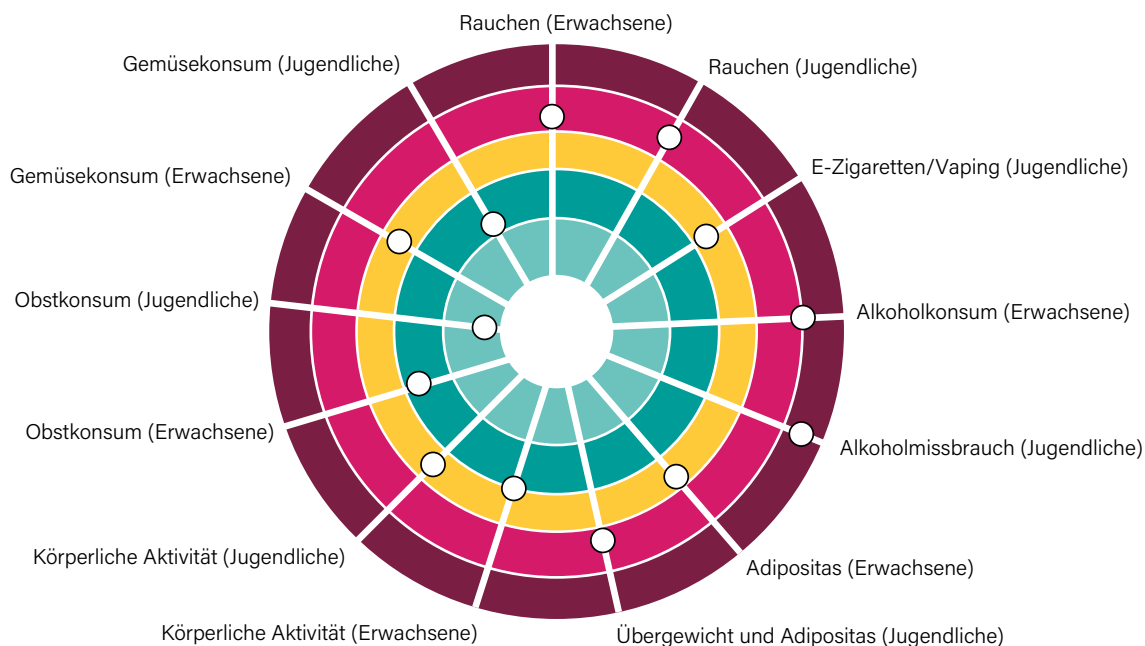
Rauchen ist in Österreich weiter verbreitet als in den meisten anderen EU-Ländern

Rauchen stellt in Österreich ein erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit dar, da die Prävalenzraten höher sind als in den meisten anderen EU-Ländern. Nach den neuesten Daten der Europäischen Gesundheitsbefragung rauchten 2019 21 % der Erwachsenen in Österreich täglich, was leicht über dem EU-Durchschnitt von 19 % liegt. Aktuellere Daten aus der Eurobarometer-Umfrage 2024, die jedoch auf kleineren Stichproben mit erheblicher Unsicherheit basieren, deuten darauf hin, dass die Raucherquote während der COVID-19-Pandemie gestiegen sein könnte. Dies geschah trotz der Einführung eines Rauchverbots in Innenräumen in Österreich im Jahr 2019. Auch der Tabakkonsum unter Jugendlichen ist in Österreich vergleichsweise hoch. Daten aus der Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) aus dem Jahr 2022 zeigen, dass 19 % der 15-Jährigen im letzten Monat Tabak geraucht hatten (Abbildung 8). Insgesamt wird geschätzt, dass das Rauchen 16 % der Todesfälle in Österreich verursacht und 2,3 % der laufenden Gesundheitsausgaben verursacht (Pock, Cypionka, Reiss & Röhrling, 2018).

Der Alkoholkonsum in Österreich bleibt hoch

Der Alkoholkonsum unter Erwachsenen in Österreich erreichte 2023 11,3 Liter Alkohol pro Kopf und lag damit etwa 15 % über dem EU-Durchschnitt. Unter den 15-Jährigen sank der Anteil derjenigen, die angaben, in ihrem Leben mehr als

Abbildung 8. In Österreich ist die Raucherquote bei Erwachsenen und Jugendlichen höher als im EU-Durchschnitt



Hinweis: Je näher der Punkt am Zentrum liegt, desto besser schneidet das Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land erreicht den weißen Zielbereich, was darauf hindeutet, dass alle Länder in allen Bereichen Verbesserungspotenzial haben.

Quellen: OECD-Berechnungen auf der Grundlage der HBSC-Umfrage 2022 für Indikatoren zu Jugendlichen; Eurostat auf der Grundlage von EU-SILC und OECD Data Explorer für Indikatoren zu Erwachsenen (2022 oder nächstgelegenes Jahr), mit Ausnahme des Rauchens (EHIS 2019).

einmal betrunken gewesen zu sein, laut der HBSC-Studie deutlich von einem Höchststand von 43 % im Jahr 1998 auf einen Tiefstand von 24 % im Jahr 2014. Dieser Abwärtstrend hat sich jedoch in den letzten Jahren umgekehrt und stieg 2022 auf 33 %. Laut der ESPAD-Studie 2024 hat die Häufigkeit des Alkoholkonsums unter Jugendlichen jedoch abgenommen. Zwischen 2007 und 2024 hat sich der Anteil der Jugendlichen, die noch nie Alkohol konsumiert haben, vervierfacht, während sich der Anteil derjenigen, die angaben, in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken zu haben, verdoppelt hat.

Die Übergewichts- und Adipositasraten unter Jugendlichen in Österreich sind relativ hoch

Im Jahr 2022 wurden 17,4 % der Erwachsenen in Österreich auf Grundlage selbst gemeldeter Daten als fettleibig eingestuft, drei Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt und ein Anstieg von 18 % seit 2017 – einer der größten relativen Anstiege unter den EU-Ländern in diesem Zeitraum, wobei die Quote Österreichs zuvor dem EU-Durchschnitt entsprach. Das Ausmaß der körperlichen Aktivität in Österreich entspricht mit 31 % der Erwachsenen, die mehr als dreimal pro Woche außerhalb der Arbeit körperlich aktiv sind, in etwa dem EU-Durchschnitt. Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum liegt jedoch um etwa fünf Prozentpunkte unter dem EU-Durchschnitt: 56 % der Bevölkerung essen täglich Obst und 55 % der Bevölkerung essen täglich Gemüse.

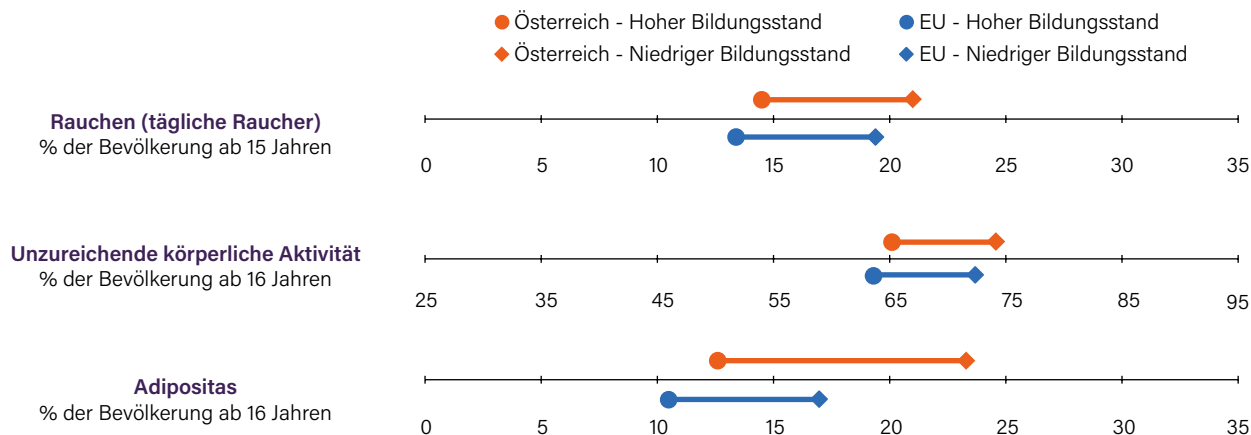
Ein ähnlicher Trend steigender Adipositasraten ist bei Jugendlichen zu beobachten: Laut Daten der HBSC-Studie

stieg die Übergewichts- und Adipositasrate bei 15-Jährigen in Österreich zwischen 2010 und 2022 um über 50 % und erreichte 2022 23 %, was leicht über dem EU-Durchschnitt von 21 % liegt. Obwohl Österreich in den letzten Jahren umfassende Maßnahmen (wie das Programm „Frühe Hilfen“) zur Förderung eines gesunden Lebensstils bereits im frühen Kindesalter umgesetzt hat, unterstreicht der anhaltende Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern die Notwendigkeit, diese Maßnahmen zu evaluieren und intensivieren.

Einige riskante Gesundheitsverhalten treten bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger auf

Wie in anderen EU-Ländern belasten verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken in Österreich die sozioökonomisch am stärksten benachteiligten Gruppen überproportional. Im Jahr 2019 rauchten 21 % der Erwachsenen mit dem niedrigsten Bildungsniveau regelmäßig, verglichen mit 15 % der Erwachsenen mit dem höchsten Bildungsniveau, eine Differenz, die dem EU-Durchschnitt entspricht. Unzureichende körperliche Aktivität betraf 74 % der in Österreich lebenden Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau und 65 % derjenigen mit dem höchsten Bildungsniveau. Die größte bildungsbedingte Ungleichheit besteht bei der Adipositas: Daten aus dem Jahr 2022 zeigen, dass über 23 % der Einwohner mit niedrigem Bildungsniveau als adipös eingestuft wurden - fast doppelt so viele wie bei Personen mit hohem Bildungsniveau (Abbildung 9).

Abbildung 9. In Österreich sind Menschen mit niedrigem Bildungsniveau überproportional häufig von Adipositas betroffen



Anmerkung: Als niedriges Bildungsniveau wird die Bevölkerung mit höchstens einem Abschluss des Sekundarbereichs I (ISCED Stufen 0–2) definiert, während ein hohes Bildungsniveau die Bevölkerung mit einem Tertiärabschluss (ISCED Stufen 5–8) umfasst. Als geringe körperliche Aktivität wird definiert, dass Menschen dreimal oder weniger pro Woche körperlich aktiv sind.

Quelle: Eurostat auf der Grundlage von EHIS 2019 für Rauchen (hlth_ehis_sk1e) und EU-SILC 2022 für körperliche Aktivität und Adipositas (ilc_hch07b, ilc_hch10).

4 Das Gesundheitssystem

Die Steuerung des Gesundheitssystems ist zwischen Bund, Ländern und korporatistischen Akteuren aufgeteilt

Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine komplexe, mehrstufige Verwaltungsstruktur aus, die eine strategische Balance zwischen zentraler Bundesaufsicht und dezentraler Leistungserbringung durch die neun Bundesländer herstellt. Dieses System wird durch eine umfassende gesetzliche Krankenversicherung gestützt, die 99,9 % der Bevölkerung abdeckt. An dieser komplexen Struktur sind die Bundesregierung, die neun Bundesländer und korporatistische Interessengruppen beteiligt. Auf Bundesebene legt die Regierung den übergeordneten Rechtsrahmen fest, reguliert die Gesundheitsdiensteanbieter und gestaltet die meisten Bereiche der Leistungserbringung.

Gleichzeitig sind die Bundesländer für die Planung und Regulierung der Krankenhausversorgung, die Finanzierung von Investitionen und den Betrieb von etwa 75 % der Akutkrankenhauskapazitäten des Landes zuständig. Die Betriebskosten dieser Krankenhäuser werden separat über regionale Gesundheitsfonds (Landesgesundheitsfonds) finanziert, die die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung und Steuern bündeln und über das österreichische DRG-Modell auszahlen. Im Gegensatz zum öffentlich verwalteten Krankensektor wird die ambulante Versorgung meist von privaten, niedergelassenen Ärzt:innen erbracht, die im Rahmen von Tarifverträgen mit den Krankenkassen arbeiten. Eine Besonderheit des

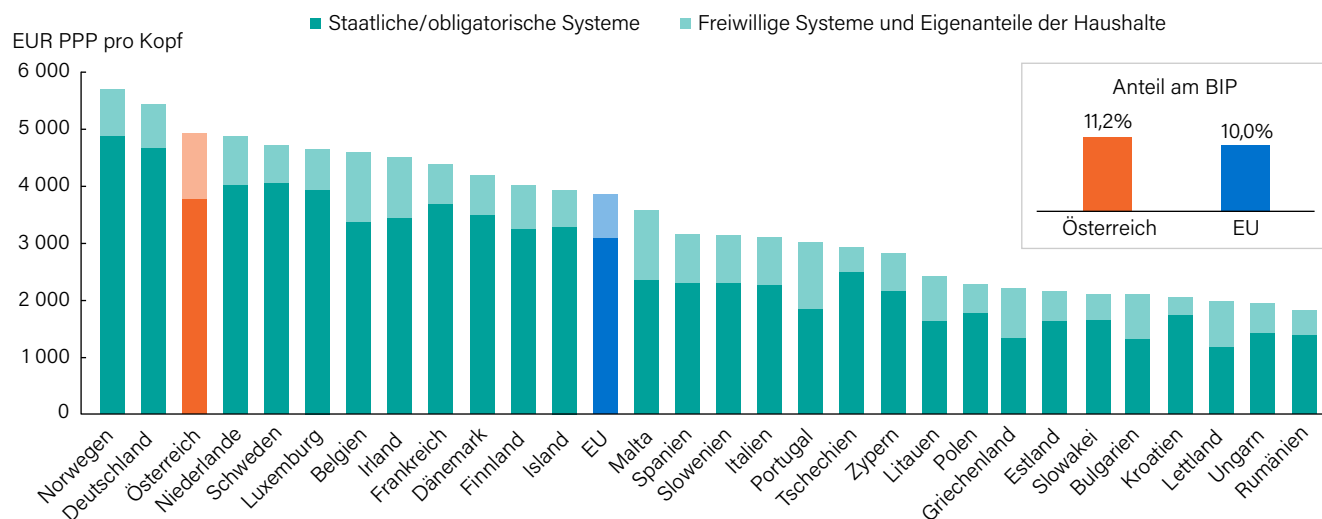
österreichischen Systems ist das weitgehende Fehlen einer formellen Gatekeeping-Funktion, sodass Patienten ohne Überweisung Zugang zu Fachärzten und Ambulanzen haben.

Diese komplexe Regelung wird durch eine starke korporatistische Selbstverwaltung geprägt, die sogar durch Verfassungsrecht geregelt ist. Nach einer Reform im Jahr 2020 ist das Krankenversicherungssystem nun in drei Hauptorgane gegliedert – für Arbeitnehmer (ÖGK), Selbstständige und Landwirte (SVS) sowie Beschäftigte des öffentlichen Dienstes, des Bergbaus und der Eisenbahn (BVAEB) –, die von einem Dachverband koordiniert werden. Dieser Verband handelt zusammen mit den Landesärztekammern die verbindlichen Tarifverträge aus, in denen die Honorare und Pflichten der Ärzt:innen festgelegt sind.

Österreichs Gesundheitsausgaben pro Kopf sind die zweithöchsten in der EU

Im Jahr 2023 beliefen sich die aktuellen Gesundheitsausgaben Österreichs auf 11,2 % des BIP und lagen damit 1,2 Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt. Kaufkraftbereinigt lagen die Gesundheitsausgaben pro Kopf bei 4 901 EUR und damit etwa 28 % über dem EU-Durchschnitt von 3 832 EUR (Abbildung 10). Diese Differenz zum EU-Durchschnitt ist darauf zurückzuführen, dass die öffentlichen Ausgaben pro Kopf um 22,6 % über dem EU-Durchschnitt und die privaten Ausgaben pro Kopf um über 49,2 % über dem EU-Durchschnitt liegen.

Abbildung 10. Österreich gibt pro Kopf mehr für Gesundheit aus als die meisten EU-Länder



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von der OECD).
 Quellen: OECD Data Explorer (DF_SHA); Eurostat-Datenbank (demo_gind). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023.

Österreich verfügt über Mechanismen zur Kostenkontrolle, deren Wirkung jedoch begrenzt ist

Seit 2013 kommen die wichtigsten Kostenträger – Bund, Länder und gesetzliche Krankenversicherung – in der Zielsteuerungskommission zusammen, um gemeinsame verbindliche Finanz- und Gesundheitsziele für mehrjährige Zeiträume festzulegen (Zielsteuerungsvertrag), die darauf abzielen, die Ressourcenverteilung und die Leistungserbringung auf allen Regierungsebenen aufeinander abzustimmen. Im Mittelpunkt dieser Vereinbarungen steht das ausdrückliche Ziel, das Wachstum der öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben nachhaltig zu halten und gleichzeitig die Qualität der Leistungen zu erhalten.

Trotz hoher öffentlicher Abdeckung bleiben die Zuzahlungen erheblich

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich nahezu flächendeckend ist, stützt sich ihr Finanzierungsmodell stärker auf private Quellen als im EU-Durchschnitt. Im Jahr 2023 entfielen 76,7 % der Gesundheitsausgaben auf öffentliche Quellen, was unter dem EU-Durchschnitt von 80,0 % liegt. Der Rest wird größtenteils durch Zuzahlungen und freiwillige Krankenversicherungen gedeckt. Die Zuzahlungen machen 16,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus, was über dem EU-Durchschnitt von 15,5 % liegt, und sie entfallen größtenteils auf Kosten für ambulante Medikamente, Langzeitpflege und zahnärztliche Leistungen sowie auf Direktzahlungen an Ärzt:innen ohne Vertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung (Wahlärzte). Darüber hinaus macht die freiwillige Krankenversicherung, die meist ergänzend ist (und Zugang zu Wahlärzten, schnelleren Zugang oder höheren Komfort umfasst), fast 7 % der Gesundheitsausgaben aus. Diese Abhängigkeit von privater Finanzierung wirft Fragen der Gerechtigkeit auf, da jüngste Erkenntnisse einen Zusammenhang zwischen ergänzender freiwilliger Krankenversicherung und kürzeren Wartezeiten für elektive Operationen herstellen, was auf die Gefahr der Entstehung eines Zweiklassensystems hindeutet, wenn die öffentlichen Kapazitäten nicht ausgebaut werden.

Die Gesundheitsausgaben Österreichs konzentrieren sich nach wie vor auf Krankenhäuser, ein strukturelles Ungleichgewicht, das nun durch umfassende Reformen angegangen wird

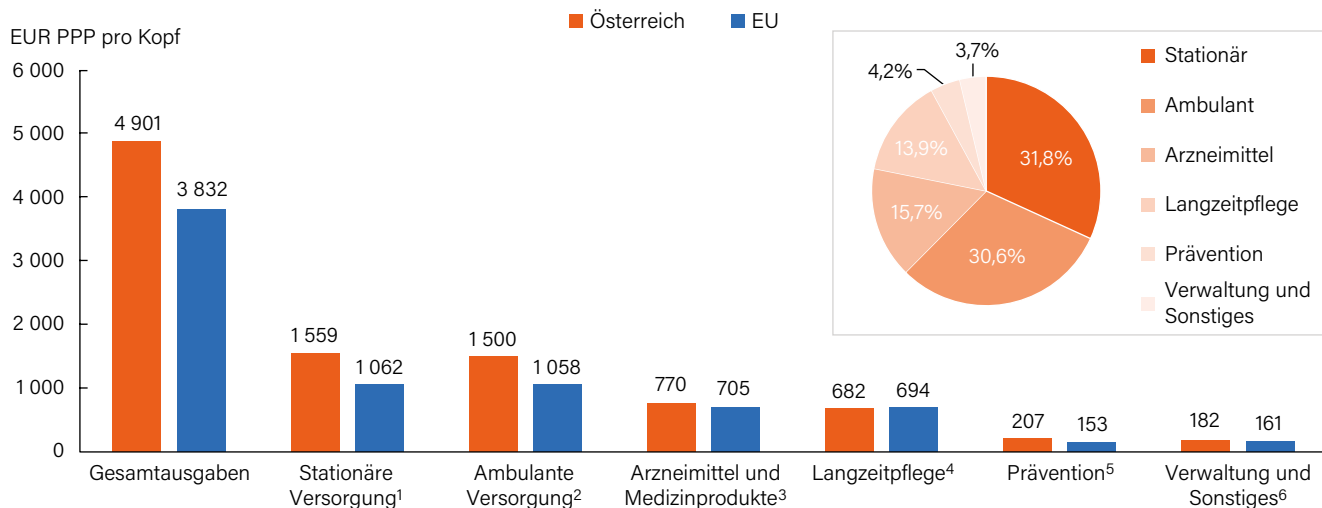
Entsprechend der langfristigen Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich stellte die stationäre Versorgung im Jahr 2023 mit fast 32 % der laufenden Ausgaben die größte Ausgabenkategorie dar und lag damit über dem EU-Durchschnitt von 28 % (Abbildung 11). Zum Vergleich: Die ambulante Versorgung machte 31 % der Gesundheitsausgaben aus und lag damit drei Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt. Die Ausgaben für Arzneimittel und Medizinprodukte beliefen sich auf 16 % und lagen damit unter dem EU-Durchschnitt von 18 %, aber in absoluten Zahlen immer noch über dem EU-Durchschnitt. Die Ausgaben für Prävention erreichten 4 % und entsprachen damit dem EU-Durchschnitt.

In Anerkennung der mit diesem krankenhausdominierten Modell verbundenen finanziellen Belastungen wird in einer Reform für den Zeitraum 2024-2028 ausdrücklich das strategische Prinzip „digital vor ambulante vor stationär“ festgeschrieben, um die Gesundheitsversorgung systematisch umzugestalten, und es werden erhebliche neue Mittel bereitgestellt. So sollen beispielsweise etwa 300 Millionen Euro für die gesetzliche Krankenversicherung und 600 Millionen Euro für Krankenhäuser pro Jahr dazu beitragen, eine Verlagerung weg von der stationären Versorgung zu fördern, während 51 Millionen Euro dazu beitragen sollen, die Nutzung elektronischer Gesundheitsakten auszuweiten und telefonische und Online-Triage-Dienste zu integrieren (Bundes-Zielsteuerungskommission, 2024).

Österreich hat eine hohe Ärztedichte, ist jedoch mit regionalen Unterschieden und einem Rückgang der Hausärzte konfrontiert

Österreich hat mit 5,5 Ärzt:innen pro 1 000 Einwohner im Jahr 2023 eine der höchsten Ärztedichten unter den EU-Ländern, verglichen mit einem EU-Durchschnitt von 4,3

Abbildung 11. Die Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Behandlungen bleiben vergleichsweise hoch



Anmerkungen: 1. Umfasst kurative und rehabilitative Versorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 2. Umfasst häusliche Pflege und ergänzende Dienstleistungen (z. B. Krankentransporte); 3. Umfasst nur den ambulanten Markt; 4. Umfasst nur die Gesundheitskomponente; 5. Umfasst nur Ausgaben für organisierte Präventionsprogramme; 6. Umfasst die Steuerung und Verwaltung des Gesundheitssystems sowie sonstige Ausgaben. Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von der OECD).

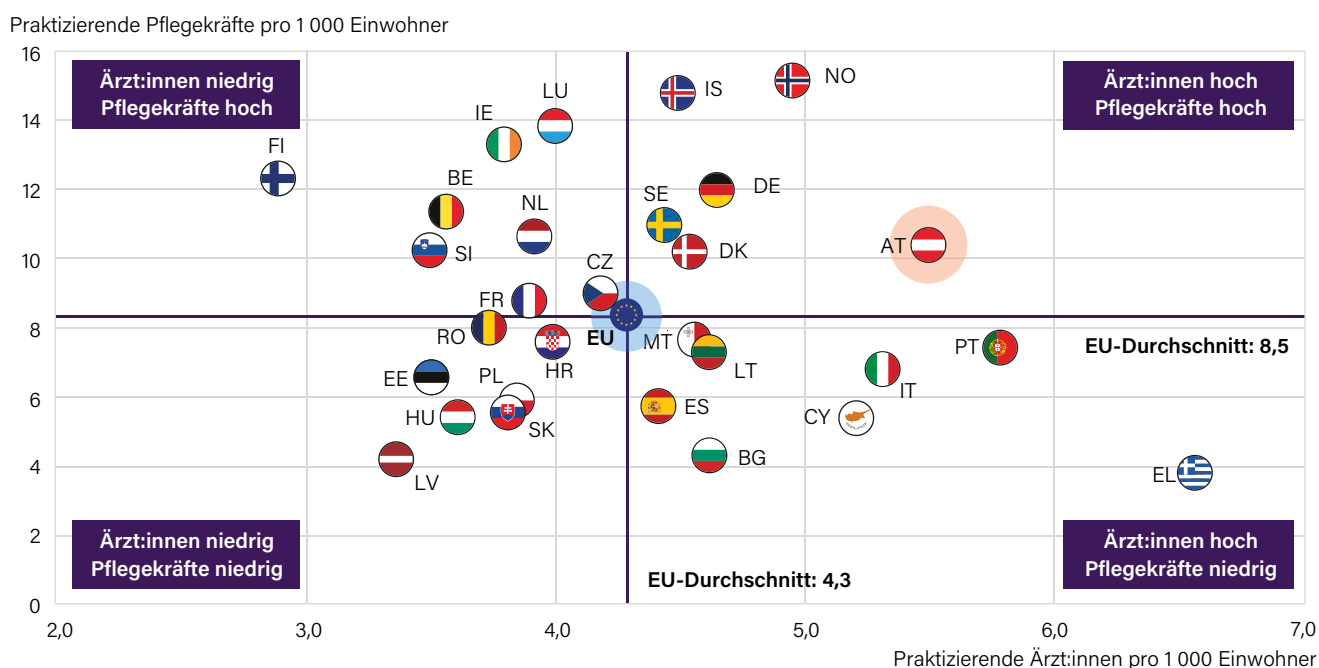
Quellen: OECD Data Explorer (DF_SHA). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023.

(Abbildung 12). Dieses hohe Angebot wird jedoch durch eine ungleiche geografische Verteilung beeinträchtigt. Darüber hinaus erschwert die stetige Abwanderung von Ärzt:innen in den wahlärztlichen Bereich die Besetzung von Kassenstellen in ländlichen Gebieten (siehe Abschnitt 5.2). Dieses Problem wird durch einen geringen und rückläufigen Anteil an Allgemeinmediziner:innen verschärft, die 2023 nur noch 13 % aller Ärzt:innen ausmachten, gegenüber über 16 % im Jahr 2010. Eine ähnliche Herausforderung besteht im Pflegebereich, wo

nach Schätzungen des Ministeriums bis 2030 im Vergleich zu 2023 rund 51 100 zusätzliche Pflegekräfte benötigt werden, um sowohl den Ersatzbedarf als auch den demografischen Bedarf zu decken (GÖG, 2023).

Als Reaktion auf diesen komplexen Druck hat Österreich eine koordinierte Reformstrategie auf den Weg gebracht. Mitte 2026 wird eine neue fünfjährige Ausbildung zum Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin eingeführt. Zusätzlich wurden zeitlich begrenzte Startanreize von bis zu

Abbildung 12. Österreich hat eine der höchsten Dichten an Gesundheitsfachkräften in der EU



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Die Daten zu Pflegekräften umfassen alle Kategorien von Pflegekräften (nicht nur diejenigen, die die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen erfüllen). In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle zugelassenen Ärzt:innen was zu einer starken Überschätzung der Zahl der praktizierenden Ärzt:innen führt. In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur diejenigen berücksichtigt werden, die in Krankenhäusern arbeiten.

Quelle: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023 oder das nächstgelegene Jahr.

100 000 Euro für Kassenpraxen eingeführt. Ein zentraler Hebel ist der Ausbau multidisziplinärer Primärversorgungseinheiten (PVEs), die bis 2026 durch die EU-Aufbau- und Resilienzfazilität unterstützt werden, um die Erstversorgung zu verbessern und die Arbeit im öffentlichen Sektor attraktiver zu machen. Bis Juli 2025 hatte die Zahl der PVEs in

Österreich 100 erreicht. Im Bereich der Pflege sollen ein neuer Ausbildungszuschuss (Pflegeausbildungszuschuss) und ein Erwachsenenstipendium (Pflegestipendium) Neueinsteiger und Quereinsteiger anziehen, während groß angelegte Pilotprojekte zu *Community Nursing* gestartet wurden.

5 Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

5.1 Wirksamkeit

Die Sterblichkeitsrate aufgrund vermeidbarer und behandelbarer Ursachen liegt unter dem EU-Durchschnitt

Die Sterblichkeitsraten Österreichs aufgrund potenziell vermeidbarer und behandelbarer Ursachen zeigen, dass die überdurchschnittliche Leistung des Landes bei der Behandlung von Krankheiten in gewissem Gegensatz zu den anhaltenden Herausforderungen im Bereich der Prävention steht. Im Jahr 2022 verzeichnete Österreich 163 vermeidbare Todesfälle und 69 behandelbare Todesfälle pro 100 000 Einwohner – das sind 3 % bzw. 23 % weniger als der EU-Durchschnitt. Obwohl diese Zahlen auf positive Ergebnisse hindeuten, gehören die vermeidbaren Sterblichkeitsraten nach wie vor zu den höchsten in Westeuropa (Abbildung 13). Die hohe Belastung durch vermeidbare Todesfälle ist in erster Linie auf Lungenkrebs (18 % der vermeidbaren Todesfälle), Alkoholkonsum (11 %) und ischämische Herzerkrankungen (11 %) zurückzuführen.

Die politischen Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Faktoren sind fragmentiert: So hat Österreich zwar 2019 ein Rauchverbot in Innenräumen eingeführt, doch die Raucherquote ist nach wie vor hoch, und der Anstieg alternativer Produkte wie E-Zigaretten und Nikotinbeutel hat den Rückgang des traditionellen Rauchens teilweise ausgeglichen. Darüber hinaus fehlen groß angelegte nationale Programme zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs oder umfassende Strategien zur Prävention von Herzerkrankungen, wobei sich die Maßnahmen auf regionale Initiativen (z. B. „Alkohol. Leben können“) oder Pilotprogramme (z. B. das Herzmobil-Disease-Management-Programm in mehreren Bundesländern) beschränken. Im Gegensatz dazu zeigt das Gesundheitssystem eine beträchtliche Effektivität bei der Versorgung von Patienten, sobald diese erkrankt sind. Die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer Ursachen hat sich deutlich verbessert und ist zwischen 2012 und 2022 um 13 % zurückgegangen, was einer etwas über dem EU-Durchschnitt liegenden Verbesserungsrate entspricht.

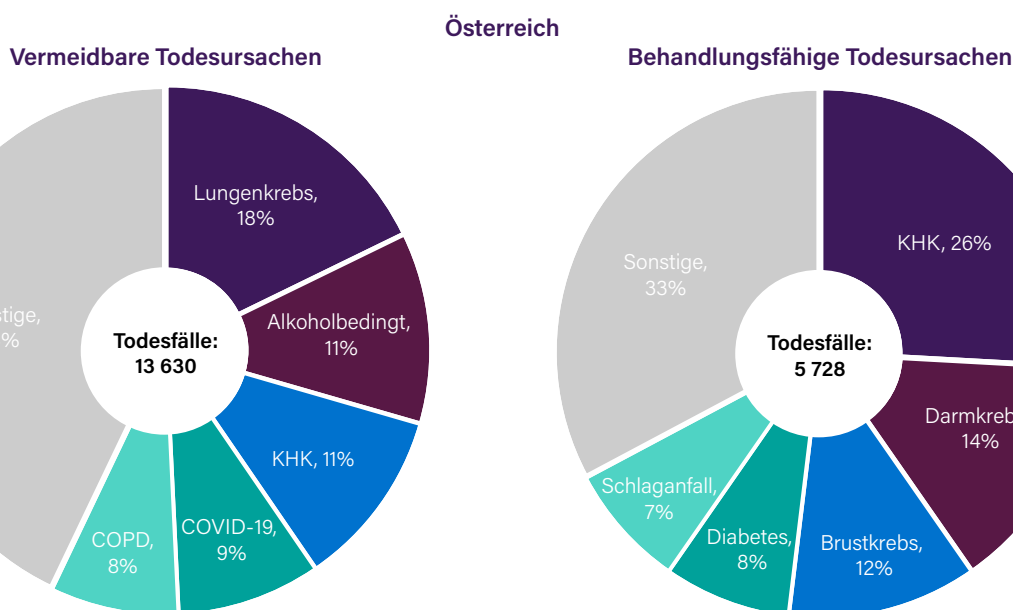
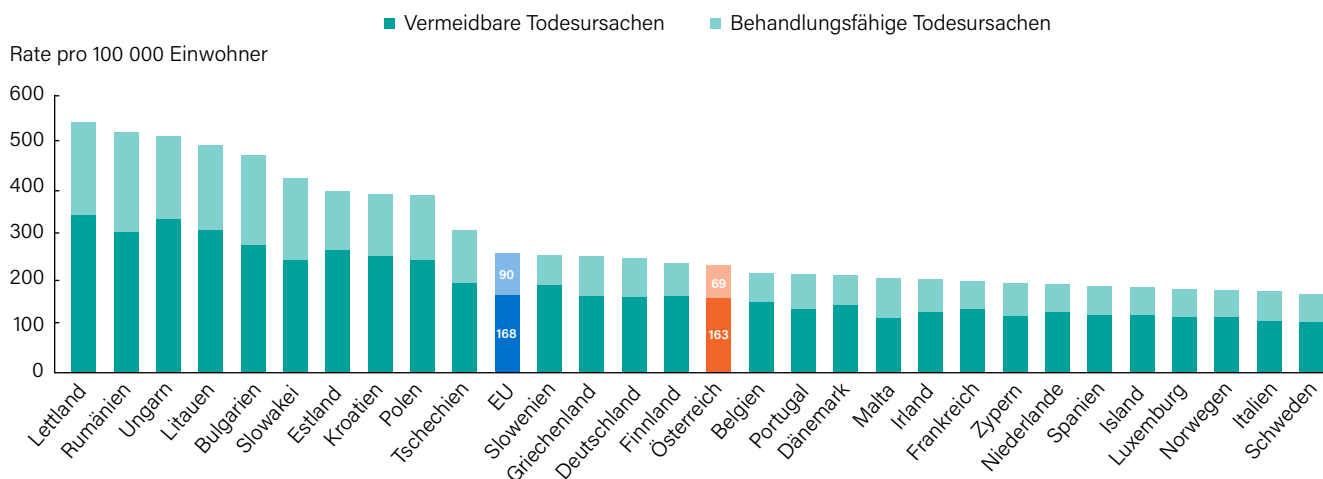
Impfbemühungen zeigen gemischte Fortschritte trotz starkem politischen Engagement

Trotz des anhaltenden politischen Willens, die Impfquoten zu erhöhen, bleibt die Leistung Österreichs uneinheitlich. Die Anfälligkeit des Landes wurde während des Masernausbruchs deutlich, der Europa im Jahr 2024 heimgesucht hat. Damals verzeichnete Österreich 542 Fälle – eine der höchsten Melderaten in der EU (ECDC, 2025). Die Herausforderung geht über die Impfung von Kindern hinaus: Die Durchimpfungsrate gegen Influenza bei Menschen ab 65 Jahren lag in der Saison 2023/24 bei nur 24 % und damit unter dem EU-Durchschnitt und weit entfernt vom ehrgeizigen Ziel von 75 % (Abbildung 14). Um diese Lücken zu schließen, hat Österreich umfassende politische Maßnahmen ergriffen, die sich auf die Beseitigung finanzieller Hindernisse konzentrieren: Seit 2024/25 ist die Grippeimpfung für alle Einwohner im Rahmen des nationalen Impfprogramms kostenlos, wobei die Impfungen zur Verbesserung der Überwachung obligatorisch im elektronischen *e-Impfpass* erfasst werden. Darüber hinaus wurde das Impfprogramm gegen das humane Papillomavirus (HPV) auf alle Personen bis zum Alter von 21 Jahren ausgeweitet und mit einem zeitlich begrenzten Nachholangebot für alle bis zum Alter von 30 Jahren versehen, wodurch 170 000 Personen in der begrenzten Nachholgruppe erreicht wurden (BMASGPK, 2025). Frühe Bewertungen zeigen jedoch, dass zur Erreichung der Abdeckungsziele kontinuierliche Anstrengungen zur Verbesserung der Impfbereitschaft in der Bevölkerung erforderlich sind: Der Erfolg dieser Initiativen hängt davon ab, dass operative Herausforderungen angegangen werden, darunter die Straffung der Impfstoffbestellprozesse, die Verbesserung der Dokumentation von Impfungen im nationalen Impfinformationssystem (*e-Impfpass*) und die Entwicklung einer gezielten Kommunikation, die ältere Erwachsene effektiv erreicht (GÖG, 2024).

Die Brustkrebs-Screening-Raten stagnieren

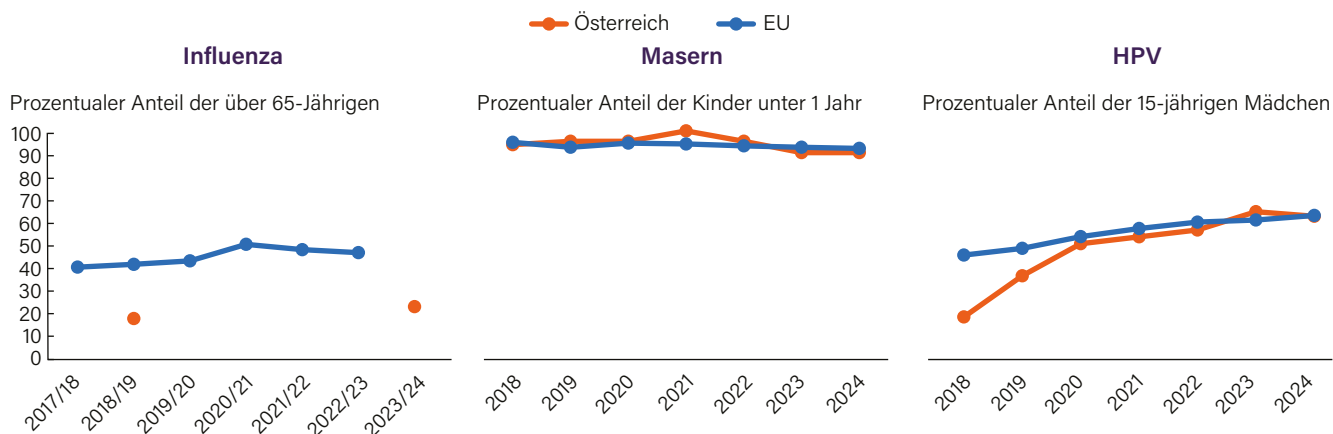
Die Vorsorgepolitik Österreichs kombiniert ein einziges bevölkerungsbezogenes Programm für Brustkrebs mit weit verbreiteten opportunistischen Tests für andere wichtige

Abbildung 13. Die behandelbare und vermeidbare Sterblichkeit liegt unter dem EU-Durchschnitt, aber über dem Niveau der Länder mit den besten Ergebnissen



Anmerkung: Vermeidbare Sterblichkeit ist definiert als Todesfälle, die hauptsächlich durch Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Primärprävention vermieden werden können. Behandelbare Sterblichkeit ist definiert als Todesfälle, die hauptsächlich durch Maßnahmen im Gesundheitswesen, einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen, vermieden werden können. Beide Indikatoren beziehen sich auf vorzeitige Sterblichkeit (unter 75 Jahren). In den Listen wird die Hälfte aller Todesfälle aufgrund bestimmter Krankheiten (z. B. koronare Herzkrankheiten (KHK), Schlaganfall, Diabetes und Bluthochdruck) der Liste der vermeidbaren Todesfälle zugeordnet, die andere Hälfte den behandelbaren Ursachen, sodass es nicht zu einer Doppelzählung desselben Todesfalls kommt. COPD bezieht sich auf chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. Quelle: Eurostat (hlth_cd_apr). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Abbildung 14. Die Influenza-Impfquoten bei älteren Erwachsenen gehören zu den niedrigsten in der EU



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist für Influenza gewichtet (berechnet von Eurostat) und für Masern und HPV ungewichtet. Quellen: Eurostat (hlth_ps_immu) und WHO/UNICEF Joint Reporting Form on Immunization (JRF).

Krebsarten, was zu einem gemischten Leistungsprofil führt. Das Brustkrebsvorsorgeprogramm hat durchweg mit einer geringen Teilnahme zu kämpfen: Die Raten stagnieren seit fünf Jahren bei etwa 40 % und liegen damit deutlich unter dem EU-Durchschnitt von fast 60 %. Diese Herausforderung wird durch einige der größten sozioökonomischen Ungleichheiten in der EU bei der Inanspruchnahme sowie durch erhebliche regionale Unterschiede noch verschärft. Um die Teilnahme zu fördern, wurde 2023 eine Kostenerstattung für Ärzt:innen eingeführt, die im Rahmen des Programms Beratungen und Risikobewertungen durchführen.

Im Gegensatz dazu verzeichnet die opportunistische Vorsorge eine deutlich höhere Teilnahme: Bei Gebärmutterhalskrebs gaben 85 % der Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren an, im Jahr 2019 einen opportunistischen Pap-Test durchgeführt zu haben, ein Anteil, der über dem EU-Durchschnitt liegt. Die selbst gemeldeten Screening-Raten für opportunistische Darmkrebsvorsorge gehören ebenfalls zu den höchsten in der EU, wobei die Teilnahme an Stuhltests (iFOBT/FIT) und Koloskopien bei Menschen im Alter von 50 bis 74 Jahren deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt (OECD/ European Commission, 2025). Jüngste Entwicklungen, wie die Empfehlung des Nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen aus dem Jahr 2023, ein bevölkerungsbezogenes Darmkrebs-Screening-Programm aufzulegen, signalisieren eine strategische Verlagerung hin zu besser organisierten Ansätzen im Einklang mit der Empfehlung des EU-Rates von 2022 zur Krebsvorsorge¹, auch wenn das Darmkrebs-Screening-Programm noch auf seine Umsetzung wartet.

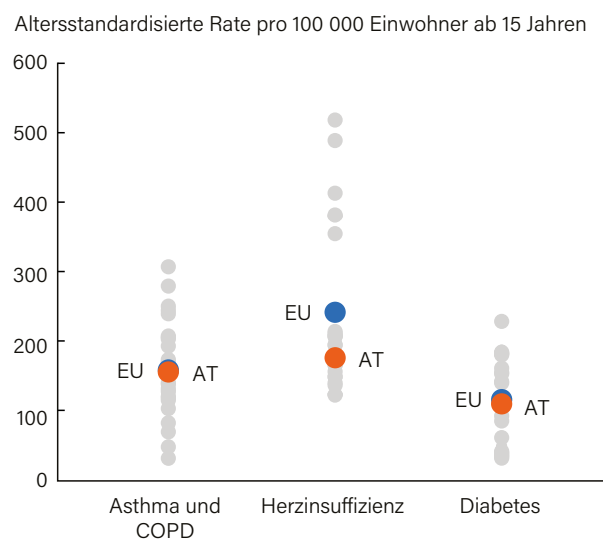
Vermeidbare Krankhauseinweisungen gehen schneller zurück als im EU-Durchschnitt, und die Ergebnisse der Akutversorgung sind gut

Österreichs Fortschritte bei der Reduzierung vermeidbarer Krankhauseinweisungen sind besonders bemerkenswert, da das Gesundheitssystem keine formelle Gatekeeping-Funktion hat, eine Struktur, die in der Regel zu einer höheren Krankenhausnutzung führt. Trotzdem lagen die Aufnahmen aufgrund von ambulant behandelbaren Erkrankungen im Jahr 2023 um 14 % unter dem EU-Durchschnitt. Besonders gut schnitt Österreich bei Herzinsuffizienz ab, wo die Aufnahmequote um 26 % unter dem EU-Durchschnitt lag, während die Aufnahmequoten für Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und Diabetes weitgehend dem EU-Niveau entsprachen (Abbildung 15). Aufschlussreicher als die absoluten Werte ist jedoch die Entwicklung dieser Zahlen: Zwischen 2018 und 2023 gingen die Aufnahmequoten für Herzinsuffizienz und Diabetes in Österreich fast doppelt so schnell zurück wie im EU-Durchschnitt. Dies ging mit einem Rückgang der Gesamtzahl der stationären Entlassungen um 16 % einher, was auf eine tatsächliche Verlagerung hin zur ambulanten Versorgung sowie auf eine effizientere Nutzung der Ressourcen (Tagespflege) und eine Verringerung unnötiger Krankhauseinweisungen hindeutet. Zwar trugen mit COVID-19 assoziierte Faktoren

sicherlich dazu bei, doch deutet der gleichzeitige Ausbau der Primärversorgungseinrichtungen auf eine erfolgreiche Neuausrichtung des Systems weg von einer krankenzentrierten Versorgung hin (siehe Abschnitt 5.3).

Diese verbesserte Behandlung chronischer Erkrankungen geht mit einer gleichbleibend hohen Qualität der akuten Krankenhausversorgung einher. Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt wegen Herzinfarkt bei Menschen ab 45 Jahren lag in Österreich mit 6 % im EU-Durchschnitt, während die Sterblichkeit nach einem ischämischen Schlaganfall mit 6 % deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 9 % lag.

Abbildung 15. Vermeidbare Krankhauseinweisungen liegen mit Ausnahme von Herzinsuffizienz im EU-Durchschnitt



Hinweis: Die Aufnahmequoten sind nicht um Unterschiede in der Krankheitsprävalenz zwischen den Ländern bereinigt.
Quelle: OECD Data Explorer (DF_HCQO). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023.

5.2 Zugänglichkeit

Die Versorgung ist nahezu universell und bietet ein breites Leistungspaket

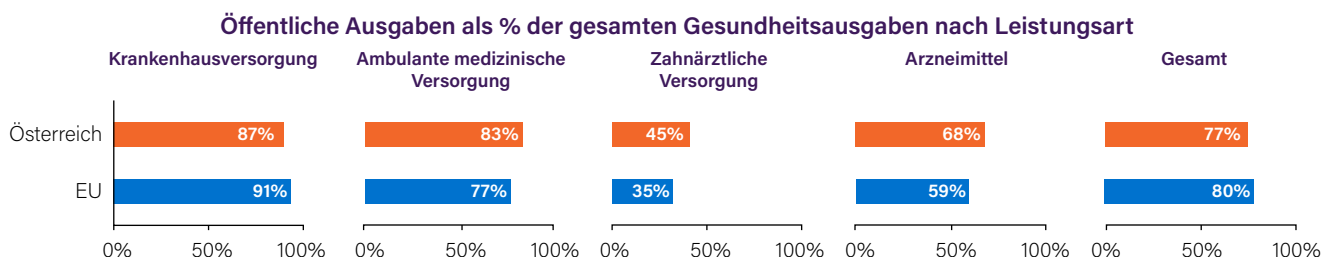
Das österreichische System der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht durch weitreichende Anspruchsberechtigung und umfassende Leistungen eine nahezu universelle Abdeckung. Das System deckt 99,9 % der Bevölkerung ab und wurde in den letzten Jahrzehnten auf Menschen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen und Asylbewerber während der Grundversorgung ausgeweitet. Dieser umfassende Ansatz umfasst finanzielle Schutzmechanismen wie Befreiungen und einkommensabhängige Obergrenzen für Rezeptgebühren. Dieses umfangreiche öffentliche Engagement spiegelt sich in den öffentlichen Finanzierungsquoten wider, obwohl die Deckungsquoten je nach Leistung variieren. Während

¹ Empfehlung des Rates vom 9. Dezember 2022 zur Stärkung der Prävention durch Früherkennung: Ein neuer EU-Ansatz zur Krebsfrüherkennung, der die Empfehlung 2003/878/EG des Rates ersetzt 2022/C 473/01.

ambulante Behandlungen, zahnärztliche Leistungen und Arzneimittel eine höhere öffentliche Deckungsquote als der EU-Durchschnitt aufweisen, wurden 87 % der Ausgaben für stationäre Behandlungen aus öffentlichen Mitteln finanziert, was aufgrund von Zuzahlungen für Tagespauschalen und private Ausstattungsupgrades leicht unter dem EU-

Durchschnitt liegt. Wie in den meisten anderen EU-Ländern besteht die größte Deckungslücke in der zahnärztlichen Versorgung, wo nur 45 % der Ausgaben öffentlich finanziert werden. Dennoch bleibt die Deckungsquote in Österreich mit über zehn Prozentpunkten über dem EU-Durchschnitt vergleichsweise hoch (Abbildung 16).

Abbildung 16. Die öffentliche Versorgung ist in Österreich höher als in der EU, mit Ausnahme der Krankenhausversorgung



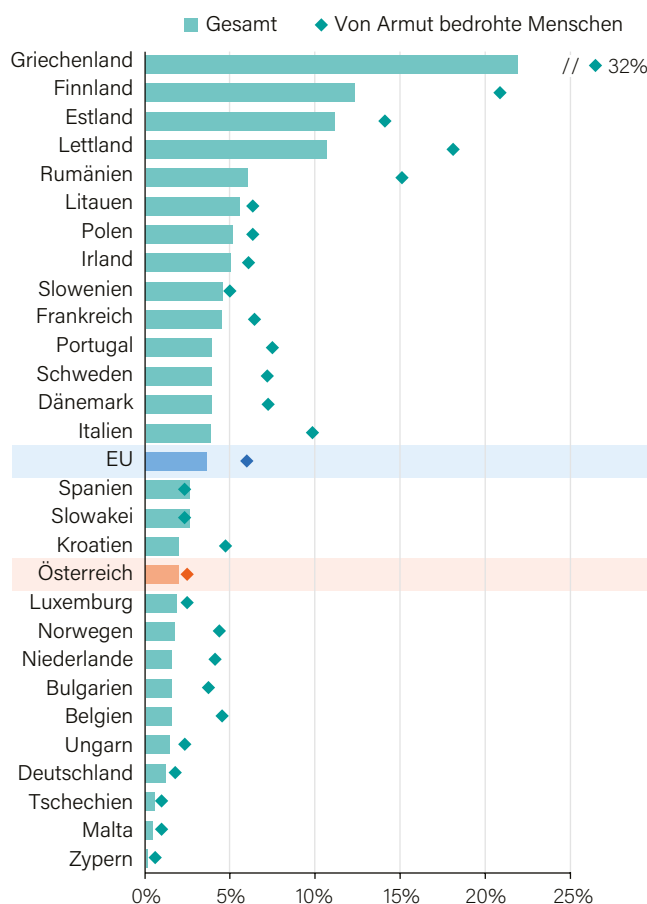
Anmerkungen: Öffentliche Ausgaben beinhalten auch Ausgaben von verpflichtenden Versicherungssystemen. Ambulante medizinische Leistungen beziehen sich hauptsächlich auf Leistungen von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen im ambulanten Bereich. Arzneimittel umfassen verschreibungspflichtige und rezeptfreie Medikamente sowie medizinische Verbrauchsgüter. Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Quelle: OECD Data Explorer (DF_SHA). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023.

Der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung ist in Österreich gering

Österreich gehört zu den EU-Ländern, die den medizinischen Bedarf der Bevölkerung am besten decken. Im Jahr 2024 gaben nur 2 % der Menschen, die einen medizinischen Bedarf hatten, an, dass sie diesen aufgrund der Kosten, der Entfernung oder der Wartezeiten nicht decken konnten. Bei den von Armut bedrohten Menschen steigt dieser Anteil leicht auf 2,4 %, was in starkem Kontrast zum EU-Durchschnitt von 6 % steht (Abbildung 17). Zu diesem relativ geringen Anteil an nicht gedeckten Bedürfnissen tragen der freie Zugang zu ambulanten Abteilungen in Krankenhäusern und einige Anbieter, insbesondere in Großstädten, bei, die nicht versicherte Personen kostenlos behandeln. Dieser Gesamterfolg verdeckt jedoch eine grundlegende strukturelle Spannung, die den Zugang verschiedener Bevölkerungsgruppen zur Gesundheitsversorgung bestimmt. Während die Zahl der Kassenärzte stagniert, ist die Zahl der Wahlärzte seit 2004 um 61 % gestiegen. Dies stellt Patienten vor eine Entscheidung: Entweder sie nehmen manchmal lange Wartezeiten für einen vollständig erstattungsfähigen Termin bei einem Kassenarzt in Kauf oder sie zahlen im Voraus und beantragen später eine Teilerstattung, um schneller einen Termin bei einem Wahlarzt zu bekommen.

In der Regel erstattet die ÖGK 80 % des Kassentarifs – oft deutlich weniger als die privaten Gebühren, sodass eine nicht unerhebliche Zuzahlung verbleibt, sofern diese nicht durch eine Zusatzversicherung abgedeckt ist. Empirisch gesehen werden Patienten mit privater Versicherung kürzere Wartezeiten für elektive Operationen angeboten, und es gibt dokumentierte Belege für Angebote zur Verkürzung der Wartezeiten durch informelle Zahlungen, was in einem ansonsten universellen System Fragen der Gerechtigkeit aufwirft (Kraus, Stacherl, Czipionka & Mayer, 2024). Um dieses Problem zu lösen, müssen Ärzt:innen mit hohem Patientenaufkommen, die keinen Vertrag abgeschlossen

Abbildung 17. Der ungedeckte medizinische Bedarf von Menschen, die von Armut bedroht sind, gehört zu den niedrigsten in der EU



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Die Daten beziehen sich nur auf Personen, die angaben, medizinische Versorgung zu benötigen. Als von Armut bedroht gelten Personen mit einem verfügbaren Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des nationalen medianen verfügbaren Einkommens. Quelle: Eurostat-Datenbank (hlth_silc_08b). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2024.

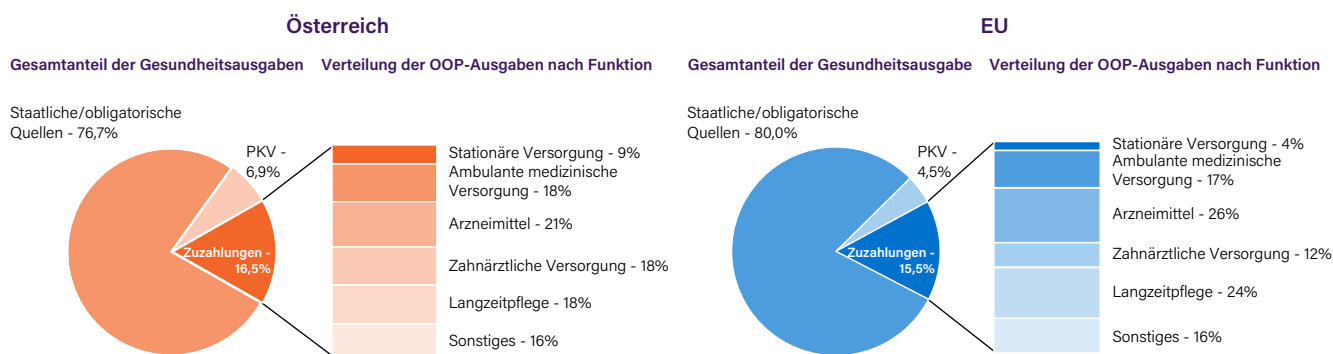
haben, die Erstattung der Patienten unterstützen, indem sie Forderungen direkt bei der SHI einreichen. Außerdem sind sie verpflichtet, das ELGA-System zu nutzen, um eine bessere Integration in die nationalen Gesundheitsakten zu gewährleisten.

Die Erschwinglichkeit ist ein Problem bei Leistungen, die nicht vollständig von den öffentlichen Systemen übernommen werden

Trotz der umfassenden Krankenversicherung in Österreich führen Lücken in der finanziellen Absicherung bestimmter Leistungen zu relativ hohen privaten Ausgaben. Die privaten Ausgaben machten 2023 fast ein Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben aus, was über dem EU-Durchschnitt von 20 % liegt. Die Zuzahlungen der Haushalte beliefen sich auf 17 % der gesamten Gesundheitsausgaben und lagen damit leicht über dem EU-Durchschnitt von 16 % (Abbildung 18). Die größten Belastungen für die Haushalte

entstehen durch Arzneimittel: Mehr als jeder fünfte Euro der Gesundheitsausgaben fließt in den Kauf von Arzneimitteln, während ambulante medizinische Versorgung, Langzeitpflege und zahnärztliche Versorgung jeweils 18 % der Zuzahlungen ausmachen. Im Gegensatz dazu geben die Haushalte in der EU im Durchschnitt einen größeren Anteil für Langzeitpflege (24 %) und einen geringeren Anteil für zahnärztliche Versorgung (11 %) aus. Diese Muster spiegeln die Gestaltung der Leistungen und die Wahl der Leistungserbringer wider: Zahnärztliche Versorgung ist nur teilweise im Leistungspaket der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten, und Patienten, die Wahlärzte in Anspruch nehmen, müssen mit erheblichen Zuzahlungen rechnen. Die vergleichsweise große Rolle von freiwilligen Zusatzversicherungen, die 7 % der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen, steht im Einklang mit diesem Profil: Rund 39 % der Bevölkerung haben eine Zusatzversicherung abgeschlossen.

Abbildung 18. Österreichische Einwohner geben einen vergleichsweise großen Teil ihrer Selbstkosten für ambulante und zahnärztliche Versorgung aus



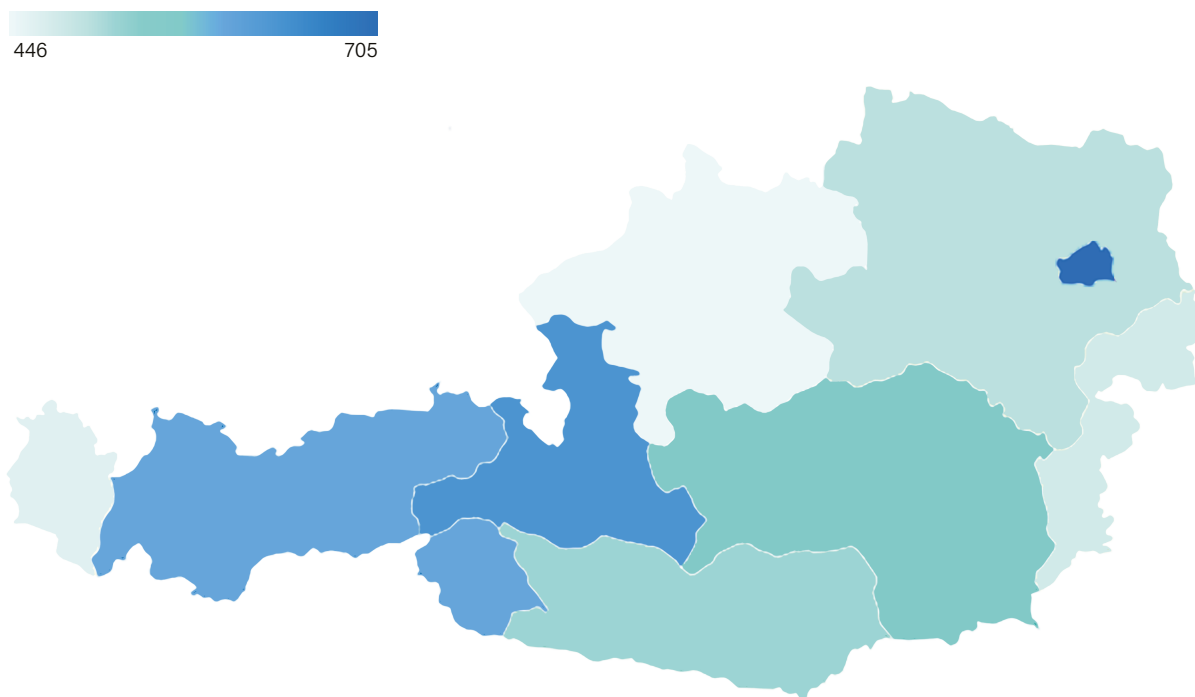
Anmerkung: Die VHI umfasst auch andere freiwillige Vorauszahlungssysteme. Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Quelle: OECD Data Explorer (DF_SHA). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023.

Die Versorgung mit Ärzt:innen ist regional ungleich verteilt, was zu Ungleichheiten beim Zugang beiträgt

Die insgesamt hohe Ärztedichte in Österreich verdeckt erhebliche Zugangsunterschiede, die auf eine starke geografische und fachliche Ungleichverteilung zurückzuführen sind. Der nationale Durchschnitt liegt zwar bei soliden 553 praktizierenden Ärzt:innen pro 100 000 Einwohner, doch verbirgt sich hinter dieser Zahl ein starkes Ungleichgewicht mit einer Dichte von 705 in Wien bis zu nur 446 in Oberösterreich (Abbildung 19). Das Problem ist besonders akut in der Primärversorgung, wo ein chronischer Mangel an Hausärzten zu 80 unbesetzten Kassenstellen geführt hat. Mitte 2024 konzentrierten sich diese Lücken vor allem auf ländliche Bundesländer wie Niederösterreich und Oberösterreich, während Wien und andere städtische Gebiete eine nahezu vollständige Versorgung aufwiesen, was das Ausmaß der Kluft zwischen Stadt und Land deutlich macht (Österreichische Ärztekammer, 2023). Diese Personallücken führen direkt zu erheblichen und ungerechten Hindernissen für Patienten, insbesondere in Form von langen und variablen Wartezeiten.

Die Wartezeiten für elektive Operationen variieren je nach Standort erheblich. So betrug beispielsweise im Jahr 2024 die mittlere Wartezeit für eine Hüftoperation im größten Krankenhaus Wiens sechs Wochen, während sie in kleineren Wiener Krankenhäusern auf über 30 Wochen ansteigen konnte (Wiener Gesundheitsnetz, 2025). Nationale Umfragen bestätigen diese langen Wartezeiten und zeigen ein kritisches Problem der Gleichbehandlung auf, da kürzere Wartezeiten durchweg mit dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung in Verbindung stehen (Kraus, Stacherl, Czypionka & Mayer, 2024). Als Reaktion darauf hat Österreich eine Reihe von Reformen eingeleitet, um die ambulante Versorgung zu stärken und den Personalmangel zu beheben. Im Rahmen der Regierungsinitiative 2024–2028 baut das Land teamorientierte Primärversorgungszentren aus und bietet einen „Startbonus“ von bis zu 100 000 Euro, um Ärzt:innen für schwer zu besetzende Stellen in unterversorgten Gebieten zu gewinnen (siehe Abschnitt 4).

Abbildung 19. Die Ärztedichte ist in Wien am höchsten



Anmerkung: bezieht sich auf alle praktizierenden Ärzt:innen
 Quelle: Statistik Austria (2025). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023.

5.3 Resilienz

Die Resilienz des Gesundheitssystems – die Fähigkeit, sich auf Schocks und strukturelle Veränderungen vorzubereiten, diese zu bewältigen (abzufedern, sich anzupassen und zu transformieren) und daraus zu lernen – ist zu einem zentralen Thema der politischen Agenda geworden. Zu den wichtigsten Prioritäten gehören die Entlastung der Gesundheitsversorgung, die Stärkung der Gesundheitsinfrastruktur und der Personalkapazitäten, die Anpassung der Krisenvorsorgestrategien, die Förderung digitaler Innovationen und die Sicherung der langfristigen Nachhaltigkeit.

Während die Zahl der stationären Behandlungen weiterhin hoch ist, baut Österreich seine Krankenhauskapazitäten schrittweise ab

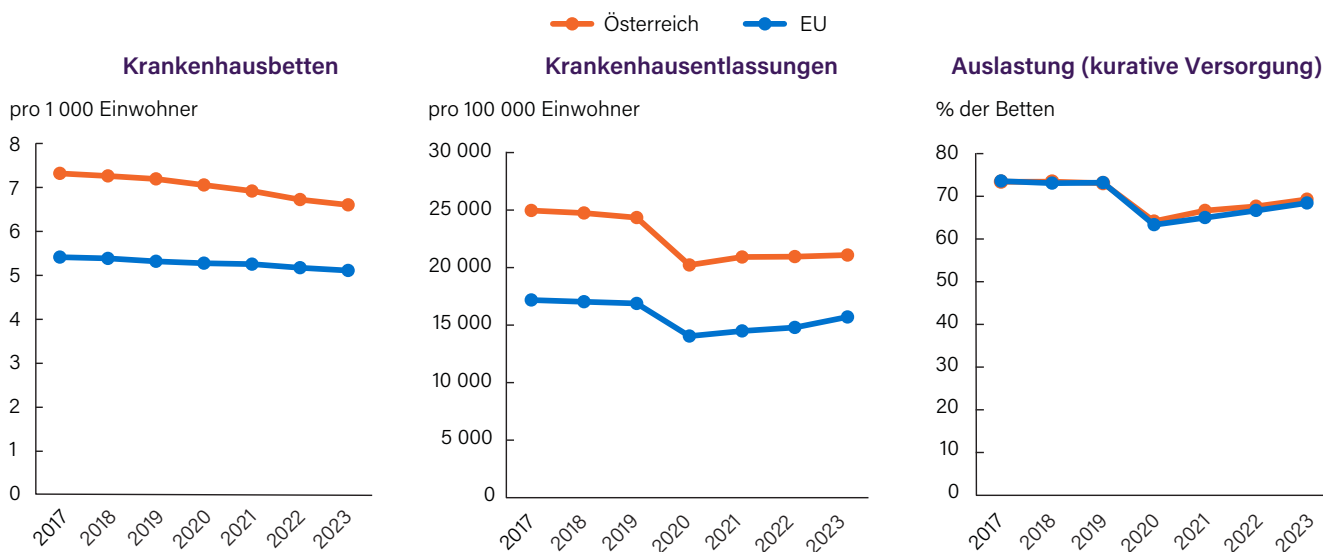
Österreich reduziert aktiv seine Krankenhauskapazitäten im Rahmen einer umfassenderen strategischen Neuausrichtung hin zur Stärkung der ambulanten Versorgung. Zwischen 2017 und 2023 sank die Zahl der Krankenhausbetten pro Kopf um 10 %, eine bewusste Neugewichtung, die mit einem Rückgang der stationären Entlassungen um insgesamt 15 % im gleichen Zeitraum einhergeht. Dieser Übergang vollzieht sich jedoch ausgehend von einem hohen Ausgangsniveau: Mit 6,6 Betten pro 1 000 Einwohner liegt die Krankenhauskapazität Österreichs weiterhin rund 30 % über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 20). Diese hohe Kapazität spiegelt sich in einem hohen Aktivitätsniveau der Krankenhäuser wider: So liegt beispielsweise das Volumen gängiger elektiver Eingriffe wie Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen weiterhin um 39 % bzw. 51 % über dem EU-Niveau. Obwohl diese Eingriffe im Jahr

2020 aufgrund der Pandemie einen starken Rückgang verzeichneten, unterstreicht ihr anhaltend hohes Volumen die seit langem bestehende Abhängigkeit des Systems von der stationären Versorgung.

Nach dem pandemiebedingtem Anstieg der Ausgaben sieht sich Österreich mit anhaltendem Kostendruck und Budgetüberschreitungen konfrontiert

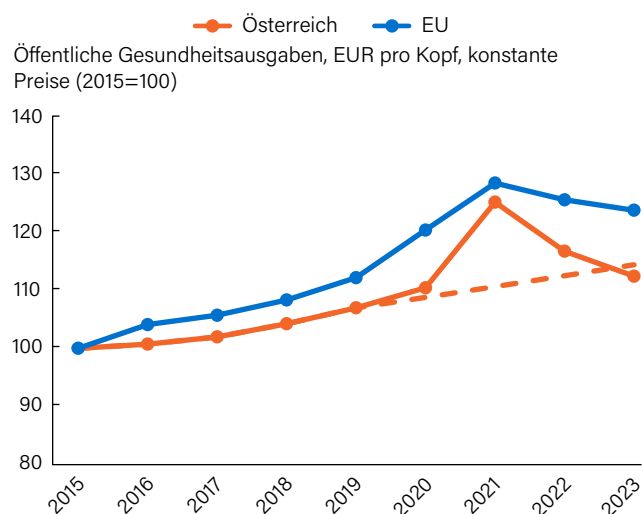
Die öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs waren in den letzten Jahren von einem beispiellosen Schock durch die Pandemie geprägt, auf den eine Phase der Haushaltskonsolidierung folgte. Zwischen 2015 und 2019 stiegen die realen öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben um moderate 1,7 % pro Jahr und damit langsamer als der EU-Durchschnitt von 2,9 %. Dieser Trend kehrte sich von 2019 bis 2021 dramatisch um, als die Ausgaben aufgrund massiver Ausgaben für Tests und Impfungen real um 17 % stiegen. Mit dem Auslaufen dieser Notfallprogramme wurden diese pandemiespezifischen Ausgaben rasch gekürzt, wodurch die Wachstumsrate der öffentlichen Ausgaben in Österreich leicht unter den Wert vor der Pandemie sank (Abbildung 21). Diese Rückkehr zum früheren Verlauf der öffentlichen Ausgaben verschleiert jedoch den anhaltenden Kostendruck auf die grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen. Der Trend erscheint zwar moderat, geht jedoch von einem bereits hohen Niveau aus, wobei die nominalen Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung sowie Langzeitpflege aufgrund von Lohnerhöhungen, Energiekosten und verschiedenen Gebührenanpassungen weiter steigen. Dies stellt eine Herausforderung für die österreichische Kostendämpfungsstrategie 2024-2028 dar, die von der Gesundheitsreformpartnerschaft „Zielsteuerung-Gesundheit“

Abbildung 20. Die Krankenhausbettkapazität in Österreich ist in den letzten fünf Jahren um 9 % zurückgegangen



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist nach Krankenhausbetten und Krankenhausentlassungen gewichtet.
Quelle: Eurostat (hlth_rs_bds1) und OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC).

Abbildung 21. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich sind 2023 wieder auf das Wachstumstrendniveau vor der Pandemie zurückgekehrt



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet und wurde von der OECD berechnet. Die gestrichelte Linie stellt den prognostizierten Trend auf der Grundlage von Daten aus der Zeit vor der Pandemie (2015–2019) dar.
Quelle: OECD Data Explorer (DF_SHA).

verwaltet wird und verbindliche Ausgabenobergrenzen festlegt (Gesundheitsministerium, 2024). Diese Obergrenzen wurden seit der Pandemie kontinuierlich überschritten, was den anhaltenden Kostendruck und die Notwendigkeit unterstreicht, weiterhin Aktivitäten aus den Krankenhäusern zu verlagern.

Um eine strukturelle Neuausrichtung zu unterstützen, ohne die regulären laufenden Ausgaben erneut in die Höhe zu treiben, wurden Österreich im Rahmen der Aufbau- und Resilienzfazilität der EU 254 Millionen Euro zugewiesen.

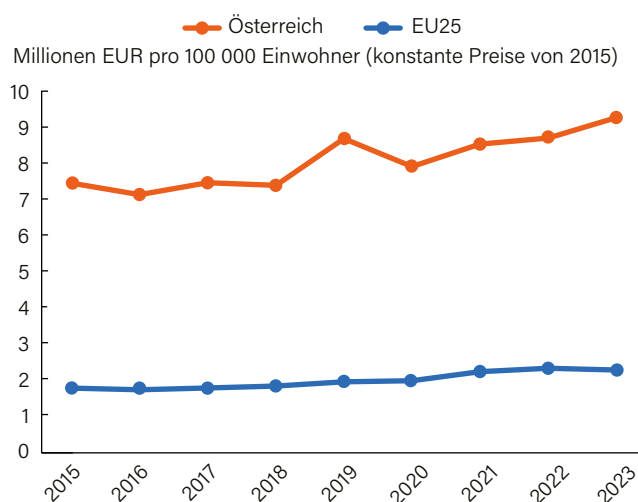
Diese Mittel sind strategisch auf die Stärkung der Grundlagen des Systems ausgerichtet, wobei die Investitionen unter anderem auf den Ausbau der Primärversorgungseinheiten, die Entwicklung von Community Nursing und die Einrichtung eines neuen Zentrums für Präzisionsmedizin konzentriert sind.

Österreichs Kapitalinvestitionen in Gesundheits-IKT sind die zweitgrößten in der EU

Österreich ist ein führendes EU-Land bei den Kapitalinvestitionen im Gesundheitswesen, was auf die hohen Ausgaben für digitale Infrastruktur zurückzuführen ist. Die jährlichen IKT-Kapitalinvestitionen sind seit 2015 real um 24 % gestiegen und erreichen mehr als 9 Millionen Euro pro 100 000 Einwohner, was etwa dem Vierfachen des EU-Durchschnitts entspricht (Abbildung 22). Diese hohen Ausgaben sind vor allem auf die nationale elektronische Gesundheitsakte (ELGA) zurückzuführen. Trotz der erheblichen Investitionen wurde die Einführung von ELGA jedoch durch anhaltende Probleme bei der Umsetzung behindert (Kasten 1), was zum Teil die relativ geringe Akzeptanz digitaler Gesundheitsdienste in Österreich erklärt. Im Jahr 2024 gaben nur 28 % der österreichischen Einwohner an, einen Arzttermin online vereinbart zu haben, verglichen mit einem EU-Durchschnitt von 40 %, während 23 % auf ihre eigenen elektronischen Gesundheitsakten zugegriffen haben, verglichen mit 28 % in der EU.

Um diese Mängel zu beheben und den digitalen Wandel zu beschleunigen, wird derzeit eine Reihe von Reformen umgesetzt: Im Rahmen der Gesundheitsreform 2024–2028 werden jährlich rund 51 Millionen Euro für den Ausbau digitaler Dienste bereitgestellt. Dazu gehören Pläne zur Umwandlung der nationalen Gesundheitshotline (1450) in eine Terminvermittlungsstelle und vor allem die Verpflichtung aller ambulanten Gesundheitsdiensteanbieter – einschließlich Wahlärzte – sich an das ELGA-System anzuschließen und dieses zu nutzen.

Abbildung 22. Österreichs Investitionen in IKT im Gesundheitswesen liegen weit über dem EU-Durchschnitt



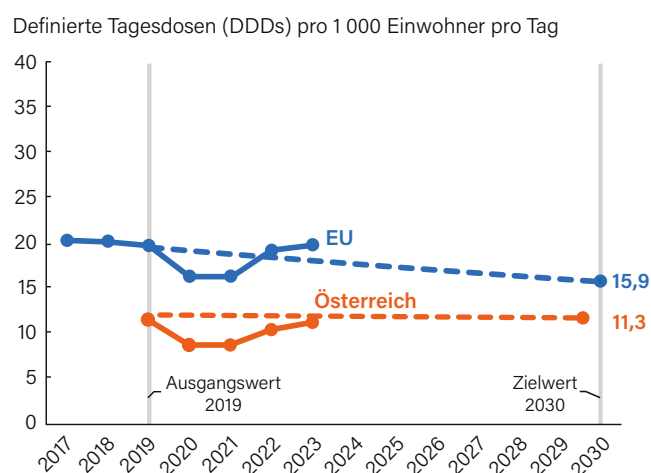
Hinweis: Die Werte beziehen sich auf Bruttoausgaben und umfassen IKT-Ausrüstung, Computersoftware und Datenbanken. Die Daten beziehen sich auf Tätigkeiten im Bereich der menschlichen Gesundheit und Sozialarbeit (Q).

Quelle: Eurostat-Datenbank (nama_10_a64_p5).

Der Antibiotikaverbrauch in Österreich gehört zu den niedrigsten in der EU

Die Eindämmung des übermäßigen Antibiotikaverbrauchs ist ein zentraler Pfeiler des Nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR), wobei eine nachhaltige Überwachung angesichts der 2023 vom EU-Rat verabschiedeten Reduktionsziele für 2030² immer wichtiger wird. Wie in vielen EU-Ländern war auch in Österreich während der COVID-19-Pandemie ein deutlicher Rückgang des Antibiotikaverbrauchs zu verzeichnen, der auf niedrigere Infektionsraten und weniger Kontakte im Gesundheitswesen

Abbildung 23. Der Antibiotikaverbrauch in Österreich ging während der COVID-19-Pandemie zurück und stieg danach wieder an



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Die Grafik zeigt den Antibiotikaverbrauch in Krankenhäusern und in der Bevölkerung. Die gestrichelte Linie veranschaulicht den politischen Zielpfad zur Erreichung der Reduktionsziele für 2030.

Quelle: ECDC ESAC-Net.

zurückzuführen war. Entsprechend dem allgemeinen Trend in der EU begann der Verbrauch jedoch 2022 und 2023 wieder anzusteigen, als sich die Infektionsraten normalisierten (Abbildung 23). Trotz dieses Anstiegs gehört Österreich weiterhin zu den Ländern mit dem niedrigsten Antibiotikaverbrauch in der EU: Im Jahr 2023 lag der Verbrauch bei 11,3 definierten Tagesdosen (DDDs), was 43 % unter dem EU-Durchschnitt liegt. Österreich hat sein nationales Ziel für 2030 zwischen 2020 und 2023 bereits konsequent erreicht; ob dieser Fortschritt nach der Pandemie aufrechterhalten werden kann, bleibt angesichts der jüngsten Zunahmen ungewiss.

Kasten 1. Österreich überarbeitet die Steuerung seines E-Health-Systems

Die nationale elektronische Gesundheitsakte ELGA hat lange Zeit mit Governance- und Implementierungsproblemen zu kämpfen gehabt und konnte ihr Potenzial nicht ausschöpfen. Obwohl ELGA darauf ausgelegt ist, einen umfassenden Überblick über Patientendaten zu bieten, um die Qualität zu verbessern und Doppelarbeit zu vermeiden, war ihre Entwicklung von einer diffusen Steuerung geprägt, wobei die Zuständigkeiten auf mehr als 20 Ausschüsse verteilt waren, was zu erheblichen Lücken in Bezug auf Inhalt und Nutzen führte. Infolgedessen verfügt ELGA zwar über rund 80 Millionen elektronische Berichte, diese stammen jedoch überwiegend aus Krankenhäusern; Daten von ambulanten Fachärzten sind selten, und die Verknüpfungen zu privaten Labors sind nur teilweise vorhanden, wobei Bilddaten nur teilweise verbunden sind und auch die E-Medikationsfunktion keine konsistente Erfassung der Dosierungen bietet.

Korrekturmaßnahmen sind bereits im Gange: Eine Überarbeitung des Telematikgesetzes im Jahr 2024 wird ab 2026 die einheitliche Speicherung wichtiger Dokumente wie Entlassungsbriefe und Laborergebnisse vorschreiben. Parallel dazu soll eine neue nationale E-Health-Strategie die institutionellen Rollen klären und die Governance stärken. Diese Reformen gehen einher mit Vorbereitungen für den Beitritt zum EU-weiten Datenaustausch über MyHealth@EU, beginnend mit elektronischen Verschreibungen und der Einführung einer grenzüberschreitenden Patientenübersicht.

Quellen: Österreichischer Rechnungshof (2024), BMASGPK (2024).

² Empfehlung des Rates zur Intensivierung der EU-Maßnahmen zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz im Rahmen eines „One Health“-Ansatzes, 2023/C 220/01.

Die Bemühungen Österreichs werden durch den NAP-AMR vorgegeben, der erstmals 2013 eingeführt und zuletzt 2021 aktualisiert wurde. Die Strategie verfolgt einen „One Health“-Ansatz, der die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt berücksichtigt.

Ihr übergeordnetes Ziel ist es, das Auftreten und die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen zu verlangsamen und gleichzeitig die Wirksamkeit bestehender Behandlungen zu gewährleisten.

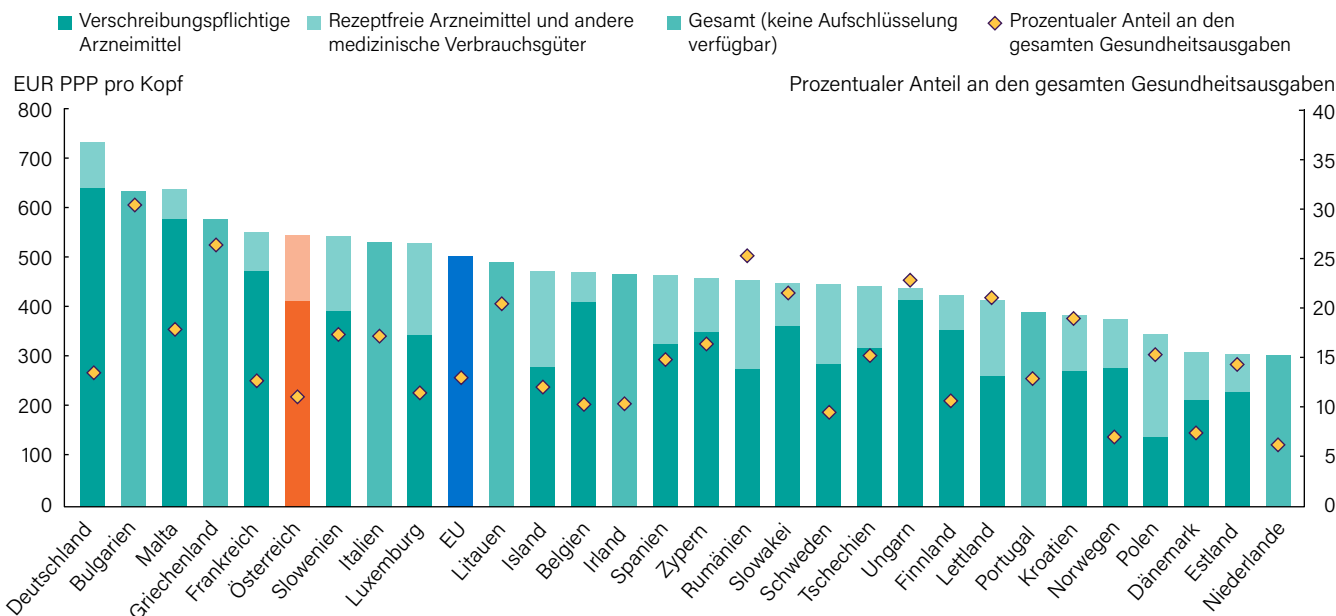
6 Im Fokus: Arzneimittel

Die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel liegen in Österreich moderat über dem EU-Durchschnitt, wobei der Zugang durch den Erstattungskodex geregelt wird

Die Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel liegen in Österreich weiterhin moderat über dem EU-Durchschnitt und erreichen 2023 554 Euro pro Kopf, was etwa 10 % über dem EU-Durchschnitt von 510 Euro (kaufkraftbereinigt) liegt. Dies entspricht 11 % der gesamten Gesundheitsausgaben und liegt damit leicht unter dem EU-Durchschnitt von 13 %, was eher auf vergleichsweise hohe Gesamtgesundheitsausgaben als auf ungewöhnlich hohe Arzneimittelbudgets zurückzuführen ist (Abbildung 24). Der

Zugang zu erstattungsfähigen ambulanten Arzneimitteln wird durch den Erstattungskodex (EKO) geregelt, Österreichs Positivliste der von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Arzneimittel. Das dreistufige Box-System des EKO reicht vom uneingeschränkten Zugang für Arzneimittel der „grünen“ Box über zusätzliche Zulassungs- oder Dokumentationsanforderungen für Arzneimittel der „gelben“ Box bis hin zur vorübergehenden Erstattung für Arzneimittel der „roten“ Box, deren Erstattungsfähigkeit noch geprüft wird. Im Jahr 2024 waren im EKO 7 720 Arzneimittel gelistet – etwa 80 % in der grünen Box und weniger als 0,2 % in der roten Box. Österreich zählte im Jahr 2024 9 310 zugelassene Arzneimittel (PHARMIG, 2025).

Abbildung 24. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel liegen in Österreich etwa 10 % über dem EU-Durchschnitt



Hinweis: Diese Zahl bezieht sich ausschließlich auf Arzneimittelausgaben, die über Apotheken für ambulante Patienten abgegeben wurden. Nicht enthalten sind Medikamente, die in Krankenhäusern, Kliniken oder Arztpraxen verabreicht wurden.

Quelle: OECD Data Explorer (DF_SHA). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023, mit Ausnahme von Norwegen (2022).

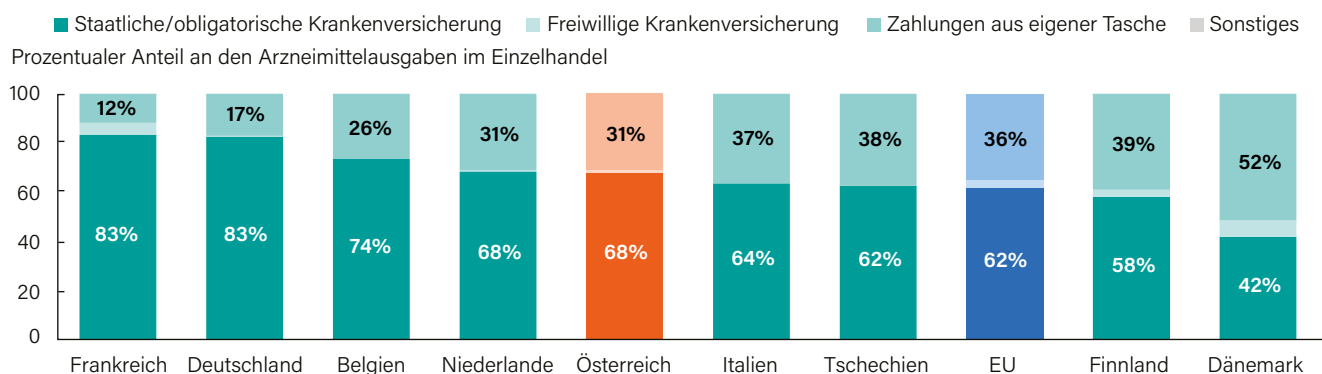
Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz legt auf Empfehlung der Preiskommission Höchstpreise ab Werk für erstattungsfähige Arzneimittel auf der Grundlage des EU-Durchschnitts fest; die Einzelhandelspreise enthalten Großhandels- und Apothekenaufschläge sowie eine Mehrwertsteuer von 10 %.

Die österreichische Sozialversicherung entscheidet, ob ein Arzneimittel in die EKO aufgenommen wird. Patienten zahlen eine feste Rezeptgebühr von 7,55 EUR pro erstattungsfähigem Arzneimittel. Diese Gebühr wird traditionell an die Inflation angepasst, doch plant die Regierung, sie für 2026 auf dem aktuellen Niveau einzufrieren und ab 2026 die

Rezeptgebührenobergrenze von 2 % auf 1,5 % des jährlichen Nettoeinkommens zu senken. Darüber hinaus gibt es eine allgemeine Befreiung für bestimmte Bevölkerungsgruppen, die neben der Befreiung von der Rezeptgebühr beispielsweise auch die Befreiung von Zuzahlungen für medizinische Produkte umfasst.

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt 68 % der Arzneimittelausgaben im Einzelhandel ab, während die Patienten direkt 31 % beitragen (Abbildung 25). Die Zuzahlungen decken die Rezeptgebühr, nicht erstattungsfähige Arzneimittel und rezeptfreie Käufe ab.

Abbildung 25. Etwa zwei Drittel der Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel werden in Österreich von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.

Quelle: OECD Data Explorer (DF_SHA). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023, mit Ausnahme von Malta (2022).

Die Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel werden streng kontrolliert, während die Ausgaben für von Krankenhäusern beschaffte Arzneimittel rapide gestiegen sind

Die Arzneimittelausgaben in Österreich sind von zwei gegensätzlichen Dynamiken geprägt: einer effektiven Kostendämpfung im ambulanten Bereich und einem steigenden Ausgabendruck in Krankenhäusern. Zwischen 2015 und 2023 stiegen die Arzneimittelausgaben im Einzelhandel real um weniger als 1 % pro Jahr, was auf eine Kombination aus Patentabläufen und strengen Preisvorschriften zurückzuführen ist. Insbesondere wurde durch eine Regeländerung im Jahr 2023 die zulässige Preisspanne zwischen dem teuersten und dem günstigsten Medikament mit dem gleichen Wirkstoff in der „grünen Box“ der EKO von 30 % auf 20 % reduziert, wobei nicht konforme Produkte aus der EKO-Liste gestrichen werden. Im Gegensatz dazu steigen die Arzneimittelausgaben für stationäre Patienten, die auf 1,3 Milliarden Euro geschätzt werden und etwa ein Drittel der gesamten Arzneimittelausgaben ausmachen, stetig an, was auf den vermehrten Einsatz hochpreisiger Spezialmedikamente zurückzuführen ist. Der Kostendruck in diesem Sektor wird durch ein fragmentiertes Beschaffungs- und Governance-Modell noch verschärft: Krankenhausmedikamente werden durch dezentrale Verhandlungen auf Einrichtungsebene beschafft, wobei Ausschreibungen nur in seltenen Fällen zum Einsatz kommen. Ebenso sind Managed-Entry-Vereinbarungen³ (MEAs) für neue teure Therapien oft krankenhausspezifisch, was zu regionalen Unterschieden bei der Preisgestaltung und dem

Zugang beiträgt, im Gegensatz zum national koordinierten System für ambulante Medikamente (Vogler, 2022).

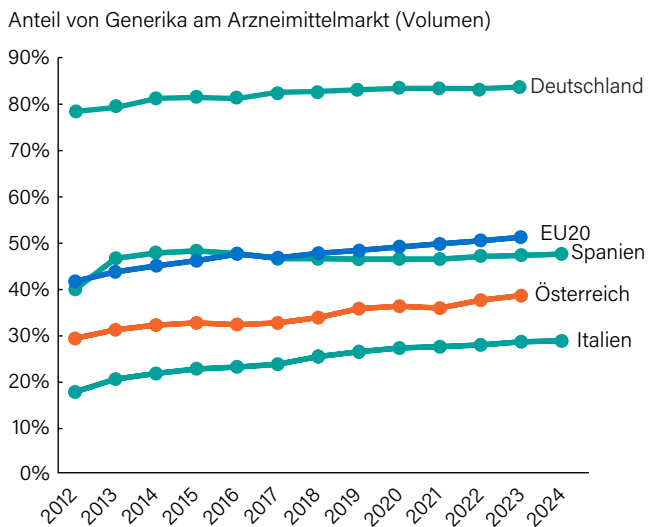
Um diesen Druck auf den Haushalt zu mildern, wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2024 das Bewertungsboard eingerichtet. Das Board gibt Leitlinien für den Einsatz hochpreisiger und spezialisierter Arzneimittel vor und soll die Koordination im österreichischen Krankenhaussektor verbessern. Es stellt einen politischen und institutionellen Kompromiss dar, der zustande kam, nachdem Vorschläge für einen verbindlichen EKO-ähnlichen Verschreibungsrahmen für Krankenhäuser auf lang anhaltenden Widerstand seitens der Bundesländer gestoßen waren. Durch die Schließung einer langjährigen Lücke in der stationären Gesundheitstechnologiebewertung (HTA) unterstützt das Bewertungsboard auch die Umsetzung der EU-HTA-Verordnung ab 2025 in Österreich, die durch gemeinsame HTA-Aktivitäten auf europäischer Ebene potenzielle Vorteile mit sich bringen kann.

Die Akzeptanz von Generika und Biosimilars ist in Österreich vergleichsweise gering

Österreich hinkt bei der Verwendung von Generika und Biosimilars weiterhin hinter vielen EU-Ländern hinterher, wodurch potenzielle Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben begrenzt werden. Auf dem weitgehend erstattungsfähigen ambulanten Markt hatten Generika im Jahr 2023 einen Anteil von 38 % am Volumen und lagen damit unter dem EU-Durchschnitt von 51 % und deutlich hinter Deutschland und Spanien, aber über Italien (Abbildung 26). Obwohl der Anteil der Generika in Österreich seit 2010 um etwa 45 % gestiegen ist und damit schneller als der EU-

³ MEAs sind vertrauliche Vereinbarungen zwischen Herstellern und öffentlichen Kostenträgern, die die Vergütung teurer Therapien an tatsächliche Behandlungsergebnisse knüpfen. Während MEAs einen früheren Zugang ermöglichen und die Finanzierbarkeit aufrechterhalten können, erhöhen sie zugleich den Aufwand für die Datenerhebung und behindern den Preiswettbewerb aufgrund mangelnder Transparenz.

Abbildung 26. Der Anteil von Generika am österreichischen Arzneimittelmarkt ist in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen, liegt jedoch weiterhin unter dem EU-Durchschnitt



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Da die Länder unterschiedliche Marktumfänge melden können, sollten die Zahlen eher als Marktpenetration innerhalb eines Marktes und nicht als Gesamtmarktanteile interpretiert werden.
Quelle: OECD Data Explorer (DF_GEN_MRKT).

Durchschnitt von etwa 32 %, liegt er immer noch hinter anderen Ländern mit einer höheren Marktdurchdringung zurück. Die Akzeptanz von Biosimilars ist uneinheitlich: Obwohl Österreich beim Einsatz von Biosimilars in der Onkologie über dem EU-Durchschnitt liegt (92 % gegenüber 83 %), ist die Akzeptanz in anderen kostenintensiven Therapiebereichen wie Tumornekrosefaktor-Hemmern, die bei Autoimmunerkrankungen eingesetzt werden, deutlich geringer (48 % gegenüber 77 %). Insgesamt liegt Österreich in sieben von zehn analysierten Biosimilar-Kategorien unter dem EU-Durchschnitt und in drei Kategorien über dem Durchschnitt (IQVIA, 2025).

Die Bemühungen zur Ausweitung der Generika-Verwendung in Österreich waren bisher von gemischtem Erfolg gekennzeichnet, was sowohl auf politische Ambitionen als auch auf institutionellen Widerstand zurückzuführen ist. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2023 schlug die Regierung die Einführung einer Wirkstoffverschreibung vor, wonach Ärzt:innen zur Kostensenkung und Förderung der Generika-Verwendung verpflichtet werden sollten, Arzneimittel nach Wirkstoff statt nach Markennamen zu verschreiben. Diese Maßnahme wurde jedoch aufgrund des Widerstands der Österreichischen Ärztekammer und der Pharmaindustrie, die Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit und der Einhaltung der Behandlung äußerten, wieder aufgegeben. Darüber hinaus gibt es in Österreich keine Generikasubstitution, sodass es der einzige EU-Mitgliedstaat ist, der weder über eine Wirkstoffverschreibung noch über eine Generikasubstitution verfügt.

Österreich kontrolliert die Arzneimittelausgaben durch strenge Preisbindungen für Medikamente und eine vorgeschriebene wirtschaftliche Verschreibungspraxis

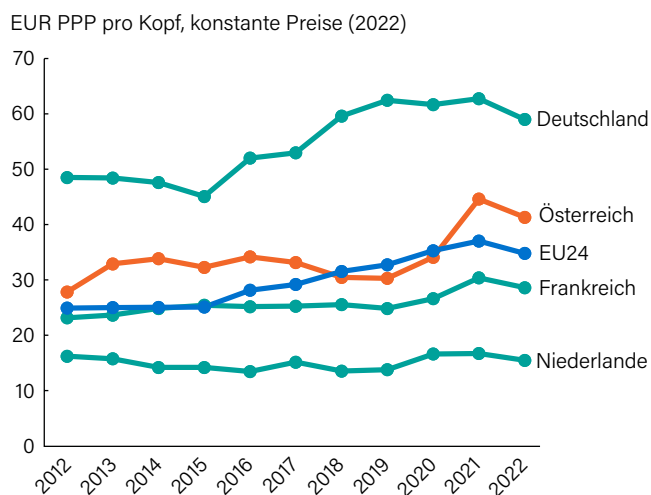
Österreich hat einen der strengsten Preisbindungsmechanismen für Generika und Biosimilars in Europa. Das erste Generikum, das in den EKO aufgenommen wird, muss mindestens 50 % günstiger sein als das Originalpräparat (38 % bei Biosimilars), wobei das zweite Generikum, das auf den Markt kommt, das erste um weitere 18 % unterbieten muss (15 % bei Biosimilars). Innerhalb von drei Monaten nach Markteintritt des Generikums muss der Originalpräparatehersteller seinen Preis um mindestens 30 % senken, sonst verliert er seinen Erstattungsstatus. Wenn ein drittes Generikum oder Biosimilar in die Erstattung aufgenommen wird, muss der Originalpräparatehersteller seinen Preis entsprechend dem neu festgelegten Preisniveau senken. Diese Preispolitik senkt die Preise der Originalpräparate bei Markteintritt von Generika erheblich und reduziert damit die zusätzlichen Einsparungen, die normalerweise durch die Ausweitung des Marktanteils von Generika erzielt werden, insbesondere im Vergleich zu Ländern ohne solche Mechanismen. Die Senkung des Preises des Originalpräparats kann zwar zu Einsparungen führen, diese fallen jedoch wahrscheinlich geringer aus als bei wettbewerbsorientierteren Ansätzen, wie z. B. ausschreibungsähnlichen Maßnahmen. Obwohl nur wenige Länder im Rahmen der Preisbindungsregelung für Generika/ Biosimilars eine Senkung der Preise für Originalpräparate vorschreiben, sind Preisbindungsregelungen für Generika/ Biosimilars in Europa recht verbreitet.

Das Verschreibungsverhalten wird zusätzlich durch Regulierungs- und Überwachungsinstrumente beeinflusst. Gemäß der Richtlinie über die Ökonomische Verschreibungsweise sind Ärzt:innen verpflichtet, die günstigste verfügbare Option zu verschreiben. Ein digitales Entscheidungshilfesystem unterstützt die Einhaltung dieser Vorschrift, und individuelle Verschreibungsmuster werden routinemäßig überwacht und mit denen von Kollegen derselben Fachrichtung verglichen.

Die österreichische Pharmaindustrie ist forschungs- und entwicklungsintensiv und wird durch großzügige Steueranreize unterstützt

Österreich hat seit Beginn der COVID-19-Pandemie einen deutlichen Anstieg der Investitionen in Forschung und Entwicklung (F&E) in der pharmazeutischen Industrie verzeichnet. Im Jahr 2022 beliefen sich die F&E-Investitionen der Unternehmen im Pharmasektor pro Kopf auf 41 Euro, kaufkraftbereinigt. Dieser Wert liegt 19 % über dem EU-Durchschnitt und entspricht einem realen Anstieg von 36 % gegenüber 2019 (Abbildung 27).

Abbildung 27. Österreichs Ausgaben für pharmazeutische Forschung und Entwicklung pro Kopf lagen 2022 über dem EU-Durchschnitt



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (berechnet von der OECD).
 Quelle: OECD Data Explorer (DF_ANBERDi4).

Ein wichtiger Faktor, der diesen Investitionstrend unterstützt, ist die ausgabenbasierte finanzielle Förderung von Forschung und Entwicklung durch den österreichischen Staat, von der der Pharmasektor in allen Phasen der Innovation profitiert. Das System ermöglicht die vollständige Absetzbarkeit aller förderfähigen F&E-Ausgaben. Darüber hinaus erhalten Unternehmen eine erstattungsfähige F&E-Prämie in Höhe von 14 % auf förderfähige Ausgaben (*Forschungsprämie*). Diese Prämie ist steuerfrei, wird unabhängig vom Unternehmensgewinn direkt auf das Steuerkonto gutgeschrieben und kann auch bei Verlusten geltend gemacht werden, wodurch die Vorlaufkosten für F&E effektiv gesenkt werden.

7 Wichtigste Ergebnisse

- Die Lebenserwartung in Österreich erreichte 2024 82,3 Jahre und übertraf damit den Höchststand vor der Pandemie und lag etwa ein halbes Jahr über dem EU-Durchschnitt. Es bestehen jedoch weiterhin deutliche Ungleichheiten: Männer mit hohem Bildungsniveau leben über sechs Jahre länger als Männer mit niedrigerem Bildungsniveau. Die Verlängerung der Lebenserwartung ist vor allem auf Rückgänge der Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, die jedoch immer noch für mehr als ein Drittel aller Todesfälle verantwortlich sind und eine Inzidenz, deutlich über dem EU-Durchschnitt aufweisen. Im Gegensatz dazu ist die Krebssterblichkeit vergleichsweise niedrig, obwohl bis 2040 mit einem starken Anstieg der Fälle zu rechnen ist.
- Verhaltens- und Umweltrisiken sind für 29 Prozent der Todesfälle in Österreich verantwortlich, angeführt von ernährungsbedingten Faktoren, wobei die Luftverschmutzung weitere 4 Prozent ausmacht. Das Rauchen ist unter Erwachsenen und Jugendlichen nach wie vor weit verbreitet und könnte nach der Pandemie sogar noch zugenommen haben, während der Alkoholkonsum hoch ist. Der Anteil übergewichtiger Erwachsener ist auf 17,4 Prozent gestiegen, bei Jugendlichen liegt er bei 22,8 Prozent. Diese Risiken konzentrieren sich auf Gruppen mit niedrigerem Bildungsniveau, in denen Übergewicht fast doppelt so häufig auftritt, was die Notwendigkeit einer verstärkten Prävention unterstreicht.
- Das österreichische Sozialversicherungssystem gewährleistet eine nahezu flächendeckende Versorgung, zählt jedoch zu den teuersten in der EU. Im Jahr 2023 beliefen sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf auf 4 901 EUR und lagen damit 28 % über dem EU-Durchschnitt. Die öffentlichen Ausgaben sind in absoluten Zahlen zwar hoch, ihr Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben liegt jedoch unter dem EU-Durchschnitt – mit einer entsprechend stärkeren Abhängigkeit von Eigenzahlungen. Österreich weist auch eine der höchsten Ärztedichten in der EU auf, dennoch bestehen regionale Unterschiede, ein rückläufiger Anteil an Allgemeinmediziner*innen und ein prognostizierter erheblicher Mangel an Pflegekräften. Diese Herausforderungen haben zu einer kontinuierlichen Ausweitung multidisziplinärer Modelle der medizinischen Grundversorgung geführt.
- Österreich erzielt gute Ergebnisse, sobald Patienten in Behandlung sind, aber die Prävention bleibt eine Schwachstelle. Im Jahr 2022 lag die behandelbare Sterblichkeit 23 % unter dem EU-Durchschnitt, während die vermeidbare Sterblichkeit nur geringfügig darunter lag und für Westeuropa weiterhin hoch ist, was auf Lungenkrebs, Alkohol und koronare Herzkrankheiten zurückzuführen ist. Die Impfquote ist uneinheitlich, mit einer geringen Influenza-Impfquote, trotz Ausweitung der kostenlosen Impfungen, und einem Anstieg der Masernfälle im Jahr 2024. Die Vorsorgeuntersuchungen sind ungleichmäßig: Die organisierte Brustkrebsvorsorge stagniert bei einer relativ geringen Teilnahme, während opportunistische Gebärmutterhals- und Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen weit verbreitet sind.
- Die Versorgung ist nahezu flächendeckend und die Leistungen sind breit gefächert, doch der Zugang wird ungleicher, da die Ausweitung von Wahlarztpraxen die Zuzahlungen erhöht, während im Kassensystem längere Wartezeiten vorzufinden sind. Obwohl der Gesamtbedarf an ungedeckten medizinischen Leistungen gering bleibt, führen regionale Personalengpässe, insbesondere in der Allgemeinmedizin, zu unterschiedlichen Wartezeiten. Laufende Reformen zielen darauf ab, die teamorientierte Primärvorsorge auszuweiten und gezielte Anreize für das Personal zu schaffen.
- Österreich verlagert die Versorgung allmählich weg von seinem krankenhauszentrierten Modell. Das Bettenangebot sank zwischen 2017 und 2023 um 10 Prozent, doch die Kapazität bleibt mit 6,6 pro 1 000 Einwohner hoch, und das Volumen der elektiven Eingriffe liegt deutlich über dem EU-Niveau. Die Investitionen in Gesundheits-IKT liegen an zweiter Stelle in der EU, obwohl die routinemäßige Verwendung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA hinterherhinkt; neue Reformen schreiben deren Verwendung vor und erweitern die Telemedizin-Dienste. Umgekehrt ist der Antibiotikaverbrauch mit 11,3 DDD pro 1 000 Einwohner pro Tag niedrig und liegt damit deutlich unter dem EU-Niveau, was eine wichtige Stärke darstellt.
- Die Ausgaben für Arzneimittel im Einzelhandel liegen in Österreich etwa 10 % über dem EU-Durchschnitt pro Kopf, was auf hohe Gesamtausgaben und eine breite Versicherungsdeckung zurückzuführen ist. Während strenge Vorschriften für die Einzelhandelspreise dazu beigetragen haben, die Ausgaben für ambulante Arzneimittel einzudämmen, entsteht durch die von Krankenhäusern beschafften Medikamente zunehmender Druck. Um diesem entgegenzuwirken, wurde ein neues Bundesbewertungsgremium eingerichtet, dessen Aufgabe es ist, die HTA für hochpreisige Therapien zu verbessern. Der Spielraum für Einsparungen ist jedoch begrenzt durch die geringe Verbreitung von Generika, die uneinheitliche Akzeptanz von Biosimilars und das Fehlen einer Verschreibungspflicht für internationale Freinamen sowie einer Substitution auf Apothekenebene. Im Gegensatz dazu sind die Investitionen in die pharmazeutische Forschung und Entwicklung vergleichsweise hoch, was durch großzügige steuerliche Anreize unterstützt wird.

Wichtige Quellen

Bachner F, Bobek J, Habimana K, et al. (2024) Austria: Health System Summary, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OECD/EU (2024), *Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Referenzen

Österreichischer Rechnungshof (2024). Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH – Bericht des Rechnungshofes.

Österreichische Ärztekammer (2023). 300 offene Kassenstellen: Österreichische Ärztekammer schlägt Alarm.

BMASGPK (2024). eHealth-Strategie Österreich.

BMASGPK (2025). Kostenlose HPV-Impfung für unter 30-Jährige bis Mitte 2026 verlängert.

Bundes-Zielsteuerungskommission (2024). Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene: Zielsteuerung-Gesundheit.

ECDC (2025). *Measles - Annual Epidemiological Report 2024*.

Felsinger, R., Mayer, S., Haidinger, G., & Simon, J. (2024). Aging Well? Exploring Self-Reported Quality of Life in the Older Austrian Population Based on Repeated Cross-Sectional Data. *Journal of aging & social policy*, 37(4).

GÖG (2023). Pflegepersonalbedarfsprognose Update bis 2050 (Prognose zum Bedarf an Pflegepersonal für Österreich).

GÖG (2024). Evaluation Öffentliches Impfprogramm (ÖIP) Influenza.

IQVIA (2025). The Impact of Biosimilar Competition in Europe 2024.

Kraus, M., Stacherl, B., Czypionka, T., & Mayer, S. (2024). Equal waiting times for all? Empirical evidence for elective surgeries in the Austrian public healthcare system.

Gesundheitsministerium (2024). Rechtsgrundlagen der Zielsteuerung-Gesundheit ab 2024.

OECD/European Commission (2025). EU-Länderprofil zu Krebs: Österreich 2025.

PHARMIG (2025). Fakten & Zahlen Ausgabe 2025. Abgerufen unter <https://www.pharmig.at/medizin/erstattung-von-arzneimitteln/>

Pock, M., Czypionka, T., Reiss, M. und Röhrling, G. (2018). Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens – Ein Update.

Reitzinger, S., & Czypionka, T. (2024). Low-, moderate-, and high-risk obesity in association with cost drivers, costs over the lifecycle, and life expectancy. *BMC Public Health*.

Schmutterer, I., & Akartuna, D. (2025). Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024. GÖG.

Statistik Austria (2025). Einrichtungen und Personal im Gesundheitswesen.

Wien Gesundheitsnetz (2025). Wartezeiten auf planbare Operationen. Abgerufen unter <https://gesundheitsverbund.at/op-wartezeiten/>

Vogler, S. (2022). Arzneimittelregulierung und -politik in Österreich. *Journal of Hospital Pharmacy and Health Services*.

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Finnland	FI	Italien	IT	Malta	MT	Portugal	PT	Spanien	ES
Bulgarien	BG	Frankreich	FR	Kroatien	HR	Niederlande	NL	Rumänien	RO	Tschechien	CZ
Dänemark	DK	Griechenland	EL	Lettland	LV	Norwegen	NO	Schweden	SE	Ungarn	HU
Deutschland	DE	Irland	IE	Litauen	LT	Osterreich	AT	Slowakei	SK	Zypern	CY
Estland	EE	Island	IS	Luxemburg	LU	Polen	PL	Slowenien	SI		



State of Health in the EU

Länderprofil Gesundheit 2025

Die *Ländergesundheitsprofile* sind ein wesentlicher Bestandteil des Zyklus „Gesundheitszustand in der EU“ der Europäischen Kommission, einem Wissensvermittlungsprojekt, das mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union entwickelt wurde.

Diese Profile sind das Ergebnis einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und dem European Observatory on Health Systems and Policies, in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Auf der Grundlage einer einheitlichen Methodik, die sowohl quantitative als auch qualitative Daten verwendet, umfasst die Analyse die neuesten gesundheitspolitischen Herausforderungen und Entwicklungen in jedem EU-/EWR-Land.

Die Ausgabe 2025 der *Ländergesundheitsprofile* bietet eine Zusammenfassung verschiedener kritischer Aspekte, darunter:

- den aktuellen Gesundheitszustand innerhalb des Landes;
- Gesundheitsdeterminanten mit besonderem Schwerpunkt auf Verhaltensrisikofaktoren;
- die Struktur und Organisation des Gesundheitssystems;
- die Wirksamkeit, Zugänglichkeit und Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems;
- eine Darstellung des Pharmasektors und der Gesundheitspolitik des Landes.

Die wichtigsten Ergebnisse der Ländergesundheitsprofile werden durch den *Synthesebericht* ergänzt.

Weitere Informationen finden Sie unter: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en

Zitierweise: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Länderprofil Gesundheit 2025: Österreich. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.