

Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich

Endbericht

Michael Fuchs (Europäisches Zentrum)
David Conforti (Europäisches Zentrum)
Martin Schenk (Diakonie Österreich)

im Auftrag der ÖGK

Wien, Jänner 2026



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Zugang zu Krankenversicherungsschutz	7
2.1	Pflichtversicherung	7
2.2	Freiwillige Versicherung	10
2.3	Sozialhilfe und Bedarfsorientierte Mindestsicherung	12
2.4	Sonstige Aspekte	15
2.4.1	Anspruchsberechtigung nach dem Ausscheiden aus der Versicherung	15
2.4.2	EU-Bürger:innen und Personen aus Drittländern	15
2.4.3	Maßnahmen zur Inklusion in die Krankenversicherung seit 2004	18
3	Analyse Administrativdaten (Ende 2024)	20
3.1	Personen, die eine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, die der Sozialversicherung gleichgestellt ist	20
3.1.1	Personen mit Leistungsanspruch bei den Krankenfürsorgeanstalten	20
3.1.2	Kammerzugehörige Freiberufler:innen	20
3.1.3	Grundwehrdiener	25
3.1.4	Insass:innen in Justizvollzugsanstalten	25
3.2	Abgrenzung Wohnbevölkerung und versicherte/geschützte Personen	26
3.2.1	Grenzgänger:innen und sonstige grenzüberschreitende Aspekte	26
3.2.2	Asylwerber:innen und Personen in Grundversorgung	29
3.3	Quantifizierung von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen	30
3.4	Sozio-demographische Merkmale von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen	32
3.4.1	Alter und Geschlecht	33
3.4.2	Wohnsitz Wien vs. Nicht-Wien und Geschlecht	35
3.4.3	Staatsbürgerschaft (Anmerkung)	35

3.5	Unterschiede zu publizierten Daten im Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung für 2024	36
3.6	Vergleich der Ergebnisse mit den Studien für 2003 und 2015	37
4	Erhebung in Einrichtungen (2025) und sonstige Informationen	39
4.1	Studierenden-Sozialerhebung.....	39
4.2	„Niederschwellige“ Behandlungseinrichtungen	40
4.2.1	Amber Med Wien	40
4.2.2	Marienambulanz Graz	42
4.2.3	Virgilambulanz Salzburg.....	43
4.2.4	Medcare(e) Innsbruck.....	43
4.2.5	neunerhaus Wien.....	44
4.3	Ergebnisse	44
4.3.1	Anzahl (unversicherte) Personen bzw. Klient:innen.....	44
4.3.2	Sozio-demographische Merkmale	45
4.3.3	Jemals aufgetretene bzw. frühere Perioden einer Nicht- Versicherung.....	53
4.3.4	Dauer einer Nicht-Versicherung	54
4.3.5	Ursachen für Nicht-Versicherung	54
4.3.6	Potentielle Eingliederung in die Krankenversicherung.....	59
4.3.7	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	62
4.3.8	Sozio-demographische Merkmale, Ursachen und potentielle Eingliederung im Zeitvergleich	65
5	Zusammenfassung	67
6	Quellen.....	74
6.1	Literatur.....	74
6.2	Telefonate und Mailverkehr	78
7	Anhang.....	79

1 Einleitung

Die Krankenversicherung hat in Österreich den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. Diese knüpft an Erwerbstätigkeit bzw. die Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes an; der Krankenversicherungsschutz erstreckt sich aber auch auf anspruchsberechtigte Angehörige (abgeleiteter Versicherungsschutz) sowie auf freiwillig Selbstversicherte. In den letzten Jahren wurden mehrere politische Maßnahmen gesetzt, um den Einbezug von Personen in die Krankenversicherung zu forcieren. Dazu zählen die Einführung der Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde, die Erweiterung von Schutzfristen, die Bereitstellung einer eigenen Krankenversicherung auch bei Verlust der Notstandshilfe aufgrund der Höhe des Partner:inneneinkommens sowie der Einbezug auch von Bezieher:innen der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung in die Krankenversicherung.

Obwohl der Krankenversicherungsschutz relativ umfassend ausgestaltet ist, fallen an den Rändern des Systems Personen in außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen aus dem Schutzbereich der Versicherung. Es handelt sich dabei um eine fluktuierende Anzahl von Personen, die aus unterschiedlichsten Gründen von der Krankenversicherung nicht (mehr) erfasst werden: Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information (Riffer/Schenk 2015). Hinzu kommen Menschen aus Ländern der Europäischen Union sowie aus Drittländern, die in Österreich nicht erwerbstätig sind und auch über keine Sozialleistungsansprüche verfügen, sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Das Ausmaß der Nicht-Versicherung in Österreich wurde bereits durch zwei vom BMGF/BMSG bzw. Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenen Studien für die Jahre 2003 (Fuchs et al. 2003) bzw. 2015 (Fuchs et al. 2017) erfasst. Die vorliegende, im Auftrag der ÖGK, verfasste Studie unterzieht das Phänomen anhand aktueller Daten einer erneuten wissenschaftlichen Betrachtung und aktualisiert die Kenntnisse über den Umfang bzw. die Zusammensetzung jenes Personenkreises, der über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt, wiederum vor allem an vier Ansatzpunkten:

- 1 Genauere Abgrenzung der Kalkulationsgrößen zur Feststellung von nicht-versicherten Personen, i.e. Wohnbevölkerung auf der einen Seite und als versichert bzw. anderweitig geschützt registrierte Personen auf der anderen Seite auf Basis von administrativen Daten für Ende 2024 bzw. Anfang 2025. Der Schwerpunkt liegt dabei bei den folgenden vier Gruppen von Personen:
 - Kammerzugehörige Freiberufler:innen und deren Angehörige mit ausschließlich privatrechtlicher Krankenversicherung;

- Grundwehrdiener;
 - Insass:innen in Justizvollzugsanstalten;
 - einpendelnde bzw. auspendelnde Grenzgänger:innen und deren Angehörige.¹
- 2** Zur Beschreibung von betroffenen Subgruppen, erneute Einsicht in die Zusammensetzung der nicht-krankenversicherten Personen (zentrale sozio-demographische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft, Wohnsitz Wien vs. Nicht-Wien) ebenfalls auf Basis von Administrativdaten für Ende 2024 bzw. Anfang 2025.
- 3** Unter Einsatz einer Befragung von nicht-versicherten Personen in niederschweligen Einrichtungen in Wien, Graz, Salzburg und Innsbruck im Laufe des Jahres 2025) erneute Einsicht in weitere sozio-demographische Merkmale von Betroffenen (Bildung, Familienstand, Erwerbstätigkeit, Einkommen, etc.), in die Ursachen für und die Dauer von Nicht-Versicherung, in die potentielle Eingliederung in die Krankenversicherung in absehbarer Zeit sowie in die Versorgungspraxis bzw. die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von nicht-versicherten Personen.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

Abschnitt 2 widmet sich aus vorwiegend juristischer Sicht dem Zugang zu Krankenversicherungsschutz in Österreich über Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung und Sozialhilfe.

Die Analysen auf Basis von administrativen Daten in Abschnitt 3 basieren im Wesentlichen auf Daten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger und von Statistik Austria. Diese wurden auf vorausgehende Auswertungen der Anspruchsberechtigendatenbank durch die Statistikabteilung des Dachverbands aufgebaut.

Die Ergebnisse der Befragung von nicht-krankenversicherten Personen in niederschweligen Einrichtungen in Abschnitt 4 dienen zur Ergänzung des Wissenstands der Analyse der Administrativdaten. Die Jahresberichte der Einrichtungen für 2024 bzw. für das zuletzt verfügbare Jahr wurden für zusätzliche Informationen herangezogen. Weiters wurde in Abschnitt 4 die Studierenden-Sozialerhebung 2019² als ergänzen-

¹ Die beiden Größen Wohnbevölkerung und versicherte Personen sind nicht zu 100% kompatibel, da eine Versicherung in der österreichischen Krankenversicherung auch bei einem Auslandswohnsitz erworben werden kann; umgekehrt kann bei einem Wohnsitz in Österreich auch die (ausschließliche) Abdeckung über eine ausländische Krankenversicherung vorliegen.

² Die jüngste Erhebung 2023 enthält keine Information zum Nicht-Vorliegen einer Krankenversicherung bei Studierenden.

de Datenquelle zum Nicht-Vorliegen einer Krankenversicherung bei Studierenden verwendet.

2 Zugang zu Krankenversicherungsschutz

Abschnitt 2 widmet sich aus vorwiegend juristischer Sicht dem Zugang zu Krankenversicherungsschutz in Österreich über Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung und Sozialhilfe.

2.1 Pflichtversicherung

Die Krankenversicherung hat in Österreich den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. Diese knüpft an Erwerbstätigkeit³ bzw. die Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes an. Regelungen über den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in mehreren Gesetzen. Versichert sind nach dem

- Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG): Unselbständig Erwerbstätige (Arbeiter:innen und Angestellte), Personen mit freien Dienstverträgen, Lehrlinge, Heimarbeiter:Innen, Pensionist:innen nach dem ASVG, Bezieher:innen diverser Geldleistungen (Arbeitslosenversicherung, Rehabilitationsgeld, Übergangsgeld, Familienzeitbonus [für Geburten ab 1.3.2017], Kinderbetreuungsgeld, Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung [seit 1.9.2010]);
- Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG): Dienstnehmer:innen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (soweit nicht eine Krankenfürsorgeanstalt zuständig ist), „Neue“ Vertragsbedienstete bei Bund, Länder und Gemeinden, Lehrlinge und freie Dienstnehmer:innen des öffentlichen Dienstes, Unselbständig Erwerbstätige (Arbeiter:innen und Angestellte) in Bergbau- und Eisenbahnbetrieben, öffentliche Mandatar:innen, Bezieher:innen von Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis („pensionierte“ Beamte:innen und deren Hinterbliebene), Bezieher:innen diverser Geldleistungen (Rehabilitationsgeld, Übergangsgeld, Kinderbetreuungsgeld, Familienzeitbonus etc.);
- Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz (GSVG): selbständig Erwerbstätige (Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft), neue Selbständige, bestimmte Gesellschafter:innen von Personal- oder Kapitalgesellschaften, sofern diese Gesellschaften Mitglied der Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind, Pensionsbezieher:innen nach dem GSVG, Bezieher:innen diverser Geldleistungen (Übergangsgeld, Familienzeitbonus, Kinderbetreuungsgeld, etc.);

³ Seit 1998 sind grundsätzlich alle Erwerbseinkommen in die Sozialversicherung und damit auch in die Krankenversicherung einbezogen.

- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG): Bauern und Bäuerinnen (Betriebsführer:innen), hauptberuflich mittätige Familienangehörige (Ehepartner:innen, Kinder, Übergeber:innen von Betrieben), Pensionsbezieher:innen nach dem BSVG, Bezieher:innen diverser Geldleistungen (Übergangsgeld, Familienzeitbonus, Kinderbetreuungsgeld, etc.) (Dachverband 2025).

Weiters sind in den Krankenversicherungsschutz auch die Kriegshinterbliebenen und die Asylwerber:innen (seit 1.1.1992) einbezogen.

Für Arbeitnehmer:innen besteht eine ASVG-Pflichtversicherung ab einem Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze (2025: EUR 551,10 pro Monat).

Bei Tätigkeiten mit Gewerbeschein, i.e. Mitglieder der Wirtschaftskammer (Gewerbetreibende) sowie bestimmte Gesellschafter:innen (sofern nicht nach ASVG versichert) besteht eine GSVG-Pflichtversicherung u.a. in der Krankenversicherung, sofern nur eine einzige versicherungspflichtige Berechtigung aufrecht ist (SVS 2025a).

Auf Antrag besteht für Gewerbetreibende und Inhaber:innen einer Konzession (nicht: Gesellschafter:innen) wegen „geringfügiger“ Einkünfte (2025: maximal EUR 6.613,20 jährlich) die Möglichkeit, sich über einen Antrag von der Pflichtversicherung ausnehmen zu lassen,⁴ wenn weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- Maximale Vorversicherungszeit (innerhalb der letzten 60 Kalendermonate nicht mehr als zwölf Kalendermonate nach dem GSVG/FSVG pflichtversichert); oder
- Überschreiten einer Altersgrenze (2025: spätestens am 31.12.1964 geboren und zumindest das 61. Lebensjahr bereits vollendet) und Umsätze übersteigen nicht EUR 55.000 im Jahr; oder
- das 57. Lebensjahr bereits vollendet und in den fünf Jahren vor Antragstellung Umsätze unter EUR 35.000 (2020-2024) bzw. unter EUR 55.000 (ab 2025) (SVS 2025a; 2025b).

Als Freiberufler:in (für die speziellen Regelungen zur Krankenversicherung für kammerzugehörige Freiberufler:innen siehe 3.1.2) oder „neue:r Selbständige:r“⁵ ist Voraussetzung für die GSVG-Pflichtversicherung u.a. in der Krankenversicherung, dass die steuerlichen Einkünfte aus der selbständigen (betrieblichen) Tätigkeit über einem bestimmten Grenzwert („Versicherungsgrenze“; 2025: EUR 6.613,20 jährlich) liegen und dass aufgrund dieser Tätigkeit nicht bereits eine Pflichtversicherung (z.B. nach ASVG, FSVG) besteht. Der Grenzwert gilt unabhängig davon, ob die selbständi-

⁴ Die Ausnahme betrifft nicht die gesetzliche Unfallversicherung nach ASVG.

⁵ Ausübung einer selbständigen betrieblichen Tätigkeit, für die es keinen Gewerbeschein gibt (z.B. Kunstschaffende, Vortragende, Gutachter:innen, Psycho- und Physiotherapeut:innen, Psycholog:innen, Journalist:innen, Krankenpfleger:innen, erwerbstätige Gesellschafter:innen), und keine Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen beruflichen Interessenvertretung.

ge Tätigkeit haupt- oder nebenberuflich ausgeübt wird, oder ob sie die einzige Einkommensquelle darstellt. (SVS 2025a; SVS 2025c).

Selbständig tätige Kunstschaffende können, in Abhängigkeit von Inhalt und Ausgestaltung des jeweiligen Vertrages mit den Auftraggeber:innen, nur als echte:r Dienstnehmer:in nach dem ASVG oder als Selbständige:r nach dem GSVG versichert sein. Der Künstler:innen-Sozialversicherungsfonds hilft selbständig erwerbstätigen Künstler:innen, die notwendigen Mittel für ihre Sozialversicherung aufzubringen, und leistet nach Bewilligung eines Antrags Zuschüsse zu den Beiträgen (SVS 2025c).

Als selbstständig erwerbstätige:r Betriebsführer:In eines land- bzw. forstwirtschaftlichen Betriebes besteht bei einem Einheitswert von mehr als EUR 1.500,- u.a. eine verpflichtende Krankenversicherung. Auch bei einem geringeren Einheitswert kann eine Pflichtversicherung bestehen, wenn der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Betrieb bestritten wird. Darüber hinaus besteht eine Pflichtversicherung auch für Gesellschafter:innen einer OG und persönlich haftende Gesellschafter:innen einer KG, sofern der Unternehmensgegenstand die Führung eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes ist. Die SVS (Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen) ist auch zuständig für hauptberuflich beschäftigte Familienangehörige (Ehegatt:innen, eingetragener Partner:innen sowie Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern), wenn der land(forst)wirtschaftliche Betrieb im Inland liegt. Die Krankenversicherung der hauptberuflich beschäftigten Kinder beginnt erst mit dem vollendeten 15. Lebensjahr (SVS 2025a; 2025d).

Die individuelle Beitragsgrundlage zur Krankenversicherung für Mitglieder der Wirtschaftskammer, Freiberufler:innen, Neue Selbständige und Bäuer:innen bewegt sich innerhalb der Mindest- und Höchstbeitragsgrundlage der Krankenversicherung (2025: EUR 551,10-7.525,00 pro Monat).⁶ Es ist somit ein monatlicher Mindestbeitrag auf Basis der Mindestbeitragsgrundlage bzw. Versicherungsgrenze zu zahlen (2025: EUR 37,48 pro Monat) (SVS 2025a; 2025c).

Die Krankenversicherung schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch deren Angehörige, insbesondere Ehegatt:innen, eingetragene Partner:innen und Kinder⁷ von ASVG-, B-KUVG-, GSVG- und BSVG-Versicherten. Die Anspruchsberechtigung als Angehörige (sogenannte „Mitversicherung“) setzt voraus, dass die betreffenden Personen ohne eigenen Versicherungsschutz sind. Seit 1.1. 2001 ist jedoch für bestimmte erwachsene „mitversicherte“ Angehörige (Ehegatt:in, eingetragene Partner:in, haushaltsführende Angehörige), die sich nicht der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder widmen oder sich durch min-

⁶ Ausnahme: Bei Mehrfachversicherung kann die Mindestbeitragsgrundlage unterschritten werden.

⁷ Eine beitragsfreie „Mitversicherung“ besteht grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (etwa Schulbesuch oder erfolgreiches Studium) ist über Antrag eine Verlängerung bis maximal zur Vollendung des 27. Lebensjahres möglich.

destens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet haben, die Angehörigeneigenschaft beitragspflichtig und ein Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung vorgesehen. Bei Stiefkindern und Pflegekindern sind neben dem gemeinsamen Haushalt weitere Voraussetzungen erforderlich (Dachverband 2025; ÖGK 2025a).

2.2 Freiwillige Versicherung

Für nicht von einer Pflichtversicherung erfasste Personen gibt es seit 1998 die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung (Selbstversicherte nach dem ASVG und B-KUVG, Weiterversicherte nach dem GSVG und BSVG) (Dachverband 2025) zu einem Beitrag, der auf Basis von monatlichen Mindestbeitragsgrundlagen berechnet wird.⁸ Bei der Selbstversicherung nach dem ASVG gibt es vier Möglichkeiten:

- Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (§19a ASVG): Die Geringfügigkeitsgrenze beträgt EUR 551,10 (2025), der monatliche Beitrag (für Kranken- und Pensionsversicherung) EUR 77,81 (2025) pro Monat. Wenn bei der erstmaligen Inanspruchnahme der Versicherung der Antrag innerhalb von sechs Wochen nach dem Beginn der geringfügigen Beschäftigung gestellt wird, tritt der Beginn der Selbstversicherung rückwirkend ein. Es besteht ein Anspruch auf Sachleistungen (z.B. ärztliche Hilfe, Heilmittel, Medikamente, Krankenhausaufenthalte) und unter bestimmten Voraussetzungen auch auf Geldleistungen (Krankengeld, Wochengeld). Angehörige sind, wie bei einer Pflichtversicherung, ebenfalls „mitversichert“ (ÖGK 2025a).
- Bei der Selbstversicherung für Studierende ist bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen ein begünstigter Beitrag von EUR 73,48 (2025) pro Monat zu entrichten. Voraussetzung ist die Eigenschaft als ordentliche:r Hörer:in.⁹ Es sind höchstens zwei Studienwechsel, spätestens jeweils nach dem zweiten Semester zulässig. Die Studiendauer darf ohne wichtige Gründe (z.B. Präsenzdienst, Zivildienst, Geburt eines Kindes) nicht um mehr als vier Semester überschritten worden sein. Es darf vor dem neuerlichen Studium i.d.R. kein Hochschulstudium absolviert worden sein. Das Einkommen pro Kalenderjahr darf höchstens EUR 17.212,- (2025) betragen. Wenn der Antrag innerhalb von sechs Wochen nach Ende einer gesetzlichen Krankenversicherung (oder Anspruchsberechtigung als Angehö-

⁸ Für geringfügig Beschäftigte gekoppelt mit einer Pensionsversicherung, für Selbständige mit einer Unfallversicherung.

⁹ Alternativ Besuch von Lehrveranstaltungen, Hochschulkursen oder -lehrgängen, die der Vorbereitung auf Hochschulstudium dienen; zur Studienberechtigungsprüfung zugelassen und zur Vorbereitung auf diese Prüfung Besuch von Kursen bzw. Lehrgängen an Universitäten, Hochschulen oder Einrichtungen der Erwachsenenbildung; Studium an der Diplomatischen Akademie in Wien; Vorliegen eines Studienabschlusstipendiums.

rig:e:r) gestellt wird, beginnt die Selbstversicherung mit dem Tag nach Ende dieser Versicherung. Es besteht Anspruch auf sämtliche Sachleistungen, jedoch nicht auf Kranken- oder Wochengeld (ÖGK 2025b).

- Als dritte Form der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG steht die allgemeine Selbstversicherung zur Verfügung. Der Beitrag (2025: EUR 526,79 pro Monat) ist grundsätzlich auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage zu entrichten, kann jedoch auf Antrag einkommensbedingt unter bestimmten Voraussetzungen herabgesetzt werden (Ermessensentscheidung der ÖGK). Es besteht Anspruch auf Sachleistungen, Geldleistungen wie Kranken- und Wochengeld sind im Versicherungsumfang nicht enthalten. Ohne Nachweis eines qualifizierten Ausmaßes an Vorversicherungszeiten¹⁰ können Leistungen aus der Selbstversicherung grundsätzlich erst ab dem siebenten Monat in Anspruch genommen werden. Wenn bisher eine Pflichtversicherung nach GSVG oder BSVG bestand oder eine Krankenversicherung bei einer zur Pflichtversicherung geschaffenen Versorgungseinrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung, kann die Selbstversicherung erst 60 Kalendermonate nach dem Ausscheiden aus einer dieser Versicherungen abgeschlossen werden (ÖGK 2025c).
- Als begünstigte Versicherungen bei Pflege steht zum einen die freiwillige Selbstversicherung in der Krankenversicherung für pflegende Angehörige mit sozialer Schutzbedürftigkeit zur Verfügung. Diese kann bei der ÖGK beantragt werden, wenn eine Erwerbstätigkeit aufgrund der Intensität der Pflege eines:r nahen Angehörigen (teilweise) aufgegeben werden muss, und wenn soziale Schutzbedürftigkeit vorliegt. Die Beiträge werden vom Bund übernommen. Zum anderen gibt es die Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes. Diese steht für Pflegepersonen zur Verfügung, die sonst keine Möglichkeit haben, einen Krankenversicherungsschutz zu erlangen. Es besteht keine Wartefrist, auch nicht unmittelbar in Anschluss an eine Pflichtversicherung nach GSVG oder BSVG bzw. an eine Selbstversicherung nach GSVG (SVS 2025d).

Bei Freiberufler:innen (für die speziellen Regelungen zur Krankenversicherung für kammerzugehörige Freiberufler:innen siehe 3.1.2) oder „neuen Selbständigen“ erfolgt die Feststellung der Pflichtversicherung entweder nachträglich, wenn der Einkommensteuerbescheid für das betreffende Kalenderjahr vorliegt und die Versicherungsgrenze (2025: EUR 6.613,20 jährlich) überschritten wird, oder es kann aufgrund eines Antrags auf „Opting-in“ bzw. einer Erklärung, dass die Einkünfte voraussichtlich über der Versicherungsgrenze liegen werden („Überschreitungserklä-

¹⁰ Es ist unmittelbar vor der Selbstversicherung für wenigstens durchgehend sechs Wochen oder in den letzten zwölf Monaten vor Versicherungsbeginn für mindestens 26 Wochen eine gesetzliche Krankenversicherung bzw. eine Anspruchsberechtigung als Angehörige:r nachzuweisen. Wird in diesem Fall der Antrag innerhalb von sechs Wochen nach deren jeweiligen Ende gestellt, beginnt die Selbstversicherung mit dem Tag nach dem Ende dieser Versicherung.

rung“), ein sofortiger Krankenversicherungsschutz erlangt werden. Versicherungsschutz und Beitragspflicht bestehen unabhängig von der Höhe der Einkünfte für die Dauer der Überschreitungserklärung. Ohne „Überschreitungserklärung“ besteht bei (nachträglich festgestellten) Einkommen unter der Versicherungsgrenze eine Ausnahme von der Pflichtversicherung (SVS 2025a; SVS 2025c).

Für eine freiwillige Weiterversicherung bei selbständig tätigen Personen soll hier beispielhaft kurz die Situation im BSVG dargestellt werden: bei Vorliegen einer gewissen Vorversicherungszeit (26 Wochen innerhalb der letzten zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden sechs Wochen) besteht die Möglichkeit, innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende der Pflichtversicherung eine freiwillige Weiterversicherung in der Krankenversicherung zu beantragen. Eine derartige Weiterversicherung ist auch für „mitversicherte“ Angehörige nach dem Tod des:der Hauptversicherten möglich. Der monatliche Beitrag (auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage) beträgt EUR 575,66 Euro (2025), kann aber aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse auf Antrag bis zu einem Mindestbeitrag von EUR 77,30 herabgesetzt werden (SVS 2025d).

2.3 Sozialhilfe und Bedarfsorientierte Mindestsicherung

Von der Konzeption her sollte das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes subsidiär durch die im Rahmen der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung der Länder gewährte Krankenversicherung weitgehend aufgefangen werden.

Die Bund-Länder-Vereinbarung zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung ist Anfang Dezember 2010 in Kraft getreten und Ende 2016 ausgelaufen. Da eine neue Vereinbarung nicht zustande kam, oblag die Ausgestaltung der Mindestsicherung seit Anfang 2017 ohne Berücksichtigung eines gemeinsamen Rahmens wieder zur Gänze den Ländern (vergleichbar der Situation bei der Sozialhilfe bis 2010). Nach Inkrafttreten des Sozialhilfe-Grundsatzgesetzes am 1. Juni 2019, wurde dieses in sieben Ländern (Burgenland, Kärnten, Nieder- und Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg) bislang zur Gänze umgesetzt, in Tirol und Wien sind die Mindestsicherungsgesetze weiter in Kraft (BMASGPK 2025; Pratscher 2023).

Die Mindestsicherung ist primär darauf ausgerichtet, Armut und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen bzw. zu vermeiden. Die wesentliche Zielsetzung der Sozialhilfe ist die Unterstützung bei der Sicherung des Lebensunterhalts und des Wohnbedarfs. Vermeidung bzw. Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung kommt im Bundesgesetz nicht vor, wird aber in fünf Ausführungsgesetzen der Länder (nicht: Steiermark) explizit auch als Zielsetzung genannt.

Ein Anspruch besteht bei entsprechender Bedürftigkeit (Einkommens- und Vermögensprüfung). Zudem sind die Aufenthaltsdauer und der Aufenthaltsgrund maßgeblich (vgl. auch 2.4.2).

Mindestsicherung und Sozialhilfe basieren auf dem Bedarfs- bzw. Bedürftigkeitsprinzip und dem Grundsatz der Subsidiarität: Es besteht nur dann ein Anspruch, wenn die Grundbedürfnisse nicht (ausreichend) durch eigene Mittel (Einkommen, Vermögen) und/oder über vorrangige (Sozial-)Leistungsansprüche (Pension, Arbeitslosengeld, Unterhalt etc.) abgedeckt werden können. Das impliziert i.d.R. sowohl den Einsatz der eigenen Arbeitskraft (bei arbeitsfähigen Personen) als auch die Verwertung von vorhandenem Einkommen und Vermögen.

Die Sicherung des Lebensunterhalts und Wohnbedarfs sowie der Schutz bei Krankheit, Schwangerschaft und Entbindung (Krankenhilfe) sind die zentralen Leistungsbereiche. Leistungen der Krankenhilfe wurden jedoch im Sozialhilfe-Grundsatzgesetz nicht geregelt; in allen Sozialhilfe-Ausführungsgesetzen sind aber die in der Mindestsicherung enthaltenen Bestimmungen zu finden. Dazu gehören alle Sachleistungen und Vergünstigungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die Bezieher:innen einer Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung zukommen. Die Leistung der Länder besteht primär in der Entrichtung der KV-Beiträge für nicht versicherte Personen, die wie die anderen Versicherten eine E-Card und damit den uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten.¹¹ Allfällige sonstige Leistungen betreffen z.B. die Übernahme von Selbstbehalten und anderen Kostenbeteiligungen (Pratscher 2023).

Die Ausgaben der Sozialhilfe/Mindestsicherung für die Krankenhilfe (fast zur Gänze Krankenversicherungsbeiträge) betrugen im Jahr 2024 insgesamt 70 Mio. Euro, davon entfielen auf Wien 49 Mio. Euro (69,7%). Gegenüber dem Jahr 2015 wurden um 28 Mio. Euro (+64,9 %) mehr ausgegeben (BMASGPK 2025; BMSGPK 2024; Pratscher 2023).

Rund 30% der Personen in der Sozialhilfe/Mindestsicherung wurde 2024 durch Übernahme der Beiträge der Krankenversicherungsschutz gewährleistet. Im Jahresdurchschnitt waren dadurch 60.056 Personen (ohne Niederösterreich) in die Krankenversicherung einbezogen, davon 46.184 (76,9%) in Wien.

¹¹ Über die Schaffung der formalen Voraussetzung für den Einbezug (Verordnung über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen) hinaus deckt der Bund den Differenzbetrag der Kosten ab, der sich aus den von den Ländern gezahlten Beiträgen und den tatsächlich anfallenden Ausgaben der Krankenversicherung für die Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsbezieher:innen ergibt (Pratscher 2023).

Tab. 1: Über Sozialhilfe/Mindestsicherung in die Krankenversicherung einbezogene Personen, Jahresdurchschnitt 2024 (ohne Niederösterreich)

Merkmal	Anzahl
Geschlecht	28.785
Frauen	28.785
Männer	31.271
Alter	
Minderjährige	16.827
Im Erwerbsalter	36.693
Im Regelpensionsalter	6.536
Staatsbürgerschaft	
Österreicher:innen	17.091
Staatsbürgerschaft EWR und Schweiz	19.176
Drittstaatsangehörige	23.789
Aufenthaltsstatus	
Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte	36.402
Andere Personen	23.654
Erwerbsstatus	
Erwerbstätige	1.658
Arbeitslose	24.778
Dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehend	33.620
Gesamt	60.056

Q: BMASGPK 2025

Männer waren mit 52,1% knapp in der Mehrheit. 61,1% befanden sich im Erwerbsalter. Während nur 28,5% die österreichische Staatsbürgerschaft aufwiesen, waren 60,6% Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte. 56,0% standen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung, nur eine kleine Minderheit von 2,8% war erwerbstätig (BMASGPK 2025; vgl. Tab. 1).

Bei Betrachtung der Jahressumme wurde im Jahr 2024 für insgesamt 72.854 Personen (inkl. Niederösterreich) im Rahmen der Sozialhilfe/Mindestsicherung der Krankenversicherungsschutz gewährleistet, davon entfielen auf Wien 50.278 Personen (69,0%) (Statistik Austria 2025d).

2.4 Sonstige Aspekte

2.4.1 Anspruchsberechtigung nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

Wenn nach Ende einer Beschäftigung kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gibt es eine Schutzfrist von sechs Wochen für Sachleistungen (Arztbesuche, Heilbehelfe, etc.) (ÖGK 2025d), die auch für anspruchsberechtigte Angehörige gilt. Eine begonnene Krankenbehandlung wird zudem fortgesetzt, unabhängig davon, ob die Schutzfrist beendet ist oder nicht.

Voraussetzung ist, dass die betroffene Person entweder sechs Wochen davor durchgehend oder in den letzten zwölf Monaten insgesamt 26 Wochen versichert war (§ 122 Abs. 2 u. 3a ASVG). Damit soll eine Nicht-Abdeckung aufgrund von verzögerten Meldungen bzw. Fristversäumnissen (z.B. beim Antrag auf Arbeitslosengeld beim AMS) vermieden werden.

Die Anspruchsberechtigung von sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus der Versicherung ist in den Daten des Dachverbands zu den versicherten Personen berücksichtigt (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26).

2.4.2 EU-Bürger:innen und Personen aus Drittländern

Innerhalb der EU- und EWR-Länder bzw. der Schweiz haben grenzüberschreitend erwerbstätige Versicherte und ihre Familienangehörigen zu Lasten des zuständigen Mitgliedstaats Anspruch auf alle Sachleistungen sowohl im zuständigen Mitgliedstaat (Versicherungsstaat) als auch im Wohnortstaat nach den dort jeweils geltenden Rechtsvorschriften. Dies ist unabhängig davon, ob der:die Versicherte zusammen mit oder getrennt von seinen Familienangehörigen im jeweiligen Mitgliedstaat wohnt (Art. 17, 18 und 19 VO EG 883/2004). Allerdings bestimmt im Bereich der Krankenversicherung jener Mitgliedstaat die Familienangehörigeneigenschaft in Bezug auf Sachleistungen, in dessen Gebiet der:die Familienangehörige wohnt.

Bei nicht grenzüberschreitend erwerbstätigen Patient:innen aus Mitgliedsstaaten der EU werden bei einer bestehenden Krankenversicherung im Heimatland im Rahmen der Leistungsaushilfe innerhalb der EU die Behandlungskosten in Österreich von der zuständigen Krankenkasse erstattet (auf Basis VO EG 883/2004). Befindet sich der gewöhnliche Aufenthaltsort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedsstaat, haben die Patient:innen Anspruch auf eine Regelversorgung. Sofern

sich der:die Patient:in nur vorübergehend außerhalb seines:ihres zuständigen Mitgliedstaates bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltsstaates aufhält, besteht eine Absicherung nur im Rahmen einer Notfallversorgung.

Bei Patient:innen aus Drittstaaten ist für die Erlangung eines Visums in Österreich generell der Nachweis einer Auslandskrankenversicherung erforderlich. Diese übernimmt die Behandlungskosten allerdings nur im Rahmen von Notfallbehandlungen und bei Erkrankungen ohne bekannte Vorerkrankungen. Außerhalb eines Asylverfahrens existieren mehrere Aufenthaltstitel (befristetes Visum, befristete Aufenthaltserlaubnis, befristete Blaue Karte EU, unbefristete Niederlassungserlaubnis, Daueraufenthalt-EU), die zum Teil auch zu einem Anspruch auf Sozialtransfers und damit auch zu einem Zugang zur Krankenversicherung führen können (Neupert 2015).

Generell ergibt sich ein Leistungsanspruch auf Arbeitslosengeld bzw. in der Folge auf (bei jährlich erforderlichen Folgeanträgen grundsätzlich zeitlich unbeschränkte) Notstandshilfe und damit auf eine Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit, wenn zuvor eine qualifizierte Arbeitnehmer:innen- oder ggf. auch selbständige Tätigkeit in Österreich ausgeübt und die Anwartschaft erfüllt wurde (AK Wien 2025a).¹² Allerdings reicht bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit und umgehender Meldung beim AMS – unter der Bedingung, dass die Betroffenen in einem anderen EU-Staat bereits ausreichend Versicherungsmonate erworben haben, die hier angerechnet werden – theoretisch ein Tag reguläre, nicht geringfügige Beschäftigung in Österreich, um Anspruch auf Arbeitslosengeld und im Anschluss auf Notstandshilfe zu haben (Stadt Wien, MA 24 2025).

Bei Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung ist die Berechtigung zum dauernden Aufenthalt (neben dem Vorliegen von Hilfsbedürftigkeit) die zweite wichtige Anspruchsvoraussetzung. Zur grundsätzlichen Aufenthaltsberechtigung kommen Hauptwohnsitz, Lebensmittelpunkt bzw. tatsächlicher Aufenthalt im jeweiligen Bundesland als weitere Kriterien hinzu.

EU- bzw. EWR-Bürger:innen müssen grundsätzlich entweder als Arbeitnehmer:innen in Österreich tätig (gewesen) sein oder schon länger als fünf Jahre hier rechtmäßig gelebt haben (Pratscher 2023).¹³ Allerdings müssen EU-Bürger:innen zumindest in Wien nur relativ kurz erwerbstätig sein, um bei unfreiwilligen Jobver-

¹² Es müssen innerhalb der letzten 24 Monate vor Geltendmachung des Anspruchs arbeitsversicherungspflichtige Beschäftigungszeiten von mindestens 52 Wochen vorliegen. Wurde bereits einmal Arbeitslosengeld oder Karenzgeld bezogen, verringert sich die Dauer der erforderlichen arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung auf mindestens 28 Wochen innerhalb von zwölf Monaten (AK 2025).

¹³Bei der Umsetzung auf Länderebene ist diese Personengruppe in der Regel von der Sozialhilfe-Bezugsberechtigung ausgenommen, weil sie in den Bereich der Grundversorgungsgesetze fällt (Ausnahme: Vorarlberg) (Pratscher 2023).

lust und unverzüglicher Meldung beim AMS für sechs Monate ab Ende der Beschäftigung Mindestsicherung zu erhalten.¹⁴ Ist ein:e EU-Bürger:in geringfügig beschäftigt (zumindest 5,5 Wochenstunden), kann das Einkommen sofort aufgestockt werden. Allerdings gilt die Pflicht, eine Vollzeit-Beschäftigung zu suchen. Die Zugangsbestimmungen für Selbstständige in der Mindestsicherung sind eher streng (Stadt Wien, MA 24 2025).¹⁵

Bei Drittstaatsangehörigen stellt die Fünf-Jahres-Frist grundsätzlich die Anspruchsvoraussetzung für Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung dar (Pratscher 2023). In Wien gibt es Mindestsicherung für Drittstaatsangehörige erst mit einem Daueraufenthalt EU (§ 5 Abs. 2 WMG), womit sie den österreichischen Staatsbürger:innen gleichgestellt sind. Personen, die nicht den österreichischen Staatsbürger:innen gleichgestellt sind und die sich für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten rechtmäßig in Österreich aufhalten, können Leistungen der Wiener Mindestsicherung als Förderung zugesagt werden, wenn dies auf Grund ihrer persönlichen, familiären oder wirtschaftlichen Verhältnisse zur Vermeidung einer sozialen Härte geboten erscheint (Stadt Wien, MA 24 2025).¹⁶

¹⁴ Bei einer Mindestbeschäftigungsdauer von einem Monat, aber weniger als zwölf Monaten, im Inland kann BMS für sechs Monate bezogen werden, bei mehr als einem Jahr Beschäftigung, ist ein unbefristeter Bezug möglich. Ein BMS-Bezug steht auch zu, wenn eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit besteht. Nach den Richtlinien der BMS in Wien für EU-Bürger:innen liegt die Erwerbstätigeneigenschaft während eines aufrechten Beschäftigungsverhältnisses (auch bei geringfügiger oder Teilzeitbeschäftigung, jedoch nicht bei Tagelöhner:innentätigkeit) vor. Die Erwerbstätigeneigenschaft bleibt erhalten 1) bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall während oder unmittelbar nach einem Beschäftigungsverhältnis im Inland für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit; 2) bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit (Kündigung durch Dienstgeber:in oder Konkurs der Firma – nicht jedoch bei eigener oder einvernehmlicher Kündigung oder fristloser Entlassung) und Meldung beim AMS innerhalb eines Monats (sofern Zugang zum Arbeitsmarkt besteht a) nach Ablauf eines auf weniger als ein Jahr befristeten Arbeitsvertrags für die Dauer von sechs Monaten ab dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses; b) wenn während der ersten zwölf Monate des Aufenthalts das Beschäftigungsverhältnis im Inland weniger als ein Jahr, aber länger als ein Monat gedauert hat für die Dauer von sechs Monaten ab dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses; c) nach mehr als einjähriger durchgängiger unselbständiger Beschäftigung (Unterbrechungen bis zu jeweils einem Monat möglich) im Inland unbefristet (für die Dauer des Aufenthaltes in Österreich) (Stadt Wien, MA 24 2025).

¹⁵ Bei Selbständigen bleibt die Erwerbstätigeneigenschaft nur bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall während oder unmittelbar nach der selbständigen Erwerbstätigkeit für die Dauer der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit erhalten. Sofern die sonstigen Voraussetzungen für eine Unterstützung Selbständiger vorliegen, ist während dieser Zeit eine Unterstützung aus Mitteln der Mindestsicherung möglich (Stadt Wien, MA 24 2025).

¹⁶ Die Regelung in Wien – ebenso wie eine entsprechende Bestimmung im niederösterreichischen Sozialhilfe-Ausführungsgesetz – wurde jedoch im März 2025 vom Verfassungsgerichtshof per 1.4.2026 aufgehoben, da sie das Sozialhilfe-Grundgesetz (SH-GG) zu eng umsetzen, indem sie auf bestimmte Aufenthaltstitel („Daueraufenthalt – EU“) abstellen. Laut SH-GG ist Sozialhilfe dauerhaft niedergelassenen Fremden zu gewähren, die sich seit mindestens fünf Jahren tatsächlich und rechtmäßig im Bundesgebiet aufhalten. Diese Regelung umfasst einen etwas weiteren Kreis, das Erfordernis eines bestimmten Aufenthaltstitels ist darin nicht vorgesehen. Sie geht damit über Drittstaatsangehörige mit einem Daueraufenthalt hinaus, und kann z.B. auch Personen mit einer Rot-weiß-Rot-

Im Falle von Asylberechtigten ist die Statuszuerkennung maßgeblich für den Mindestsicherungsanspruch; subsidiär Schutzberechtigte sind ihnen gleichgestellt (Tirol, Wien). In der Sozialhilfe (übrige Bundesländer) sind subsidiär Schutzberechtigte nunmehr explizit davon ausgenommen, ihnen steht nur mehr das Leistungsniveau der Grundversorgung zu (Pratscher 2023).¹⁷

Mit 1.5.2004 trat die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber:innen, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich (Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG) (BMI 2024). Auch Personen, die Grundversorgung beziehen, sind in den österreichischen Krankenversicherungsschutz einbezogen. Sie erhalten nach ihrer Ankunft und Registrierung in Österreich von der jeweils zuständigen Behörde eine Aufenthaltskarte, eine Sozialversicherungsnummer und einen E-Card-Ersatzbeleg zur kostenlosen Inanspruchnahme der Leistungen aus der Krankenversicherung (AK Wien 2025b).

Menschen ohne Aufenthaltstitel befinden sich in einem Zustand der Illegalität und damit grundsätzlich auch ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung. Juristisch gesehen handelt es sich um vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer:innen, die sich im Bundesgebiet aufhalten (Neupert 2015). Im Falle einer Beschäftigung gilt zwar, dass auch irregulär Beschäftigte einen Vertrag abgeschlossen haben, aus dem sich u.a. auch eine Krankenversicherung ableiten lässt; allerdings gefährden Personen, die in Österreich nicht arbeiten dürfen, mit dem Versuch der Durchsetzung ihrer Rechte ihren Aufenthalt (Dawid/Heitzmann 2015).

2.4.3 Maßnahmen zur Inklusion in die Krankenversicherung seit 2004

Die öffentliche Diskussion über das Problem der Nicht-Erfassung von Personen durch die Krankenversicherung wird in Österreich in etwa seit der Jahrtausendwende intensiver geführt. Parallel dazu wurden mehrere politische Maßnahmen gesetzt,

Karte, die bereits fünf Jahre in Österreich aufhältig sind, umfassen (ORF 2025a; Stadt Wien, MA 24 2025).

¹⁷Bei der Umsetzung auf Länderebene ist diese Personengruppe in der Regel von der Sozialhilfe-Bezugsberechtigung ausgenommen, weil sie in den Bereich der Grundversorgungsgesetze fällt (Ausnahme: Vorarlberg) (Pratscher 2023). Aber auch in Wien (ab 2026) sollen subsidiär schutzberechtigte Personen künftig keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Mindestsicherung haben und fallen künftig in die Zuständigkeit der Grundversorgung (ORF 2025b).

die zu einer Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes bzw. zur Schließung von Lücken führten (vgl. Fuchs et al. 2017):

- Seit Mai 2004 sind auch hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber:innen, Asylberechtigte, nicht abschiebbare Personen, etc.) im Rahmen einer zwischen dem Bund und den Ländern vereinbarten Grundversorgung krankenversichert (vgl. auch 2.4.2).
- Mit 1.7.2006 wurde die Schutzfrist in der Krankenversicherung nach Beendigung eines Dienstverhältnisses von drei auf sechs Wochen verlängert (vgl. auch 2.4.1).
- Seit 1.8.2009 sind auch Personen, die wegen der Anrechnung des Partner:inneneinkommens keinen Anspruch auf Notstandshilfe haben, während der Zeit der Arbeitslosenmeldung (eigenständig) krankenversichert. Seit 1.7.2018 findet bei der Berechnung der Notstandshilfe ohnehin keine Anrechnung des Partnereinkommens mehr statt (vgl. auch AK Wien 2018).
- Mit dem Ersatz der Sozialhilfe durch die BMS erfolgte ab 1.9.2010 auch der Einbezug von BMS-Bezieher:innen in die Krankenversicherung (vgl. auch 2.3). Allerdings wurde auch bereits im Rahmen der Sozialhilfe Krankenhilfe gewährt: Die Leistungen entsprachen prinzipiell dem Spektrum der Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. In erster Linie dominierte jedoch die Übernahme der jeweiligen Behandlungskosten im Einzelfall, wobei im ärztlichen bzw. ambulanten Bereich als strukturelle Vorsorge in der Regel sogenannte „Sozialhilfe-Krankenscheine“ zum Einsatz kamen.

Grundsätzlich sollten die erwähnten Maßnahmen zu einer Verringerung des Risikos für Perioden einer Nicht-Krankenversicherung geführt haben.

3 Analyse Administrativdaten (Ende 2024)

3.1 Personen, die eine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, die der Sozialversicherung gleichgestellt ist

In Kapitel 3.1 werden jene Gruppen von Personen analysiert und deren Anzahl ermittelt bzw. geschätzt, die als anderweitig geschützt gegen Krankheit registriert sind. Diese Personen sind i.d.R. zu den über die gesetzliche Krankenversicherung geschützten Personen hinzuzählen, um die Gesamtzahl der gegen Krankheit geschützten Personen feststellen zu können.

3.1.1 Personen mit Leistungsanspruch bei den Krankenfürsorgeanstalten

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Krankenfürsorgeanstalten, die aufgrund eines Dienstverhältnisses zu bestimmten öffentlich-rechtlichen Dienstgebern Krankenschutz gewähren. Im Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung werden für Dezember 2024 304.342 Personen angegeben, die bei den Krankenfürsorgeanstalten leistungsberechtigt sind (Dachverband 2025).

Es erfolgte durch den Dachverband im Sinne einer genauen Quantifizierung der insgesamt leistungsberechtigten Personen in der Krankenversicherung der Ausschluss von potentiellen Mehrfachzählungen bzw. doppelten Anspruchsberechtigungen von Kindern, bei denen ein Elternteil bei einer Krankenfürsorgeanstalt und ein Elternteil z.B. bei der ÖGK leistungsberechtigt sind. Jede Person wird somit nur einmal gezählt.

Die Personen mit Leistungsanspruch bei den Krankenfürsorgeanstalten sind bereits in der Gesamtzahl der Versicherten in der Anspruchsberechtigtdatenbank des Dachverbands per 31.12.2024 enthalten.

3.1.2 Kammerzugehörige Freiberufler:innen

Rechtliche Situation

Für kammerzugehörige Freiberufler:innen ist die private Krankenversicherung seit 1.1.2000 auch Grundversicherer, d.h. sie bietet ihren Versicherungsschutz anstelle der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder dieser in gesetzlichen Interessenvertretungen organisierten Berufsstände besteht zwar eine Versicherungs-

pflicht, sie haben aber die Möglichkeit, aus der Pensions- bzw. Krankenversicherung auszutreten (Opting out), wenn jeweils eine (annähernd) gleichwertige Versorgung der Kammermitglieder über einen Gruppenvertrag sichergestellt ist (SVS 2025c).

Wirtschaftstreuhänder:innen, Apotheker:innen, Patentanwält:innen, Notar:innen, Rechtsanwält:innen, Ziviltechniker:innen und Tierärzt:innen (ausgenommen Übergangsfälle mit ASVG-Krankenversicherung) haben die Verpflichtung zur Wahl zwischen GSVG, ASVG-Selbstversicherung und Privatversicherung (SVS 2025a). Bei ausschließlich freiberuflicher Tätigkeit muss man sich entweder für die GSVG-Selbstversicherung (§ 14a), die ASVG-Selbstversicherung (§ 16 ASVG) oder eine private Gruppenversicherung der Berufsgruppe entscheiden.

Wird eine weitere mit einer gesetzlichen Krankenversicherung verbundene Erwerbstätigkeit (z.B. als Dienstnehmer:in, Gewerbetreibende:r oder Land-/Forstwirt:in) ausgeübt oder bereits eine Transferleistung (z.B. Kinderbetreuungsgeld, Weiterbildungsgeld, krankenversicherungspflichtige Pension) bezogen, so stehen bezüglich der freiberuflichen Tätigkeit die GSVG-Pflichtversicherung (§ 14b) und eine private Gruppenversicherung der Berufsgruppe zur Wahl.

Ausgenommen von der Opting-Out-Regelung für Freiberufler:innen bzw. von der Krankenversicherung nach GSVG sind freiberuflich tätige Ärzt:innen und Zahnärzt:innen. Sie verfügen über eine interne Vorsorgeeinrichtung der Kammern und damit über einen ausreichenden Versicherungsschutz. Sie können sich aber freiwillig zusätzlich für die GSVG- oder ASVG-Selbstversicherung entscheiden (SVS 2025c; 2025e).

Statistische Vorgangsweise

Zu den als gesetzlich versichert registrierten Personen sind jene Personen an Freiberufler:innen (und deren „mitversicherte“ Angehörige) hinzuzuzählen, die ausschließlich privatrechtlich krankenversichert sind. Das sind jene Personen mit ausschließlich freiberuflicher Tätigkeit inkl. Ärzt:innen und Zahnärzt:innen, die nicht (auch) über eine GSVG- oder ASVG-Selbstversicherung versichert sind.

Methodisch wurden über den Dachverband Daten zur Anzahl und zur Zusammensetzung (Beitragsleistende/Angehörige; Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft) jener kammerzugehörigen Freiberufler:innen erhoben, die (auch) gesetzlich krankenversichert sind. Es stehen auf Basis dieser Daten und veröffentlichten allgemeinen Daten von Statistik Austria sowie der Österreichischen Ärztekammer folgende Informationen zu den kammerzugehörigen Freiberufler:innen zur Verfügung:

Mit Stand 31.12.2024 gibt es insgesamt 96.347 Mitglieder der Kammern der Freien Berufe. Darunter sind aber z.T. auch Mitglieder, die in einer Anstellung tätig sind. Alle diese Personen wären nicht mehr gesondert zu erfassen, da sie bereits als (ASVG-)krankenversichert registriert sind. Davon konnten unselbständige Apothe-

ker:innen (5.519),¹⁸ Turnusärzt:innen (9.620), ausschließlich angestellte Allgemeinmediziner:innen (4.437) und ausschließlich angestellte Fachärzt:innen (14.306) gesichert herausgerechnet werden (ÖÄK 2025; Statistik Austria 2025e). Dies ergibt 62.465 Freiberufler:innen, bei denen eine ausschließlich selbständige Tätigkeit nicht ausgeschlossen werden kann.

Die kammerzugehörigen Freiberufler:innen, die (auch) gesetzlich krankenversichert sind, können beim Dachverband über eine Zusammenschau der Qualifikation für die Krankenversicherung (GSVG-Pflichtversicherung, GSVG-Selbstversicherung, ASVG-Selbstversicherung) mit der – je nach Konstellation – vorhandenen Qualifikation für die Pensionsversicherung herausgefiltert werden (Dachverband, Rechtsabteilung 2025/26):

- Dabei umfasst die Qualifikation „F1 - Pflichtversicherung nach dem FSVG - freiberuflich selbständige Erwerbstätigkeit“ die ordentlichen Kammerangehörigen der Ärztekammern, sofern sie freiberuflich tätig sind, Zahnärzt:innen, die Mitglieder der Österreichischen Apothekerkammer in der Abteilung für selbständige Apotheker:innen, die Mitglieder der Österreichischen Patentanwaltskammer sowie Ziviltechniker:innen.
- Die Qualifikation FX zeigt die Gruppe der GSVG-versicherten Tierärzt:innen und Wirtschaftstreuhänder:innen bzw. Steuerberater:innen.
- Rechtsanwälte:innen und Notar:innen unterliegen auch einem Sondersystem in der Pensionsversicherung, werden damit pensionsrechtlich nicht erfasst, und sind als solche nicht in der Versicherungsdatei geführt. Es ist daher bei dieser Gruppe unbekannt, wie viele Personen (auch) gesetzlich krankenversichert sind (Dachverband, Rechtsabteilung 2025/26; Statistikabteilung 2025/26). Auf Hinweis des Dachverbands wurde beim Versicherungsservice der SVS im November 2025 telefonisch und per Mail versucht, eine Auskunft über die Krankenversicherungsverteilung bei Rechtsanwälte:innen und Notar:innen zu erhalten. Diese Anfragen blieben jedoch unbeantwortet.

Auf Basis der Qualifikationen F1 und FX sind insgesamt 23.437 kammerzugehörige Freiberufler:innen (auch) gesetzlich krankenversichert (vgl. Tab. 2).

¹⁸ Unselbständige Apotheker:innen sollten stets ASVG-versichert sein, und für ein Opting-Out nicht in Frage kommen (Tel Rechtsabteilung Dachverband).

Tab. 2: Stand der Mitglieder der Kammern der Freien Berufe zum 31.12.2024, und davon (auch) als gesetzlich krankenversichert registrierte Personen*

	Mitglieder Kammern	Davon (auch) als gesetzlich versichert registriert
Ärztammer (ohne gesichert angestellte Ärzt:innen**) 31.12.2024	23.642	
Zahnärztekammer	5.501	
Apothekerkammer (ohne Unselbständige***)	1.530	
Patentanwaltskammer	88	
Ziviltechnikerkammer	7.712	
Zwischensumme F1 FSVG	38.473	21.122
Tierärztekammer	4.216	
Wirtschaftstreuhandkammer	9.339	
Zwischensumme FX GSVG	13.555	2.315
Notariatskammer	1.203	
Rechtsanwaltskammer	9.234	
Zwischensumme Notar:innen und Rechtsan- wält:innen	10.437	0
Gesamt	62.465	23.437

* ohne gesichert ausschließlich angestellte Personen ** Gesamt 52.005 Ärzt:innen minus 9.620 Turnusärzt:innen und 4.437 ausschließlich angestellte Allgemein- und 14.306 Fachärzt:innen *** Gesamt 7.049 Apotheker:innen minus 5.519 unselbständige Apotheker:innen

Q: Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26; ÖÄK 2025; Statistik Austria 2025e; eigene Berechnungen

Ohne Rechtsanwält:innen und Notar:innen wären damit von 52.028 Freiberuf-
ler:innen (62.465 minus 10.437), die nicht gesichert angestellt sind, 23.437 oder
45,1% (auch) gesetzlich krankenversichert. Dies ergäbe anteilig bei Rechtsan-
wält:innen und Notar:innen zusätzlich 4.702 (10.437 *45,1%) (auch) gesetzlich kran-
kenversicherte Personen.

Bei den nicht als (auch) gesetzlich krankenversichert registrierten kammerzugehörigen Freiberufler:innen plus deren geschätzte Angehörige ist davon auszugehen, dass diese ausschließlich privatrechtlich krankenversichert sind (Dachverband, Rechtsabteilung 2025/26). Um auch anderweitig geschützte Personen zu erfassen, ist die Zahl der gesetzlich versicherten Personen um die Anzahl dieser Personen zu erhöhen.

Die Differenz zu den als gesetzlich krankenversichert registrierten Freiberufler:innen wären 34.326 (62.465 minus 23.437 mit Definition F1 und FX minus 4.702 anteilige Rechtsanwält:innen und Notar:innen). Gemeinsam mit den 23.437 als gesetzlich krankenversichert registrierten Freiberufler:innen sind beim Dachverband 19.396 Kinder und 839 sonstige Angehörige registriert, also insgesamt 43.672 Personen. Das entspricht einem Anteil von 86,3% der Angehörigen an den beitragsleistenden Hauptversicherten ($20.235 \cdot 100 / 23.437$). Bei der Gesamtzahl aller gesetzlich krankenversicherten Personen beträgt dieser Anteil nur 26,3%. Bei letzterer Gruppe sind z.B. auch Pensionist:innen inkludiert, bei denen von einer geringen Anzahl an „mitversicherten“ Angehörigen auszugehen ist. Allerdings ist das Durchschnittsalter unter den hauptversicherten Freiberufler:innen mit 52,1 Jahren sogar höher als bei allen beitragsleistenden Hauptversicherten mit 50,3 Jahren.

Der Anteil der „mitversicherten“ Angehörigen bei den (auch) gesetzlich krankenversicherten kammerzugehörigen Freiberufler:innen ist daher als außergewöhnlich hoch zu bezeichnen. Die Zuordnung als „mitversicherte:r“ Angehörige:r erfolgt aufgrund der Versicherungsnummer des:der Hauptversicherten. Kinder von selbständigen Freiberufler:innen könnten im GSVG oder FSVG „mitversichert“ sein, aber auch über den anderen gesetzlich versicherten Elternteil „mitversichert“ sein (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26). Es könnte bei diesen Angehörigen aber durchaus auch Fälle geben, deren „Mitversicherung“ nicht korrekt zugeordnet ist (Dachverband, Rechtsabteilung 2025/26).

Für die Schätzung der „mitversicherten“ Angehörigen von ausschließlich privatrechtlich krankenversicherten Freiberufler:innen werden aufgrund dieser Unsicherheit zwei Szenarien berechnet, eines mit einem Angehörigenanteil von 86,3% wie bei den (auch) gesetzlich versicherten Freiberufler:innen, und eines mit einem Angehörigenanteil von 26,3% wie bei der Gesamtzahl der gesetzlich krankenversicherten Beitragszahler:innen. Im ersten Fall ergibt dies insgesamt plus 63.963 Versicherte ($34.326 + 34.326 \cdot 86,3\%$) die zu den gesetzlich versicherten Personen hinzuzuzählen wären, im zweiten Fall plus 43.357 ($34.326 + 34.326 \cdot 26,3\%$). Insgesamt wird also auf Basis der vorhandenen Informationen geschätzt, dass rund 64.000 (Szenario a) bzw. 43.000 (Szenario b) Freiberufler:innen inkl. Angehörige ausschließlich privatrechtlich krankenversichert und damit zu den gesetzlich krankenversicherten Personen hinzuzählen sind.

3.1.3 Grundwehrdiener

Bei Grundwehrdienern kommt es während der Ableistung des Präsenzdienstes zu einem Ruhen der Krankenversicherung, die ärztliche und medizinische Versorgung erfolgt direkt durch das Bundesheer. Bei einer Pflichtversicherung über ein Dienstverhältnis vor Antritt des Präsenzdienstes bleibt die Krankenversicherung aufrecht, es ruhen jedoch die wechselseitigen Pflichten: Es sind keine Beiträge zu zahlen und die Krankenversicherung braucht für den Präsenzdiener keine Leistungen zu erbringen. Für über den Präsenzdiener anspruchsberechtigte Angehörige bleiben die gesetzlichen Leistungen der Krankenkasse bestehen. Vor dem Einrücken nicht pflichtversicherte Präsenzdiener gelten von Gesetzes wegen während des Präsenzdienstes als krankenversichert. Auch in diesem Fall ruhen die wechselseitigen Pflichten. Diese Gesetzesmaßnahme ist insofern von Bedeutung, als im Falle einer Abrüstung im Krankheitszustand dann Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse besteht.

Die Zahl der Grundwehrdiener zu einem bestimmten Zeitpunkt beträgt rund 7.500.¹⁹ Da die Präsenzdiener nicht in der Anspruchsberechtigten Datenbank der gesetzlich krankenversicherten Personen erfasst sind, sind sie zusätzlich zu der Anzahl der Versicherten zu berücksichtigen (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26).

3.1.4 Insass:innen in Justizvollzugsanstalten

Die gesundheitliche Pflege der Insass:innen in Justizanstalten wird direkt vom Staat bezahlt bzw. ersetzt. Grundsätzlich kommt es auch bei Insass:innen in Justizanstalten – für den Zeitraum der Haft – zum Ruhen von Krankenversicherungsleistungen.

Nach den letztverfügbaren Daten von 2023 gibt es in Österreich 5.884 Insass:innen in Justizanstalten, davon sind rund 316 Personen weiblich (Statistik Austria 2025f). Insass:innen in Justizvollzugsanstalten sollten in der Anspruchsberechtigten Datenbank der gesetzlich krankenversicherten Personen nicht aufscheinen, sie sind daher zu der Gesamtheit der Versicherten hinzuzuzählen (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26).

¹⁹ Rund 16.000 Personen traten 2024 ihren Grundwehrdienst an, wobei rund 1.000 bei der Einstellungsuntersuchung oder in den ersten Wochen des Grundwehrdienstes vorzeitig ausschieden. Der Präsenzdienst dauert sechs Monate (Parlament Österreich 2025).

3.2 Abgrenzung Wohnbevölkerung und versicherte/geschützte Personen

In Kapitel 3.2 werden die zentralen Größen zur Ermittlung der nicht-krankenversicherten bzw. nicht gegen Krankheit geschützten Personen – auf der einen Seite Wohnbevölkerung, auf der anderen Seite als versichert bzw. anderweitig geschützt registrierte Personen – aufeinander abgestimmt. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Exklusion von in Österreich versicherten aber nicht wohnhaften Personen (Einpendler:innen) sowie um die Inklusion von im Ausland versicherten aber in Österreich wohnhaften Personen (Auspendler:innen) und deren Angehörige.

3.2.1 Grenzgänger:innen und sonstige grenzüberschreitende Aspekte

Für jede Person kommen zu jedem Zeitpunkt nur die Sozialrechtsvorschriften eines einzigen Mitgliedstaats zur Anwendung, in der Regel die des Beschäftigungsstaats (Beschäftigungslandprinzip) (USP 2025).²⁰ Die beiden Berechnungsgrößen Wohnbevölkerung und Versicherte sind somit nicht zu 100% kompatibel und daher entsprechend anzupassen:

Eine Versicherung in der österreichischen Krankenversicherung kann auch bei einem Auslandswohnsitz erworben werden. Diese Personen sind bei den versicherten Personen erfasst, aber nicht bei der Wohnbevölkerung,²¹ und sind daher bei den versicherten Personen in Abzug zu bringen. Umgekehrt sind zu den Versicherten jene Personen hinzuzuzählen, die einen Hauptwohnsitz in Österreich haben und somit in der Bevölkerungsstatistik erfasst sind, aber (ausschließlich) über eine ausländische Krankenversicherung versichert sind.

²⁰ Eine Ausnahme vom Grundsatz des Beschäftigungslandprinzips ist insbesondere die Möglichkeit der Entsendung zur Ausübung vorübergehender Tätigkeiten in einem anderen Mitgliedstaat. Entsandte Arbeitnehmer:innen unterliegen den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen des Entsendestaates. Sachleistungen, d.h. Krankenbehandlungen auf Rechnung des zuständigen Krankenversicherungsträgers des Entsendestaates, werden von den in Betracht kommenden Leistungserbringern im Beschäftigungsstaat gegen Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte oder bei Wohnsitzverlegung der Bescheinigung S 1 aushilfsweise gewährt (USP 2025). Bei Entsendungen von und nach Österreich (auf Basis der Entsenderichtlinie) besteht daher die Krankenversicherung i.d.R. weiterhin im Wohnsitz- bzw. Entsendestaat.

²¹ In der Bevölkerungsstatistik scheinen nur Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich auf; wenn nur ein Nebenwohnsitz besteht, sind die betreffenden Personen nicht in der Bevölkerungsstatistik erfasst.

Neben Beschäftigten (und deren „mitversicherten“ Angehörigen) könnten auch Pensionist:innen mit ausschließlich österreichischer (bzw. ausländischer) Pension und Wohnsitz im Ausland (bzw. in Österreich) eine Rolle spielen. In Österreich lebende Pensionist:innen aus einem EU-Staat, einem EWR-Staat oder der Schweiz sollten jedoch immer in Österreich versichert sein, während in einem EU-Staat, einem EWR-Staat oder in der Schweiz lebende österreichische Pensionist:innen stets im jeweiligen Wohnsitz-Land versichert sein sollten. Dasselbe gilt in Bezug auf Drittstaaten, mit denen ein zwischenstaatlicher Vertrag (bilaterales Abkommen) in der Sozialversicherung besteht (Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien und Türkei). Abweichungen davon könnte es im Verhältnis zu Drittstaaten ohne Sozialversicherungsabkommen geben (ÖGK 2025e). Nachdem somit bei Pensionist:innen die Krankenversicherung i.d.R. wohnsitzgebunden ist, dürften diese bei diesem Sachverhalt quantitativ zu vernachlässigen sein (Dachverband, Rechtsabteilung 2025/26).

Auch nicht im Heimatland studierende Student:innen könnten eine Rolle spielen. Aus der Perspektive von Studierenden mit (ursprünglicher) Krankenversicherung in Österreich und Auslandsstudium bleibt eine Mitversicherung auch während eines Auslandsstudiums bestehen, unabhängig davon, in welchem Staat sich die Universität befindet oder ob eine Teilnahme an einem Austauschprogramm vorliegt. Bei der Selbstversicherung für Studierende bleibt ein Krankenversicherungsschutz in Österreich dann aufrecht, wenn weiterhin eine Inskription an einer österreichischen Universität bzw. Fachhochschule vorliegt. Ist diese Bedingung etwa im Rahmen eines Austauschprogramms erfüllt (z. B. Erasmus), gilt die Selbstversicherung auch bei vorübergehendem Studium im Ausland weiterhin. Bei der (allgemeinen) Selbstversicherung in der Krankenversicherung gilt, dass wenn der Hauptwohnsitz trotz Auslandsstudium in Österreich aufrecht bleibt, auch die Krankenversicherung in Österreich weiter besteht. Bei der Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung bzw. bei einer Pflichtversicherung aufgrund Beschäftigung gilt, dass wenn während des Auslandsstudiums gleichzeitig in Österreich eine (geringfügige) Beschäftigung vorliegt, ebenfalls die Krankenversicherung in Österreich bestehen bleibt. Bei Bezug von Kinderbetreuungsgeld oder Waisenpension wird im Falle eines Auslandsstudiums jeder Einzelfall geprüft. Bei Bezug von Leistungen des Arbeitsmarktservices ist nur der Bezug von Weiterbildungsgeld mit einem Auslandsstudium vereinbar, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind. Andere AMS-Leistungen und damit auch die dazugehörige Krankenversicherung können bei einem Wechsel ins Ausland verloren gehen. Besteht bei einem Auslandsstudium keine aufrechte Krankenversicherung in Österreich und bleibt der Hauptwohnsitz in Österreich bestehen, kann bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen grundsätzlich eine (studentische) Selbstversicherung in der Krankenversicherung abgeschlossen werden (ÖGK 2025f). Studentische Grenzgänger:innen sind von der Statistik Austria jedoch nicht erfassbar (Statistik Austria, Direktion Bevölkerung 2025).

Das Nicht-Aufscheinen eines Versicherungsverhältnisses kann auch durch (nicht erfasste) Auslandsaufenthalte (mit ausländischer Krankenversicherung) bedingt sein. Der Sachverhalt dürfte aber aus quantitativer Sicht ebenfalls zu vernachlässigen sein.

Sich in Österreich illegal aufhaltende Personen sind im Regelfall nicht krankenversichert, sollten aber weder in der Anspruchsberechtigten Datenbank noch in der Wohnbevölkerung aufscheinen, und sind daher nicht gesondert zu berücksichtigen (vgl. dazu auch 2.4.2).

Aus den vorangegangenen Überlegungen und mangels präziser einschlägiger Daten folgt, dass bei diesem Sachverhalt in erster Linie erwerbstätige Grenzgänger:innen (und deren „mitversicherte“ Angehörige) zu berücksichtigen sind.

Einpendler:innen

Unabhängig vom Vorliegen einer Erwerbstätigkeit gibt es in den Daten des Dachverbands für Ende 2024 insgesamt 247.073 Personen mit gesetzlichem Krankenversicherungs-Schutz in Österreich und einem Wohnsitz mit der Definition „unbekannt (Ausland)“. Für die betroffenen Personen stehen Informationen zum Versicherungsstatus (220.572 Beitragsleistende, 3.458 Kinder und 23.043 sonstige Angehörige)²² sowie zu Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft zur Verfügung.

Eine spezielle Auswertung der Anspruchsberechtigten Datenbank des Dachverbands im August 2025 ergab, dass bei 97,2% der Versicherten der Wohnsitz auf Österreich entfällt, und bei 2,3% auf das Ausland. 0,5% der Versicherten waren ohne Wohnadresse bzw. eingetragene Postleitzahl. Umgelegt auf die 247.073 Versicherten Ende 2024 mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ bedeutet dies, dass rund $4/5$ ($2,3 \cdot 100 / 2,8 = 200.094$) davon gesichert einen Wohnsitz im Ausland aufweisen, während bei $1/5$ ($0,5 \cdot 100 / 2,8 = 46.979$) der Wohnsitz tatsächlich unbekannt ist. Diese Nicht-Erfassung rührt auch daher, dass die Postleitzahl für den Versicherungsstatus grundsätzlich nicht relevant ist (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26).

Daten der Statistik Austria zu einpendelnden erwerbstätigen Grenzgänger:innen (ohne Angehörige) aus der letztverfügbaren Arbeitsstättenzählung zeigen für den Stichtag 31. Oktober 2023 sogar 253.503 Personen ohne Hauptwohnsitz in Österreich (Statistik Austria 2025b). Diese Zahl spricht eher dafür, alle 247.073 beim Dachverband registrierten Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ als tatsächlich mit Wohnsitz im Ausland lebend anzunehmen, zur genauen Zahl kann aber keine valide Aussage getroffen werden. Es wird damit auch hier mit zwei Szenarien 1 und 2 kalkuliert:

²² Auch „mitversicherte“ Angehörige werden stets mit der Definition Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ versehen, wenn die hauptversicherte Person diesen aufweist (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025).

In Zusammenschau mit den beiden Szenarien a und b für die Angehörigen von ausschließlich privatrechtlich krankenversicherten Freibrüfler:innen (siehe 3.1.2) werden in Szenario 1a und 1b nur jene rund 200.000 Personen ($247.073 \cdot 2,3/2,8$) mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ berücksichtigt, die gesichert einen Auslandswohnsitz aufweisen. In Szenario 2a und 2b werden diese Personen in ihrer Gesamtheit von rund 247.000 herangezogen.

Diese Personen werden (je nach Szenario 1 oder 2) von der Gesamtheit der Versicherten abgezogen: es besteht eine Krankenversicherung, aber kein Wohnsitz in Österreich, sie scheinen somit nicht in der Wohnbevölkerung auf.

Auspendler:innen

Zu auspendelnden Grenzgänger:innen (und deren anderweitig nicht versicherten Angehörigen) stehen dem Dachverband keine entsprechenden Informationen zur Verfügung (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26). Die betroffenen Personen können daher nur aufgrund von Grenzgänger:innenstatistiken – und hier auch nur die Erwerbstätigen selbst – erfasst werden, da deren Anzahl ansonsten in den einzelnen (europäischen) Ländern erhoben werden müsste.

Von den in Österreich wohnhaften aktiv Erwerbstätigen arbeiten zum Stichtag der jüngsten Abgestimmten Erwerbsstatistik am 31.10.2023 37.853 im Ausland (Statistik Austria 2025c). Für eine Hinzuschätzung der „mitversicherten“ Angehörigen wird mangels anderer Informationen der Anteil an den Beitragsleistenden von 12,0% wie bei den Versicherten mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ beim Dachverband herangezogen,²³ das ergibt insgesamt rund 42.000 Betroffene.

Diese Zahl ist zu der Gesamtheit der Versicherten hinzuzählen: sie verfügen über einen Wohnsitz, aber keine Krankenversicherung in Österreich, und scheinen somit bisher nicht bei den versicherten Personen auf.

3.2.2 Asylwerber:innen und Personen in Grundversorgung

Im Jahr 2024 wurden in Österreich insgesamt 25.360 Asylanträge gestellt. Im Laufe des Jahres wurden 62.281 rechtskräftige Entscheidungen gefällt: a) Asyl: 31.708,

²³ Dieser relativ geringe Anteil von Angehörigen (vs. 26,3% bei allen Versicherten) ist deshalb plausibel, da eine Versicherung von Angehörigen von Einpendler:Innen nach Österreich bzw. umgekehrt von Angehörigen von Auspendler:innen ins Ausland nur subsidiär ist (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025).

davon 17.028 positiv; b) Subsidiärer Schutz 13.941, davon 7.790 positiv; c) Aufenthaltstitel aus berücksichtigungswürdigen Gründen 13.198, davon 1.455 positiv; Gesamt: 58.847, davon 26.273 positiv. 3.434 Fälle entfielen auf sonstige Entscheidungen. Offene Verfahren am 31.12.2024 betrafen 28.908 Personen. In der Grundversorgung befanden sich zum 1.1.2025 68.161 Personen, davon 36.841 aus der Ukraine (BMI 2025).

Die Asylwerber:innen werden in der Bevölkerungsstatistik gezählt, wenn der Asylantrag gestellt bzw. angemeldet und ein Quartier bezogen wurde. Es ist auch ein rückwirkender Einbezug bei verspäteter Anmeldung möglich. In der Bevölkerungsstatistik zum 1.1.2025 sollte der überwiegende Teil der 2024 eingetroffenen Asylwerber:innen, die auch in Österreich einen Asylantrag gestellt haben, enthalten sein. Auch andere Personen, die Grundversorgung beziehen, sind in den österreichischen Krankenversicherungsschutz einbezogen. Sie erhalten nach ihrer Ankunft und Registrierung in Österreich von der jeweils zuständigen Behörde eine Aufenthaltskarte und eine Sozialversicherungsnummer (siehe auch 2.4.2). Alle diese Personen sollten zeitnah versichert werden, bzw. sollte die Registrierung in Wohnbevölkerung und Krankenversicherung relativ parallel erfolgen.

Es sind daher bezüglich Abgrenzung Wohnbevölkerung und versicherte Personen keine entsprechenden Korrekturen vornehmen (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26).

3.3 Quantifizierung von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen

Die in Kapitel 3.3 dargestellten Berechnungen dienen der Quantifizierung von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen. Im Wesentlichen erfolgt dies auf Basis der Kalkulationsgrößen Wohnbevölkerung und als versichert bzw. anderweitig geschützt registrierte Personen, wobei auf die in Kapitel 3.1 und 3.2 vorgenommenen Hinzurechnungen bzw. Abzüge sowie Abgrenzungen Bezug genommen wird.

Trotz zusätzlich berücksichtigter Daten und Informationen bestehen nach wie vor Datenlücken, -unsicherheiten und -unschärfen, insbesondere zu Einpendler:innen und deren Angehörige (Szenarien 1 und 2) sowie zu ausschließlich privatrechtlich versicherten Freiberufler:innen und deren Angehörige (Szenarien a und b). Es ist daher zu beachten, dass die Berechnungen lediglich eine Annäherung bzw. Abschätzung darstellen und die referierten Ergebnisse zu den nicht-versicherten bzw. nicht geschützten Personen auf der Basis von Zehntelprozentpunkten im Verhältnis zur Wohnbevölkerung mit äußerster Vorsicht zu interpretieren sind.

Tab. 3: Quantifizierung Personen ohne Absicherung gegen Krankheit, Ende 2024

	in 1.000 Szenarien 1a/1b/2a/2b*
Wohnbevölkerung, 1.1.2025	9.197
Versicherte mit Krankenfürsorgeanstalten, 31.12.2024	9.288
Versicherte mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ (~ einpendelnde Grenzgänger:innen inkl. Angehörige), 31.12.2024	-200/-200/-247/-247
Auspendelnde Grenzgänger:innen inkl. Schätzung An- teil Angehörige (wie bei Wohnsitz „unbekannt (Aus- land)“ Dachverband 12,0%), 31.10.2023	+42
Ausschließlich privatrechtlich versicherte Freiberuf- ler:innen (Rechtsanwält:innen/Notar:innen analog) inkl. Schätzungen nicht anderweitig versicherte Angehörige, 31.12.2024	+64/+43/+64/+43
Grundwehrdiener, Durchschnitt 2024	+8
Insass:innen in Justizvollzugsanstalten, 31.10.2023	+6
Schätzung geschützte Personen	9208/9187/9161/9140
Schätzung Nicht-Geschützte (Differenz zu Wohnbevöl- kerung)	0/10/36/57
Nicht-Geschützte in % Wohnbevölkerung	0/0,1/0,4/0,6

* Szenarien: 1a: Abzüglich rund 4/5 der Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ und plus Angehörigenquote bei ausschließlich privatrechtlich versicherten wie bei gesetzlich versicherten Freiberufler:innen; 1b: Abzüglich rund 4/5 der Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ und plus durchschnittliche Angehörigenquote bei ausschließlich privatrechtlich versicherten Freiberufler:innen; 2a: Abzüglich alle Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ und plus Angehörigenquote bei ausschließlich privatrechtlich versicherten wie bei gesetzlich versicherten Freiberufler:innen; 2b: Abzüglich alle Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ und plus durchschnittliche Angehörigenquote bei ausschließlich privatrechtlich versicherten Freiberufler:innen.

Q: Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26; ÖÄK 2025; Parlament Österreich 2025; Statistik Austria 2025a; c; e; f; eigene Berechnungen

Den Ausgangspunkt bildet die Wohnbevölkerung zum 1.1.2025 mit 9,20 Mio. Personen (Statistik Austria 2025a). Unter Berücksichtigung vom beim Dachverband registrierten Versicherten (inkl. Versicherten bei den Krankenfürsorgeanstalten, ohne Doppelzählung von Angehörigen) zum 31.12.2024, ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler:Innen und deren nicht anderweitig versicherte Angehörige (Schätzung für 31.12.2024 mit zwei Szenarien a und b für Angehörige), Grenzgänger:innen (zwei Szenarien 1 und 2 für Einpendler:innen inkl.

deren Angehörige auf Basis Versicherte mit Wohnsitz „unbekannt [Ausland]“ beim Dachverband zum 31.12.2024, Schätzung von Auspendler:innen inkl. deren Angehörige auf Basis Daten Statistik Austria für 31.10.2023), Grundwehrdienern (Schätzung auf Basis Gesamtzahl laut Parlament Österreich für 2024) und Insass:innen in Justizvollzugsanstalten (Statistik Austria für 31.10.2023) wären damit in Österreich Ende 2024 je nach Szenario zwischen 9,14 und 9,21 Mio. Personen gegen Krankheit abgesichert.

Bei Gegenüberstellung mit der Wohnbevölkerung würde dies bedeuten, dass Ende 2024 je nach Szenario zwischen 0 und 57.000 Personen oder zwischen 0 und 0,6% der Wohnbevölkerung keine Absicherung gegen Krankheit aufwiesen (vgl. Tab. 3).

3.4 Sozio-demographische Merkmale von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen

In Kapitel 3.4 erfolgt zur Beschreibung von überproportional betroffenen Subgruppen von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, eine erneute Einsicht in die Zusammensetzung dieser Personen (zentrale sozio-demographische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft, Wohnsitz Wien vs. Nicht-Wien).

Sowohl auf Ebene der Daten für die Wohnbevölkerung für 1.1.2025 (Statistik Austria 2025a) als auch auf der Ebene der Administrativdaten des Dachverbands zu den versicherten Personen für Ende 2024 stehen grundsätzlich Informationen zu Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft und Bundesland zur Verfügung.

Allerdings sind bei der Analyse der sozio-demographischen Merkmale von Personen, die keine Absicherung gegen Krankheit aufweisen, die folgenden Einschränkungen zu beachten:

- Von den insgesamt 9.288.408 versicherten Personen aus der Anspruchsberechtigtendatenbank des Dachverbands (inkl. Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten) wurden stets alle 247.073 Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ in Abzug gebracht (Szenarien 2a und 2b in Kapitel 3.2.1 bzw. 3.3), da für die Teilgruppe von rund 4/5 oder 200.094 Personen (Szenarien 1a und 1b in Kapitel 3.2.1 bzw. 3.3) keine Abgrenzung der sozio-demographischen Merkmale zur Verfügung steht.
- Bei den auspendelnden Grenzgänger:innen konnten nur die Erwerbstätigen selbst berücksichtigt werden, da für die geschätzten „mitversicherten“ Angehörigen keine sozio-demographischen Merkmale zur Verfügung stehen.

- Die ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler:innen und deren geschätzte Angehörige sind bei den Auswertungen in ihrer Gesamtheit nicht berücksichtigt, da keine sozio-demographischen Informationen zur Verfügung stehen.
- Präsenzdienster sind ausschließlich männlich und überwiegend zwischen 18 und 21 Jahren (Statistik Austria, Direktion Bevölkerung 2025), genaue Daten nach Altersgruppen stehen nicht zur Verfügung. Es wurde eine Aufteilung 50:50 auf die Altersgruppen 15-19 und 20-24 Jahre vorgenommen. Mangels entsprechender Daten erfolgte die Analyse nach Bundesland Wien vs. andere Bundesländer ohne Präsenzdienster.
- Insass:innen in Justizanstalten sind bei den Auswertungen nach Geschlecht und Alter berücksichtigt. Mangels entsprechender Daten erfolgte die Analyse nach Bundesland Wien vs. andere Bundesländer ohne Insass:innen in Justizanstalten.

Aus statistischen Gründen ergibt sich in manchen Teilgruppen auch ein Versicherungsgrad geringfügig über 100% (im Vergleich zur Wohnbevölkerung). Ausschlaggebend ist jedoch ohnehin der relative Versicherungsgrad zur jeweiligen Referenzgruppe nach sozio-demographischen Merkmalen. Aufgrund von Datenunsicherheiten werden im Text jeweils nur Gruppen von Versicherten mit einer Versicherten- bzw. Absicherungsquote von zumindest 0,5 Prozentpunkten unter dem jeweiligen Durchschnitts-Referenzwerten angeführt.

3.4.1 Alter und Geschlecht

Auf Basis der oben angeführten Population, bei der Informationen zu Geschlecht und Alter zu Verfügung steht, ergibt sich ein durchschnittlicher Versicherungsgrad von 98,86%. Bei Männern ist der Versicherungsgrad mit 98,53% um 0,65 Prozentpunkten unter jenem von Frauen mit 99,18%.

Bei einer gleichzeitigen Betrachtung von Geschlecht und Alter zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern die mit Abstand niedrigsten Versicherungsquoten jeweils in der Reihenfolge 20-24 Jahre, 25-29 Jahre und 30-34 Jahre zu finden sind. In diesen Altersgruppen liegen die Versicherungsgrade zumindest um einen Prozentpunkt unter dem jeweiligen durchschnittlichen Versicherungsgrad. Zusätzlich liegen bei Frauen auch noch die Altersgruppen 0-4 und 35-39 um mehr als 0,5 Prozentpunkte unter der durchschnittlichen Versicherungsquote (vgl. Tab. 4)

Tab. 4: Quoten Absicherung gegen Krankheit nach Alter und Geschlecht,* 2024

	Männer	Frauen
0-4	98,55%	98,45%
5-9	99,74%	99,69%
10-14	100,03%	100,06%
15-19	99,09%	99,12%
20-24	95,97%	95,77%
25-29	96,59%	96,70%
30-34	97,40%	97,64%
35-39	98,08%	98,52%
40-44	98,54%	99,30%
45-49	98,99%	100,25%
50-54	99,24%	100,87%
55-59	99,15%	100,75%
60-64	98,91%	99,99%
65-69	98,70%	99,55%
70-74	98,73%	99,34%
75-79	98,89%	99,32%
80-84	99,10%	99,48%
85-89	99,40%	99,73%
90+	100,22%	100,35%
Gesamt	98,53%	99,18%

*alle Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ abgezogen (Szenarien 2a und 2b in Kapitel 3.3);
auspendelnde Grenzgänger:innen ohne Angehörige; exklusive ausschließlich privatrechtlich versicherte
Freiberufler:innen und deren Angehörige

Fett gedruckt: Altersgruppen mit einem durchschnittlichen Versicherungsgrad von mehr als 0,5 Prozentpunkten unter dem jeweiligen Durchschnittswert

Q: Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26; ÖÄK 2025; Parlament Österreich 2025; Statistik Austria 2025a; c; e; f; eigene Berechnungen

3.4.2 Wohnsitz Wien vs. Nicht-Wien und Geschlecht

Bei einer Betrachtung des Wohnsitzes in Wien gegenüber der Gesamtheit der anderen Bundesländer zeigt sich, dass bei einem Wohnsitz in Wien bei beiden Geschlechtern die Versicherungsgrade deutlich unter jenen in der Gesamtheit der anderen Bundesländer liegen. Bei Männern (minus 3,2 Prozentpunkte) ist die Tendenz noch ausgeprägter als bei Frauen (minus 2,8 Prozentpunkte) (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Quoten Absicherung gegen Krankheit nach Wohnsitz Wien vs. Nicht-Wien und Geschlecht,* 2024

	Wien	Nicht-Wien
Männer	95,79%	98,94%
Frauen	97,00%	99,79%
Gesamt	96,41%	99,37%

*alle Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ abgezogen (Szenarien 2a und 2b in Kapitel 3.3); auspendelnde Grenzgänger:innen ohne Angehörige; exklusive ausschließlich privatrechtlich versicherte Freiberufler:innen und deren Angehörige, Präsenzdienster und Insass:innen in Justizanstalten

Fett gedruckt: Altersgruppen mit einem durchschnittlichen Versicherungsgrad von mehr als 0,5 Prozentpunkten unter dem jeweiligen Durchschnittswert

Q: Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26; ÖÄK 2025; Statistik Austria 2025a; c; e; eigene Berechnungen

3.4.3 Staatsbürgerschaft (Anmerkung)

Eine Analyse nach Staatsbürgerschaft, und hier zumindest Österreich vs. Nicht-Österreich, konnte nicht erfolgen, da sich bei Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft durchwegs Versicherungsquoten über 100% ergaben.

Die Erfassung der Staatsbürgerschaft, die zu der Datenauswertung für Ende 2024 aus der Versicherungsdatei ergänzt wurde, ist beim Dachverband nicht immer auf dem aktuellen Stand, da sie für den Anspruch auf Krankenversicherung grundsätzlich keine Bedeutung hat. Darüber hinaus wird bei „mitversicherten“ Angehörigen, wenn deren Staatsbürgerschaft nicht bekannt ist, die Staatsbürgerschaft des Hauptversicherten zugeordnet (Dachverband, Statistik-Abteilung 2025/26).

Es ist demnach davon auszugehen, dass insbesondere im Laufe der Zeit erfolgte Einbürgerungen von versicherten Personen nicht registriert wurden.

3.5 Unterschiede zu publizierten Daten im Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung für 2024

Nach den publizierten Daten im Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung waren im Jahresdurchschnitt 2024 9.367.670 Personen versichert. Davon waren 9.063.328 Personen (7.160.977 als Beitragsleistende, 1.902.351 als beitragsfrei „mitversicherte“ Angehörige) in die soziale Krankenversicherung einbezogen. 304.342 Personen waren darüber hinaus durch die Krankenfürsorgeanstalten geschützt. Die Zahl der geschützten Personen war somit statistisch höher als die österreichische Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt 2024 ($9.367.670 - 9.177.915 = 189.755$). Dies resultiert laut Dachverband insbesondere daraus, dass auch Personen mit Wohnsitz im Ausland einen Krankenversicherungsschutz in Österreich erworben haben, etwa bei Beschäftigung in Österreich (Dachverband 2025; Statistik Austria 2025a).

Die wesentlichen Unterschiede bezüglich der Schätzung der versicherten Personen in der vorliegenden Studie im Vergleich zu den publizierten Daten sind die folgenden:

- Weniger insgesamt ermittelte Leistungsberechtigte in der Studie: Nach den für die Studie zur Verfügung stehenden Zahlen des Dachverbands waren Ende Dezember 2024 inkl. Krankenfürsorgeanstalten und Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ 9.288.408 Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt. Die Differenz zu den publizierten Daten beträgt 79.262 ($9.367.670 - 9.288.408$).
- Abzug von beim Dachverband registrierten Versicherten mit „Wohnsitz unbekannt (Ausland)“ als Einpendler:innen aus dem Ausland (Szenario 1a und 2a teilweise -200.000, Szenario 1b und 2b vollständig -247.000); dafür auf der Gegenseite Berücksichtigung von auspendelnden Grenzgänger:innen inkl. (Schätzung) anspruchsberechtigter Angehöriger (Statistik Austria 2025c: +42.000);
- Berücksichtigung ausschließlich privatrechtlich versicherter Freiberufler:innen inkl. anderweitig nicht versicherter Angehöriger (Schätzung auf Basis zwei Szenarien für Angehörige 1a, 1b +64.000/ 2a, 2b +43.000), Grundwehrdiener (Parlament Österreich 2025: +7.500), Insass:innen in Justizvollzugsanstalten (Statistik Austria 2025f: +6.000).

3.6 Vergleich der Ergebnisse mit den Studien für 2003 und 2015

Die Studie für 2015 ergab für den Jahresdurchschnitt 4.000 (0,0%) und für Ende 2015 27.000 (0,3%) nicht gegen Krankheit geschützte Personen (Fuchs et al. 2017), wobei insbesondere das zweite Halbjahr auch stark durch hohe Asylwerber:innenzahlen geprägt war.

Hinsichtlich Kalkulationsgrößen ist insbesondere auf folgende Unterschiede hinzuweisen:

- Die Berücksichtigung der Doppelzählung von anspruchsberechtigten Angehörigen im Hinblick auf Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten erfolgte unter Umständen noch nicht so umfänglich und systematisch wie in der vorliegenden Studie: damals wurden auf Basis einer Sonderauswertung des Hauptverbands 180.000 Leistungsberechtigte bei den Krankenfürsorgeanstalten in der Studie für 2015 berücksichtigt, im Vergleich zu 200.000 Leistungsberechtigten in den publizierten Daten (Hauptverband 2016).
- Es wurden in der Studie für das Jahr 2015 alle damals rund 140.000 beim Hauptverband registrierten Versicherten mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ von der Gesamtzahl der Versicherten abgezogen, da keine zusätzlichen Auswertungen im Hinblick auf Szenarien zur Verfügung standen. Im Einklang mit der Statistikabteilung des Hauptverbands wurde angenommen, dass es sich bei den Personen mit Wohnsitz „unbekannt (Ausland)“ in erster Linie um erwerbstätige einpendelnde Grenzgänger:Innen und deren Angehörige handelt. In den publizierten Daten wurden damals jedoch lediglich 100.000 geschützte Personen mit Auslandswohnsitz korrigiert (Hauptverband 2016).
- Für kammerzugehörige Freiberufler:innen und deren Angehörige standen für das Jahr 2015 beim Hauptverband keinerlei Informationen zur Aufteilung nach (auch) gesetzlich krankenversicherten Personen und ausschließlich privatrechtlich krankenversicherten Personen zur Verfügung. Auf Basis von spärlichen Informationen seitens der SVS, von relevanten Versicherungen wie Uniq, W. Städtische und Merkur sowie von Benefit Consulting als Makler für privatrechtliche Verträge mit Wiener Ärzt:innen sowie der Wiener Ärztekammer selbst wurde die Zahl der ausschließlich privatrechtlich krankenversicherten Freiberufler:innen und deren Angehörige auf 20.000 geschätzt.
- Für Ende 2015 gab es auf Basis von individuellen Informationen seitens Statistik Austria und der Marienambulanz Graz gewisse Hinweise, dass es eine Anzahl von rund 20.000 Asylwerber:innen gibt, die (noch) nicht krankenversichert oder (noch) nicht als krankenversichert registriert waren, aber bereits in der Wohnbevölkerung aufschienen.

Die Studie von 2003 ist bei der Anzahl der betroffenen Personen nicht sehr aussagekräftig, da die Zahl der nicht-versicherten Personen aufgrund von noch ausstehenden Meldungen zur damals in Fertigstellung begriffenen Anspruchsberechtigten Datenbank des Hauptverbands seitens einiger Versicherungsträger überschätzt wurde (Fuchs et al. 2003).

Hinsichtlich Geschlecht und Alter bestätigen sich weitgehend die Ergebnisse für die Jahre 2015 (vgl. Fuchs et al. 2017) und 2003 (vgl. Fuchs et al. 2003): 2015 lag der Versicherungsgrad von Männern rund 0,5 Prozentpunkte unter jenem von Frauen. Bei einer Betrachtung nach Alter und Geschlecht fanden sich Konzentrationen an nicht gegen Krankheit abgesicherten Personen bei Männern im Alter von 18 bis 27 Jahren und Frauen im Alter von 18 bis 27 Jahren, darüber hinaus auch bei Kindern im Alter von 0 Jahren. Zusätzlich ergaben sich auch bei Männern und Frauen im Pensionsalter teilweise unterdurchschnittliche Versicherungsquoten.

Nach den administrativen Daten der Erhebung von 2003 waren Personen im Alter von 15-29 Jahren unter den nicht-geschützten Personen stark überproportional vertreten. Weitere quantitative Ergebnisse ergaben eine leicht überproportionale Betroffenheit von Männern.

Auswertungen nach dem Wohnsitz konnten 2003 und 2015 nicht durchgeführt werden.

4 Erhebung in Einrichtungen (2025) und sonstige Informationen

In Abschnitt 4 wird der Wissensstand der Analyse der Administrativdaten insbesondere um eine (erneute) Einsicht in weitere sozio-demographische Merkmale von nicht-versicherten Personen (Bildung, Familienstand, Erwerbstätigkeit, Einkommen, etc.), in die Ursachen für und die Dauer von Nicht-Versicherung, in die potentielle Eingliederung in die Krankenversicherung in absehbarer Zeit sowie in die Versorgungspraxis bzw. die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von nicht-versicherten Personen ergänzt.

Es werden in erster Linie die Ergebnisse der Befragung von nicht-krankenversicherten Personen in niederschweligen Einrichtungen im Laufe des Jahres 2025 referiert. Für einen direkten Vergleich der Ergebnisse der Befragung in niederschweligen Einrichtungen im Lauf des Jahres 2025 werden die Ergebnisse der vorangehenden Erhebung 2016/17 kursiv in Klammer angeführt.

Die Jahresberichte der Einrichtungen für 2024 bzw. für das zuletzt verfügbare Jahr wurden für zusätzliche Informationen herangezogen. Weiters wurde die Studierenden-Sozialerhebung 2019 als ergänzende Datenquelle zum Nicht-Vorliegen einer Krankenversicherung bei Studierenden verwendet.

4.1 Studierenden-Sozialerhebung

Die Studierenden-Sozialerhebung 2019 (ordentliche Studierenden an öffentlichen und privaten Universitäten, FH-Studiengängen und Pädagogischen Hochschulen) wurde von Mai bis Juli als österreichweite Online-Befragung durchgeführt. Es standen 45.083 Fragebögen für die Auswertung zur Verfügung. Die Erhebung beschreibt die soziale Lage der Studierenden und gibt auch Auskunft zum (Nicht-)Vorliegen einer Krankenversicherung (Unger et al. 2020).²⁴

²⁴ In der zuletzt publizierten Sozialerhebung 2023 sind keine Informationen zum (Nicht-)Vorliegen einer Krankenversicherung enthalten (Zucha et al., 2024).

4.2 „Niederschwellige“ Behandlungseinrichtungen

In vier „niederschweligen“ ambulanten Einrichtungen, die Krankenbehandlungen (auch) für nicht-versicherte Personen anbieten – Amber-Med Wien, Marienambulanz Graz, Virgilambulanz Salzburg und Medcare(e) Innsbruck – wurden Primär-Informationen zu nicht krankenversicherten Personen erhoben. Es wurden mittels eines kurzen Erhebungsblattes anonymisierte Aufzeichnungen zu nicht-versicherten Klient:innen (u.a. sozio-demographische Merkmale, Grund und Dauer des Fehlens eines Versicherungsschutzes, etc.) geführt (vgl. dazu auch das Erhebungsblatt im Anhang).

Die Organisation der Erhebung und der Dateneingabe bei Amber-Med, Marienambulanz Graz, sowie Innsbruck erfolgte unter Verantwortlichkeit von Martin Schenk. Die Erhebung wurde idR von Sozialarbeiter:innen durchgeführt. In Salzburg wurden die Fragebögen von den Patient:innen selbst oder durch die Sozialarbeiterin, im Beisein der Klient:innen händisch ausgefüllt. Von Mai bis September 2025 konnten insgesamt 125 unversicherte Klient:innen (62 Wien, 40 Graz, 21 Salzburg, 2 Innsbruck) mittels des Erhebungsblattes vollständig befragt werden.

Die Aufbereitung und Auswertung der Daten aus den in Summe 125 Erhebungsblättern erfolgte durch das Europäische Zentrum mit dem Statistikprogramm R. Es ist zu beachten, dass die Ergebnisse aus den Erhebungsblättern nicht repräsentativ sind, auch Unterteilungen nach sozio-demographischen Merkmalen sind aufgrund der geringen Stichprobengröße ggf. problematisch. Die Ergebnisse aus den Erhebungsblättern werden daher auch stets für alle Städte zusammen referiert. Es ergeben sich aber immerhin Anhaltspunkte, etwa für die Ursachen von Nicht-Versicherung und für die sozio-demographischen Merkmale der davon betroffenen Personen bieten.

Darüber hinaus wurden die jüngsten verfügbaren Jahresberichte der niederschweligen Einrichtungen hinsichtlich nicht-versicherter Klient:innen analysiert. Grundsätzlich sind bei der Versorgung und Therapieplanung in den Einrichtungen die schwierigen Lebensumstände der nicht-versicherten Klient:innen wie z.B. Wohnungslosigkeit, finanzielle Armut, Verschuldung, psychische Erkrankungen, etc. zu berücksichtigen.

Es folgt eine kurze Beschreibung von Funktionen, Arbeitsweise und Versorgungspraxis der niederschweligen Einrichtungen.

4.2.1 Amber Med Wien

Die Amber-Med in Wien wird von der Diakonie und vom Österreichischen Roten Kreuz betrieben. Zunächst war die medizinische Versorgung von wohnungslosen

Personen und nicht-krankenversicherten Asylsuchenden das Ziel der Einrichtung. Im Laufe der Zeit wendeten sich immer mehr Migrant:innen, aber auch unversicherte Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft an Amber-Med, um medizinische Unterstützung zu erhalten. Aus einer kleinen Ordination zu Beginn des Jahres 2004 ist im Laufe der Jahre ein Gesundheitszentrum geworden, das seit 2023 auch Mitglied der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖGPK) ist.

Das hauptamtliche Team (1 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, 1 Gesundheitsreferentin, 3 Sozialarbeiter:innen, 1 Empfangsmitarbeiterin, 1 Verwaltungsassistentin) ist ebenfalls über die Jahre gewachsen und wird durch Zivildienstler und junge Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr verstärkt. Alle Allgemeinmediziner:innen, Fachärzt:innen und medizinischen Assistent:innen und Therapeut:innen arbeiten ehrenamtlich. Insgesamt zählt das Team 68 Ärzt:innen mit 4.156 ehrenamtlich geleisteten Stunden im Jahr 2023. Von großer Bedeutung sind auch ehrenamtliche Dolmetscher:innen, damit sich die Patient:innen sprachlich und kulturell bestmöglich verstanden fühlen.

Im Jahr 2023 war Amber-Med an 229 Tagen geöffnet: es wurden in Summe 17 psychologische Beratungen, 334 umfassende Sozialberatungen, 1.053 Clearinggespräche und Kurzinterventionen, 417 Schwangerschaftsbesuche, und 7.434 Behandlungen durchgeführt sowie 4.345 Rezepte ausgestellt.

Der Fokus lag auch 2023 auf der gynäkologischen Betreuung von schwangeren Frauen, der Durchführung aller relevanten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und der Beratung von jungen Eltern bei der Versorgung ihrer neugeborenen Kinder. Insgesamt begleiteten die Ärzt:innen 159 Schwangerschaften, während die Sozialarbeiter:innen 127 Geburts-Clearings durchführten. Die bestehende Kooperation mit dem Hebammenzentrum ermöglichte 38 Hebammen-Beratungen. Über das „Sozialgeburten“-Programm wurden 50 kostenreduzierte, leistbare Geburten in Spitälern des Wiener Gesundheitsverbunds für schwangere Frauen zugelassen. Die Kindersprechstunde bietet eine wöchentlich stattfindende offene Sprechstunde mit Kinderärzt:innen, zu der Eltern und Kinder ohne Termin kommen können.

Im Jahr 2023 wurde auch wieder die Insulinversorgung von unversicherten Diabetes-Patient:innen übernommen. Weiters konnten über Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien und dem EU-Projekt CANCERLESS von 2022/23 127 Patient:innen nachhaltig im Bereich Krebsvorsorge beraten und betreut werden.

Um den laufenden Betrieb sicherzustellen ist Amber-Med auf externe finanzielle Unterstützung angewiesen. Ein Teil wird durch öffentliche Gelder der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Fonds Soziales Wien und dem Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Ein Teil des Finanzbedarfs muss durch Spenden (private Spender:innen, Firmenspenden, Sponsor:innen) abgedeckt werden (Amber-Med 2024).

4.2.2 Marienambulanz Graz

Die im April 1999 gegründete Marienambulanz in Graz wird von der Caritas geführt. Ziel ist es, rasche und unbürokratische medizinische und soziale Primärversorgung zu gewährleisten. Alle Menschen erhalten kostenfreie allgemeinmedizinische und fachärztliche Behandlung. Es erhalten armutsbetroffene und gesundheitlich benachteiligte Menschen kostenfreie medizinische Hilfe. Moderne medizinische Einrichtung. Die Marienambulanz ist eine medizinische Einrichtung für Menschen ohne Krankenversicherung sowie für versicherte Menschen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem.

Zusätzlich zur allgemeinmedizinischen Ordination wurde 2001 die rollende medizinische Betreuung gestartet, bei der ein ehrenamtliches Team einmal wöchentlich mit einem Ambulanzbus zu öffentlichen Plätzen und Notschlafstellen in Graz fährt und Menschen medizinisch vor Ort versorgt. Das Jahr 2003 markierte den Beginn der Psychiatriesprechstunde und der medizinischen Betreuung im Kontaktladen des Streetwork für abhängigkeiterkrankte Menschen. 2005 erhielt die Marienambulanz den Status einer öffentlich-rechtlichen Krankenanstalt, und es begann die psychosoziale und medizinische Beratung und Behandlung zu frauenspezifischen Themen. 2012 wurde die Sozialarbeit integriert, 2013 wurden das Angebot weiter ausgebaut und mehrere Fachordinationen umgesetzt. Seit 2019 werden mit Unterstützung von ehrenamtlichen Zahnärzt:innen und der MedUni Graz regelmäßig Zahnbehandlungen durchgeführt. Kooperationen zu niedergelassenen Ärzt:innen und Krankenhäusern wurden aufgebaut.

Im Jahr 2023 gab es insgesamt 60 Mitarbeiter:innen, davon 45 ehrenamtlich. 2024 leisteten Ärzt:innen, medizinische Fachkräfte sowie Dolmetscher:innen und Sprachmittler:innen, die Sprachbarrieren minimieren, ehrenamtlich 1.800 Stunden. Fragen zur Versicherung und Existenzsicherung werden durch eine Sozialarbeiterin geklärt. Sie informiert über Versicherungsansprüche und Sozialleistungen, unterstützt bei Anträgen und arbeitet mit Krankenhäusern, Notschlafstellen und Beratungszentren zusammen. Ein Schwerpunkt sind dabei auch (bisher) nicht bezahlte Krankenhausrechnungen.

Im Jahr 2024 wurden 9.389 medizinisch-therapeutische Behandlungen durchgeführt, davon entfielen 89% auf die allgemeinmedizinische Behandlung. Zusätzlich waren 117 Personen in Zahnbehandlung, 465 Menschen wurden durch den Ambulanzbus medizinisch versorgt. Durch die Sozialarbeit erfolgte 622 Beratungen, mehr als 800 Gespräche wurden gedolmetscht (Caritas Diözese Graz-Seckau 2024; Caritas Marienambulanz 2025).

4.2.3 Virgilambulanz Salzburg

In der Virgilambulanz erhalten bedürftige Menschen mit und ohne Krankenversicherung seit August 2024 einfachen, schnellen und unbürokratischen Zugang zu medizinischer Erst- und Grundversorgung sowie zu Sozialberatung. Sie leistet damit einen Beitrag zur Bekämpfung und Vorbeugung von Krankheiten, entlastet die Krankenhäuser und schließt eine Versorgungslücke. Die Virgilambulanz ermöglicht zielgerichtete Beratung und Unterstützung durch geschultes Fachpersonal wie Ärzt:innen, Pflegekräfte, Ordinationsassistenzen und Sozialarbeiter:innen, darunter auch Freiwillige.

Es werden die folgenden Leistungen angeboten: Allgemeinmedizinische Behandlungen und Pflege, einfache Labordiagnostik, Versorgung leichter Verletzungen und Wunden, zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention, sozialarbeiterische Unterstützung (Caritas Erzdiözese Salzburg 2025; Caritas Salzburg 2025).

4.2.4 Medcare(e) Innsbruck

Medcare(e) ist die soziale und medizinische Basisversorgungseinrichtung des Bahnhofsozialdiensts in Innsbruck. Das Projekt ermöglicht Menschen, die aus verschiedenen Gründen keinen Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben (z.B. Personen ohne Krankenversicherung, wohnungslose Personen, in Not geratene Personen) kostenlosen Zugang zu medizinischer Versorgung sowie niederschwelliger Sozialberatung. Das Kooperationsprojekt versteht sich als gesamtheitliches Angebot, das sich aus der körperlichen Gesundheit, psychischen Stabilisierung und einer Wiedereingliederung ins bestehende Gesundheitssystem zusammensetzt.

Die medizinische Basis- und Erstversorgung stellt das Rote Kreuz Tirol sowohl stationär als auch mobil sicher. Die Caritas bietet in ihrer Ordination sowie an den mobilen Standorten, welche mit einem Bus angefahren werden, niederschwellige Sozialberatung an. Im Jahr 2024 fanden unter anderen 1.031 sozialarbeiterische Beratungen im Rahmen der Behandlungen statt (Caritas der Diözese Innsbruck 2025; Caritas Tirol 2025).

4.2.5 neunerhaus Wien²⁵

Seit über 25 Jahren bietet das neunerhaus Unterstützungen (Beratungsgespräche, medizinische Behandlungen, gesunde Mahlzeiten, Fragen zu Wohnungen) für wohnungslose und nichtversicherte Menschen. Seit 2009 besteht auch eine zahnmedizinische Versorgung, die vor allem von ehrenamtlich tätigen Zahnärzt:innen geleistet wird.

Das Gesundheitszentrum offeriert eine tägliche rasche Versorgung sowie Brücken in das Gesundheitssystem. Ärztliche und pflegerische Versorgung, psychosoziale Unterstützung sowie Sozialarbeit greifen interdisziplinär ineinander. Ein Team aus Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialarbeit, Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Peer-Arbeit leistet psychosoziale Unterstützung. Die niederschwellige Sozialarbeit und Peer-Arbeit tragen dazu bei, die Gesundheit der Patient:innen langfristig zu stabilisieren, indem die Lebensbedingungen verbessert werden. Dazu gehören ein aufrechter Versicherungsstatus, ein gesichertes Wohnverhältnis und ein stabiles Einkommen.

In der Arztpraxis können dank Kooperationen mit Fachärzt:innen, Spitälern, Diagnosezentren und anderen Partner:innen bei Bedarf weitere Behandlungen und Abklärungen organisiert werden. Das Pflgeteam versorgt akute und chronische Wunden, hilft bei Schmerzen und berät bei Fragen zu Körperpflege, Mobilität, Inkontinenz sowie Medikamenteneinnahme. Patient:innen mit nicht heilbaren oder lebensverkürzenden Erkrankungen werden gemeinsam mit dem Ärzt:innenteam auch palliativ begleitet.

Im Gesundheitszentrum wurden im Jahr 2024 38.015, in der Arztpraxis 9.734, und im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung 5.237 Konsultationen durchgeführt (neunerhaus 2025).

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Anzahl (unversicherte) Personen bzw. Klient:innen

Im Sommersemester 2019 gab es in Österreich 300.063 ordentliche Studierende (ohne Doktoratsstudierende und Incoming-Mobilitätsstudierende). 2,0% der Studie-

²⁵ Im neunerhaus wurde zwar keine Erhebung durchgeführt, es stellt aber ebenfalls eine wichtige niederschwellige Einrichtung dar, aus deren Jahresbericht im Folgenden auch zitiert wird.

renden wiesen zum Befragungszeitpunkt nach eigener Angabe keine Krankenversicherung auf (Unger et al. 2020). Dies sind in absoluten Zahlen rund 6.000 Personen. Studierende wären damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich überproportional ohne Krankenversicherung.

Bei den folgenden Patient:innenzahlen der niederschwelligen Einrichtungen ist zu beachten, dass es sich dabei nicht notwendigerweise um ausschließlich unversicherte Personen handelt, auch können im Sinne von Behandlungsfällen individuelle Personen mehrfach gezählt werden:

- Amber-Med Wien betreute im Jahr 2023 insgesamt 3.194 Patient:innen (AmberMed 2024).
- Im Gesundheitszentrum des neunerhauses wurden 2024 insgesamt 5.960 Patient:innen versorgt, hinzu kamen 1.902 Patient:innen im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung (neunerhaus 2025).
- In der Marienambulanz in Graz wurden im Jahr 2024 insgesamt 2.221 Patient:innen betreut (Caritas Marienambulanz 2025).
- Von August bis Dezember 2024 wurden insgesamt 96 Patient:innen in der Virgilambulanz in Salzburg behandelt (Caritas Erzdiözese Salzburg 2025; Caritas Salzburg 2025).

4.3.2 Sozio-demographische Merkmale

Geschlecht

Auf Basis der Daten der Studierenden-Sozialerhebung lassen sich bei den zum Befragungszeitpunkt (Sommersemester 2019) nicht-krankenversicherten Student:innen keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht ausmachen: bei den Frauen betrug die Quote 1,9%; bei den Männern 2,1% (Unger et al. 2020).

Von den 2.749 erwachsenen Patient:innen der Amber-Med Wien im Jahr 2023 waren 51% weiblichen und 49% männlichen Geschlechts (AmberMed 2024).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter finden sich zu 55% (*Erhebung 2016/17: 37%*) Personen männlichen Geschlechts. Die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen wies einen höheren Männeranteil (26 % gegenüber 21 %), die Altersgruppe 60+ hingegen einen höheren Frauenanteil (21 % gegenüber 17 %) auf. Der Anteil der männlichen Personen war bei den österreichischen Staatsbürger:innen am höchsten (63%).

Zu Jahresbeginn 2025 bestand die Bevölkerung in Österreich zu 50,7% aus Frauen, und zu 49,3% aus Männern (Statistik Austria 2025a). Männliche Personen weisen

nach den administrativen Daten einen etwas geringeren Versicherungsgrad auf (0,65 Prozentpunkte unter jenem von Frauen; vgl. 3.4.1).

Im Rahmen der Stichprobe der Erhebungsblätter (nicht repräsentativ!) haben verstärkt nicht-versicherte männliche Personen Behandlung, Betreuung bzw. Unterstützung nachgefragt. Hingegen halten sich bei allen Klient:innen von Amber-Med im Jahr 2023 Frauen- und Männeranteil in etwa die Waage. Die Klient:innen-Statistiken sind aber natürlich auch davon beeinflusst, welche Gruppen von unversicherten Personen dann tatsächlich eine niederschwellige Einrichtung aufsuchen.

Alter

Nach Alter betrachtet weisen nach der Studierenden-Sozialerhebung Studierende zwischen 26 und 30 Jahren mit einer Quote von 2,3% am häufigsten keine Krankenversicherung im Sommersemester 2019 auf, gefolgt von Personen über 30 Jahren mit 2,1%. Am geringsten sind Personen unter 21 Jahren (1,7%) betroffen, bei 21 bis 25-jährigen beträgt die Quote 1,9%. Der Altersdurchschnitt bei den unversicherten Personen liegt bei 27,0 Jahren und somit nur minimal über dem Altersdurchschnitt aller Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung von 26,9 Jahren (Unger et al. 2020).

Bei Amber-Med Wien wurden 2023 2.750 erwachsene Patient:innen und 444 Kinder und Jugendliche versorgt. Somit waren rund 14% der behandelten Personen minderjährig (AmberMed 2024).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter finden sich von den Personen ab 18 Jahren²⁶ 24% (*Erhebung 2016/17: 36%*) in der Altersgruppe 18-29 Jahre, 56% (*Erhebung 2016/17: 47%*) in der Altersgruppe 30-59 Jahre und 20% (*Erhebung 2016/17: 18%*) in der Altersgruppe ab 60 Jahren. Das Durchschnittsalter in der Stichprobe (ab 18 Jahren) beträgt 44 (*Erhebung 2016/17: 41*) Jahre. Das höchste Durchschnittsalter ergibt sich für Nicht-Europäer:innen (über 46 Jahre), das niedrigste für Personen aus europäischen Ländern außerhalb der EU (unter 43 Jahre).

Gegenüber der Verteilung in der Bevölkerung ab 18 Jahren sind bei den Erhebungsblättern 18-29-Jährige (24% vs. Bevölkerung 17%) und 30-59-Jährige (56% vs. Bevölkerung 50%) überrepräsentiert, Personen ab 60 Jahren (20% vs. Bevölkerung 33%) hingegen unterrepräsentiert (Statistik Austria 2025a). Nach den administrativen Daten sind insbesondere 20-34-Jährige seltener versichert als der Durchschnitt (in etwa minus 2 Prozentpunkte) (vgl. 3.4.1). Es scheinen somit trotz der Nicht-Repräsentativität der Erhebungsblätter auch eher jüngere Klient:innen in verstärktem Maße eine Einrichtung für unversicherte Patient:innen in Anspruch zu nehmen.

²⁶ In der Stichprobe gab es noch zwei Personen (2%) unter 18 Jahren.

Bildungsniveau/soziale Schicht

Sowohl Studierende aus niedriger sozialer Schicht (Bildung Eltern Pflichtschule: 2,6%) bzw. hoher sozialer Schicht (Bildung Eltern Studium: 2,5%) wiesen im Sommersemester 2019 eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, über keine Krankenversicherung zu verfügen, als Studierende aus mittlerer Schicht (Bildung Eltern ohne Matura: 1,7%; Matura: 1,3%) (Unger et al. 2020).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter wiesen 50% (*Erhebung 2016/17: 60%*) der Klient:innen Pflichtschule als höchste abgeschlossene Ausbildung auf. 17% (*Erhebung 2016/17: 11%*) verfügten über eine Lehrausbildung, 7% (*Erhebung 2016/17: 10%*) über einen BMS-Abschluss, 16% (*Erhebung 2016/17: 10%*) über einen Matura-Abschluss sowie 10% (*Erhebung 2016/17: 8%*) über einen Uni- bzw. Fachhochschulabschluss. Österreicher:innen waren die Gruppe mit dem niedrigsten Anteil an Personen, deren höchster Bildungsabschluss nur die Pflichtschule war (21 % gegenüber 58 % bei nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft), aber auch die Gruppe mit dem niedrigsten Anteil an Universitäts-/Fachhochschulabsolvent:innen (4 % gegenüber 10 % bei nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft). Nur 2% der Befragten befinden sich derzeit in einer Ausbildung.

Bei den nicht-krankenversicherten Personen dürfte es sich trotz der Nicht-Repräsentativität der Erhebungsblätter somit insbesondere um Personen mit geringer formaler Bildung handeln.

Familienstand

In der Stichprobe der Erhebungsblätter waren 55% (*Erhebung 2016/17: 38%*) der Klient:innen alleinstehend bzw. ledig, 26% (*Erhebung 2016/17: 37%*) befanden sich in einer Partnerschaft, 14% (*Erhebung 2016/17: 18%*) waren geschieden bzw. getrennt lebend und 6% (*Erhebung 2016/17: 7%*) verwitwet. Personen ab 60 Jahren waren am häufigsten in einer Partnerschaft (33%), während Personen unter 30 Jahren am seltensten in einer solchen lebten (10%). Frauen waren deutlich häufiger in einer Partnerschaft als Männer (31% gegenüber 21%). Österreicher:innen wiesen sehr niedrige Partnerschaftsraten auf (13% gegenüber 30% bei nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft), während Personen aus den übrigen europäischen Ländern (Nicht-EU) mit 48% die höchsten Partnerschaftsraten verzeichneten.

Es kann daher trotz der Nicht-Repräsentativität der Erhebungsblätter vermutet werden, dass sich nicht-krankenversicherte Personen selten in einer Partnerschaft befinden.

Staatsbürgerschaft²⁷ bzw. Migrationshintergrund

Im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung wiesen Bildungsausländer:innen im Sommersemester 2019 zu 7,1% keine Krankenversicherung auf, bei Herkunftsland mit deutscher Amtssprache sogar rund 10%. Unter den Bildungsinländer:innen mit Migrationshintergrund der ersten bzw. der zweiten Zuwanderungsgeneration beträgt die Nicht-Versichertenquote 2,5% bzw. 1,2%, unter den Bildungsinländer:innen ohne Migrationshintergrund hingegen nur 0,5%.

Nach Geburtsland fanden sich hohe Nicht-Versicherungsquoten bei Studierenden aus EU-Ländern (8%), gefolgt von übrigen europäischen Ländern (3%). Bei Studierenden aus nicht europäischen Ländern lag die Quote mit 1,8% schon unter dem Gesamtdurchschnitt von 2,0%, am geringsten war sie bei Studierenden mit Geburtsland Österreich mit 0,5% (Unger et al. 2020).

Nach den Beobachtungen der Marienambulanz Graz kommen viele Klient:innen aus unterschiedlichen Herkunftsländern und sind nicht deutsch-sprachig (Caritas Diözese Graz-Seckau 2024).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter hatten 20% (*Erhebung 2016/17: 8%*) der Befragten die österreichische Staatsbürgerschaft, 37% (*Erhebung 2016/17: 39%*) eine EU-Staatsbürgerschaft, 20% (*Erhebung 2016/17: 27%*) eine Staatsbürgerschaft von europäischen Ländern außerhalb der EU, und 24% (*Erhebung 2016/17: 27%*) eine Staatsbürgerschaft aus nicht-europäischen Ländern. Nach Österreich war die zweithäufigste Staatsbürgerschaft die serbische (10 %), gefolgt von der ungarischen und rumänischen (je 9 %), und der deutschen (7 %).

Insgesamt dürften somit österreichische Staatsbürger:innen bzw. Personen ohne Migrationshintergrund unter den nicht-krankenversicherten Personen deutlich unterrepräsentiert sein.

Wohnungslosigkeit

In der Stichprobe bei den Erhebungsblättern gaben 35% (*Erhebung 2016/17: 28%*) der Klient:innen an, wohnungslos zu sein. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei den EU-Staatsbürger:innen (58%), insbesondere aus Deutschland und Ungarn, von denen etwa je 63 % der Untergruppe angaben, obdachlos zu sein. Männer waren zudem deutlich häufiger wohnungslos (39% im Vergleich zu 26% bei Frauen).²⁸

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Wohnungslosigkeit bei nicht-krankenversicherten Personen relativ häufig anzutreffen ist.

²⁷ Die Türkei und Russland werden in den folgenden Auswertungen zu Europa gezählt.

²⁸ Es könnte sein, dass von mehreren Klient:innen auch das Wohnen in einem Wohnquartier als wohnungslos eingestuft wurde.

Haushaltsgröße

In der Stichprobe der Erhebungsblätter gaben 54% (*Erhebung 2016/17: 81%*) der Klient:innen an, nicht alleine in einem Haushalt zu leben. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei Personen aus den europäischen Ländern außerhalb der EU (68%) und aus außereuropäischen Ländern (66%). Personen unter 30 Jahren waren die Altersgruppe, in der am häufigsten andere Personen im selben Haushalt lebten (70%), Frauen lebten häufiger mit anderen Personen als Männer (62% gegenüber 48%).

Im Durchschnitt betrug die Haushaltsgröße 3,1 (*Erhebung 2016/17: 2,7*) Personen, wobei diese bei Personen aus EU-Ländern und aus außereuropäischen Ländern (je 3,3) überdurchschnittlich hoch ausfiel.

Von allen Personen in Privathaushalten in Österreich waren 2024 82% nicht alleinlebend. Die durchschnittliche Haushaltsgröße betrug 2,2 Personen (Statistik Austria 2025g). Damit war der Anteil der nicht Alleinlebenden in der Stichprobe deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung; die durchschnittliche Haushaltsgröße war jedoch größer als in der Gesamtbevölkerung.²⁹

Im Rahmen der Stichprobe wohnten 10% (*Erhebung 2016/17: 23%*) der Klient:innen gemeinsam mit Kindern unter 14 Jahren³⁰ im Haushalt. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei Personen unter 30 Jahren (24%), bei Frauen (23%), und bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (17%). Im Durchschnitt lebte eine Person in der Stichprobe mit 0,17 (*Erhebung 2016/17: 0,4*) Kindern unter 14 Jahren zusammen.

„Lebensunterhalt“

In der Studierenden-Erhebung bestand im Sommersemester 2019 ein deutlicher Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und derzeitiger Betroffenheit von Nicht-Versicherung: Von den Personen, die sich als in 1. Linie erwerbstätig und nebenbei studierend bezeichneten, waren 1,5% ohne Krankenversicherung. Bei jenen mit der Definition „in erster Linie Student und nebenbei erwerbstätig“ betrug die Quote 1,8%, bei jenen, die sich als nicht erwerbstätig bezeichneten, hingegen 2,4% (Unger et al. 2020).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter wurde als häufigster „Lebensunterhalt“ Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf eine AMS-Leistung angegeben (42%), gefolgt von Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels (14%) und nicht

²⁹ Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit die potentielle Unterbringung in Wohnquartieren bei diesem Vergleich eine Rolle spielt.

³⁰ Das Kriterium „Kinder unter 14 Jahren“ wurde in den Erhebungsblättern aufgrund der Ermöglichung der Berechnung eines Äquivalenz-Einkommens herangezogen.

angemeldeter Beschäftigung (10%). Diese Gründe entsprechen weitgehend dem Ergebnis von 2016/17, lediglich der Anteil der Personen, die sich als im Haushalt tätig bezeichneten, ist parallel zur Erhöhung des Anteils der Männer in der Stichprobe, zurückgegangen (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Erhebungsblätter: „Lebensunterhalt“ (nicht repräsentativ!)

Situation	Anteil 2025 (2016/17)
Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf AMS-Leistung	42% (41%)
Keine Erwerbstätigkeit, da kein Aufenthaltstitel	14% (14%)
Nicht angemeldet beschäftigt	10% (8%)
Arbeitsunfähig/Schwangerschaft	8% (5%)
Hausfrau/-mann	6% (13%)
Geringfügig/selbständig beschäftigt (kein Opting-In)	6% (3%)
Aufenthalt <3/6 Monate in Österreich	6% (2%)
Asylwerber:in bzw. positiver Asylbescheid	4% (3%)
In Ausbildung	2% (5%)
Pensionsantrag	1%
Anspruch AMS-Leistung, aber keine Meldung aufgrund psychischer Belastung	1%
(Auslands)Pension/Sozialhilfe	(4%)
Tagesstruktur nach BHG	(1%)
Sonstiges	(1%)

n=121 (n=112); Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025 (2016/17)

Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf eine AMS-Leistung stellt auch in fast allen Untergruppen nach Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft die häufigste Angabe zum „Lebensunterhalt“ dar. Die einzigen Ausnahmen bilden Personen mit einer Staatsbürgerschaft außerhalb Europas (hier: „keine Erwerbstätigkeit, da kein Aufenthaltstitel“ mit einem Anteil von 34%) sowie die über 60-Jährigen, die einen gleich hohen Anteil an Personen mit Arbeitsunfähigkeit (je 23%)³¹ aufweisen. Relativ

³¹ „Lebensunterhalt“ Arbeitsunfähigkeit/Schwangerschaft wurde auch häufiger – wenn auch nicht sonderlich überproportional – von Personen unter 30 Jahren genannt. Gerade auch bei jungen Menschen können schwierige persönliche Lebensumstände, Abhängigkeitserkrankungen oder psychische Krisen eine erfolgreiche Selbstorganisation verhindern. Häufig ist die eigene Gesundheit bzw. Krankheit nur eines von vielen Problemen und das Gesundheitsbewusstsein ist oft niedrig, eine Kranken-

am häufigsten geben Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf eine AMS-Leistung Österreicher:innen (67%), EU-Staatsbürger:innen (57%) und die 30-59-Jährigen (50%) an.

Der insgesamt am zweithäufigsten genannte „Lebensunterhalt“ keine Erwerbstätigkeit, da kein Aufenthaltstitel wurde neben Personen mit einer Staatsbürgerschaft außerhalb Europas überproportional auch von Personen aus dem restlichen Europa (25%), unter 30 Jahren (24%) sowie Frauen (18%) genannt.

Nicht angemeldet beschäftigt waren insbesondere Personen von außerhalb Europas (24%) sowie Männer und Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (je 15%).

Die Kriterien „Arbeitsunfähigkeit/Schwangerschaft“ (12%) sowie kein Opt-In bei geringfügiger oder selbständiger Beschäftigung (10%) trafen insbesondere auf Personen mit EU-Staatsbürgerschaft zu, während die Angabe „Aufenthalt unter drei/sechs Monate in Österreich“ insbesondere bei Personen aus Europa außerhalb der EU (17%) eine Rolle spielt. Die Angabe Haushalt war wiederum insbesondere bei Frauen (14%) relevant (vgl. Tab. 7).

In Summe gaben somit 16% (*Erhebung 2016/17: 11%*) der Klient:innen in der Stichprobe an, „erwerbstätig“ zu sein (Summe nicht angemeldet bzw. ohne Opting-In beschäftigt – hier dürfte es sich in erster Linie um prekäre Beschäftigung, Gelegenheitsjobs und unsichere Arbeitsverhältnisse handeln).³² Überdurchschnittlich war dieser Anteil bei Personen außerhalb Europas (28%) sowie bei den 30-59-Jährigen (22%).

Insgesamt zeigt sich somit eine nur geringe Einbindung von nicht-krankenversicherten Personen in den Arbeitsmarkt, und wenn dann ausschließlich auf Basis von prekären Beschäftigungen. Als „Lebensunterhalt“ herrscht Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf Sozialleistungen vor, gefolgt von Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels bzw. nicht angemeldeter Beschäftigung.

versicherung rückt in der persönlichen Prioritätenskala nach hinten (Fuchs 2009). Bei der Studierendenerhebung zeigte sich allerdings zwischen Student:innen mit und ohne studienerschwerende gesundheitliche Beeinträchtigung (jeweils 2,0%) kein Unterschied in der Betroffenheit von Nicht-Krankenversicherung (Unger et al. 2020).

³² Es kann jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass sich insbesondere bei den Kategorien „Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf AMS-Leistung“ und „Keine Erwerbstätigkeit, da kein Aufenthaltstitel“ auch zum Teil prekäre Beschäftigung, Gelegenheitsjobs und unsichere Arbeitsverhältnisse „verbergen“.

Tab. 7: Erhebungsblätter: Häufigste Angaben zum „Lebensunterhalt“ nach Untergruppen, 2025 (nicht repräsentativ!)

Merkmal	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Geschlecht			
Männer	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 49% (+)	Nicht angemeldet beschäftigt 15% (+)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 12%
Frauen	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 33% (-)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 18% (+)	Haushalt 14% (+)
Alter			
Unter 30 Jahren	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 38% (-)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 24% (+)	Arbeitsunfähig/Schwangerschaft 10%
30-59 Jahre	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 50% (+)	Nicht angemeldet beschäftigt 15% (+)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 10% (-)
60+ Jahre	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 23% (-)	Arbeitsunfähig 23% (+)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 14%
Staatsbürgerschaft			
Österreich	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 67% (+)	-	-
EU	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 57% (+)	Arbeitsunfähig/Schwangerschaft 12% (+)	Kein Opt-in 10% (+)
Restliches Europa	Arbeitslos ohne Anspruch AMS 29% (-)	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 25% (+)	Aufenthalt <3/6 Monate 17% (+)
Nicht-Europa	Kein Aufenthaltstitel, keine Erwerbstätigkeit 34% (+)	Nicht angemeldet beschäftigt 24% (+)	-

Angaben nur angeführt, wenn absolut zumindest drei Personen; (+/-): Abweichung des Anteils um mindestens drei Prozentpunkte von allen Befragten in der Stichprobe; Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025

Einkommenssituation

Bei der Studierenden-Sozialerhebung zeigt sich ein Zusammenhang zwischen finanziellen Schwierigkeiten und dem Sachverhalt der Nicht-Versicherung. Bei (sehr)

starken finanziellen Schwierigkeiten beträgt die Nicht-Versichertenquote 2,9%, bei (gar) keinen finanziellen Schwierigkeiten 1,6% (teils/teils: 2,0%) (Unger et al. 2020).

84% (*Erhebung 2016/17: 80%*) der Befragten im Rahmen der Erhebungsblätter verfügten laut eigener Angabe über gar kein persönliches Einkommen. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei Österreicher:innen (96%) sowie bei unter 30-Jährigen (93%). Das durchschnittliche persönliche Einkommen pro Monat für diejenigen, die über ein Einkommen verfügten, belief sich auf 737,- EUR. Berücksichtigt man auch diejenigen ohne Einkommen, sinkt der Durchschnitt auf 106,- (*Erhebung 2016/17: 89,-*) EUR.

Weiters gaben 82% (*Erhebung 2016/17: 46%*) der Befragten an, auch über keinerlei Haushaltseinkommen zu verfügen. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei Personen über 60 Jahren (96%) und bei Österreicher:innen (88%). Das Äquivalenzeinkommen³³ pro Monat betrug im Durchschnitt 1034,- EUR für diejenigen, die ein Einkommen erhalten, und 190,- (*Erhebung 2016/17: 324,-*) EUR bei allen Befragten.

Es zeigt sich somit insgesamt deutlich, dass nicht-krankenversicherte Personen – wenn überhaupt – über nur sehr geringe Einkommen verfügen.

4.3.3 Jemals aufgetretene bzw. frühere Perioden einer Nicht-Versicherung

Im Rahmen der Studierenden-Sozialerhebung wird auch erhoben, ob Studierende bereits jemals während ihres Studiums für einen Monat oder länger nicht krankenversichert waren. Eine längere versicherungsfreie Zeit gaben insgesamt 11% der befragten Studierenden an (Unger et al. 2020).

Im Rahmen der Erhebungsblätter gaben von den 67% (*Erhebung 2016/17: 68%*) jener Personen, die zumindest schon einmal über eine Versicherung (in Österreich) verfügt hatten,³⁴ 30% (*Erhebung 2016/17: 27%*) an, vor der jetzigen Periode zumindest schon einmal Zeiten ohne Krankenversicherung aufgewiesen zu haben. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil bei über 60-Jährigen (50%), europäischen Bürger:innen außerhalb der EU (33%) sowie EU-Bürger:innen (32%).

Unter Student:innen scheinen somit Phasen einer Nicht-Versicherung zumindest einmal während der Gesamtstudiendauer relativ häufig vorzukommen. Im Rahmen

³³ Gewichtung des Haushaltseinkommens mit der Zusammensetzung des Haushalts: Gewicht von 1 für die erste Person im Haushalt ab 14 Jahren, Gewicht von 0,5 für alle weiteren Personen im Haushalt ab 14 Jahren, Gewicht von 0,3 für alle Personen im Haushalt unter 14 Jahren. Division des Haushaltseinkommens durch die Summe der Gewichte pro Haushalt.

³⁴ Unter den 33% (*Erhebung 2016/17: 32%*), die noch nie über eine Versicherung in Österreich verfügten, sind auch Personen, die sich erst relativ kurz in Österreich befinden.

der Erhebungsblätter zeigt sich, dass eine Nicht-Krankenversicherung für einen erheblichen Anteil jener, die zumindest schon einmal über eine Versicherung in Österreich verfügt hatten, ein sich wiederholendes Problem darstellt.

4.3.4 Dauer einer Nicht-Versicherung

Die durchschnittliche Dauer der versicherungsfreien Zeit von jemals nicht-krankenversicherten Studierenden betrug 6,2 Monate (Unger et al. 2020).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter gaben wie bereits oben angeführt 33% (*Erhebung 2016/17: 32%*) der Befragten an, noch nie über eine Krankenversicherung (in Österreich) verfügt zu haben. Überdurchschnittlich hoch war dieser Anteil mit 45% bei Personen außerhalb Europas sowie mit 36% bei den 30-59-Jährigen.

Von den übrigen 67% (*Erhebung 2016/17: 68%*), die zumindest schon einmal über eine Krankenversicherung (in Österreich) verfügt haben, waren 22% (*Erhebung 2016/17: 40%*) seit maximal sechs Monaten ohne Versicherung, 37% (*Erhebung 2016/17: 24%*) seit ca. einem Jahr, 13% (*Erhebung 2016/17: 9%*) seit ca. zwei Jahren, 15% (*Erhebung 2016/17: 14%*) seit ca. drei bis fünf Jahren und 13% (*Erhebung 2016/17: 13%*) seit sechs oder mehr Jahren.

Im Median bestand die versicherungslose Zeit seit rund einem Jahr (*Erhebung 2016/17: sieben Monaten*). Schon überdurchschnittlich lange dauert die gegenwärtige Phase der Nicht-Versicherung bei Personen ab 60 Jahren, EU-Bürger:innen, sowie bei Männern.

Die durchschnittliche Dauer einer früheren versicherungslosen Zeit (vor der derzeitigen Periode) betrug bei allen davon betroffenen Personen 23 Monate (*Median Erhebung 2016/17: zwölf Monate*).

Es dürfte sich daher bei der Dauer einer Nicht-Versicherung zu einem erheblichen Teil auch um längere Perioden von zumindest einem Jahr handeln, insbesondere bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft.

4.3.5 Ursachen für Nicht-Versicherung

Nach der Studierenden-Erhebung hängt Nicht-Versicherung (der Altersdurchschnitt der davon betroffenen Personen beträgt 27,0 Jahre) mit dem Verlust des Anspruchs auf Mitversicherung bei den Eltern mit dem vollendeten 27. Lebensjahr zusammen (Unger et al. 2019).

Tab. 8: Erhebungsblätter: Gründe für Nicht-Versicherung (nicht repräsentativ!)

Grund/Ursache	Anteil 2025 (2016/17)
Keine Erwerbstätigkeit, ohne Sozialleistungsanspruch	28% (28%)
Fehlender Aufenthaltstitel	18% (12%)
Arbeit verloren/Kündigung	12% (6%)
Aufenthalt <3/6 Monate in Österreich	8% (13%)
Probleme mit Asylstatus (kein Bescheid, Status noch nicht aktiv, keine Grundversorgung)	7% (12%)
Administrative Gründe (keinen Antrag gestellt; weiß nicht, wie Versicherung beantragen)	7% (3%)
AMS-/Sozialhilfe-Leistung eingestellt (Ende Kurs/Projekt, keine sozialarbeiterische Beratung)	4% (6%)
Arbeit nicht möglich (Pflege, Krankheit, Arbeitsunfall, Schwangerschaft)	3% (4%)
Angehörigeneigenschaft verloren (Scheidung/ Trennung, ³⁵ Angehörigeneigenschaft bei Elternteil verloren)	3% (4%)
Von Arbeitgeber/In keinen Lohn erhalten, nicht angemeldet beschäftigt	3% (3%)
Selbstversicherung (Beitrag nicht gezahlt, sonstige Probleme)	3% (3%)
Länger im Ausland (und österreichische Staatsbürgerschaft)	2% (4%)
Haft	1%
Nach der Schule keine weiterführende Ausbildung	1%

n=115 (n=90); Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025 (2016/17)

In der Stichprobe der Erhebungsblätter wurde als häufigster Grund für das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf AMS- oder BMS-Leistungen³⁶ angegeben (28%), wobei dies fast ausschließlich Per-

³⁵ Eine Scheidung/Trennung als Auslöser mit einem darauffolgenden Fehlen einer Krankenversicherung aufgrund des Verlusts der Angehörigeneigenschaft betrifft fast ausschließlich Frauen. Dies kommt z.B. dann vor, wenn Unterhaltszahlungen zwar den Lebensunterhalt sichern, aber (aus Unkenntnis) keine Selbstversicherung abgeschlossen wird.

³⁶ Ursache für fehlenden Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bei Arbeitslosigkeit ist in erster Linie, dass Betroffene noch keiner (oder nicht ausreichend lange einer) arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind und somit keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld erworben haben. Bei erstmaliger Inanspruchnahme sind 52 Wochen innerhalb der letzten 24 Monate erforderlich, ansonsten 28 Wochen innerhalb der letzten zwölf Monate (AK Wien 2025a). Sofern nicht ein sonstiges Versicherungsverhältnis (z.B. über Angehörigeneigenschaft

sonen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft betrifft, gefolgt von fehlender Aufenthaltstitel³⁷ (18%) sowie Arbeit verloren/Kündigung (12%). Die ersten zwei Gründe entsprechen im Großen und Ganzen dem Ergebnis von 2016/17, von größerer Bedeutung waren damals auch mit einem Aufenthalt von unter drei/sechs Monaten in Österreich zu sein sowie Probleme mit dem Asylstatus, während „Arbeit verloren/Kündigung“ eine geringere Bedeutung aufwies (vgl. Tab. 8).³⁸

Auch für beide Geschlechter (Anteil Frauen 31%; Männer 25%), für die Altersgruppen 30-59 Jahre (34%) und 60+ (26%) sowie für EU-Bürger:innen (50%) stellt „Nicht-Erwerbstätigkeit und kein Sozialleistungsanspruch“ die häufigste Ursache für die Nicht-Krankenversicherung dar. Bei Personen aus Europa außerhalb der EU (44%) und Nicht-Europa (38%), sowie unter 30-Jährige (28%) ist der häufigste genannte Grund „Fehlender Aufenthaltstitel“. Österreichische Staatsbürger:innen nannten die Ursachen „administrative Gründe“ und „Arbeit verloren/Kündigung“ (je 23%) am häufigsten.

Ein fehlender Aufenthaltstitel war überproportional auch für Frauen (24%) relevant, Arbeit verloren/Kündigung hingegen auch für Männer (16%). Sowohl für Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (14%) als auch für Personen unter 30 Jahre (10%) war überproportional die (kürzlich erfolgte) Einstellung einer Sozialleistung ausschlaggebend. Die Angabe, für einen Aufenthalt unter drei/sechs Monaten in Österreich zu sein, wurde überproportional von Personen aus Europa außerhalb der EU (20%) genannt. EU-Staatsbürger:innen gaben überproportional Probleme mit der Selbstversicherung (7%)³⁹ an (vgl. Tab. 9).

etc.) besteht, sind diese Personen auch nicht krankenversichert (dies gilt auch für nicht vorgemerkte Arbeitslose). Zum Anspruch auf Sozialhilfe-Leistungen für nicht-österreichische Staatsbürger:innen vgl. 2.4.2.

³⁷ Bei Personen mit fehlendem Aufenthaltstitel ist davon auszugehen, dass kein Krankenversicherungsschutz erworben werden kann, da ansonsten die Gefahr der Aufdeckung und damit des Landesverweises besteht.

³⁸ Die Grenzen zwischen einzelnen Kategorien von Gründen sind jedoch fließend und nicht immer zu 100% trennscharf.

³⁹ Bei geringfügiger Beschäftigung bzw. selbständiger Beschäftigung unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze könnte eine Nicht-Inanspruchnahme einer freiwilligen Sozialversicherung daran liegen, dass sich Betroffene die Beiträge nicht leisten können oder wollen. Die studentische Selbstversicherung, die Studierende, die sich nicht (mehr) bei ihren Eltern mitversichern lassen können und auch keiner versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit nachgehen, in Anspruch nehmen können, müssen hingegen bestimmte Voraussetzungen (Leistungserfolg, etc.) erfüllt werden (Unger et al. 2020).

Tab. 9: Erhebungsblätter: Häufigste Angaben Gründe für Nicht-Versicherung nach Untergruppen, 2025 (nicht repräsentativ!)

Merkmal	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Geschlecht			
Männer	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 25%	Arbeit verloren/ Kündigung 16% (+)	Fehlender Aufenthaltstitel 14% (-)
Frauen	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 31%	Fehlender Aufenthaltstitel 24% (+)	Aufenthalt <3/6 Monate 8%
Alter			
Unter 30 Jahre	Fehlender Aufenthaltstitel 28% (+)	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 17% (-)	Arbeit verloren/ Kündigung; Aufenthalt <3/6 Monate; Sozialleistung eingestellt (+) je 10%
30-59 Jahre	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 34% (+)	Fehlender Aufenthaltstitel 14% (-)	Arbeit verloren/ Kündigung 12%
60+ Jahre	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 26%	Fehlender Aufenthaltstitel 16%	-
Staatsbürgerschaft			
Österreich	Administrative Gründe 23% (+)	Arbeit verloren/ Kündigung 23% (+)	Sozialleistung eingestellt 14% (+)
EU	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 50% (+)	Arbeit verloren/ Kündigung 14%	Probleme Selbstversicherung (+); Aufenthalt <3/6 Monate je 7%
Restliches Europa	Fehlender Aufenthaltstitel 44% (+)	Aufenthalt <3/6 Monate 20% (+)	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 16% (-)
Nicht-Europa	Fehlender Aufenthaltstitel 38% (+)	Keine Erwerbstätigkeit, keine Sozialleistung 17% (-)	-

Angaben nur angeführt, wenn absolut zumindest drei Personen; (+/-): Abweichung des Anteils um mindestens drei Prozentpunkte von allen Befragten in der Stichprobe; Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025

Allgemein betrachtet dürfte die Tatsache der Nicht-Versicherung bei österreichischen Staatsbürger:innen i.d.R. mit Statusübergängen, fehlender Information bzw.

Unterlassung von bestimmten Erfordernissen (z.B. generelle Antragsstellung auf Sozialleistung, bestimmte Fristversäumnisse,⁴⁰ Unklarheiten bei der behördlichen Zuständigkeit für Kinderbetreuungsgeld, wenn ein Elternteil im Ausland lebt,⁴¹ etc.) in Zusammenhang zu bringen sein. Vereinzelt sind auch Österreicher:innen von Nicht-Versicherung betroffen, die nach längerer Zeit aus dem Ausland zurückkehren. Im Rahmen der Erhebungsblätter gaben 9% der befragten Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft als Grund für die Nicht-Versicherung einen längeren Auslandsaufenthalt an.

Bei Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft ohne Versicherungsschutz handelt es sich häufig um Personen, die noch nicht fünf Jahre in Österreich leben oder noch keinen Daueraufenthalt nachweisen können, und damit keinen Sozialhilfe-Anspruch aufweisen, und die auch keinen Anspruch auf AMS-Leistungen erworben haben. Vom Grund „Arbeitslosigkeit ohne Leistungsanspruch“ sind nach den Erhebungsblättern in erster Linie EU-Staatsbürger:innen betroffen.

Hinzu kommen Personen mit aufenthaltsrechtlichen Problemen, dies tangiert nach den Erhebungsblättern vorwiegend Personen aus Europa außerhalb der EU sowie Personen von Ländern außerhalb Europas. Wenn es auch keine Partner:in oder sonstige Person gibt, bei der:dem eine Angehörigeneigenschaft möglich ist, besteht i.d.R. auch keine Krankenversicherung.

Es sind darunter auch erwerbslose und wohnungslose Personen, die z.T. ohne gültige Aufenthaltspapiere in Österreich leben und niemals in das Sozialsystem integriert waren oder den Zugang verloren haben. Zum Teil handelt es sich auch um Personen, die sich in Österreich unter einer Dauer von drei/sechs Monaten aufhalten. Dieser Umstand wurde in den Erhebungsblättern überproportional von Personen aus Europa außerhalb der EU genannt. Bei Asylwerber:innen (in der Stichprobe wurden Probleme mit Asylstatus von 7% als Grund für die Nicht-Versicherung angeführt), die grundsätzlich in der Grundversorgung krankenversichert sind, liegt der Grund für die Nicht-Versicherung auch teilweise in einem Wechsel des Wohnortes

⁴⁰ Ein genereller Risikofaktor für Nicht-Krankenversicherung – nach den Erhebungsblättern in erster Linie für österreichische Staatsbürger:innen – besteht in fehlender oder ungenügender Information über die (gesetzlichen) Grundlagen für Leistungsansprüche. Die Betroffenen versäumen es daher z.T., (rechtzeitig) AMS-, BMS-, Krankenversicherungs- bzw. Familienleistungen zu beantragen, sich selbst zu versichern oder als Angehörige versichern zu lassen. Ungenügende Informationen hinsichtlich der Bedingungen und Fristen für Sozialleistungen führen bei manchen Klient:innen dazu, dass sie nicht krankenversichert sind, obwohl grundsätzlich ein Anspruch vorhanden wäre.

⁴¹ Unklarheiten und damit Auszahlungsverzögerungen bei Familienleistungen wie dem Kinderbetreuungsgeld, das für eine Krankenversicherung elementar sein kann, ergeben sich z.B., wenn eine österreichische Staatsbürgerin (oder auch Migrantin mit Aufenthaltstitel) mit ihrem Kind in Österreich lebt, der Vater mit EU-Staatsbürgerschaft aber in einem anderen EU-Land lebt und/oder arbeitet (AK Wien 2025c; Caritas Wien et al. o.J.). Auch während der generellen Antragsfrist von rund drei Monaten bei der Sozialhilfe kann es kurzfristig zu Versicherungslücken kommen. Die Versicherung greift zwar in der Regel im Nachhinein rückwirkend, temporär stellt dies jedoch keine Lösung dar (Caritas Wien et al. o.J.).

ohne Antrag, wodurch die Grundversorgung verloren geht (vgl. auch AmberMed 2024; Caritas Diözese Graz-Seckau 2024; Dawid/Heitzmann 2015).

Obwohl administrative Gründe für Nicht-Versicherung in den Erhebungsblättern in erster Linie von österreichischen Staatsbürger:innen genannt wurden, können fehlende Informationen sowie bürokratische und sprachliche Hürden auch für ausländische Staatsbürger:innen eine Barriere darstellen. Vielen unversicherten Migrant:innen fehlen Wissen und Ressourcen, und sie sind oft auch unsicher im Umgang mit den Behörden (AmberMed 2024).

Von all diesen Umständen sind auch Angehörige, insbesondere Kinder betroffen.

4.3.6 Potentielle Eingliederung in die Krankenversicherung

In der Stichprobe der Erhebungsblätter waren 48% (*Erhebung 2016/17: 57%*) der Befragten der Meinung, auch in Zukunft keine Eingliederung in die Krankenversicherung in Österreich zu erfahren. Überdurchschnittlich hoch fiel dieser Anteil mit jeweils rund 55% bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft sowie bei Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren aus.

Von jenen 52% (*Erhebung 2016/17: 43%*) der Personen, die mit einem künftigen Einbezug rechnen, wurde dieser von fast allen innerhalb der nächsten sechs Monate erwartet. Als häufigster dafür ausschlaggebender Umstand wurde die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit genannt (31%), gefolgt vom Bezug AMS- bzw. Sozialhilfeleistung (23%) sowie Asyl/Grundversorgung (13%). Diese Gründe entsprechen weitgehend dem Ergebnis von 2016/17, von größerer Bedeutung war damals auch das Erlangen einer Angehörigeneigenschaft (aufgrund von Heirat, Zusammenzug oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des:der Partner:in) (vgl. Tab. 10).

Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit als meistgenannter Umstand für den künftigen Einbezug in die Krankenversicherung traf auch beide Geschlechter (Anteil Männer 32%, Anteil Frauen 28%), auf Personen zwischen 30-59 Jahren (Anteil 37%) und unter 30 Jahren (Anteil 33%), sowie auf EU-Bürger:innen (Anteil 37%) und Personen aus dem restlichen Europa (Anteil 27%) zu. Der Bezug einer AMS- bzw. Sozialhilfeleistung wurde als ausschlaggebendster Umstand von Österreicher:innen (Anteil 42%) und über 60-Jährigen (Anteil 25%) genannt. Personen von außerhalb Europas sahen eine Eingliederung in erster Linie im Rahmen von Asylstatus bzw. Grundversorgung (Anteil 50%), sowie Personen aus dem restlichen Europa auch in der Beantragung eines Visums (27%).

Tab. 10: Erhebungsblätter: Umstände für künftige Eingliederung in die Krankenversicherung (nicht repräsentativ!)

Umstand	Anteil 2025 (2016/17)
Aufnahme Erwerbstätigkeit	31% (26%)
Bezug AMS- bzw. Sozialhilfe-Leistung	23% (21%)
Asyl/Grundversorgung (positiver Bescheid, [Wieder]Aufnahme)	13% (13%)
Erlangen einer Angehörigeneigenschaft (Heirat, Zusammenzug, Aufnahme Erwerbstätigkeit des:der Partner:in)	10% (21%)
Beantragung Visum	6% (3%)
Bezug sonstiger Leistung/Pension	5% (3%)
Versicherung EU	5%
Selbstversicherung (Zahlung Beitrag)	3% (8%)
Studium	3%
Absicherung privat (bzw. durch Caritas)	2% (8%)

n=62 (n=39); Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025 (2016/17)

Überproportional wurde der Umstand „Bezug einer AMS- bzw. Sozialhilfeleistung“ auch von Männern (29%) und von Personen im Alter von 30-59 Jahren (27%) genannt. Bei Eingliederung im Rahmen von Asyl/Grundversorgung trifft dies auch auf Männer (16%) zu. Einen Einbezug in die Krankenversicherung über ihre Angehörigeneigenschaft erwarten hingegen überproportional Frauen und Personen unter 30 Jahren (je 17%) sowie EU-Staatsbürger:innen (16%) (vgl. Tab. 11).

Bei der erstmaligen oder erneuten Integration von nicht-versicherten Klient:innen in das Sozial- und Gesundheitssystem ist die behandelnde bzw. betreuende Einrichtung grundsätzlich eine wichtige Schnittstelle. Betroffene sind aus gesundheitlichen, psychosozialen oder sprachlichen Gründen häufig auch nicht eigenständig in der Lage, sich um ihre Leistungsansprüche zu kümmern (Neupert 2015).

Allgemein gelingt bei österreichischen Staatsbürger:innen die Erlangung von Sozialansprüchen (z.B. auf AMS-Leistungen, Sozialhilfe, Familienleistungen, etc.) und damit einer Krankenversicherung i.d.R. relativ unkompliziert und rasch. Der notwendige Schritt zur Inklusion liegt zumeist in noch durchzuführenden Antragstellungen auf Sozialleistungen, der Informationsweitergabe bzw. der Vernetzung mit Sozialarbeiter:innen.

Tab. 11: Erhebungsblätter: Häufigste Umstände für künftige Eingliederung in die Krankenversicherung nach Untergruppen, 2025 (nicht repräsentativ!)

Merkmal	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Geschlecht			
Männer	Erwerbstätigkeit 32%	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 29% (+)	Asyl/Grundversorgung 16% (+)
Frauen	Erwerbstätigkeit 28% (-)	Angehörigen- eigenschaft 17% (+)	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 17% (-)
Alter			
Unter 30 Jahren	Erwerbstätigkeit 33%	Angehörigen- eigenschaft 17% (+)	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 17% (-)
30-59 Jahre	Erwerbstätigkeit 37% (+)	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 27% (+)	Asyl/Grundversorgung 13%
60+ Jahre	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 25%	-	-
Staatsbürgerschaft			
Österreich	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 42% (+)	Erwerbstätigkeit 32%	-
EU	Erwerbstätigkeit 37% (+)	AMS-/Sozialhilfe- Leistung 21%	Angehörigen- eigenschaft 16% (+)
Restliches Europa	Erwerbstätigkeit 27% (-)	Beantragung Vi- sum 27% (+)	-
Nicht- Europa	Asyl/Grund- versorgung 50% (+)	-	-

Angaben nur angeführt, wenn absolut zumindest drei Personen; (+/-): Abweichung des Anteils um mindestens drei Prozentpunkte von allen Befragten in der Stichprobe; Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025

Hingegen haben Migrant:innen, die noch nicht ausreichend lange in Österreich leben (kein unbefristeter Aufenthalt) und keine Sozialleistungsansprüche aufgrund von (vorangegangener) Erwerbstätigkeit aufweisen, nur geringe Chancen auf Eingliederung, da zumeist auch kein Sozialhilfe-Anspruch besteht. Bei Personen außerhalb der EU stellen (abgesehen von der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) noch die Beantragung eines Visums bzw. eine Eingliederung im Rahmen von Asylstatus bzw. Grundversorgung eine Möglichkeit zur Eingliederung in die Krankenversicherung dar.

4.3.7 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Wenn keine akute Behandlungsbedürftigkeit besteht, kann bei Nicht-Versicherung eine medizinische Versorgung durch den:die behandelnde:n Ärzt:in verwehrt werden. In der Notfallbehandlung besteht hingegen eine Verpflichtung zur Versorgung von Patient:innen. Auch Menschen ohne Aufenthaltstitel haben grundsätzlich Anspruch auf diese; allerdings ist dieser Sachverhalt in der Praxis nicht konfliktfrei.

Sofern auch kein (zumindest potenzieller) Anspruch auf Sozialhilfe besteht, haben nicht versicherte Patienten für ambulante und stationäre Leistungen in Krankenhäusern den „Selbstzahlertarif“ zu entrichten bzw. werden als Privatpatient:innen betrachtet. Dieser Tarif wird von der jeweiligen Landesregierung mittels Verordnung festgelegt und ist in der Regel kostendeckend ausgerichtet. Niedergelassene Ärzt:innen sind in der Gestaltung der Tarife für nicht Versicherte grundsätzlich frei.

Notwendige Arztbesuche und Medikamente müssen dann grundsätzlich selbst bezahlt werden. Bei Patient:innen, die nicht an das Sozial- und Gesundheitssystem angebunden werden können, ist eine Refinanzierung der medizinischen Behandlung jedoch häufig nicht möglich, da die Betroffenen i.d.R. aufgrund ihrer geringen Einkommen die Kosten als Selbstzahler:innen nicht tragen können (Caritas Diözese Graz-Seckau 2024; Caritas Wien et al. o.J.; Marienambulanz 2025; Neupert 2015).

Daher nutzen viele nicht-versicherte Personen Anlaufstellen, die Behandlungen auch ohne Krankenversicherung vornehmen. Es existieren mehrere ambulante und stationäre Einrichtungen, die eine kostenlose Versorgung für nicht Krankenversicherte anbieten (neben den bereits erwähnten niederschweligen ambulanten Einrichtungen auch z.B. das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien). Auch einzelne niedergelassene Ärzt:innen, die zum Teil mit karitativen Organisationen zusammenarbeiten, offerieren diesen Service. Im Allgemeinen ist das Angebot auf größere Städte konzentriert und vor allem in ländlichen Regionen gering.

Nach den Erfahrungen der behandelnden Einrichtungen betreiben nicht-versicherte Personen weniger Gesundheitsvorsorge. Aus Angst vor unbezahlbaren Rechnungen, aus Mangel an Angeboten, oft auch aus Scham werde medizinische Hilfe oft erst gesucht, wenn der Leidensdruck groß und die Beschwerden akut seien (Caritas Diözese Graz-Seckau 2024).

Im Rahmen der Erhebungsblätter wurden von den weiter gefassten Gründen für das Aufsuchen der Ambulanz am häufigsten „chronisches Problem“ (46%), gefolgt von „akutes Problem“ (21%) und „Notfallbehandlung“ (12%) genannt. Gegenüber der Erhebung 2016/17 hat sich der Schwerpunkt Richtung „chronisches Problem“ verlagert.

Ein chronisches Problem wurde relativ gesehen am häufigsten von Personen über 60 Jahren (63%), ein akutes Problem von Frauen (30%) und eine Notfallbehandlung von Männern (19%) angeführt (vgl. Tab. 12).

Tab. 12: Erhebungsblätter: Weiter gefasste Gründe für Aufsuchen der Ambulanz (nicht repräsentativ!)

Grund	Anteil 2025 (2016/17)	Gruppen, in denen der Grund häufig vorkommt
Chronisches Problem	46% (34%)	60+ Jahre: 63%; 30-59 Jahre: 53%
Akutes Problem	21% (32%)	Frauen: 30%; Österreich: 25%; Nicht-Europa: 24%
Notfall	12% (7%)	Männer 19%; Österreich: 17%; <30 Jahre: 16%
Sonstiges	22% (28%)	

n=125 (n=112); Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025 (2016/17)

Bei den Detailgründen für das Aufsuchen der Ambulanz (Mehrfachnennungen möglich) wurden am häufigsten Schmerzen (inkl. Kopfschmerzen 39%), gefolgt von fehlenden Medikamenten und/oder Hilfsmitteln (20%) und Diabetes (16%) genannt. Weitere häufiger angeführte Gründe waren Herz/Kreislauf (13%), psychische Probleme (inkl. Einschlaf- und Durchschlafprobleme 11%) und Infektionen (8%) (vgl. Tab. 13).

Aus den vor Tab. 12 genannten Gründen würden Patient:innen auch grundsätzlich erst relativ spät eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, wenn das gesundheitliche Problem bereits längere Zeit besteht (AmberMed 2024; neunerhaus 2025).

In der Stichprobe der Erhebungsblätter nehmen 28% eine medizinische Behandlung erst nach frühestens drei Monaten – 19% überhaupt erst nach frühestens einem Jahr – nach Auftreten der ersten Symptome in Anspruch. Insbesondere Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft scheinen eine medizinische Behandlung tendenziell erst relativ spät in Anspruch zu nehmen, wenn die Symptome bereits fortgeschrittener sind.

**Tab. 13: Erhebungsblätter: Detailgründe für Aufsuchen der Ambulanz, 2025
(nicht repräsentativ!)**

Detailgrund	Anteil
Schmerzen allgemein	34%
Fehlende Medikamente und/oder Hilfsmittel	20%
Diabetes	16%
Herz/Kreislauf	13%
Infektion	8%
Psychische Probleme	6%
Einschlaf- und Durchschlafprobleme	5%
Kopfschmerzen	5%
Verdauungsbeschwerden	5%
Schwangerschaft und Geburt	5%
Unfall	4%
Zähne	4%

n=83; Angaben nur angeführt, wenn absolut zumindest drei Personen; Mehrfachnennungen möglich;
Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025

Umgekehrt suchen immerhin 57% der Personen in der Stichprobe die Einrichtung nach spätestens einem Monat nach Auftreten der ersten Symptome auf, 35% sogar spätestens nach einer Woche. Insbesondere Personen über 60 Jahren, mit österreichischer Staatsbürgerschaft sowie Frauen nehmen eine medizinische Behandlung bereits nach relativ kurzer Zeit in Anspruch (vgl. Tab. 14).

Tab. 14: Erhebungsblätter: Zeit vom Beginn der gesundheitlichen Probleme bis zum (erstmaligen) Aufsuchen der Einrichtung (aufgrund dieser Probleme), 2025 (nicht repräsentativ!)

Grund	Anteil	Gruppen mit überproportionalem Anteil
Weniger als 1 Tag	6%	1 Woche und weniger:
1 Tag bis 1 Woche	29%	60+ Jahre: 46%; Österreich: 45%; Frauen: 39%
1 Woche bis 1 Monat	22%	Österreich: 32%; <30 Jahre: 29%; Frauen: 25%
1 bis 3 Monate	16%	Nicht-EU Europa: 19%
3 bis 6 Monate	4%	
6 bis 9 Monate	3%	3 Monate und mehr: EU Außerhalb Österreichs: 33%; Nicht EU-Europa: 32%; Nicht Europa: 31%
9 Monate bis 1 Jahr	2%	
1 Jahr und mehr	19%	

n=120; Q: Erhebungsblätter in Einrichtungen 2025

4.3.8 Sozio-demographische Merkmale, Ursachen und potentielle Eingliederung im Zeitvergleich

Auf Basis der Ergebnisse der Erhebungsblätter in niederschweligen Einrichtungen von 2003 (Fuchs 2009), 2016/17 (Fuchs et al. 2017) sowie der vorliegenden Analyse für 2025⁴² kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den nicht-krankenversicherten Personen überwiegend um Personen mit geringer formaler Bildung sowie um Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft handelt.

Es zeigt sich durchgehend eine nur äußerst eingeschränkte Einbindung von nicht-krankenversicherten Personen in den Arbeitsmarkt. Wenn eine Erwerbstätigkeit vorliegt, dann naturgemäß ausschließlich auf Basis von atypischen Beschäftigungsverhältnissen (geringfügige oder selbständige Beschäftigung ohne Wahrnehmung einer freiwilligen Versicherung) bzw. einer nicht angemeldeten Beschäftigung.

Beim „Lebensunterhalt“ der nicht-versicherten Personen dominieren die Angaben „Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf AMS-Leistungen“ und Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels.⁴³

⁴² Bei den folgenden Ausführungen ist stets die grundsätzliche Nicht-Repräsentativität der Erhebungsblätter zu beachten.

⁴³ Geschlecht und Alter werden hier nicht nochmals referiert, da ohnehin administrative Daten vorliegen (vgl. Kapitel 3.6).

Insgesamt zeigt sich auch bei den Ursachen für Nicht-Versicherung zwischen den einzelnen Erhebungen eine gewisse Kontinuität. Zu allen drei Zeitpunkten spielten bei den betroffenen Personen die folgenden Gründe eine zentrale Rolle: Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung sowie fehlender Aufenthaltstitel.

Relativ häufiger wurden in der Erhebung 2025 „Arbeit verloren/Kündigung“ sowie administrative Gründe genannt.

Insbesondere in der Erhebung 2016/17 wurden als zentrale Gründe für den Status der Nicht-Versicherung auch die Tatsache, sich nur für eine Dauer von unter drei/sechs Monaten in Österreich aufzuhalten, sowie Probleme mit dem Asylstatus genannt, die in der Frequenz 2025 etwas zurückgingen.

Insgesamt etwas zurückgegangen ist seit 2003 die Bedeutung von Personen, die die Anspruchsberechtigung über eine Angehörigeneigenschaft aufgrund von Scheidung, eines Todesfalls oder der Überschreitung einer Altersgrenze verloren haben, sowie von geringfügig oder nicht pflichtversichert selbständig beschäftigten Personen, die sich eine freiwillige Versicherung nicht leisten können oder wollen.

Was die potentielle zukünftige Eingliederung in die Krankenversicherung betrifft, so hat sich der Anteil jener Personen, die damit in der Stichprobe der jeweiligen Erhebungsblätter rechnen, seit 2003 erhöht: 2003 weniger als 20%, 2016/17 weniger als 50%, 2025 knapp mehr als 50%. Dieser Anteil war und ist bei österreichischen Staatsbürger:innen stets höher. Von jenen Personen, die mit einem künftigen Einbezug rechnen, wurde dieser durchgehend relativ zeitnah erwartet (2025 und 2016/17: innerhalb der nächsten sechs Monate, 2003: noch in diesem Kalenderjahr) erwartet.

Als häufigster dafür ausschlaggebender Umstand wurde in allen drei Erhebungen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit genannt. Relevant waren 2025 und 2016/17 auch der Bezug einer AMS- bzw. Sozialhilfe-Leistung sowie Asyl/Grundversorgung. Von größerer Bedeutung 2016/17 war auch das Erlangen einer Angehörigeneigenschaft (aufgrund von Heirat, Zusammenzug oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit des:der Partner:in). 2003 wurde als zweithäufigster Grund die bevorstehende Pensionierung genannt, die in den nachfolgenden Erhebungen an Bedeutung verloren hat.

5 Zusammenfassung

Die Krankenversicherung hat in Österreich den Status einer gesetzlich geregelten Pflichtversicherung. Diese knüpft an Erwerbstätigkeit bzw. die Realisierung eines sonstigen Pflichtversicherungstatbestandes an; der Krankenversicherungsschutz erstreckt sich aber auch auf anspruchsberechtigte Angehörige (abgeleiteter Versicherungsschutz) sowie auf freiwillig Selbstversicherte. Seit der Jahrtausendwende wurden mehrere politische Maßnahmen gesetzt, um den Einbezug von Personen in die Krankenversicherung zu forcieren. Dazu zählen im Wesentlichen die Einführung der Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde, die Ausweitung der Schutzfrist nach Beendigung eines Dienstverhältnisses, sowie der Einbezug von BMS-Bezieher:innen (nunmehr in den meisten Bundesländern wieder Sozialhilfe) in die Krankenversicherung.

Zur erneuten wissenschaftlichen Erfassung des Phänomens der Nicht-Versicherung nach den von BMGF/ BMSG bzw. Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenen Studien von 2003 bzw. 2015 sollten die bisherigen Kenntnisse über den Umfang bzw. die Zusammensetzung jenes Personenkreises, der über keinen Krankenversicherungs- bzw. einen gleichgestellten Schutz verfügt, für Ende 2024 (Administrativdaten) bzw. für das Jahr 2025 (Erhebung in niederschwelligen Einrichtungen) ergänzt bzw. aktualisiert werden.

Die Analyse von administrativen Daten wurde auf vorausgehende Auswertungen der Anspruchsberechtigendatenbank durch die Statistikabteilung des Dachverbands der Sozialversicherungsträger aufgebaut. Sie diente in erster Linie einer genaueren Abgrenzung der Kalkulationsgrößen zur Feststellung von nicht-krankenversicherten bzw. anderweitig nicht geschützten Personen, i.e., Wohnbevölkerung auf der einen Seite und als krankenversichert bzw. anderweitig geschützt registrierte Personen auf der anderen Seite. Die Ergebnisse sind aber aufgrund von fehlenden Daten bzw. Datenungenauigkeiten mit Vorsicht zu betrachten.

Unter Berücksichtigung vom beim Dachverband registrierten gesetzlich versicherten Personen, Versicherten bei den Krankenfürsorgeanstalten (unter Ausschluss von Doppelzählungen von Angehörigen), ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler:innen und deren Angehörige (Schätzung), Grundwehrdienern, Insass:innen in Justizvollzugsanstalten sowie Grenzgänger:innen und deren Angehörige (Schätzung von Angehörigen bei Auspendler:innen) waren Ende 2024 zwischen 9,14 und 9,21 Mio. Personen in Österreich gegen Krankheit abgesichert. Bei Gegenüberstellung mit der Wohnbevölkerung zu 1.1.2025 bedeutet dies,

dass zwischen 0 und 57.000 Personen (oder 0,0% bis 0,6% der Bevölkerung) keine Absicherung gegen Krankheit aufwiesen.⁴⁴

Die wesentlichen Unterschiede im Vergleich zur publizierten Zahl der versicherten Personen seitens des Dachverbands (hier im Jahresdurchschnitt 2024!) sind die folgenden:

- Weniger insgesamt ermittelte versicherte Personen für die Studie, die Differenz zu den publizierten Daten beträgt rund 79.000.
- Abzug von beim Dachverband registrierten Versicherten mit „Wohnsitz unbekannt (Ausland)“ als Einpendler:innen inkl. Angehörige aus dem Ausland (Szenario 1a und 1b teilweise/ -200.000, Szenario 2a und 2b vollständig/ -247.000); dafür auf der Gegenseite Berücksichtigung von auspendelnden Grenzgänger:innen inkl. (Schätzung) anspruchsberechtigter Angehöriger (+42.000).
- Berücksichtigung ausschließlich privatrechtlich versicherter Freiberufler:innen inkl. anderweitig nicht versicherter Angehöriger (Schätzung auf Basis zwei Szenarien für Angehörige 1a, 2a +64.000 sowie 1b, 2b +43.000), Grundwehrdiener (+8.000), Insass:innen in Justizvollzugsanstalten (+6.000).

Die Studie für 2015 ergab für den Jahresdurchschnitt 4.000 (0,0%) und für Ende 2015 27.000 (0,3%) nicht gegen Krankheit geschützte Personen. Hinsichtlich Kalkulationsgrößen ist insbesondere auf datenbedingte Unterschiede bei der Ermittlung von anspruchsberechtigten Angehörigen bei den Krankenfürsorgeanstalten, bei den versicherten Personen mit Wohnsitz definiert als „unbekannt (Ausland)“ sowie bei ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler:innen und deren Angehörige hinzuweisen. Zusätzlich gab es Anhaltspunkte, dass die damaligen Kalkulationen bzw. Schätzungen durch insbesondere im zweiten Halbjahr eingetroffene Asylwerber:innen beeinflusst waren. Die Studie von 2003 ist bei der Anzahl der betroffenen Personen nicht sehr aussagekräftig, da die Zahl der nicht-versicherten Personen aufgrund von noch ausstehenden Meldungen seitens einiger Versicherungsträger zur damals in Fertigstellung begriffenen Anspruchsberechtigendatenbank des Hauptverbands überschätzt wurde

Grundsätzlich sind Männer (Versicherungsgrad rund 0,65 Prozentpunkte unter jenem von Frauen) häufiger von Nicht-Versicherung betroffen. Bei einer Betrachtung

⁴⁴ Die Bandbreite bei den nicht-geschützten Personen ist auf Datenunsicherheiten bei den „Einpendler:innen“ und ihren Angehörigen, i.e., versicherte Personen mit Wohnsitz mit der Definition „unbekannt (Ausland)“ beim Dachverband, wo bei rund 47.000 von insgesamt rund 247.000 Personen auch ein Wohnsitz im Inland nicht ausgeschlossen werden kann, sowie bei der geschätzten Angehörigenquote von ausschließlich privatrechtlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler:innen (ungewöhnlich hohe Angehörigenquote bei den [auch] gesetzlich versicherten kammerzugehörigen Freiberufler:innen im Vergleich zur Angehörigenquote bei allen Versicherten beim Dachverband, weshalb die geschätzte Angehörigenquote auf Basis beider dieser empirisch vorliegender Quoten ermittelt wurde) zurückzuführen. Daraus ergeben sich insgesamt vier (2*2) Szenarien.

nach Alter und Geschlecht finden sich Konzentrationen an nicht gegen Krankheit abgesicherten Personen bei beiden Geschlechtern jeweils in der Reihenfolge 20-24 Jahre, 25-29 Jahre und 30-34 Jahre. In diesen Altersgruppen liegen die Versicherungsgrade zumindest um einen Prozentpunkt unter dem jeweiligen durchschnittlichen Versicherungsgrad. Zusätzlich liegen bei Frauen auch noch die Altersgruppen 0-4 und 35-39 Jahre um mehr als 0,5 Prozentpunkte unter der durchschnittlichen Versicherungsquote. Damit bestätigen sich für Ende 2024 auch weitgehend die entsprechenden Ergebnisse für 2015 und 2003. Zusätzlich konnte für Ende 2024 auch eine Analyse nach dem Wohnsitz durchgeführt werden. Hier zeigt sich, dass bei einem Wohnsitz in Wien bei beiden Geschlechtern die Versicherungsgrade deutlich unter jenen in der Gesamtheit der anderen Bundesländer liegen. Bei Männern (minus 3,2 Prozentpunkte) ist die Tendenz noch ausgeprägter als bei Frauen (minus 2,8 Prozentpunkte).⁴⁵

Die zusätzlich verwendeten Informationsquellen, im Einzelnen

- Erhebungsblätter im Rahmen einer Befragung von nicht-versicherten Klient:innen in niederschwelligen Einrichtungen in Wien (Amber-Med), Graz (Marienambulanz), Salzburg (Virgilambulanz) und Innsbruck (Medcar[e]) im Laufe des Jahres 2025 (insgesamt 125 Fragebögen auswertbar, nicht repräsentativ!),
- letztverfügbare Jahresberichte der niederschwelligen Einrichtungen inkl. neunerhaus Wien,
- die Studierenden-Sozialerhebung 2019

dienten zur Interpretation und Ergänzung des Wissenstands der Analyse der administrativen Daten, z.B. zu weiteren soziodemographischen Merkmalen der betroffenen Personen, den Gründen für Nicht-Versicherung und der Einschätzung der Möglichkeit einer Eingliederung in die Krankenversicherung.

2,0% der Studierenden wiesen im Sommersemester 2019 nach eigener Angabe keine Krankenversicherung auf. Dies sind in absoluten Zahlen rund 6.000 Personen. Studierende dürften damit deutlich überproportional ohne Krankenversicherung sein.

Amber-Med Wien betreute im Jahr 2023 insgesamt 3.194 Patient:innen. Im Gesundheitszentrum des neunerhauses wurden 2024 insgesamt 5.960 Patient:innen versorgt, hinzu kamen 1.902 Patient:innen im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung. In der Marienambulanz in Graz wurden im Jahr 2024 insgesamt 2.221 Pati-

⁴⁵ Eine Analyse nach Staatsbürgerschaft konnte aus datentechnischen Gründen (die Staatsbürgerschaft hat für den Anspruch auf Krankenversicherung grundsätzlich keine Bedeutung; es wurden daher insbesondere im Laufe der Zeit erfolgte Einbürgerungen von versicherten Personen beim Dachverband nicht registriert) nicht erfolgen.

ent:innen betreut. Von August bis Dezember 2024 wurden insgesamt 96 Patient:innen in der Virgilambulanz in Salzburg behandelt.⁴⁶

Zu den sozio-demographischen Merkmalen von nicht-krankenversicherten Personen lassen sich (zusätzlich zu Geschlecht, Alter sowie Wohnsitz Wien vs. andere Bundesländer auf Basis der Administrativdaten) folgende weitere Anhaltspunkte feststellen, wobei diese im Zeitverlauf (Erhebungen 2003, 2016/17, 2025) relativ unverändert geblieben sind:

- **Bildung:** Bei den nicht-krankenversicherten Personen dürfte es sich in erster Linie um Personen mit geringer formaler Bildung mit einem hohen Anteil mit höchstens Pflichtschulabschluss handeln.
- **Familienstand/Haushaltsgröße/Wohnsituation:** Es kann vermutet werden, dass sich nicht-krankenversicherte Personen selten in einer Partnerschaft befinden. Sie dürften auch häufiger alleine in einem Haushalt wohnen. Weiters kann davon ausgegangen werden, dass Wohnungslosigkeit bzw. eine prekäre Wohnsituation bei nicht-krankenversicherten Personen relativ häufig anzutreffen ist.
- **Staatsbürgerschaft:** Österreichische Staatsbürger:innen dürften unter den nicht-krankenversicherten Personen deutlich unterrepräsentiert sein.
- **„Lebensunterhalt“:** Es zeigt sich eine nur geringe Einbindung von nicht-krankenversicherten Personen in den Arbeitsmarkt, und wenn dann ausschließlich auf Basis von prekären Beschäftigungen. Als „Lebensunterhalt“ wurde im Rahmen der Erhebungsblätter am häufigsten Nicht-Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf Sozialleistungen, Nicht-Erwerbstätigkeit aufgrund eines fehlenden Aufenthaltstitels bzw. nicht angemeldete Beschäftigung angegeben.
- **Einkommenssituation:** Nicht-krankenversicherte Personen verfügen – wenn überhaupt – über nur sehr geringe Einkommen. Dies gilt sowohl für persönliches als auch für Haushaltseinkommen.

Im Rahmen der Erhebungsblätter zeigt sich, dass eine Nicht-Krankenversicherung für einen erheblichen Anteil jener Klient:innen, die zumindest schon einmal über eine Versicherung in Österreich verfügt hatten, ein sich wiederholendes Problem darstellt. Bei der Dauer einer Nicht-Versicherung dürfte es sich zu einem erheblichen Teil auch um längere Perioden von einem Jahr und mehr handeln, insbesondere auch bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft. Auch bei Studierenden scheinen Phasen einer Nicht-Versicherung zumindest einmal während ihres Studiums relativ häufig vorzukommen. Eine längere versicherungsfreie Zeit gaben im Sommersemester 2019 insgesamt 11% der befragten Studierenden an.

⁴⁶ Bei den Patient:innenzahlen der niederschweligen Einrichtungen ist zu beachten, dass es sich dabei nicht notwendigerweise um ausschließlich unversicherte Personen handelt, auch können im Sinne von Behandlungsfällen individuelle Personen mehrfach gezählt werden.

Die durchschnittliche Dauer der versicherungsfreien Zeit von jemals nicht-krankenversicherten Studierenden betrug 6,2 Monate.

Was Gründe und Ursachen betrifft, dürfte allgemein betrachtet die Tatsache der Nicht-Versicherung bei österreichischen Staatsbürger:innen i.d.R. mit administrativen Gründen, fehlenden persönlichen Ressourcen oder mangelnder Information (keinen Antrag auf Sozialleistung gestellt, Versäumnis von Fristen in einem Verfahrenslauf, Warten auf Zuerkennung einer Leistung, keine sozialarbeiterische Unterstützung, etc.) zusammenhängen. Auch nach Verlust der Arbeit oder Einstellung einer Sozialleistung, die ebenfalls häufig als Gründe für Nicht-Versicherung angegeben wurden, sollte bei anzunehmender Bedürftigkeit zumindest Anspruch auf Sozialhilfe bestehen. Dazu kommen auch z.T. außergewöhnliche Statusübergänge, wie z.B. bei Auslandsösterreicher:innen, die nach längerer Abwesenheit zurückkehren.

Bei nicht-österreichischen Staatsbürger:innen ohne Versicherungsschutz handelt es sich i.d.R. um nicht erwerbstätige Personen, die noch nicht fünf Jahre in Österreich leben oder noch keinen Daueraufenthalt nachweisen können, und damit keinen Sozialhilfe-Anspruch aufweisen, und die auch keinen Anspruch auf AMS-Leistungen erworben haben. Zum Teil handelt es sich auch um Personen, die sich in Österreich unter drei/sechs Monaten aufhalten, vorwiegend aus EU- und anderen europäischen Staaten. Bei EU-Staatsbürger:innen sind außerdem noch Verlust der Arbeit sowie Probleme bei der Selbstversicherung relevant. Bei Asylwerber:innen werden zusätzlich Probleme mit dem Asylstatus (kein Bescheid, Status noch nicht aktiv, keine Grundversorgung) angegeben.

Nach der Studierenden-Erhebung hängt Nicht-Versicherung (der Altersdurchschnitt der davon betroffenen Personen beträgt 27,0 Jahre) wesentlich mit dem Verlust des Anspruchs auf Mitversicherung bei den Eltern mit dem vollendeten 27. Lebensjahr zusammen.

Insgesamt zeigt sich auch bei den Ursachen für Nicht-Versicherung zwischen den einzelnen Erhebungen in niederschweligen Einrichtungen eine gewisse Kontinuität. Keine Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung sowie fehlender Aufenthaltstitel spielten stets eine zentrale Rolle.

Relativ häufiger wurden in der Erhebung 2025 „Arbeit verloren/Kündigung“ sowie administrative Gründe genannt. Insbesondere in der Erhebung 2016/17 wurden als zentrale Gründe auch die Tatsache, sich nur für eine Dauer von unter drei/sechs Monaten in Österreich aufzuhalten, sowie Probleme mit dem Asylstatus genannt, die in der Frequenz 2025 etwas zurückgingen. Insgesamt etwas zurückgegangen ist seit 2003 die Bedeutung von Personen, die die Anspruchsberechtigung über eine Angehörigeneigenschaft aufgrund von Scheidung, eines Todesfalls oder der Überschreitung einer Altersgrenze verloren haben, sowie von geringfügig oder nicht pflichtversichert selbständig beschäftigten Personen, die sich eine freiwillige Versicherung nicht leisten können oder wollen.

Der häufigste genannte Umstand für eine künftige Inklusion in die Krankenversicherung im Rahmen der Erhebungsblätter, von der jedoch insgesamt nur eine knappe Mehrheit ausging, war – relativ unabhängig vom sozio-demographischen Hintergrund – die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.

Bei österreichischen Staatsbürger:innen – und in geringerem Ausmaß auch bei EU-Bürger:innen – dürfte die Erlangung von Sozialansprüchen (z.B. auf AMS-Leistungen, Sozialhilfe, Familienleistungen, etc.) und damit einer Krankenversicherung i.d.R. relativ rasch und unkompliziert erfolgen. Der notwendige Schritt zur Inklusion liegt zumeist in noch durchzuführenden Antragstellungen auf Sozialleistungen, der Informationsweitergabe bzw. der Vernetzung mit Sozialarbeiter:innen. Bei EU-Bürger:innen spielt zusätzlich auch die Erlangung einer Angehörigeneigenschaft (aufgrund von Heirat, Zusammenzug, Aufnahme Erwerbstätigkeit des:der Partner:in) eine gewisse Rolle. Hingegen haben nicht erwerbstätige Migrant:innen (von außerhalb der EU), die noch nicht ausreichend lange in Österreich leben (kein unbefristeter Aufenthalt) und keine Sozialleistungen beziehen, nur geringe Chancen auf Eingliederung, da zumeist auch kein Sozialhilfe-Anspruch besteht. Hier stellen nach eigener Angabe auch die Beantragung eines Visums bzw. eine Eingliederung im Rahmen von Asylstatus bzw. Grundversorgung eine Möglichkeit zur Eingliederung in die Krankenversicherung dar.

Der Anteil jener Personen, die in der Stichprobe der jeweiligen Erhebungsblätter mit einem zukünftigen Einbezug in die Krankenversicherung rechnen, hat sich seit 2003 (weniger als ein Fünftel) erhöht. Der Anteil war und ist bei österreichischen Staatsbürger:innen stets größer. Als häufigster dafür ausschlaggebender Umstand wurde in allen drei Erhebungen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit genannt. Von größerer Bedeutung 2016/17 war auch das Erlangen einer Angehörigeneigenschaft. 2003 wurde als zweithäufigster die bevorstehende Pensionierung genannt, die in den nachfolgenden Erhebungen an Bedeutung verloren hat.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen betreiben nach den Erfahrungen der behandelnden Einrichtungen nicht-versicherte Personen deutlich weniger „Gesundheitsvorsorge“, insbesondere aus Kostengründen. Daher würden Betroffene auch grundsätzlich erst relativ spät eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, wenn das gesundheitliche Problem bereits längere Zeit besteht.

Im Rahmen der Erhebungsblätter wurden von den weiter gefassten Gründen für das Aufsuchen der Ambulanz am häufigsten „chronisches Problem“ (46%), gefolgt von „akutes Problem“ (21%) und „Notfallbehandlung“ (12%) genannt. Gegenüber der Erhebung 2016/17 hat sich der Schwerpunkt Richtung „chronisches Problem“ verlagert. Bei den erstmals abgefragten Detailgründen (Mehrfachnennungen möglich) wurden am häufigsten Schmerzen (inkl. Kopfschmerzen 39%), gefolgt von fehlenden Medikamenten und/oder Hilfsmitteln (20%) und Diabetes (16%) genannt.

In der Stichprobe nahmen 28% eine medizinische Behandlung erst nach frühestens drei Monaten – 19% überhaupt erst nach frühestens einem Jahr – nach Auftreten der ersten Symptome in Anspruch. Insbesondere Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft scheinen eine medizinische Behandlung tendenziell erst relativ spät in Anspruch zu nehmen, wenn die Symptome bereits fortgeschrittener sind. Umgekehrt suchten immerhin 57% der Befragten die Einrichtung nach spätestens einem Monat auf, 35% sogar spätestens nach einer Woche, insbesondere Personen über 60 Jahren, mit österreichischer Staatsbürgerschaft sowie Frauen.

Bei allen Ergebnissen aus den Erhebungen in niederschwelligen Einrichtungen ist jedoch nochmals auf die fehlende Repräsentativität der Stichproben hinzuweisen. Es handelt sich daher stets nur um Anhaltspunkte für gewisse Trends bzw. Entwicklungen.

6 Quellen

6.1 Literatur

AmberMed, Jahresbericht 2023, Wien 2024.

AK Wien, Sozialleistungen im Überblick 2018. Lexikon der Ansprüche und Leistungen, Wien 2018.

AK Wien, Sozialleistungen im Überblick 2025. Lexikon der Ansprüche und Leistungen, Wien 2025a.

AK Wien, Wichtige erste Informationen für Geflüchtete zum Ankommen in Österreich, Wien 2025b; https://wien.arbeiterkammer.at/service/broschueren/Arbeitsrecht/Ratgeber_Gefluechtete_Somali_2025.pdf.

AK Wien, Kinderbetreuungsgeld: Schikanen statt Schutz, in: AK aktuell Ausgabe 3/2025, 12-13, Wien 2025c.

BMASGPK, Mindestsicherung und Sozialhilfe: Leistungsbezug und Lebensbedingungen. Ergebnisse und Analysen aus der Mindestsicherungs- und Sozialhilfestatistik 2024 und aus EU-SILC 2022 bis 2024, Wien 2025.

BMI 2024, Grundversorgung, <https://www.bmi.gv.at/303/start.aspx>; abgerufen am 31.10.2025.

BMI, Asyl-Statistik 2024, Wien 2025; https://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asylstatistik_Jahresstatistik_2024.pdf, abgerufen am 31.10.2025.

BMSGPK, Mindestsicherungs- und Sozialhilfestatistik 2023, Wien 2024.

Caritas der Diözese Innsbruck, Wirkungsbericht 2024; <https://www.caritas-tirol.at/ueber-die-caritas/publikationen/>, abgerufen am 19.11.2025.

Caritas Diözese Graz-Seckau, 25 Jahre Caritas Marienambulanz 1999-2024, Graz 2024.

Caritas Erzdiözese Salzburg, Wirkungsbericht 2024, Salzburg 2025.

Caritas Marienambulanz, Jahresbericht 2024, Graz 2025.

Caritas Salzburg, Virgilambulanz; <https://www.caritas-salzburg.at/hilfe-angebote/nothilfe-beratung/virgilambulanz/>, abgerufen am 19.11.2025.

Caritas Tirol, medcar(e) – medizinische Basisversorgung; [https://www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/medcare-medizinische-basisversorgung/#:~:text=Medcar\(e\)%20erm%C3%B6glicht%20Menschen%20ohne%20Obdach%20kostenlos%20Zugang,station%C3%A4rer%20medizinischer%20Basis-%20und%20Erstversorgung%20in%20Innsbruck.](https://www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/menschen-in-not/medcare-medizinische-basisversorgung/#:~:text=Medcar(e)%20erm%C3%B6glicht%20Menschen%20ohne%20Obdach%20kostenlos%20Zugang,station%C3%A4rer%20medizinischer%20Basis-%20und%20Erstversorgung%20in%20Innsbruck.),
abgerufen am 19.11.2025.

Caritas Wien/Diakonie Österreich/Österreichische Kinder- und Jugendanwaltschaften/Österreichische Liga für Kindergesundheit, Kinder ohne Krankenversicherung. Vorschlag zur Lückenschließung im Sinne der Kinderrechte, Wien o.J.

Dawid E., Heitzmann K., Österreichische Nichtregierungsorganisationen in der Armutsbekämpfung: Entwicklungen, Leistungen, Lücken. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien 2015.

Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen, Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung, Wien 2025.

Fuchs M., Nicht krankenversicherte Personen in Österreich: Empirische Erkenntnisse und Lösungsansätze, in: Soziale Sicherheit 6/2009, 327-334.

Fuchs M., Hollan K., Schenk M., Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Europäisches Zentrum, Wien 2017.

Fuchs M., Schmied G., Oberzaucher N., Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien 2003.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016, Wien 2016.

neunerhaus, Jahresbericht 2024, Wien 2025.

Neupert I., Die Unversicherten. Humanitäre und ökonomische Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Handlungskompetenz klinischer Sozialarbeit, in: Forum Sozialarbeit und Gesundheit 4/2015, 11-15.

ÖÄK, Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2024, Wien 2025.

ORF, VfGH hob Sozialhilfebestimmungen in Wien und NÖ auf, 21.3.2025a; <https://orf.at/stories/3388321/>.

ORF, Weniger Anspruch bei Mindestsicherung, 15.10.2025b;
<https://wien.orf.at/stories/3325896/>.

ÖGK, Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung, Wien 2025a.

ÖGK, Selbstversicherung für Studierende, Wien 2025b.

ÖGK, Selbstversicherung in der Krankenversicherung, Wien 2025c.

ÖGK, Pflichtversicherung, Wien 2025d;
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870439&portal=oegkportal#>; abgerufen am 12.11.2025.

ÖGK, Pensionist*innen und Ausland, Wien 2025e;
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870662&portal=oegkportal>; abgerufen am 14.11.2025.

ÖGK, Studium im Ausland, Wien 2025f;
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870664>,
abgerufen am 14.11.2025.

Parlament Österreich, Jahresbericht 2024 Parlamentarische
Bundesheerkommission, Wien 2025;
https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVIII/III/174/imfname_1687386.pdf,
abgerufen am 31.10.2025.

Pratscher K., Bedarfsorientierte Mindestsicherung und Sozialhilfe der
Bundesländer im Jahr 2022, in: Statistische Nachrichten 11/2023, 858-872.

Riffer F., Schenk M., Lücken und Barrieren im österreichischen
Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen, Wien-Graz-Linz
2015.

Statistik Austria, Bevölkerung zu Jahres-/Quartalsanfang, Wien 2025a;
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/-quartalsanfang>, Statcube abgerufen am 7.7.2025.

Statistik Austria, Arbeitsstätten, Wien 2025b;
<https://www.statistik.at/statistiken/industrie-bau-handel-und-dienstleistungen/arbeitsstaettenzaehlung/arbeitsstaetten>, abgerufen am
5.11.2025.

Statistik Austria, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2023. Personen,
Arbeitsstätten, Gebäude und Wohnungen, Wien 2025c.

Statistik Austria 2025d, Mindestsicherung und Sozialhilfe;
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/-quartalsanfang>

[soziales/sozialleistungen/mindestsicherung-und-sozialhilfe](#), abgerufen am 12.11.2025.

Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch Österreichs 2026, Wien 2025e.

Statistik Austria, Anstaltshaushalte, Wien 2025f;
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/anstaltshaushalte>, Statcube abgerufen am 7.7.2025.

Statistik Austria, Privathaushalte, Wien 2025g;
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/privathaushalte>, abgerufen am 22.12.2025.

SVS, Versicherungsschutz im Überblick. Voraussetzungen und Beitrag, Wien 2025a.

SVS, Versicherungsschutz für Gewerbetreibende und Gesellschafter. Informationen im Detail, Wien 2025b.

SVS, Versicherungsschutz für Neue Selbständige und Freiberufler. Informationen im Detail, Wien 2025c.

SVS, Versicherungsschutz für Bauern. Informationen im Detail, Wien 2025d.

SVS, Freiwillige Krankenversicherung für Freiberufler, Wien;
<https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816673&portal=svsportal>, abgerufen am 12.11.2025e.

Unger M., Binder D., Dibiasi A., Engleder J., Schubert N., Terzieva B., Thaler B., Zaussinger S., Zucha V., Studierenden-Sozialerhebung 2019. Kernbericht. Studie des IHS im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Wien 2020.

USP (Unternehmensserviceportal), Sozialversicherung – EU;
<https://www.usp.gv.at/themen/mitarbeiter-und-gesundheit/einstellung-mitarbeiter-und-arten-der-beschaeftigung/weitere-informationen-auslaendische-beschaeftigte/entsendung-aus-eu-ewr-staaten-nach-oesterreich/sozialversicherung-eu.html#:~:text=Arbeitgebende%20und%20Selbstst%C3%A4ndige.-,Voraussetzungen,zweites%20Besch%C3%A4ftigungsverh%C3%A4ltnis%20im%20Besch%C3%A4ftigungsstaat%20vorliegen.,> abgerufen am 14.11.2025.

Zucha V., Engleder J., Haag N., Thaler B., Unger M., Zaussinger S., Studierenden-Sozialerhebung 2023. Kernbericht, Studie des IHS im Auftrag

des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Wien
2024.

6.2 Telefonate und Mailverkehr

Dachverband der Sozialversicherungsträger, Rechtsabteilung, Telefonate und
Mailverkehr November 2025/Jänner 2026.

Dachverband der Sozialversicherungsträger, Statistik-Abteilung, Telefonate
und Mailverkehr Juli 2025-Jänner 2026.

Stadt Wien, Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung,
Mailverkehr August 2025.

Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Bereich Demographie und
Gesundheit, Telefonate und Mailverkehr Juli 2025.

7 Anhang

- Erhebungsblatt niederschwellige Einrichtungen
- Anleitung zum Ausfüllen des Erhebungsblatts