

WIE BLEIBT UNSER GESUNDHEITSSYSTEM FINANZIERBAR? STATUS QUO UND REFORMOPTIONEN

Zusammenfassung des FISK-Workshops vom 24.9.2025 ¹

Der FISK-Workshop vom 24. September 2025 widmete sich der Frage, wie die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitssystems langfristig gesichert werden kann. Aufgrund der demografischen Alterung, steigender Stückkosten und begrenzter Einnahmen steht das System vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Die Zielsteuerung Gesundheit konnte die Ausgabenquote bislang nicht stabilisieren, während sich die Finanzierungslast zunehmend zu Ländern und Gemeinden verschiebt. Der Workshop identifizierte Reformoptionen in den Bereichen Finanzierung, Versorgungsstruktur, Digitalisierung und Personalpolitik, um Effizienz, Steuerbarkeit und Qualität zu verbessern. Zentrale Ansätze sind eine Entflechtung der Zuständigkeiten, der Ausbau der Primärversorgung, eine stärkere Digitalisierung sowie die Fokussierung auf Prävention und evidenzbasierte Steuerung.

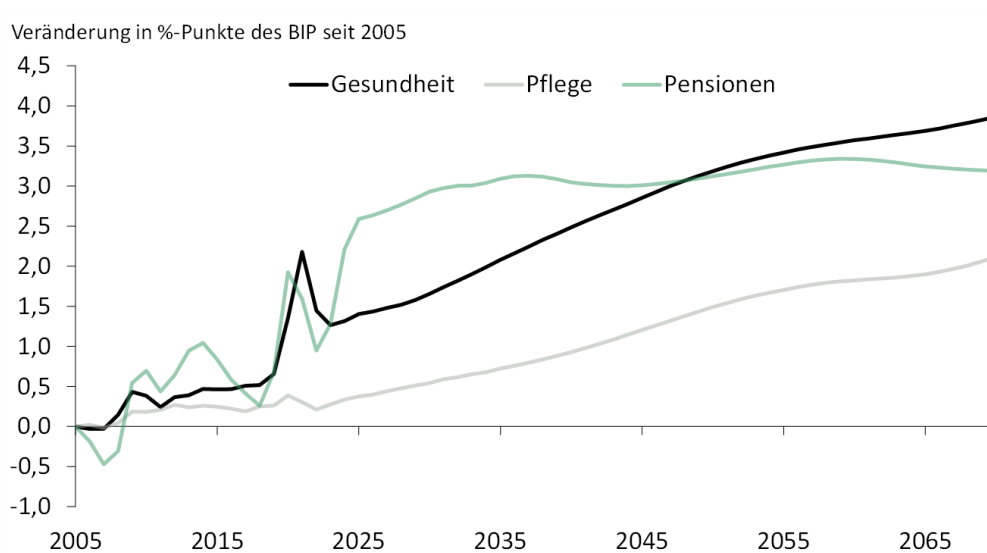
- Wachsender Finanzierungsdruck: Die Gesundheitsausgaben steigen laut Fiskalrat von 7,7% des BIP (2023) auf 8,9% des BIP (2040). Auch langfristig bleibt diese Dynamik ungebrochen. Haupttreiber sind Alterung, technologischer Fortschritt und steigende Personalkosten.
- Unzureichende Eindämmung der Ausgaben im Gesundheitsbereich: Der Zielsteuerungsvertrag-Gesundheit 2024–2028 erlaubt weiter steigende Ausgabenquoten und verfehlt das Ziel der Stabilisierung der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP deutlich.
- Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt von ineffizienten, fragmentierten Zuständigkeiten, Finanzierungsstrukturen, Datenaustauschprozessen und einer mangelhaften Patientenlenkung. Die Finanzierungslast wird zunehmend auf Länder und Gemeinden verlagert.
- Vielzahl von Reformoptionen und Zukunftsstrategien sind verfügbar: Vorgeschlagen wurden u. a. Entflechtung der Finanzierungsverantwortung, Umsetzung konsequenter Patientenlenkung: digital vor ambulant vor stationär, effiziente Ressourcensteuerung, evidenzbasierter, abgegrenzter Leistungsumfang und Fokus auf Prävention.

¹ Autor: Dr. Johannes Holler (Büro des Fiskalrates).

1. STARKER UNGEBROCHENER ANSTIEG DER GESUNDHEITSAUSGABEN IN ÖSTERREICH

Die voranschreitende Alterung der österreichischen Gesellschaft führt in den nächsten Jahrzehnten zu einem starken Anstieg der Demografie-abhängigen Ausgaben. Dies gilt vor allem für die Bereiche Gesundheit und Pflege. Der Fiskalrat (FISK) geht davon aus, dass sich die Gesundheitsausgaben dabei von 7,7% des BIP im Jahr 2023 auf 8,9% des BIP im Jahr 2040 am stärksten erhöhen (Nachhaltigkeitsbericht, 2025). Der deutliche Anstieg der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Ausgabenquoten) bedeutet, dass ein immer größerer Teil der Staatseinnahmen für die Finanzierung des Gesundheitssystems aufgewendet werden muss. Diese Entwicklung steht in Konkurrenz zur Finanzierung anderer Aufgaben des Staates und führt damit zu einem Finanzierungsproblem. Der Workshop beleuchtet die Ausgabenentwicklungen und Problemstellung aus Sicht der unterschiedlichen Akteure des Gesundheitssystems und bietet damit eine Plattform, um gesamtstaatliche Reformen zu denken und anzustoßen.

Grafik 1: Demografie-abhängige Ausgaben



Quelle: FISK-Nachhaltigkeitsbericht 2025.

Im Gegensatz zu anderen Institutionen geht der FISK im Basisszenario **der Langfristprognose der Gesundheitsausgaben** davon aus, dass sich der technologische Fortschritt und der laufende Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen der Vergangenheit auch in der Zukunft fortsetzt. Der erwartete Anstieg der Ausgaben fällt damit stärker aus, als von EK und BMF erwartet. Der Zielsteuerungsvertrag Gesundheit 2024 bis 2028, der einen weiteren Anstieg der Ausgabenquote für Gesundheit erlaubt, ist nicht in der Lage, dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Die vereinbarten Maßnahmen reichen auch langfristig nicht aus, um die Ausgabenquote zu stabilisieren. Eine Erhöhung der Kosteneffizienz u. a. durch Strukturreformen bzw. Strukturbereinigungen scheint unumgänglich. **Die erwarteten Gesundheitsausgaben unterscheiden sich zusätzlich vor allem aufgrund unterschiedlicher Basisjahre, unterstellter Kostendämpfungspfade und abweichender unterstellter makroökonomischer Prognosen.**

Tabelle 1: Prognose der langfristigen Gesundheitsausgaben im Vergleich

in % des BIP	2023	Änderungen geg. 2023 in % des BIP						
		2023 bis 2070	2023 bis 2060	2023 bis 2030	2030 bis 2040	2040 bis 2050	2050 bis 2060	2060 bis 2070
Gesundheitsausgaben								
BMF	7,1	-	1,3	0,2	0,6	0,4	0,1	-
AR	7,8	1,2	1,1	0,2	0,5	0,3	0,1	0,1
FISK	7,7	2,6	2,3	0,4	0,8	0,7	0,4	0,3

Quelle: AR (2024), BMF (2022), FISK (2025).

Performance Probleme des Gesundheitssystems bleiben international nicht verborgen und verteuern die Neuverschuldung. Es besteht die Gefahr eines Anstiegs der Zinsausgaben aufgrund der verschlechterten ausgewiesenen Bonität der Republik Österreich durch die internationalen Ratingagenturen, die der fiskalischen Nachhaltigkeit insbesondere im Vergleich zu Ländern der gleichen Bonitätseinstufung besonderes Augenmerk schenken.

Die Alterung der Gesellschaft belastet das Gesundheitssystem in dreifacher Weise

Die Alterung der österreichischen Gesellschaft wirkt auf das Gesundheitssystem in dreifacher Weise: Sie führt zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, zu wachsenden Kosten pro Patient:in und zu einer sinkenden Zahl an Beitragszahler:innen. Diese Effekte verstärken sich gegenseitig und stellen eine langfristige Herausforderung für die Finanzierbarkeit und Effizienz des Systems dar.

Grafik 2: Einflussfaktoren des beobachteten und erwarteten Anstiegs der Gesundheitsausgaben



Demografische Wirkung 1: Steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen

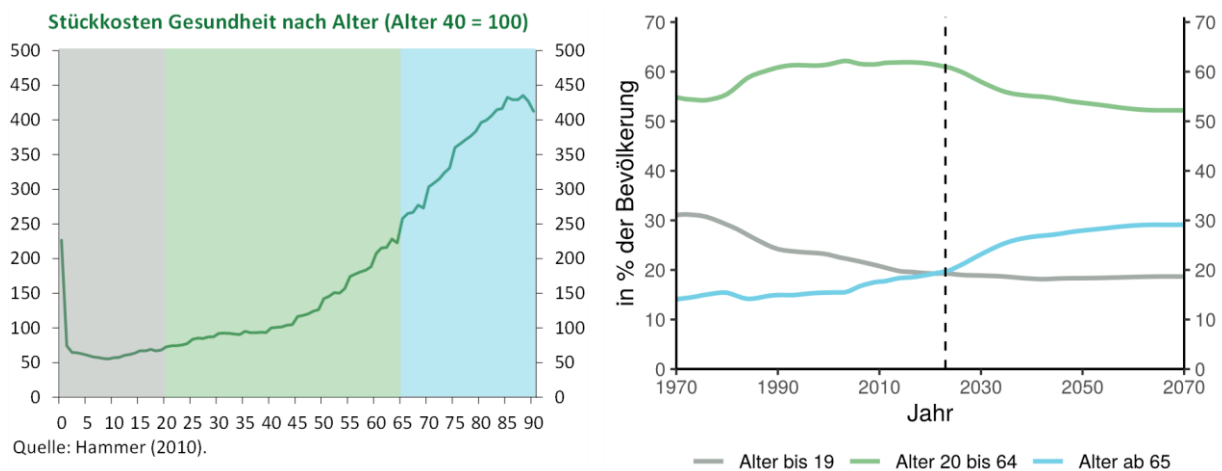
Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen erheblich. Das Verhältnis von 65+ zur arbeitenden Bevölkerung (20-64 Jahre) steigt von 33% (2024) auf 48% (2040) bzw. 56% (2070) an. Gleichzeitig sinkt der Anteil der Bevölkerung unter 50 Jahren von 64%

im Jahr 2009 auf 57% bis 2031 und 53% bis 2050. Besonders deutlich nimmt der Anteil jener Patient:innen mit hohem pflegerischem und medizinischem Versorgungsaufwand zu.

Die Alterung führt auch zu einer höheren Krebsprävalenz, da das Erkrankungsrisiko mit dem Alter steigt. Gleichzeitig eröffnen moderne Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten pro Fall mehr Optionen, was die Leistungsnachfrage pro Patient:in erhöht. Verbesserte Überlebenschancen bedeuten zudem, dass immer mehr Menschen in der Nachsorge betreut werden müssen. Daten aus Oberösterreich zeigen, dass zwischen 2025 und 2040 die Belagstage um rund 29% und die zu erbringenden Leistungen um 28% steigen werden.

Laut FISK-Nachhaltigkeitsmodell sind 40% des erwarteten Anstiegs der Gesundheitsausgaben bis 2070 rein auf die **demografische Änderung der Bevölkerungsstruktur** zurückzuführen.

Grafik 3: Komponenten der rein Demografie-abhängigen Entwicklung der Gesundheitsausgaben

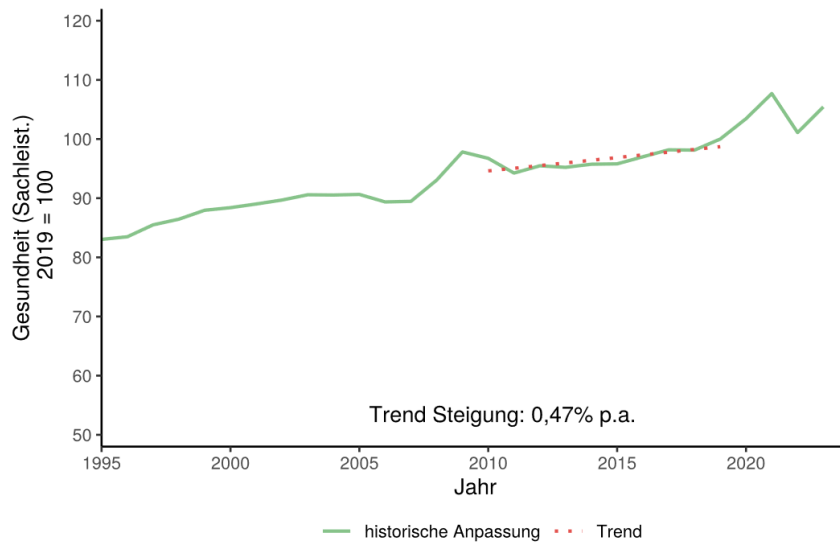


Wachstum der altersspezifischen Stückkosten im Gesundheitswesen

Die durchschnittlichen Stückkosten nach Alter wachsen mit der Lohn- und Preisentwicklung und steigen daher über die Zeit an. Der Anstieg der Stückkosten geht dabei deutlich über die durchschnittlichen gesamtwirtschaftlichen Lohn- und Preisentwicklungen hinaus. In den Analysen des Fiskalrates wird dieser überproportionale Anstieg, der nicht durch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung erklärt werden kann, als „Drift“-Komponente oder „unerklärter Rest“ bezeichnet (Grafik 4).

Hauptursachen für diesen Anstieg sind der voranschreitende technologische Fortschritt in der Medizin, die zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen mit steigendem Einkommen (Einkommenselastizität > 1) sowie die sogenannte „Baumolsche Kostenkrankheit“. Letztere beschreibt die Situation, dass Löhne und Gehälter im Gesundheitsbereich im Durchschnitt stärker steigen als die Produktivität, da die hohe Arbeitsintensität der Gesundheitsberufe nur geringe Produktivitätszuwächse zulässt, obwohl die Lohnentwicklung die Produktivität aller Branchen widerspiegelt.

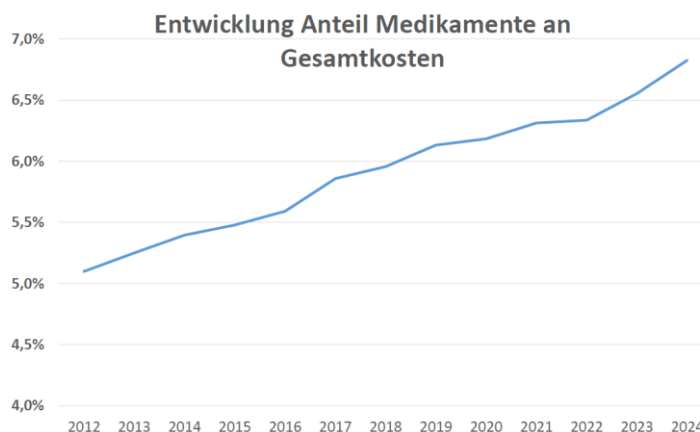
Grafik 4: Überproportionales Wachstum der altersspezifischen Stückkosten („Drift“-Komponente)



Quelle: FISK-Nachhaltigkeitsbericht 2025

Der erwartete Anstieg der Stückkosten erklärt rund 60% des langfristig prognostizierten Anstiegs der Gesundheitsausgaben und damit deutlich mehr als der rein demografische Effekt. Beispiele des Landes Oberösterreich für den Einfluss des technologischen Fortschritts auf die Behandlungskosten verdeutlichen die Dimension dieser Entwicklung: Die Kosten für die Behandlung von Brustkrebs stiegen von 5.000 bis 12.000 Euro (1995) auf 46.000 bis 196.000 Euro (2025), für Melanom Stadium III von 10.000 Euro (2010) auf 60.000 bis 100.000 Euro (2025) und für Chronisch Myeloische Leukämie von 10.000 Euro (2010) auf 37.000 bis 74.000 Euro (2025). In einigen Fällen konnten die Kostenanstiege durch die Verwendung von Generika eingedämmt werden. Zudem trägt der starke Anstieg der Medikamentenkosten an den Gesamtkosten signifikant zum Kostenwachstum pro Alter bei (Grafik 5).

Grafik 5: Anteil der Medikamentenkosten an Gesamtkosten Oberösterreichischer Gesundheitsfonds



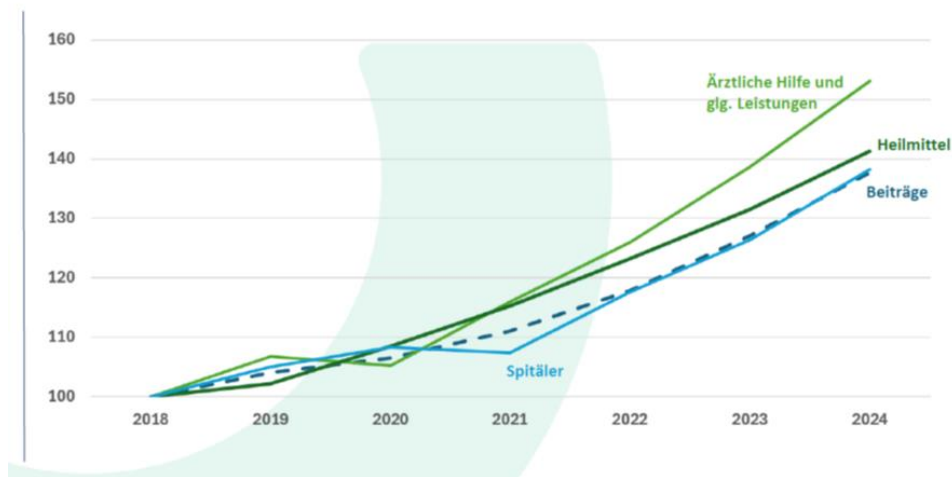
Quelle: Hochgerner, FISK-WS 2025.

Ein weiterer wichtiger Kostenfaktor ist der hohe Anteil der Personalausgaben. Im Jahr 2024 betragen diese in den Fondskrankenanstalten 58% der Gesamtausgaben (BMSGPK, IHS, 2025). Hohe Lohnabschlüsse, teilweise bedingt durch die starke Inflation der letzten Jahre, und internationale Konkurrenz mit deutlich höheren Gehaltsniveaus haben diesen Anteil weiter erhöht. Aufgrund des erwarteten Rückgangs des Arbeitskräftepotenzials in Österreich und des steigenden Bedarfs an Beschäftigten in Gesundheitsberufen ist ein weiterer zunehmender Druck auf das zukünftige Ausgabenwachstum zu erwarten.

Ein Teil des Anstiegs der Stückkosten ist auch auf zusätzliche Personalausgaben zurückzuführen, die durch die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie entstanden sind, deren Anwendung für den Gesundheitsbereich nicht zwingend erforderlich gewesen wäre.

Grafik 6 macht den starken Anstieg der ärztlichen Hilfe und geläufigen Leistungen und deren Bedeutung für die Gesamtkosten im Fall der Sozialversicherung deutlich. Im Jahr 2024 betrug der Abgang der Sozialversicherung rund 0,6 Mrd Euro und kann vor allem durch den starken Anstieg der Ausgaben für ärztliche Hilfe und geläufige Leistungen erklärt werden.

Grafik 6: Einnahmen und Aufwendungen der Sozialversicherung



Quelle: König, FISK-WS 2025.

Die Steuerungsmöglichkeiten der Sozialversicherung sind dabei begrenzt: Die Einnahmen lassen sich nicht direkt beeinflussen, während nur etwa ein Viertel der Ausgaben „beeinflussbar“ (ärztliche Hilfe, geläufige Leistungen, Verwaltung) und ein weiteres Viertel (v. a. Medikamentenkosten) „teilweise beeinflussbar“ ist (siehe ÖGK-Vortrag, FISK WS 2025).

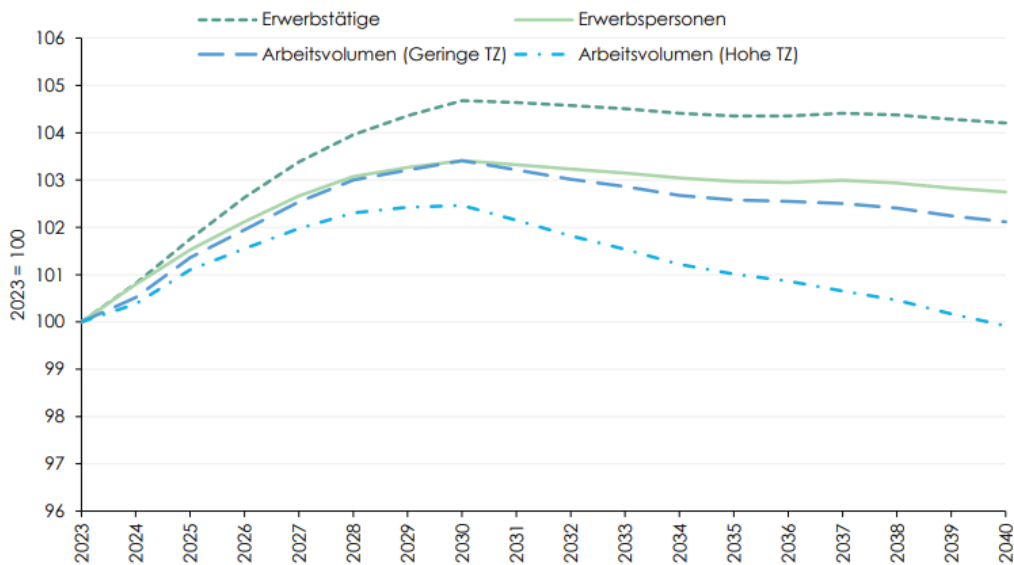
Demografische Wirkung 2: Arbeitskräfteangebot für Gesundheitsberufe zu gering

Ein weiterer zentraler Effekt der demografischen Alterung betrifft das Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen. Trotz insgesamt wachsender Bevölkerung steigt das Arbeitsvolumen in den Gesundheitsberufen nur moderat an und wird ab etwa 2030 voraussichtlich wieder zurückgehen. Kurzfristig kann der Anstieg der Partizipationsraten diesen Rückgang teilweise abfedern, langfristig überwiegt jedoch der Effekt der sinkenden Zahl an Personen im erwerbsfähigen Alter. In Kombination mit der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen verschärft dies den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, sodass die Suche nach qualifizierten Arbeitskräften in Zukunft noch schwieriger wird. Das begrenzte Angebot an Ärzt:innen, Pflegekräften und an Personen anderer Gesundheitsberufe stellt somit eine wesentliche Herausforderung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung dar und erhöht gleichzeitig den Druck auf Löhne, Arbeitsbedingungen und Personalplanung.

Grafik 7: Prognose des Arbeitskräftepotenzials in Österreich

Erwerbspersonen, Erwerbstätige und Arbeitsvolumen

Relative Differenz zu 2023, Arbeitsvolumen nach Teilzeitszenario



Q: WIFO-Berechnungen auf Basis microDEMS. – Arbeitsvolumen lt. Szenario mit geringer Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung (Geringe TZ) und Szenario mit hoher Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung (Hohe TZ).

Quelle: Cypionka, FISK-WS 2025.

Demografische Wirkung 3: Sinkende Anzahl an Beitragszahlenden

Der dritte Effekt der demografischen Alterung betrifft die Finanzierung des Gesundheitssystems durch eine abnehmende Zahl an Beitragszahlenden. Mit dem Anstieg der älteren Bevölkerung und dem gleichzeitigen Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter steigt die Altersabhängigkeitsquote erheblich. Weniger Erwerbstätige müssen die Gesundheits- und Sozialausgaben für eine wachsende Zahl älterer Menschen tragen, was den finanziellen Druck auf das System verstärkt. Die Einnahmen der Sozialversicherung sind allerdings kaum aktiv beeinflussbar. In Kombination mit der beschränkten Steuerbarkeit der Ausgaben, dem steigenden Bedarf an Leistungen und den wachsenden Stückkosten entsteht so ein erheblicher Finanzierungsdruck, der langfristig ohne Reformen die Stabilität des Gesundheitssystems gefährden könnte.

Möglichkeiten der Gegensteuerung über die Einnahmenseite

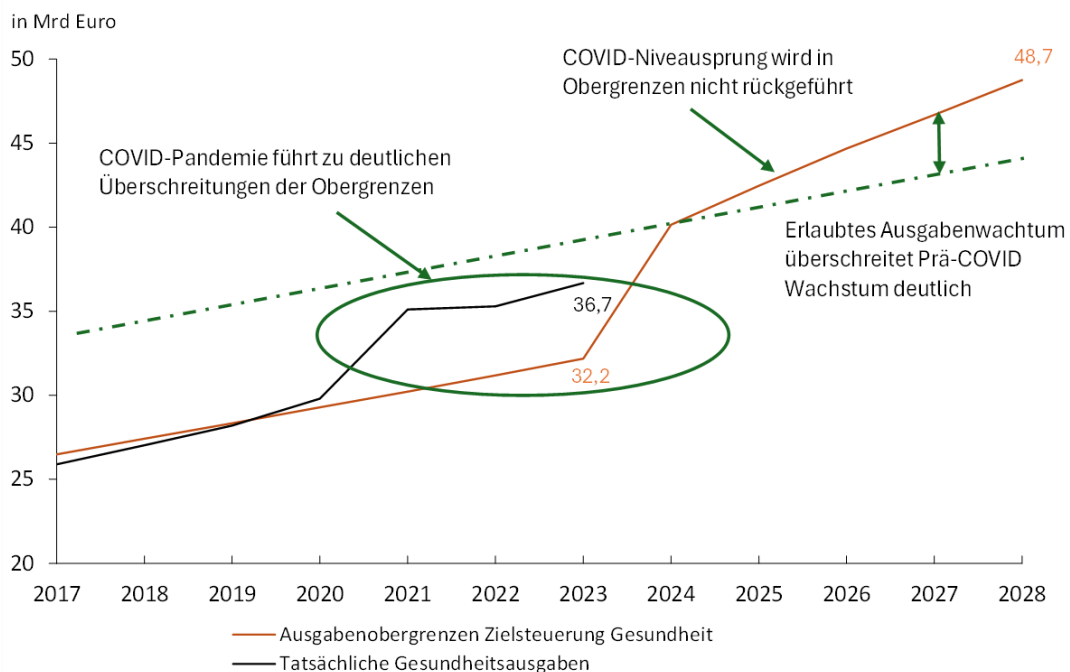
Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben könnte theoretisch über die Einnahmenseite gesteuert werden. Allerdings haben sich die makroökonomischen Rahmenbedingungen in Österreich deutlich verschlechtert, sodass zusätzliche Einnahmen schwer erzielbar sind. Gleichzeitig ist die aktuelle Gesundheitspolitik noch stark an vergangene Strukturen und Ausgabenentwicklungen angepasst, wodurch das System über seine gegenwärtigen Verhältnisse hinaus lebt. Ohne Anpassung sowohl der Einnahmenmechanismen als auch der politischen Steuerung droht ein dauerhaft hoher Finanzierungsdruck auf das Gesundheitssystem.

2. ZIELSTEUERUNG GESUNDHEIT: AUSGABENQUOTE WIRD NICHT STABILISIERT

Die staatliche bzw. innerstaatliche Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens erfolgt maßgeblich über den Finanzausgleich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern sowie über die sogenannte Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die über Vereinbarungsumsetzungsgesetze ((u. a. Krankenanstalten-KAKuG, SV-Recht (v. a. ASVG), ÄrzteG, GTeIG)) und den Zielsteuerungsvertrag mit jährlichen Arbeitsprogrammen Umsetzung finden. Das ursprüngliche Ziel der Zielsteuerung Gesundheit war es, das maximale Ausgabenwachstum an das Wachstum des potenziellen Outputs zu koppeln, um die Ausgabenquote langfristig zu stabilisieren. Bei Einführung der Gesundheitsreform 2013 lag das geschätzte Potenzialwachstum noch höher, die angenommene Inflation bei 2%. Das ursprünglich angenommene Ausgabenwachstum wurde daher deutlich unterschätzt und das Potenzialwachstum überschätzt. Beides führte dazu, dass die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP anstiegen.

Die **Ausgabenobergrenzen der Zielsteuerung Gesundheit** orientieren sich weiterhin an Inflations- und BIP-Wachstumsraten mit dem Ziel, die Ausgabenquote mittelfristig zu stabilisieren. Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen – hohe Inflation und geringes Wirtschaftswachstum – erschweren aber die Erreichung dieses mittelfristigen Ziels. Zusätzlich scheint der aktuelle Zielpfad der Zielsteuerung Gesundheit für 2024 bis 2028 nicht ambitioniert: Die Erfüllung der kurzfristigen Ziele ist ohne größeren Aufwand bzw. Reformen erreichbar. Die Ausgabenobergrenzen erlauben dabei einen starken Anstieg der Ausgabenquote von 7,8% des BIP im Jahr 2023 auf 9% im Jahr 2028. Damit steigt - selbst bei vollständiger Umsetzung der mit dem Zielpfad verabschiedeten Detailziele - die Ausgabenquote weiter deutlich. Auch langfristig ist eine Stabilisierung der Ausgabenquote aufgrund der zu erwartenden ungebrochenen Ausgabendynamik durch Alterung der Gesellschaft und wachsende Stückkosten nicht zu erwarten.

Grafik 8: Ausgabenobergrenzen des Zielsteuerungsvertrags



Quelle: Monitoringbericht 2025, Darstellung FISK.

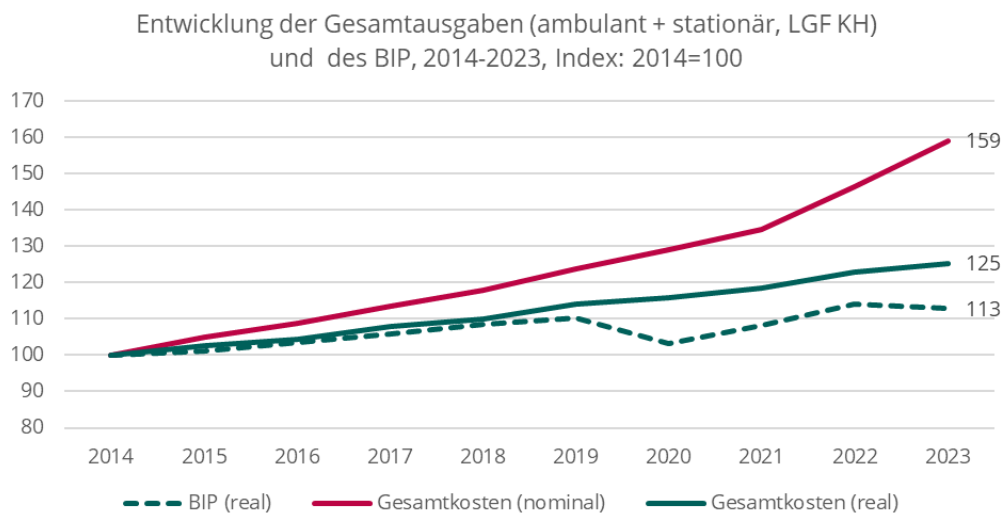
Im Rahmen der Einigungen zum **Finanzausgleich 2024–2028** wurden zusätzliche Mittel bereitgestellt, um gezielt zentrale Bereiche zu stärken (Werte jeweils über die gesamte Laufzeit):

- Niedergelassener Bereich: 1.500 Mio Euro
- Spitalsambulanter Bereich und Strukturreformen: 3.016,9 Mio Euro
- Digitalisierung/eHealth inklusive Telemedizin: 255 Mio Euro
- Gesundheitsförderung: 300 Mio Euro
- Impfungen: 450 Mio Euro
- Medikamente: 15 Mio Euro

Diese Zusatzmittel sollen einerseits die Versorgung in niedergelassenen und spitalsambulanten Bereichen verbessern, andererseits die digitale Transformation und präventive Maßnahmen im Gesundheitssystem fördern.

Die Ausgabenentwicklung im österreichischen Spitalswesen verdeutlicht die anhaltenden strukturellen Herausforderungen in der Kostendynamik. Trotz mehrerer Reformmaßnahmen stiegen die **Gesamtausgaben im Spitalsbereich zwischen 2014 und 2023 real um rund 25 Prozent auf 16 Mrd Euro** und damit etwa doppelt so stark als das reale BIP im gleichen Zeitraum. Dieses Missverhältnis zeigt klar, dass die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gesetzten **Ausgabenobergrenzen** nicht zu einer Stabilisierung der Spitalsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt führen konnten.

Grafik 9: Gesamtausgaben Landesgesundheitsfonds-finanzierte Krankenhäuser

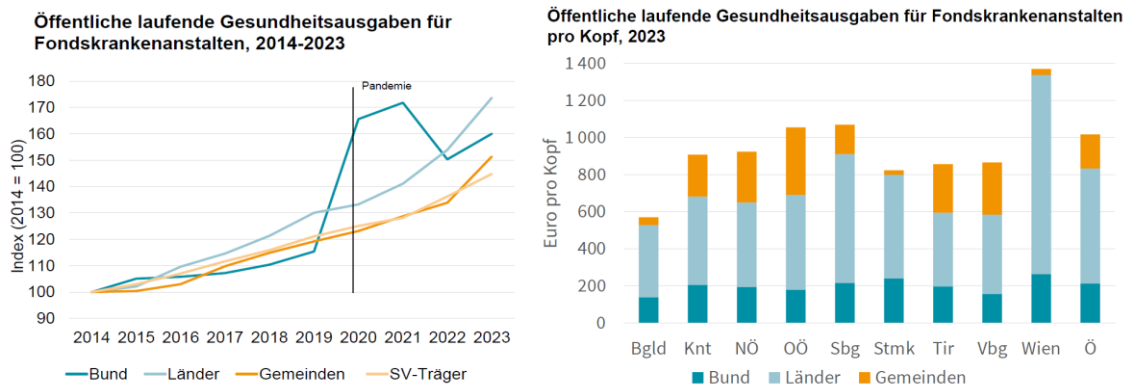


Quelle: BMSGPK.

3. INNERSTAATLICHE ENTWICKLUNGEN: VERSCHIEBUNG DER FINANZIERUNGSLAST RICHTUNG LÄNDER UND GEMEINDEN

Ein zentrales Charakteristikum der innerstaatlichen Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen ist die zunehmende Verschiebung der Finanzierungslast in Richtung Länder und Gemeinden. Im Zeitverlauf zeigt sich vor allem eine deutliche Zunahme der relativen Belastung bei den Gemeinden, deren Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren überproportional gewachsen sind. Gleichzeitig bestehen erhebliche regionale Unterschiede: So ist die Gemeindebelastung in der Steiermark und im Burgenland – und in etwas geringerem Ausmaß auch in Salzburg – deutlich niedriger als in anderen Bundesländern.

Grafik 10: Innerstaatliche Verteilung der Gesundheitsausgaben

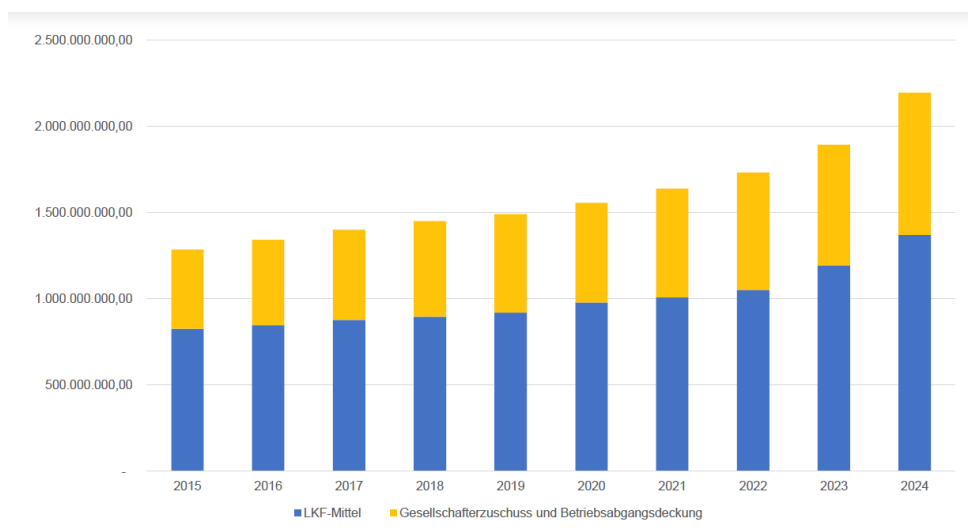


Quelle: Mitterer, FISK-WS 2025.

Auch die Struktur der Versorgung variiert zwischen den Bundesländern. Zwar liegt die Anzahl der Spitalsbetten pro 1.000 Einwohner mit Ausnahme des Burgenlandes – das mit nur rund drei Betten eine Sonderstellung einnimmt – relativ nahe beieinander (zwischen vier und fünf Betten). Deutlich größere Unterschiede zeigen sich jedoch bei den durchschnittlichen Belagstagen, die zwischen vier und sechs Tagen schwanken. Diese Varianz weist auf unterschiedliche organisatorische und strukturelle Ansätze in den einzelnen Ländern hin, etwa im Hinblick auf die Rolle der stationären Versorgung und den Umgang mit chronischen Krankheitsbildern.

Besonders ins Gewicht fällt zudem der steigende Anteil der Gesellschafterzuschüsse und Betriebsabgangsdeckungen, also jener Transfers, die die Länder zur Finanzierung der Landeskrankenanstalten leisten. Am Beispiel der Steiermark wird sichtbar, dass diese Zuschüsse (gelber Balken, Grafik 11) einen wesentlichen Teil des Ausgabenanstiegs auf Ebene der Länder und Gemeinden erklären. Damit verdeutlicht sich, dass die intramurale Versorgung, die stark von der Budgetverantwortung der Länder abhängt, maßgeblich zur Verschiebung der Finanzierungslast beiträgt und die fiskalische Situation insbesondere in finanzschwächeren Regionen zunehmend belastet.

Grafik 11: Finanzierungsstruktur des Landesgesundheitsfonds Steiermark



Quelle: Koren, FISK-WS 2025.

4. MERKMALE UND STRUKTUR DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS

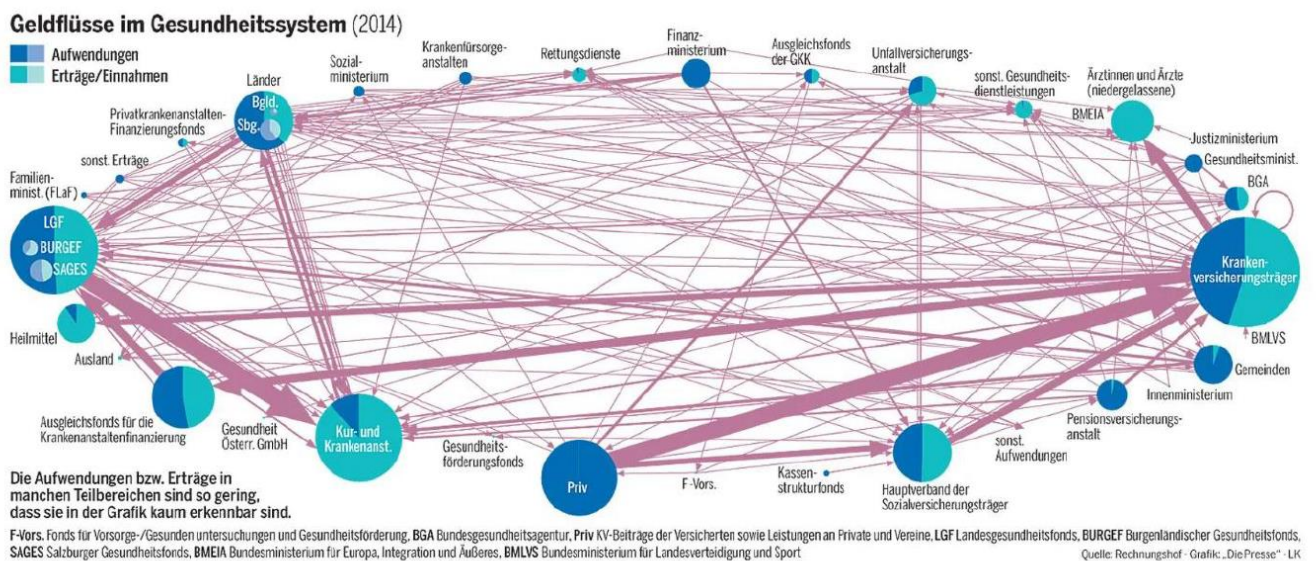
Das österreichische Gesundheitssystem bietet hohe Zugänglichkeit, breite Abdeckung und überdurchschnittlich viele Ressourcen in Form von Personal (Ärzt:innen, Pflegepersonal) und Betten. Gleichzeitig leidet es an strukturellen Schwächen: Fragmentierung der Zuständigkeiten, unklare Patient:innensteuerung, Krankenhauszentrierung, hohen Kostensteigerungen und Ineffizienzen.

Abdeckung, Finanzierung und Systemfragmentierung

Das österreichische Gesundheitssystem deckt nahezu die gesamte Bevölkerung ab: Rund 99,9 Prozent sind verpflichtend krankenversichert. Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt einen sehr breiten Leistungsumfang, der über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgeht. Nach § 133 ASVG muss die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. De facto steigen die Ansprüche allerdings, u. a. durch das stark ausgebaute Wahlarztsystem und hohe private Gesundheitsausgaben. Die Bevölkerung konsumiert im internationalen Vergleich im hohen Maße nicht evidenzbasierte Gesundheitsdienstleistungen.

Das System ist stark fragmentiert: Der Bund erlässt Grundsatzgesetze für Krankenanstalten, die Länder sind für Ausführungsgesetze und den Spitalsvollzug zuständig, während die Sozialversicherung den niedergelassenen Bereich und die Arzneimittelversorgung trägt. In der Praxis entstehen Graubereiche: Länder übernehmen zunehmend Mitfinanzierungen im extramuralen Bereich (z. B. Primärversorgungseinrichtungen), obwohl sie dafür formal nicht zuständig sind. Über Landesumlagen werden Teile der Gesundheitsausgaben der Länder ebenfalls auf die Gemeinden übertragen. Dies verstärkt die Komplexität und macht Zuständigkeiten unklar.

Grafik 12: Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems



Ressourcen, Arbeitskräfte und Demografie

Österreich verfügt über eine überdurchschnittliche Dichte an Ärzt:innen und Pflegekräften im EU-Vergleich. Dennoch herrscht akuter Arbeitskräftemangel in fast allen Gesundheitsberufen. Gründe sind u. a. die regionale und fachliche Fehlverteilung, eine hohe Teilzeitquote, lange Ausbildungswege, Abwanderung ins Ausland (z. B. nach Deutschland) sowie die Attraktivität des Wahlarztsektors. Gleichzeitig steigt der Personalbedarf aufgrund demografischer Entwicklungen und des Anstiegs chronischer Erkrankungen.

Das Arbeitsangebot wird zusätzlich durch rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. KA-AZG), unbesetzte Ausbildungsstellen und bürokratische Hürden bei Nostrifikationen beschränkt. Die öffentliche Hand investiert stark in die Ausbildung von Gesundheitsberufen, doch viele Absolvent:innen gehen in den Privatsektor, ins Ausland oder werden im erlernten Gesundheitsberuf gar nicht tätig.

Krankheitslast, Nachfrage und Digitalisierung

Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- oder onkologische Krankheiten nehmen zu. Parallel steigt die Nachfrage nach digitalen Produkten in allen Altersgruppen – von Telemedizin über digitale Terminbuchung bis hin zu Online-Gesundheitsinformationen. ELGA und andere E-Health-Lösungen sind eingeführt, werden aber noch nicht flächendeckend genutzt. Datenflüsse sind fragmentiert, die Interoperabilität eingeschränkt. Projekte wie die nGDA-Initiative zielen auf bessere Nutzung und Sicherheit von Gesundheitsdaten ab, befinden sich jedoch erst im Aufbau.

Versorgungsstruktur und Steuerungsprobleme

Österreichs Versorgung ist stark krankenzentriert. Mit etwa 6,8 Betten pro 1.000 Einwohner (OECD 2022) und rund 209 stationären Aufenthalten pro 1.000 Personen liegt Österreich weit über dem europäischen Schnitt. Die Verweildauer beträgt je nach Diagnose 6 bis 8 Tage. Trotz dieses hohen Ressourceneinsatzes bestehen Defizite bei der Integration: Ambulant und stationär sind klar getrennt, Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und Spitalsärzt:innen gering und diagnostische Leistungen oft doppelt vorhanden. Bereits 1974 stellte der Österreichische Krankenanstaltenplan diese strukturellen Schwächen fest.

Die Primärversorgung basiert noch überwiegend auf Einzelpraxen. Gemeinschaftsformen wie Primärversorgungseinrichtungen (PVEs) oder Gruppenpraxen nehmen zwar zu (durch RRF-Mittel gefördert), sind jedoch noch nicht flächendeckend ausgebaut. Der Weg der Patient:innen durch das System ist unklar, eine verbindliche Steuerung existiert nicht. Der „Best Point of Service“ wird selten erreicht.

Durchschnittlich werden 14 e-card-Steckungen pro Person und Jahr verzeichnet – ein Indikator für sehr hohe Arztkontakte. Viele davon entstehen ohne medizinische Notwendigkeit, etwa für Krankenstandsbestätigungen oder Rezeptverlängerungen. Gleichzeitig sind Notfallsambulanzen überlastet. Ursachen sind Mehrfachkonsultationen, Einzelleistungsvergütung ohne Anreiz für abschließende Behandlung in der Primärversorgung, pauschalierte Krankenhausfinanzierung ohne Anreiz zur Entlastung sowie eine unklare Patientenlenkung.

Rolle des Privatsektors

Der Privatsektor, insbesondere die Wahlarztmedizin, nimmt zu. Sie ermöglicht Leistungen „auf Wunsch“ gegen Bezahlung, führt aber zu einer Erwartungshaltung, die das öffentliche System nicht leisten kann und nicht leisten soll. Dies verstärkt die Ungleichheit im Zugang und die Fehlallokation von Ressourcen. Private Gesundheitsausgaben sind hoch, Österreich zählt europaweit zu den Ländern mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben (ca. 4.663 Euro im Jahr 2021). Der Anteil der Gesundheitsausgaben 2021 am BIP liegt bei 12,1% und liegt damit über dem EU-Schnitt von 11%.

5. KOSTEN-NUTZEN-BETRACHTUNG

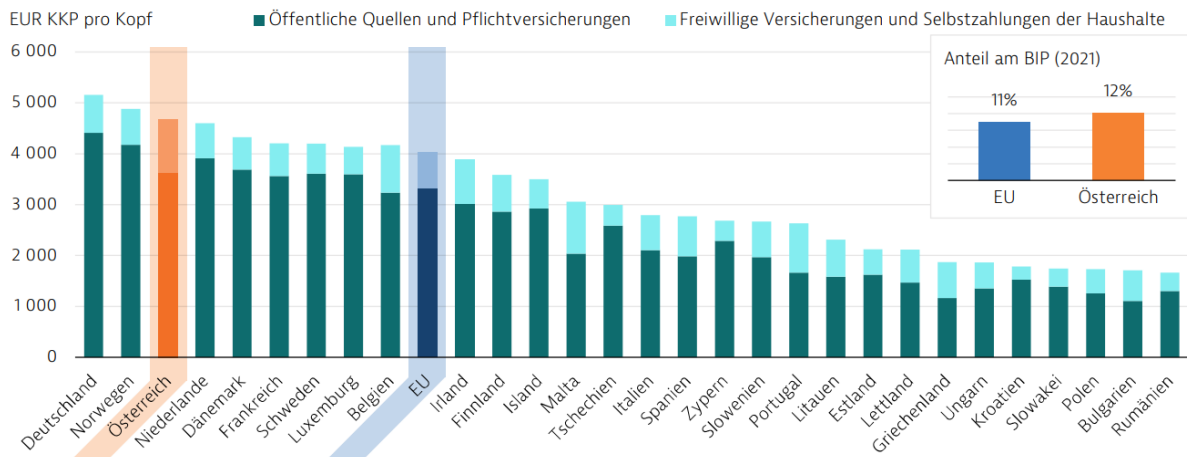
Positiv hervorzuheben sind die hohe Abdeckung mit medizinisch notwendigen Behandlungen, niedrige „unmet needs“ im internationalen Vergleich sowie ein hohes Maß an Versorgungszugang. Allerdings bestehen Wartezeiten und Wartelisten, die den Zugang verzögern können.

Die gesunden Lebensjahre bei Geburt sind in Österreich mit insgesamt 60,9 Jahren niedriger als der EU-Schnitt von 62,6 Jahren. Wie im EU-Schnitt verbringen Frauen mehr Lebensjahre in Gesundheit als Männer. Diese Indikatoren verdeutlichen, dass trotz hoher Investitionen in Ressourcen und Infrastruktur die Ergebnisse in Bezug auf Gesundheitserwartung und Lebensqualität noch verbesserungswürdig sind.

Der Ressourceneinsatz ist überdurchschnittlich, die Outcomes jedoch oft nur durchschnittlich. Österreich gibt überproportional viel für stationäre Versorgung aus, während Primärversorgung und Prävention vergleichsweise unterdotiert sind. Laut OECD und EU-Kommission (Health at a Glance, 2024) ist die Kosteneffektivität insbesondere im Spitalsbereich eingeschränkt. Doppelgleisigkeiten, Fragmentierung, ineffiziente Patientenwege und die Krankenhauszentrierung mindern die Effizienz. Studien zur Effizienz (z. B. Data Envelopment Analysis) zeigen, dass Österreich im Mittelfeld liegt, während Länder mit stärkerer ambulanter Versorgung bei gleichen Kosten bessere Ergebnisse erzielen.

Präventionsausgaben haben in den letzten Jahren zugenommen, doch gemessen am Bedarf (Zunahme chronischer Krankheiten, demografischer Wandel) bleibt Österreich unter seinen Möglichkeiten. Auch die Steuerung über Anreize – etwa im Finanzausgleich – ist bisher nur ansatzweise realisiert.

Grafik 14: Gesundheitsausgaben pro Kopf im internationalen Vergleich



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021, mit Ausnahme der Daten für Malta, die sich auf 2020 beziehen).

6. REFORMOPTIONEN/LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Im Folgenden werden die im Rahmen und im Nachgang des Workshops angesprochenen Vorschläge aggregiert und formfrei dargestellt. Die Auflistung soll damit einen Möglichkeitsraum von Maßnahmen und Reformen im österreichischen Gesundheitssystem darstellen, der sich aus den Beiträgen des Workshops ableitet. Dabei wurde explizit versucht, keine Wertung, Gewichtung oder Einschätzung durch den Fiskalrat durchzuführen.

6.1. FINANZIERUNG & STEUERUNG

Ziele: Finanzierung vereinfachen, Verantwortlichkeiten klarer verteilen, Reformanreize setzen, Ausgaben effizienter steuern.

Finanzierungsentflechtung & Rollen

- Stärkere Rolle des Bundes; Prüfung: Übertragung der KA (Krankenanstalten-Kompetenzen) an den Bund / stärkere Rolle durch §15a-Vereinbarungen.
- Entlassung der Gemeinden aus der Ko-Finanzierungsverantwortung.
- Aufgabenorientierung im Finanzausgleich (vertikal & horizontal zwischen Ländern).
- Klarere Aufgabenverteilung: Kompetenz- und Finanzierungsentflechtungen.
- Mittelpooling: je weniger Akteure, desto effizienter funktioniert das Risikopooling.

Vereinfachung & Reduktion von „Ping-Pong“

- Vereinfachung der Finanzierung: Ping-Pong zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich beenden.

- Kasseneigene Einrichtungen und gemeinnützige Einrichtungen mit umfassenden territorialen und fachlichen Versorgungsaufträgen statt „Rosinenmedizin“.

Spitalsfinanzierung

- „Geld folgt Leistung“ statt Pauschalbeträgen.

Einnahmen & Eigenbeteiligungen

- Erhöhung der Einnahmen schwierig, BIP-Wachstumsimpulse setzen (Produktivität, Regulierung reduzieren, Zugang zu Kapital verbessern, Anhebung Regelpensionsalter).
- Sozial verträgliche, aber spürbare Eigenbeteiligungen zur Zurückhaltung bei Bagatellfällen (z. B. Zeckenbiss, Erkältung).
- Zusatzmittel: Rolle privater Versicherungen (Gesundheit und Pflege) prüfen.
- Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzen: §133 ASVG „leben“ (klare Abgrenzung kassenpflichtiger Leistungen; darüber kassenfreier Raum).
- Rechnungshof-Empfehlungen zu Kostenbeiträgen / Kostenbeteiligungen.

Anreize & Finanzausgleich

- Reformanreize über Finanzausgleich setzen.
- Bereits jetzt Verhandlungen über Reformen für nächsten Finanzausgleich führen.

Haushaltssteuerung & Effizienz

- Spending Reviews: strukturierte, in Budgetprozess integrierte Haushaltsanalysen (seit 2017 in Österreich angewandt; ressort- bzw. gebietskörperschaftsübergreifende Teams; Berichte mit Empfehlungen an Politik).
- Effizienzanalysen, Evaluierungen, Wirkungsanalysen als verbindliche Entscheidungsgrundlage.
- Ressourcenplanung mit realistischem Blick auf Demografie und Volkswirtschaft (Vorhaltung planen; kein aktionistisches Einkaufen).
- Definition des Leistungsumfangs anhand von Health Technology Assessment (evidenzbasierter Prozess zur Bewertung von Gesundheitstechnologien).

Versicherungsmathematische Betrachtung

- ASVG versicherungsmathematisch prüfen: realistisch kalkulierte, stabile Ressourcen in Bezug auf Versichertenansprüche.

6.2. VERSORGUNG & STRUKTURREFORMEN

Ziele: Best Point of Care, Ambulantisierung, sektorenübergreifende Versorgung, Zentrenbildung, Ausbau Primärversorgung.

Grundprinzip

- „Digital vor ambulant vor stationär“ als Leitprinzip für Patient:innenströme, Versorgungspfad und Priorisierung des Best Point of Service.

Best Point of Care / abgestuftes Versorgungskonzept

- Abgestuftes Versorgungskonzept: verschiedene Stufen nach Intensität / Spezialisierung.
 - Primärversorgung (niedergelassen, PVE)
 - Spitalsambulanz / Fachambulanzen / Tageskliniken
 - Zentren für hochspezialisierte / hochmultidisziplinäre Leistungen (z. B. Onkologie)
- Konkretisieren, wo der Best Point of Service liegt (Nähe, Kosten, medizinische Priorität etc.)
— Kriterien endlich festlegen.

Zentren & Zentralisierung

- Zentralisierung bei hoher Multidisziplinarität: Zentren schaffen (Qualität steigt mit Fallzahlen; Innovationsdynamik).
- Spitalskooperationen, dislozierte Ambulanzen, Gesundheitszentren (FGZ, ZGZ).

Spitalsambulanz & stationärer Bereich

- Stärkung des spitalsambulanten Bereichs; Strukturreformen zur Weiterentwicklung spitalsambulanter Angebote (inkl. Telemedizin).
- Ziel: stationären Bereich entlasten / ergänzen oder in Teilen ersetzen (z. B. Schmerzversorgung, onkologische Versorgung, Wundversorgung, psychische Versorgung).
- Ausbau von Fachambulanzen und Tageskliniken.
- Qualität vor Quantität: Einleiten wichtiger Reformen zur nachhaltigen Ausrichtung des Spitalsbereichs.
- Seit 2019 verpflichtende Abrechnung des spitalsambulanten Bereichs nach LKF-Modell: Entlastung, aber gleichzeitig Verlagerung geringer Schweregrade im ambulanten Bereich → nominale & reale Kosten pro Belagstag stationär gestiegen.

Ambulantisierung & Verschiebepotenzial

- Ambulantisierung vorantreiben (analog vieler Länder, wo Telemedizin Rückgrat der Ambulantisierung bildet).
- Verlagerung von Leistungen in günstigere ambulante Settings nutzen (u. a. Tageskliniken, Fachambulanzen).

PVEs, Gruppenpraxen, Ambulatorien

- Quantitativer Ausbau: Schaffung von mehreren hundert zusätzlichen Kassenstellen, besonders als „vergemeinschaftete“ Formen (PVE).
- Qualitativer Ausbau: Verbesserung der Leistungserbringung und Modernisierung der Verträge.
- Verbindliche Planung von Kassenstellen in jedem Bundesland mit Regionalem Strukturplan Gesundheit.
- Genehmigung/Betrieb von Gruppenpraxen und Ambulatorien erleichtern.
- Erweiterung des Leistungsangebots z. B. zu Tagesrandzeiten und Wochenenden.

- Ausbaus der Primärversorgung mit Beteiligung der Spitalsträger in Form von Primärversorgungseinheiten (PVE) und Gesundheitszentren im Umfeld der Spitäler und Gleichstellung der Spitalsträger mit Bewerbern aus dem niedergelassenen Sektor im Rahmen des Vergabeverfahrens. In diesem Fall wurden im WS abweichende Meinungen geäußert.

Auflösung strikter Sektorgrenzen

- In den stationären Strukturen der Spitäler finden sich viele Patient:innen mit Sozialindikationen, die eigentlich keiner Spitalsbehandlung bedürfen, aber auf Grund fehlender Ressourcen im Pflegebereich nicht versorgt werden können).

Niederschwelligkeit & Patientenlenkung

- Gesundheitsberatung über die Rufnummer 1450 als niederschwellige, digitale Kontaktstelle / Steuerungsinstrument nutzen und ausbauen.
- Patientenlenkung: Infos über optimale Ansprechpartner und Wege; bessere Orientierung im System.
- Klare Festlegung und österreichweite Vereinheitlichung einzelner Services (Terminservice, Kinder-Hintergrundarzt etc.).
- Restriktionsfreie Zusammenarbeit aller Gesundheitsanbieter (z.B. Spitäler, Reha-Kliniken, Alten- und Pflegeheime, niedergelassener Bereich, Ambulatorien, Apotheken, PVE)

Maßnahmen zur Steuerung der Nachfrage

- Ambulanzgebühren, Facharztbesuche nur mit Überweisung oder selektives Abweisen von Patienten (als mögliche Instrumente diskutiert).
- Verbindlicher Primärversorgungspfad mit Steuerungsanreizen, dass Behandlung auf der niedrigsten möglichen Versorgungsstufe abgeschlossen wird.

Projekte in Regelversorgung überführen

- Projekte endlich in Regelversorgung bringen — Beispiele: öGTI / ELGA als gemeinsame Basis; Teledermatologie als Beispiel: langer Rollout-Weg (Steiermark).

6.3. DIGITALISIERUNG & INNOVATION

Ziele: E-Health als Backbone für Ambulantisierung und Integration; Telemedizin ausbauen; Daten für Steuerung nutzen.

E-Health & Telemedizin

- Ausbau Telemedizin (u. a. Rufnummerndienst 1450 ausbauen; digitale Angebots-Schaffung: digitale Arztkontakte, Terminbuchungssysteme).
- Telemedizinische Leistungen in spitalsambulantes Angebot integrieren.
- Elektronischer Befundaustausch, virtuelle Tumorboards und andere digitale Kommunikationsplattformen.

ELGA, nGDA & Dateninfrastruktur

- ELGA / öGTI als gemeinsame Basis zur Integration nutzen; langfristige Integration ins System sicherstellen.

- nGDA (Nachhaltige Gesundheits- und Datenanalyse) nutzen: elektronische Gesundheitsakte für interoperable Datennutzung, Datensicherheit, bessere Versorgungsqualität.
- Gesundheitsdaten für Steuerung, Evaluation, Priorisierung und Qualitätsmessung verwenden.

Digitale Gesundheitskompetenz & Patientenunterstützung

- Gesundheitskompetenz stärken, digital unterstützt.
- Informationsangebote zur Orientierung im System (wer ist der optimale Ansprechpartner, welche Wege sind möglich).

Innovation steuern

- Medizinischen Fortschritt kontrolliert einführen: Public-Health-Prüfung für neue Methoden; Möglichkeit der Preisverhandlung bevor neue Methoden zum klagbaren Behandlungsstandard werden.

Assessment-Instrumente & Bewertung

- Neue Assessment-Instrumente einführen (LVC — Low Value Care Identifikation; Spending Reviews; gesamtökonomische Bewertung).

6.4. QUALITÄT, EFFIZIENZ & OUTCOME

Ziele: Wirksamkeit der Ausgaben erhöhen, Low-Value-Care reduzieren, Diagnose-/Behandlungsprogramme stärken.

Low-Value-Care & Über-/Unter-/Fehlversorgung

- Vermeidung / Verringerung von Über-, Unter- & Fehlversorgung (Definitionen/Methodik z. B. Expert Group on HSPA).
- Systematische Identifikation von Low-Value-Care-Leistungen (z. B. Hinweise aus Studien: Hildebrandt et al. 2024 für DE; großzügige Aktivitäten im Krankenhausbereich, Bildgebung als Beispiele).
- Eliminieren konkreter Leistungen mit geringem Versorgungsnutzen (z. B. bestimmte Krankenschreibungen, Ohrenschalzentfernung etc.).

Strukturierte Diagnose- und Behandlungsprogramme

- Evidenzbasierte Versorgungsprogramme mit empirischer Wirksamkeit.
- Forcierung und Ausbau von E-Health; Algorithmen für gezielte, rasche Abklärung in der Primärversorgung.
- Elektronischer Befundaustausch und virtuelle multidisziplinäre Boards unterstützen diese Programme.

Leistungskataloge & Priorisierung

- Leistungskataloge durchforsten, priorisieren und Verschiebepotenzial nutzen.
- Priorisierung als Bestandteil der Budgetsteuerung; transparente Kriterien.

Effizienzsteigerungen

- Verstärktes Mittelpooling durch Reduktion der Anzahl an Versicherungsanstalten.
- Gemeinsamer strategischer Einkauf von z.B. medizinisch-technischen Geräten, Laborbedarf und Medikamenten.

Qualität vor Quantität

- Qualitätsoffensive im Spitalswesen: Fokus auf Outcome/Ergebnis statt reiner Fallzahlen.
- Entscheidungen sollen fachlich fundiert sein — Entscheidungen ohne fachlichen Vorschlag von Ministerien / Ämtern / Verwaltung sind unzulässig (starke Forderung nach fachlicher Absicherung).

6.5. PERSONAL & ARBEITSKRÄFTE

Ziele: Arbeitsangebot erhöhen, Fachkräfte halten, Ausbildung ausbauen, Arbeitsbedingungen attraktivieren.

Personaleinsatz & Arbeitszeit

- Arbeitszeit der Gesundheitsberufe: Verluste durch KA-AZG und Gehaltspakete angehen; vorhandene Arbeitsressourcen besser nutzen.
- Öffentlich ausgebildete Gesundheitsberufe verpflichtend im öffentlichen System einsetzen (ähnlich der „Verfahrenshilfe“ bei Rechtsanwälten).
- Grenzen zwischen Berufsbildern anpassen, um die Verlagerung bestimmter Aktivitäten / Leistungen von teureren Berufsgruppen zu günstigeren zu ermöglichen.

Attraktivität & Ausbildung

- Arztberuf attraktiver machen.
- Genehmigte Ausbildungsstellen besetzen.
- Lösung mit Deutschland bzgl. Studienplätzen prüfen (Kooperationen) — ggf. Studienplätze austauschen.
- Nostrifikation beschleunigen (Anerkennung ausländischer Qualifikationen).
- Ärzteausbildungsordnung aus 2015 sollte evaluiert und weiterentwickelt werden.

Personalplanung & Demografie

- Nachhaltige Personalplanung: SV (Sozialversicherung) und Krankenanstalten müssen Einstellungen/Planungen auf den demografisch bedingten Anstieg der Nachfrage vorbereiten.
- Realistische Ressourcenplanung (Vorhaltung, kein Aktionismus).

GuK (Gesundheits- und Krankenpflege-)Personal & Karrierewege

- GuK-Personal in Österreich halten und stärken.
- Karrierepfade, Ausbildungskapazitäten, Gehaltspakete und Arbeitsbedingungen verbessern.

Restriktionsfreie Zusammenarbeit aller Gesundheitsdiensteanbieter

- Ineffizienzen durch Parallelstrukturen in den unterschiedlichen Sektoren auflösen

6.6. PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Ziele: Gesunde Lebensjahre erhöhen, Prävention als Kernstrategie stärken.

Prävention

- Mehr Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung (Verhaltens- und Verhältnisprävention).
- Mehr gesunde Lebensjahre als Ziel — konkrete Präventionsprogramme fördern.

Eigenverantwortung

- Prävention und Eigenverantwortlichkeit pushen (z. B. Gesundheitskompetenz, Eigenbeteiligungen für Bagatellfälle).

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

- Stärkung des ÖGD: Deutungshoheit über Notwendiges vs. Gewünschtes, Rolle in der Steuerung, Prioritätensetzung und Ressourcenallokation.

6.7. GOVERNANCE, PROZESSE & UMSETZUNG

Ziele: Entscheidungsfähigkeit wiederherstellen, Reformfähigkeit erhöhen, Verantwortlichkeiten klar machen.

Systemsteuerung & Entscheidungsprozesse

- System lähmt sich derzeit selbst: Entscheidungen dauern zu lange wegen Eigeninteressen einzelner Player — Reformhemmnisse abbauen.
- Entscheidungen müssen fachlich fundiert sein; Ministerien / Ämter / Verwaltung liefern qualifizierte Vorschläge.
- Stärkere Verbindlichkeit bei Reformumsetzungen (z. B. durch rechtliche / vertragliche Vorgaben, 15a-Vereinbarungen, Finanzausgleichs-Anreize).

Aufgabenreform & Learning

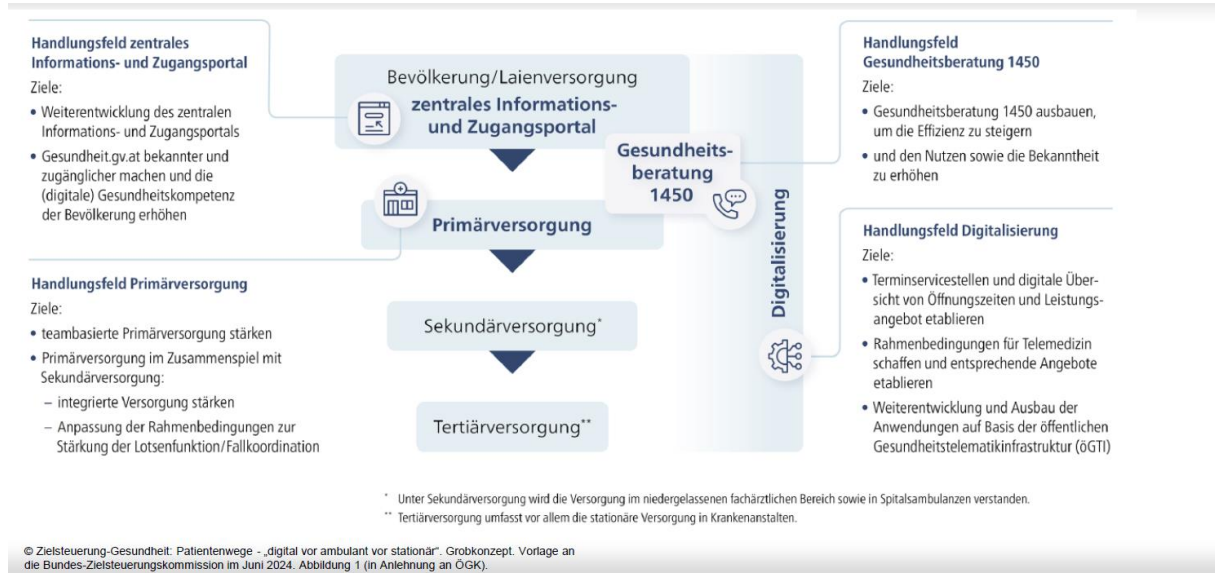
- Aufgabenreform: Effizienz und Austausch zwischen Bundesländern stärken — „voneinander lernen“.
- Austausch best-practices, gemeinsame Projekte, regionale Strukturpläne.

Regulatorische Anpassungen

- Regulierung reduzieren, Zugang zu Kapital verbessern (um Wirtschaftswachstum & Produktivität als langfristige Einnahmequellen zu fördern).
- EU-Verordnungen und Richtlinien (bspw. Lieferkettengesetz CSDDD, Medientransparenzgesetz, MDR/IVDR, Nachhaltigkeitsberichterstattung CSRD samt EU-Taxonomie, ESG, CSRD, CSDDD, Restrukturierung des ÖSG, UVP-Verfahren für Spitäler) führen zu hohem Ressourcenbedarf der Spitalsträger. Hier könnte über Ausnahmeregelungen nachgedacht werden.

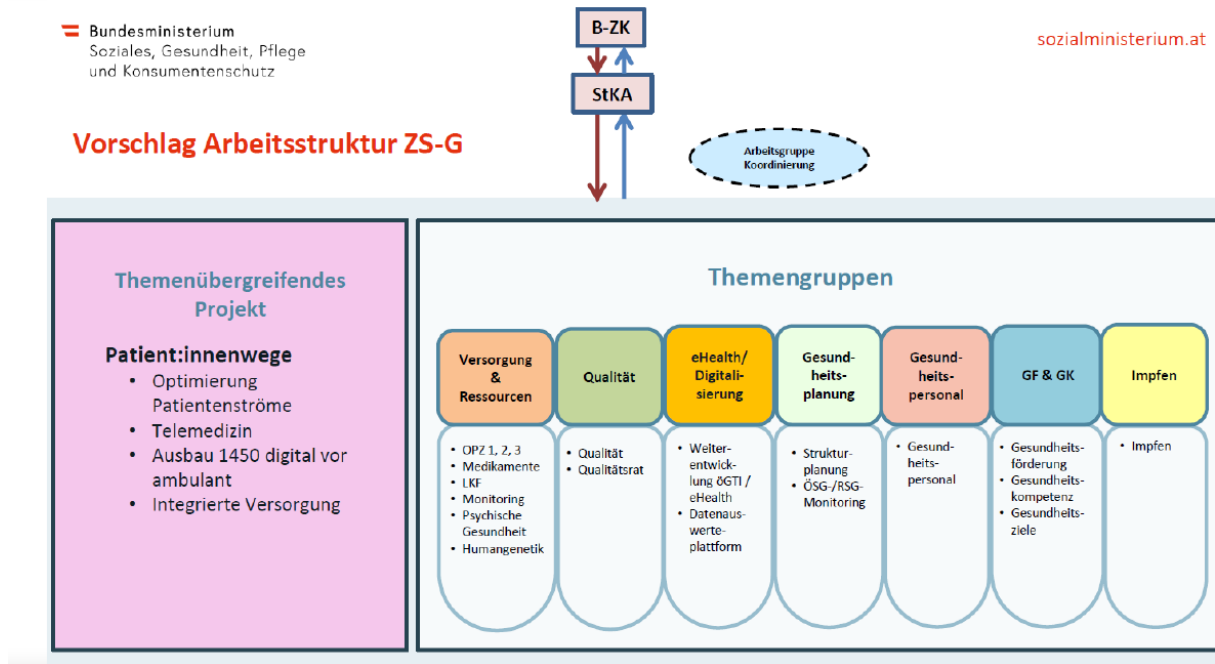
Anhang:

Zielbild der Patientenlenkung



Quelle: Koren, FISK-WS, 2025.

Vorschlag für die Arbeitsstruktur der Zielsteuerung Gesundheit



Quelle: Koren, FISK-WS, 2025.

7. LITERATUR

Bachner, F. (2025). Problemlage und nötige Reformen aus Sicht des Bundes. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Badelt, C. (2025). Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? Status quo und Reformoptionen. FISK-Workshop. September 2025.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). Zielsteuerung-Gesundheit – Monitoringberichte 2024.

Bundesministerium für Finanzen (2022). Langfristige Budgetprognose 2022.

Czypionka, T. (2025). Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Status quo und Problemlage. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Europäische Kommission (2024). 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070).

Europäische Kommission und OECD (2024). Health at a Glance. Europe 2024.

Fiskalrat (2025). Bericht über die fiskalische Nachhaltigkeit 2025.

Hammer, B. (2015). National transfer accounts by education: Austria 2010. AGENTA Working Paper 2/2015.

Hochgerner, J. (2025). Reformthemen Gesundheit. Wege durch die demografische Steilwand im Zeitalter moderner Hochleistungsmedizin. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Koren, M. (2025). Gesund reformiert. Problemlage und nötige Reformen aus Sicht des Gesundheitsfonds Steiermark. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

König, E. (2025). Zukunft der Gesundheitsversorgung. Problemlage und nötige Reformen. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Mitterer, K. (2025). Problemlage und nötige Reformen aus Sicht der Länder und Gemeinden. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

OECD (2023). Health Statistics 2023.

Ostermann, H. (2025). Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? Status quo und Reformoptionen. September 2025.

Reich, K. (2025). Problemlage und nötige Reformen aus Sicht des Bundes. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Stärker, L. (2025). Problemlage und nötige Reformen aus Sicht der Ärztekammer. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Weinrichter, N. (2025). Überlegungen zu Reformoptionen im Gesundheitssystem. FISK-Workshop: Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? September 2025.

Zeuner, A. (2025). Wie bleibt unser Gesundheitssystem finanzierbar? Status quo und Reformoptionen. FISK-Workshop. September 2025.