

GESUNDHEIT 2040



TRANSFORMATION DER GESUNDHEITS- VERSORGUNG IN OBERÖSTERREICH

EIN POLICY PAPER VON ACADEMIA SUPERIOR
GESELLSCHAFT FÜR ZUKUNFTSFORSCHUNG

INHALT

EXECUTIVE SUMMARY - GESUNDHEIT 2040	3
1 VON LEISTUNGSFÄHIGKEIT ZUR STEUERUNGSFÄHIGKEIT	5
2 EVIDENZBASIERTE AUSGANGSLAGE: DIE NEUE SYSTEMDYNAMIK	5
2.1 Demografischer Druck	5
2.2 Kostenstruktur und Innovationsrealität	6
2.3 Bessere Patientinnen- und Patientensteuerung für eine wirksamere Versorgung	6
3 STEUERUNGSFÄHIGKEIT IM SYSTEM STÄRKEN	6
3.1 Gewachsene Strukturen gezielt weiterentwickeln	6
4 INTERNATIONALER VERGLEICH: GESUNDHEITSFINANZIERUNG IN FÜNF LÄNDERN ...	8
4.1 Niederlande: Regulierte Wettbewerbslogik mit klarer Rahmensetzung	8
4.2 Deutschland: Hohe Ausgaben, bekannte Strukturfragen	9
4.3 Vereinigtes Königreich: Der NHS als Modell zentraler Steuerung	9
4.4 Israel: Managed Care und datenbasierte Steuerung	10
4.5 Österreich: Stärken sichern, Steuerungsfähigkeit ausbauen	11
5 DIE GESUNDHEITSARCHITEKTUR 2040: FÜNF STRATEGISCHE HANDLUNGSFELDER	12
Handlungsfeld A: Verbindliche Patientensteuerung	12
Handlungsfeld B: Integrierte Finanzierung	13
Handlungsfeld C: Fachkräfte wirksam einsetzen und Versorgung neu organisieren	13
Handlungsfeld D: Digitalisierung als Steuerungsinstrument	14
Handlungsfeld E: Prävention und Gesundheitskompetenz stärken	14
6 ONE HEALTH - MENSCH, TIER UND UMWELT ALS GEMEINSAMES GESUNDHEITSSYSTEM	16
6.1 Das Konzept „One Health“ und seine Relevanz	16
6.2 Antibiotikaresistenz: Eine wachsende Herausforderung für die Gesundheitssysteme ..	17
6.3 Klimawandel und Infektionskrankheiten	17
6.4 Oberösterreich als One-Health-Region	20
7 NACHHALTIGKEIT UND KLIMANEUTRALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN	21
7.1 Das Gesundheitswesen als relevanter Emissionsfaktor	22

7.2	Österreichs Strategie für ein klimaneutrales Gesundheitswesen	22
8	ORIENTIERUNGSRAHMEN 2040: ENTWICKLUNGSDIMENSIONEN EINES ZUKUNFTSFÄHIGEN GESUNDHEITSSYSTEMS	23
	I. Steuerungsfähigkeit	23
	II. Integration	23
	III. Daten und digitale Reife	24
	IV. Fachkräfte und neue Rollenprofile	24
	V. Prävention und Gesundheitskompetenz	24
	VI. Resilienz und Vorsorge	24
	VII. Nachhaltigkeit und langfristige Tragfähigkeit	24
	VIII. One Health und sektorübergreifende Perspektive	24
	IX. Lernfähigkeit und Adaptionkraft	25
9	FAZIT – WORAUF ES BEI GESUNDHEIT 2040 ANKOMMT	26
10	LITERATURVERZEICHNIS	27

EXECUTIVE SUMMARY - GESUNDHEIT 2040

Transformation der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich

Ein Policy Paper von ACADEMIA SUPERIOR – Gesellschaft für Zukunftsforschung

„Das oberösterreichische Gesundheitssystem steht auf einer starken und solidarischen Grundlage. Jetzt gilt es, diese Stärke vorausschauend weiterzuentwickeln und das System auf die Anforderungen der kommenden Jahre auszurichten.“ – Christine Haberlander

Gesundheit 2040: Weichen für ein zukunftsfähiges System stellen

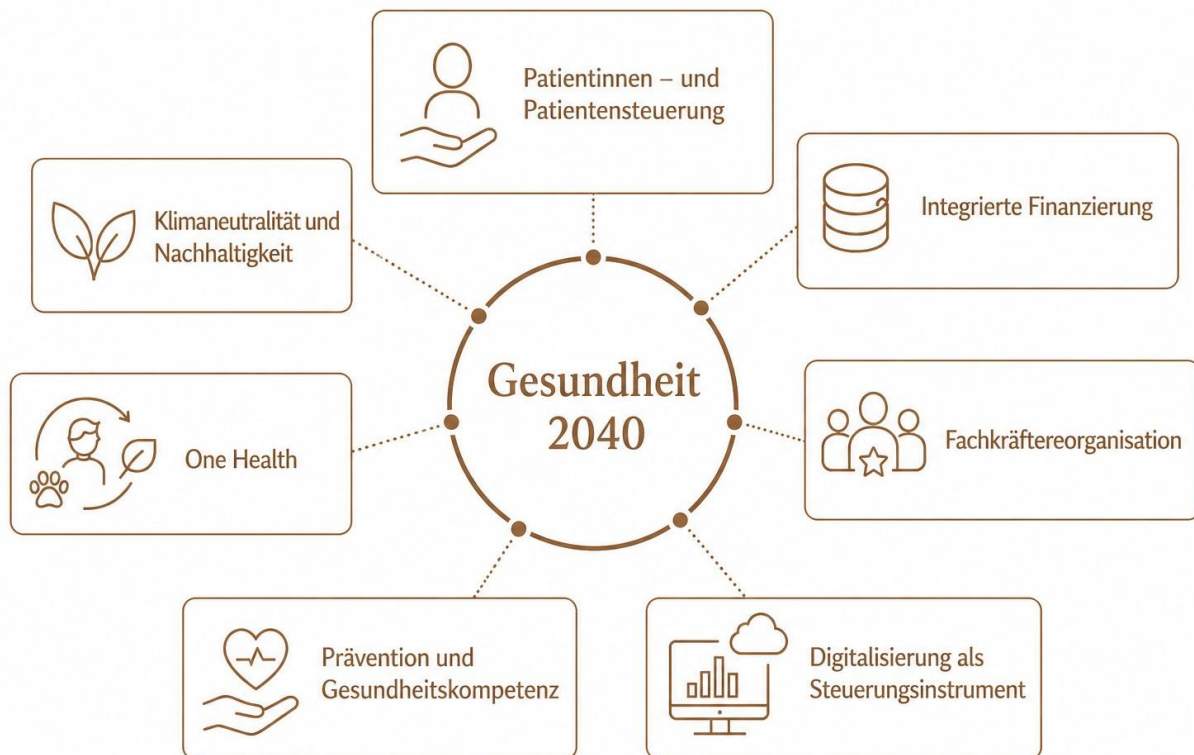
Gesundheitspolitik ist ein zentrales Gestaltungsfeld der Zukunft in Oberösterreich, in Österreich und in Europa. Das vorliegende Papier von ACADEMIA SUPERIOR liefert eine evidenzbasierte Analyse, die auf den Ergebnissen von Workshops sowie Expertinnen- und Expertengespräche aus den Jahren 2025 und 2026 aufbaut und diese mit aktueller nationaler und internationaler Forschung verknüpft. Ziel ist es, eine belastbare Grundlage für strategische Entscheidungen im Gesundheitswesen mit Perspektive 2040 zu schaffen.



Das Gesundheitssystem in Oberösterreich trägt heute. Die entscheidende Frage ist, ob es auch in 15 Jahren tragfähig, leistungsstark und steuerbar bleibt, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in Pension gehen und gleichzeitig die Anzahl betreuungsintensiver älterer Patientinnen und Patienten steigt. Medizinische Innovationen eröffnen neue Möglichkeiten, qualifizierte Fachkräfte werden noch wertvoller, gleichzeitig definieren Klimawandel sowie neue Pandemierisiken die Anforderungen an Versorgung und Resilienz neu.

Dieses Papier zeigt: Im Zentrum steht nicht die Mittelausstattung, sondern die Fähigkeit zur wirksamen Steuerung. Genau hier liegt der Hebel für politische Gestaltung. Der internationale Vergleich, von den Niederlanden über Israel bis zum britischen NHS, macht deutlich, dass unterschiedliche Finanzierungsmodelle jeweils ihre Stärken besitzen, wenn Zuständigkeiten klar, Anreize stimmig und Prozesse konsequent ausgerichtet sind. Für Österreich folgt daraus keine einfache Blaupause, sondern ein klarer Auftrag: die eigene Steuerungsarchitektur so weiterzuentwickeln, dass das System auch langfristig leistungsfähig, integrierter und zukunftsfest bleibt.

Diese zukunftsbezogenen Betrachtungsebenen bilden einen übergeordneten Orientierungsrahmen:



In ihrer Zusammenschau bilden diese Betrachtungsebenen einen zukunftsorientierten Rahmen für die Weiterentwicklung eines starken, steuerungsfähigen und wirksamen Gesundheitssystems im 21. Jahrhundert.

1 VON LEISTUNGSFÄHIGKEIT ZUR STEUERUNGSFÄHIGKEIT

Das oberösterreichische Gesundheitssystem ist stark. Es bietet hohe Qualität, breite Zugänglichkeit und eine solidarische Grundlage. Diese Stärke ist ein zentraler Standortvorteil. Auf dieser Grundlage kann das System vorausschauend weiterentwickelt und langfristig wirksam gesteuert werden.

Genau hier liegt die strategische Aufgabe der kommenden Jahre. Demografische Verschiebungen, medizinischer Fortschritt und eine nach wie vor stark gegliederte Finanzierungs- und Versorgungsstruktur erhöhen den Bedarf an Koordination, Prioritätensetzung und klarer Verantwortung. Laut gesundheitsökonomischen Prognosen wird der reine Leistungsaufwand ohne Medikamente zwischen 2022 und 2036 mehr als doppelt so stark steigen wie in den 14 Jahren davor. Gleichzeitig verändert sich die demografische Basis deutlich. Während 1960 noch fünf Erwerbstätige auf eine Pensionistin oder einen Pensionisten kamen, sind es heute drei. Bis 2050 wird sich dieses Verhältnis weiter verschieben (Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

Die zentrale Zukunftsfrage lautet deshalb nicht nur, ob das System medizinisch leistungsfähig bleibt. Entscheidend ist, ob es organisatorisch, finanziell und digital so aufgestellt ist, dass es diese Stärke auch unter veränderten Bedingungen sichern kann. Österreich investiert bereits heute auf hohem Niveau in Gesundheit. Im Jahr 2024 liegen die Ausgaben bei rund 57,8 Milliarden Euro. Das entspricht 11,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und ist im internationalen Vergleich ein Spitzenwert (Statistik Austria, 2025). Der strategische Hebel liegt damit vor allem in besserer Abstimmung, klareren Zuständigkeiten und einer kohärenteren Steuerungsarchitektur.

Hinzu kommt ein weiterer Treiber, der die Gesundheitspolitik grundlegend verändert. Gesundheit wird zunehmend auch durch Klima, Umwelt und die Stabilität natürlicher Lebensgrundlagen geprägt. Höhere Mortalität, neue Infektionsrisiken und zusätzliche chronische Belastungen verändern die Anforderungen an Prävention, Versorgung und Resilienz. Gleichzeitig rückt auch der ökologische Fußabdruck des Gesundheitswesens stärker in den Fokus. Wer das Gesundheitssystem bis 2040 zukunftsfähig aufstellen will, muss diese Zusammenhänge systematisch in Planung, Steuerung und Versorgung integrieren (Lancet Countdown Europe, 2024).

2 EVIDENZBASIERTE AUSGANGSLAGE: DIE NEUE SYSTEMDYNAMIK

2.1 Demografischer Druck

Die Datenlage ist klar. Der demografische Wandel ist nicht mehr Zukunftsbild, sondern bereits Teil der Realität, und seine Auswirkungen auf das Gesundheitssystem lassen sich zunehmend präzise beschreiben:

- Die Zahl der über 65-Jährigen in Oberösterreich wird bis 2050 um 55 Prozent steigen,

- gleichzeitig geht die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter um 5 Prozent zurück,
- zugleich nimmt die Altersgruppe ab 65 medizinische Leistungen überdurchschnittlich stark in Anspruch.

Damit verschiebt sich die Grundlogik des Systems. Der Bedarf steigt, während sich personelle und finanzielle Grundlagen verändern. Der europäische Ageing Report zeigt, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt bis 2070 um weitere 1,3 Prozentpunkte steigen wird. Für Oberösterreich rückt damit eine zentrale Zukunftsaufgabe in den Fokus: Kapazitäten, Versorgungsmodelle und Steuerungsstrukturen so auszurichten, dass Stabilität, Qualität und Verlässlichkeit auch unter neuen demografischen Bedingungen gesichert bleiben. Je früher diese Entwicklung systematisch berücksichtigt wird, desto größer bleibt der Spielraum für ein tragfähiges Gesundheitssystem bis 2040 (Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

2.2 Kostenstruktur und Innovationsrealität

Die intramuralen Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich 2024 auf rund 21 Milliarden Euro. 58 Prozent entfielen auf Personal, 7 Prozent auf Medikamente. Die Kostenstruktur ist damit klarer, als es viele Debatten vermuten lassen. Medikamente sind Teil der Ausgabendynamik, stehen aber nicht im Zentrum der intramuralen Kostenbasis (Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

2.3 Bessere Patientinnen- und Patientensteuerung für eine wirksamere Versorgung

Am Beispiel von oberösterreichischen Krankenanstalten wird die Fehlsteuerung des Status quo unmittelbar sichtbar: Jährlich werden dort rund 500.000 ambulante Patientinnen- und Patientenkontakte verzeichnet, darunter täglich etwa 300 ungeplante Fälle. Rund 70 Prozent dieser ungeplanten Kontakte wären grundsätzlich allgemeinmedizinisch behandelbar. Nur 28 Prozent führen überhaupt zu einer stationären Aufnahme. Das Krankenhaus übernimmt damit in erheblichem Ausmaß Aufgaben, die nicht zwingend in die Akutversorgung gehören. Es wird zum niedrigschwelligen Zugangspunkt für sehr unterschiedliche Versorgungsanliegen. Das ist kein Ausdruck eines höheren medizinischen Bedarfs, sondern ein Hinweis auf strukturelle Verschiebungen in der Steuerung von Patientenströmen.

3 STEUERUNGSFÄHIGKEIT IM SYSTEM STÄRKEN

3.1 Gewachsene Strukturen gezielt weiterentwickeln

Die Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems ist keine Ausnahme, sondern das Ergebnis historisch gewachsener und bis heute nur begrenzt aufeinander abgestimmter

Zuständigkeits- und Finanzierungsstrukturen. Der Rechnungshof hat bereits 2017 auf die zersplitterte Kompetenzlage hingewiesen, in der Aufgaben, Ausgaben und Finanzierungsverantwortung nicht deckungsgleich organisiert sind. An dieser Grundlogik hat sich seither trotz einzelner Reformschritte nur wenig verändert (Rechnungshof Österreich, 2017).

Die zentralen Bruchlinien des Systems sind seit Jahren sichtbar. Das ASVG folgt einer Logik der ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung. Krankenanstalten stehen jedoch zunehmend vor der Erwartung, modernste Therapien verfügbar zu machen. Genau an dieser Schnittstelle entsteht ein strukturelles Spannungsfeld. Getrennte Finanzierungsströme zwischen Land und Sozialversicherung setzen Anreize, die auf Verlagerung statt auf gemeinsame Optimierung hinauslaufen. Begrenzte digitale Interoperabilität erschwert ein sektorübergreifendes Datenmanagement. Hinzu kommt eine Patientinnen- und Patientensteuerung, die an vielen Stellen zu wenig verbindlich organisiert ist. Genau daraus entstehen hohe Ambulanzfrequenzen, die große Teile der Akutversorgung mittragen.

Die Folgen sind im Systemalltag klar erkennbar. Mehrfachuntersuchungen, Parallelstrukturen, vermeidbare Ambulanzkontakte und eine hohe Beanspruchung spezialisierter Infrastruktur entstehen nicht in erster Linie aus fehlenden Mitteln. Sie entstehen dort, wo vorhandene Ressourcen nicht konsequent entlang gemeinsamer Versorgungsziele gesteuert werden.

4 INTERNATIONALER VERGLEICH: GESUNDHEITSFINANZIERUNG IN FÜNF LÄNDERN

Der internationale Vergleich zeigt keine einheitliche Idealarchitektur für die Finanzierung von Gesundheit. Unterschiedliche Länder haben auf zentrale Fragen wie demografische Entwicklung, Versorgungsqualität und finanzielle Tragfähigkeit jeweils eigene Antworten entwickelt. Gerade darin liegt ihr analytischer Wert. Die folgenden Länderbeispiele wurden ausgewählt, weil sie unterschiedliche Systemlogiken sichtbar machen und damit relevante Vergleichspunkte für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems bieten.

Key Findings Gesundheitssysteme

 NIEDERLANDE	 DEUTSCHLAND	 VEREINIGTES KÖNIGREICH	 ISRAEL
 Wettbewerb funktioniert nur mit starker Regulierung. Qualität entsteht durch klare Regeln, Transparenz und Risikoausgleich.	 Hohe Ausgaben garantieren keine effiziente Versorgung. Struktur und Steuerung sind entscheidender als Budgethöhe.	 Zentrale Steuerung ermöglicht klare, langfristige Systemziele. Stärke liegt in konsequenter Umsetzung über das gesamte System.	 Datenbasierte Steuerung verbessert Prävention und Qualität. Integration von Daten ist zentraler Hebel für Systemleistung.

4.1 Niederlande: Regulierte Wettbewerbslogik mit klarer Rahmensetzung

Die Niederlande haben 2006 ein System des regulierten Wettbewerbs eingeführt, das in Europa häufig als Referenzmodell für eine leistungsfähige und zugleich eng gesteuerte Finanzierungsarchitektur gilt. Alle Bürgerinnen und Bürger sind verpflichtet, eine private Krankenversicherung abzuschließen. Gleichzeitig wird der Zugang sozial abgesichert und der Markt klar reguliert. Alle Versicherer müssen Zugang gewähren und ein definiertes Grundangebot sichern. Ein Risikoausgleich stellt faire Wettbewerbsbedingungen her und verhindert Nachteile für ältere oder kränkere Versicherte. (OECD 2025; KFF, 2025).

Im Ergebnis erreicht das niederländische System regelmäßig hohe Werte bei Versorgungsqualität, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit und Ressourceneinsatz. Die Gesundheitsausgaben lagen 2024 bei 10 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (zum Vergleich: Österreich liegt bei 11,9 Prozent). Prägend für dieses Modell ist weniger der Wettbewerb an sich als die Kombination aus Wettbewerb, verbindlichen Qualitätsvorgaben, hoher Transparenz und einem wirksamen Regulierungsrahmen. So entsteht ein System, in dem Wahlfreiheit mit klarer

Systemverantwortung verbunden wird (OECD 2025; European Observatory on Health Systems and Policies, 2024).

Für Österreich ist daran vor allem eines relevant: Die Verbindung von privater Versicherungslogik und sozialer Absicherung kann tragfähig sein, wenn Risikoausgleich, Zugangsregeln und Qualitätssteuerung konsequent ausgestaltet sind. Der niederländische Fall zeigt damit weniger ein Modell zum Kopieren als einen Vergleichspunkt für die Frage, wie Wettbewerb, Solidarität und Steuerung in ein belastbares Gleichgewicht gebracht werden können.

4.2 Deutschland: Hohe Ausgaben, bekannte Strukturfragen

Das deutsche Gesundheitssystem folgt wie das österreichische dem Bismarck'schen Sozialversicherungsmodell. Es basiert auf beitragsfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherungen und wird durch eine private Krankenversicherung für bestimmte Einkommensgruppen ergänzt. Mit rund 12,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 2024 weist Deutschland unter den hier betrachteten Ländern den höchsten Gesundheitsausgabenanteil auf (OECD, 2025).

Für Österreich ist der Vergleich besonders aufschlussreich, weil die strukturellen Ausgangslagen in zentralen Punkten ähnlich sind. Dazu zählen eine weiterhin komplexe Kassenlandschaft, eine hohe Krankenhausdichte, regionale Ungleichgewichte in der Versorgung und eine vergleichsweise schwächer ausgeprägte Primärversorgung. Auch in Deutschland richtet sich der Blick deshalb verstärkt auf die Rolle der Spitäler im Gesamtsystem. Seit 2023 wird eine Reform der Krankenhausplanung umgesetzt, die stärker auf Konzentration, Spezialisierung und eine gezieltere Verlagerung in den ambulanten Bereich ausgerichtet ist (OECD 2025; KFF, 2025).

Für Österreich liegt der Erkenntniswert dieses Beispiels vor allem in einem Punkt: Ein hohes Ausgabenniveau allein sichert noch keine kohärente Versorgungsstruktur. Entscheidend ist, wie Mittel, Versorgungsaufträge und Steuerungslogiken zusammenwirken. Deutschland bietet damit keinen einfachen Lösungsweg, aber einen relevanten Vergleichsrahmen für die Frage, wie Kapazitäten, Spezialisierung und ambulante Versorgung künftig besser aufeinander abgestimmt werden können.

4.3 Vereinigtes Königreich: Der NHS als Modell zentraler Steuerung

Der britische National Health Service, kurz NHS, gilt als das bekannteste Beispiel eines steuerfinanzierten Gesundheitssystems nach dem Beveridge Modell. Die Versorgung ist universell angelegt und wird aus allgemeinen Steuermitteln finanziert. Mit Gesundheitsausgaben von rund 11,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 2024 liegt das Vereinigte Königreich unter dem Niveau von Österreich und Deutschland und erreicht zugleich in zentralen Bereichen ein

vergleichbares Versorgungsniveau (OECD, 2025; European Observatory on Health Systems and Policies, 2024).

Für den internationalen Vergleich ist der NHS vor allem wegen seiner klaren Steuerungsarchitektur relevant. Die gebündelte Verantwortung erleichtert es, langfristige Prioritäten systemweit zu setzen und in konkrete Umsetzungsstrategien zu übersetzen. Das zeigt sich besonders deutlich im Bereich Klima und Gesundheit. Der NHS hat als erstes Gesundheitssystem weltweit das Ziel formuliert, bis 2045 klimaneutral zu werden. Dabei richtet sich der Blick auf die zentralen Emissionsquellen des Systems, darunter die Lieferkette, Anästhesiegase und Inhalatoren sowie der Energieverbrauch von Gebäuden. Der Ansatz verbindet Versorgung, Infrastruktur und Nachhaltigkeit in einer gemeinsamen strategischen Logik und hat damit auch international Maßstäbe gesetzt (NHS England, 2020).

Für Österreich liegt der Nutzen dieses Beispiels weniger in der Übertragbarkeit des Finanzierungsmodells als in der Frage, was klare Steuerungsverantwortung ermöglicht. Der NHS zeigt, wie langfristige Zielbilder systemweit verankert und über mehrere Handlungsfelder hinweg umgesetzt werden können. Gerade für den Krankenhausbereich eröffnet das wichtige Vergleichspunkte, etwa bei Dekarbonisierung, Beschaffung und strategischer Infrastrukturentwicklung.

4.4 Israel: Managed Care und datenbasierte Steuerung

Israel ist im internationalen Vergleich ein besonders aufschlussreiches Beispiel, obwohl es in europäischen Debatten oft weniger Beachtung findet. Das System basiert auf vier miteinander konkurrierenden, nicht gewinnorientierten Krankenkassen, zwischen denen Bürgerinnen und Bürger regelmäßig wechseln können. Finanziert wird es über einkommensbezogene Beiträge und staatliche Transfers. Ein Risikoausgleich zwischen den Kassen sorgt dafür, dass Wettbewerb nicht zulasten von Versorgungszugang oder Prävention wirkt, sondern Anreize für Effizienz und langfristige Gesundheitsorientierung setzt (OECD, 2025; KFF, 2025).

Besonders prägend ist die konsequente Nutzung von Gesundheitsdaten. Die größte Kasse, Clalit, verfügt mit rund 4,7 Millionen Versicherten über eine der international umfangreichsten Gesundheitsdateninfrastrukturen. Diese wird systematisch für Prävention, frühe Diagnose und Qualitätssteuerung eingesetzt. Ihre Bedeutung wurde auch während der COVID 19 Pandemie sichtbar, als datenbasierte Prozesse wesentlich zur schnellen Umsetzung der Impfkampagne beitrugen. Israel zeigt damit, wie Wettbewerb, Regulierung und Datenstrategie in einer gemeinsamen Steuerungslogik zusammenwirken können (OECD, 2025; KFF, 2025).

Österreich kann vor allem eines daraus lernen: Der systematische Einsatz von Versorgungsdaten kann die Grundlage für gezieltere Prävention, bessere Qualitätssteuerung und eine stärker vorausschauende Versorgung schaffen. Das israelische Beispiel ist damit weniger ein









institutionelles Vorbild als ein relevanter Vergleichspunkt für die Frage, wie Dateninfrastruktur und Steuerungsfähigkeit enger miteinander verbunden werden können.

4.5 Österreich: Stärken sichern, Steuerungsfähigkeit ausbauen

Im internationalen Vergleich verfügt Österreich über eine starke Ausgangsbasis. Dazu zählen eine hohe Ärztinnen- und Ärztedichte, breite Zugänglichkeit, moderne Infrastruktur und eine verlässliche soziale Absicherung. Gleichzeitig zeigt der Vergleich auch, an welchen Stellen die Weiterentwicklung des Systems ansetzen kann: bei der Primärversorgung, bei der digitalen Reife, bei der sektorenübergreifenden Abstimmung und bei einer konsistenteren Steuerungsarchitektur (KFF, 2025; OECD 2025; Statistik Austria, 2025). Die folgende Übersicht ordnet Österreich entlang zentraler Vergleichsdimensionen im internationalen Kontext ein.

Internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen

Vergleich zentraler Strukturmerkmale in Österreich, den Niederlanden, Deutschland, dem Vereinigten Königreich und Israel.

Dimension	Österreich	Niederlande	Deutschland	UK (NHS)	Israel
 Finanzierungsmodell	Steuern und Beiträge	Regulierte private KV + Zuschüsse	Sozialversicherung (GKV/PKV)	Steuern (Bevölkerung)	Lohnsteuer + 4 Kassen
 Gesundheitsausgaben % BIP	11,9 %	10,0 %	12,3 %	11,1 %	7,6 %
 Primärversorgungsstärke	Schwach	Stark	Mittel	Stark (GP Gatekeeping)	Stark
 Digitalisierung	In Aufbau (ELGA)	Fortgeschritten	In Aufbau	Fortgeschritten (NHS App)	Sehr stark (Clalit)
 Sektorengrenzen	Niedrig (stark fragmentiert)	Mittel	Niedrig	Hoch	Hoch
 Ärztedichte <small>(Ärztinnen & Ärzte pro 1000 Einwohner)</small>	5,2	3,7	4,7	2,8	3,5
 Pflegedichte <small>(Pflegerkräfte pro 1.000 Einwohner)</small>	18,7	17,2	12,2	8,8	5,6
 Verbindliche Patientenpfade	In Entwicklung	Fortgeschritten	In Entwicklung	Umfassend (Clinical Pathways)	Fortgeschritten

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis internationaler Vergleichsdaten.

Der internationale Vergleich legt damit keine einfache Blaupause nahe. Das österreichische Sozialversicherungsmodell ist gesellschaftlich breit verankert und institutionell tragfähig. Der zentrale Befund liegt an anderer Stelle: Systeme gewinnen dort an Wirkung, wo Steuerung datenbasiert, sektorenübergreifend und entlang gemeinsamer Versorgungsziele organisiert wird. Für Oberösterreich liegt genau darin ein wichtiger Referenzpunkt für die Weiterentwicklung des Systems bis 2040 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024).

5 DIE GESUNDHEITSARCHITEKTUR 2040: FÜNF STRATEGISCHE HANDLUNGSFELDER

Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bis 2040 ist vor allem eine Frage der Ordnung, Abstimmung und Steuerungsfähigkeit. Entscheidend ist, dass Versorgung auch unter veränderten demografischen, personellen und technologischen Bedingungen auf hohem Niveau verlässlich organisiert bleibt. Im Zentrum steht daher nicht die Frage einzelner Maßnahmen, sondern die Frage, wie Strukturen, Zuständigkeiten und Versorgungswege besser aufeinander abgestimmt werden können.



Handlungsfeld A: Verbindliche Patientensteuerung

Ein erheblicher Teil ungeplanter Ambulanzkontakte in oberösterreichischen Kliniken wäre grundsätzlich auch extramural behandelbar. Dieses Potenzial bleibt bislang nur teilweise genutzt, weil klare und verbindliche Zugangslogiken vielfach noch fehlen. Eine strukturierte Primärversorgung als erster Kontaktpunkt, ergänzt durch digitale Termin- und Triage Systeme, kann Versorgungswege gezielter lenken und spezialisierte Kapazitäten dort verfügbar halten, wo sie tatsächlich benötigt werden. Im OÖ Gesundheitsplan ist unter anderem der Ausbau zusätzlicher Kassenstellen im niedergelassenen Bereich vorgesehen.

Ebenso zentral ist eine verbindliche Versorgungsnavigation. Echtzeit Zugriff auf Vorbefunde, eine klare Dokumentation bereits erbrachter Leistungen und ein sektorübergreifend nutzbares Informationsniveau schaffen die Grundlage, um Doppeluntersuchungen zu reduzieren und Versorgung stringenter zu organisieren. Die österreichische eHealth Strategie 2024 bis 2030 sieht vor, ELGA auf alle ambulanten Versorger auszuweiten. Für Oberösterreich eröffnet sich daraus die Möglichkeit, die Umsetzung frühzeitig mit Qualitätsentwicklung und besser abgestimmten Versorgungsprozessen zu verbinden (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024).

Im Vordergrund stehen dabei drei konkrete Entwicklungslinien: erstens strukturierte Zugangslogiken mit digitaler Triage vor dem Ambulanzbesuch, zweitens die Pilotierung eines Primary Care First Modells in zwei bis drei Versorgungsregionen und drittens eine verbindliche Vernetzung von Primärversorgungszentren mit Spitalsambulanzen.

Handlungsfeld B: Integrierte Finanzierung

Die Finanzierungslogik des österreichischen Gesundheitssystems ist bis heute stark entlang von Sektoren organisiert. Leistungserbringung, Finanzierungsverantwortung und Steuerung greifen deshalb häufig nicht deckungsgleich ineinander. Daraus entstehen Anreize, die Versorgung nicht immer entlang des gesamten Behandlungspfads, sondern entlang institutioneller Zuständigkeiten zu strukturieren. Eine stärker integrierte Finanzierungslogik für den intra- und extramuralen Bereich würde hier neue Kohärenz schaffen. Genau darauf verweist auch der Rechnungshof seit Jahren (Rechnungshof Österreich, 2017).

Besonders relevant ist dieser Zusammenhang auch bei hochpreisigen Therapien. Das seit 2024 bestehende nationale Bewertungsboard für hochpreisige Medikamente schafft dafür eine wichtige Grundlage. Perspektivisch lässt sich dieser Ansatz auch auf onkologische Therapien, monoklonale Antikörper und personalisierte Medizin ausweiten, um medizinische Innovation, Bewertungsqualität und Finanzierungslogik enger miteinander zu verbinden.

Handlungsfeld C: Fachkräfte wirksam einsetzen und Versorgung neu organisieren

Die Fachkräftedebatte richtet den Blick oft auf zusätzliche Kapazitäten. Langfristig rückt jedoch eine zweite Frage in den Vordergrund: Wie lässt sich die vorhandene personelle Basis so organisieren, dass ihre Wirkung im System steigt. Gerade vor dem Hintergrund demografischer Verschiebungen gewinnt diese Perspektive an Bedeutung. Österreich verfügt insgesamt über eine hohe Ärztinnen- und Ärztedichte im OECD-Vergleich. Gleichzeitig zeigen sich Engpässe im niedergelassenen Bereich, während Spitalsambulanzen Aufgaben mittragen, die an anderer Stelle besser verortet wären. Im Zentrum steht damit weniger die absolute Zahl als die Frage, wie

Personal, Zuständigkeiten und Versorgungsrollen im System verteilt sind (Rechnungshof Österreich, 2017).

Ein zentraler Ansatz liegt im gezielten Skill Grade Mix, also in einer klareren und wirksameren Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Erweiterte Kompetenzen für Pflegeberufe und therapeutische Fachkräfte können dazu beitragen, ärztliche Kapazitäten dort verfügbar zu halten, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine solche Neuorganisation bei gleichbleibender Qualität zu einer spürbaren Entlastung beitragen kann. Das niederländische Modell mit Pflegefachkräften in erweiterten Rollen bietet dafür einen besonders aufschlussreichen Vergleichspunkt (KFF, 2025).

Handlungsfeld D: Digitalisierung als Steuerungsinstrument

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist weit mehr als eine technische Infrastrukturfrage. Ihr strategischer Wert liegt in ihrer Funktion als Steuerungsinstrument. Ohne sektorenübergreifende Interoperabilität, einheitliche Dokumentationsstandards und belastbare Echtzeitdaten bleibt eine vorausschauende Weiterentwicklung des Systems nur begrenzt möglich. Österreich wird jährlich jedenfalls 51 Millionen Euro in digitale Gesundheitsleistungen, darunter Telemedizin, Videokonsultationen und die erweiterte Nutzung von Gesundheitsdaten (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024) investieren.

Internationale Evidenz unterstreicht das Potenzial dieser Entwicklung. Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2025 zeigt, dass sich die Diagnosezeit in Radiologie und Pathologie durch KI gestützte Verfahren deutlich verkürzen kann. Eine klinische Studie aus der Inneren Medizin dokumentiert zudem eine markante Reduktion von Diagnosefehlern durch KI Assistenz. Das israelische Beispiel Clalit verweist darüber hinaus auf einen weiteren strategischen Hebel: Gesundheitsdaten können nicht nur dokumentiert, sondern gezielt für Prävention, Frühdiagnostik und Qualitätsentwicklung genutzt werden (KFF, 2025; Rechnungshof Österreich, 2017).

Entscheidend ist jedoch die Einbettung in tragfähige Prozesse. Digitale Werkzeuge entfalten ihre Wirkung nur dann, wenn sie mit klaren Abläufen, abgestimmten Zuständigkeiten und einer kohärenten Versorgungslogik verbunden sind. Wo diese Voraussetzungen fehlen, bleibt Digitalisierung hinter ihrem Potenzial zurück. Wo sie erfüllt sind, kann sie zu einem zentralen Hebel für Qualität, Transparenz und Steuerungsfähigkeit werden.

Handlungsfeld E: Prävention und Gesundheitskompetenz stärken

Gesundheitskompetenz ist ein zentraler Faktor für die Zukunftsfähigkeit des Systems. In Österreich verfügen rund 57 Prozent der Bevölkerung nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Im europäischen Vergleich ist das ein hoher Wert. Die Folgen zeigen sich entlang des gesamten Versorgungspfades: Unsicherheit im Umgang mit Beschwerden,

spätere Inanspruchnahme an der richtigen Stelle und eine insgesamt weniger zielgerichtete Nutzung bestehender Angebote (Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

Gerade deshalb ist die Stärkung von Gesundheitskompetenz mehr als eine begleitende Maßnahme. Sie erweitert die Wirksamkeit von Prävention, unterstützt eine passgenauere Inanspruchnahme und kann dazu beitragen, vermeidbare Belastungen im System frühzeitig zu reduzieren. Besonders relevant ist das für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko und für Menschen in höherem Alter, bei denen Prävention, frühe Orientierung und klare Therapiezielgespräche einen spürbaren Unterschied machen können.

Ein besonderer Hebel liegt in der Verbindung von Prävention und Verständlichkeit. Wer Gesundheitsinformationen früh, klar und alltagsnah vermittelt, stärkt nicht nur individuelle Orientierung, sondern auch die Resilienz des Systems insgesamt.

Im Zentrum stehen drei Entwicklungslinien: erstens die stärkere Verankerung von Gesundheitskompetenz in Bildungsprozessen, zweitens zielgruppenspezifische Informationsangebote für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf und drittens der weitere Ausbau von [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at) als verlässliche erste Anlaufstelle für Orientierung, Information und Navigation im System.

6 ONE HEALTH - MENSCH, TIER UND UMWELT ALS GEMEINSAMES GESUNDHEITSSYSTEM

One Health

Erweiterte Systemperspektive für Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt

One Health beschreibt keinen Randbereich der Gesundheit, sondern eine **erweiterte Systemperspektive**.



Quelle: World Health Organization Regional Office for Europe, 2024.

6.1 Das Konzept „One Health“ und seine Relevanz

One Health beschreibt keinen Randbereich der Gesundheit, sondern eine erweiterte Systemperspektive. Gesundheit wird an den Schnittstellen von Mensch, Tier und Umwelt mitgeprägt. Zoonotische Infektionen, Umweltveränderungen und Belastungen von Ökosystemen machen deutlich, dass Vorsorge und Resilienz künftig breiter gedacht werden müssen (World Health Organization Regional Office for Europe, 2024).

Der 2024 vorgelegte WHO Aktionsrahmen für Europa übersetzt diesen Ansatz in konkrete Systembausteine: abgestimmte Surveillance, gemeinsame Frühwarnung und vernetzte Laborkapazitäten. Für Gesundheitssysteme entsteht daraus ein strategischer Referenzrahmen, der Vorsorge, Umweltbezug und sektorübergreifende Koordination enger zusammenführt (World Health Organization Regional Office for Europe, 2024).

6.2 Antibiotikaresistenz: Eine wachsende Herausforderung für die Gesundheitssysteme

Antibiotikaresistenz rückt zunehmend in den Mittelpunkt gesundheitlicher Vorsorge. Schon heute führen resistente Erreger in Europa zu einer erheblichen Zahl schwerer Infektionen und Todesfälle. Internationale Projektionen zeigen, dass diese Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnen kann. Damit wächst auch der Druck, Resistenzentwicklung nicht nur in der Humanmedizin, sondern entlang des gesamten Systems in den Blick zu nehmen. Dazu zählt insbesondere auch der Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung, der ein relevanter Einflussfaktor im Gesamtbild antimikrobieller Resistenzen ist.

Gerade hier zeigt sich der strategische Wert des One Health Ansatzes. Antibiotikaresistenz lässt sich nur begrenzt innerhalb einzelner Sektoren bearbeiten. Wirksame Gegenstrategien setzen dort an, wo Humanmedizin, Veterinärmedizin, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion enger zusammengeführt werden. Mit der seit 2024 geförderten europäischen Partnerschaft zu One Health AMR entsteht dafür ein neuer Rahmen, in dem 26 Länder und Forschungseinrichtungen koordinierte Ansätze zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes und zur Eindämmung von Resistenzen entwickeln. Österreich ist daran beteiligt.

6.3 Klimawandel und Infektionskrankheiten

Der Klimawandel verändert die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in Europa bereits heute. Nach Modellschätzungen von Gallo et al. (2024) starben 2023 rund 47.690 Menschen in Europa an hitzebedingten Ursachen; der Lancet Countdown Europe greift diese Daten als Indikator für die steigende Hitzeexposition auf. Diese Zahl ist modellierte Excess-Mortalität, verdeutlicht aber die gesundheitliche Größenordnung des Problems. Hitze wird damit zu einer zentralen Vorsorge- und Versorgungsfrage für Gesundheitssysteme.

Auch in Oberösterreich ist Hitze keine abstrakte Zukunftsgröße mehr. In Linz stieg die Zahl der Hitzetage mit mindestens 30°C von durchschnittlich 6 Tagen pro Jahr in der Klimanormalperiode 1961–1990 auf 16 Tage in der Periode 1991–2020; im Jahr 2024 wurden 38 Hitzetage registriert. Österreichweit lag die mittlere jährliche Bodenlufttemperatur 2024 um 3,1 °C über dem vorindustriellen Niveau. Für Krankenanstalten bedeutet diese Entwicklung, dass Hitzeereignisse häufiger in reguläre Betriebsperioden fallen und bei Gebäudeplanung,

technischer Infrastruktur, Personalorganisation und Ablaufplanung systematisch berücksichtigt werden müssen (Brugger et al., 2025; Austrian Panel on Climate Change, 2025).

Die gesundheitliche Belastung ist in österreichischen Routinedaten bereits sichtbar, auch wenn diese nur einen Ausschnitt des tatsächlichen Versorgungsgeschehens abbilden. In der österreichischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation wurden in den Sommerhalbjahren 2002 bis 2023 insgesamt 3.354 stationäre Aufenthalte beziehungsweise Entlassungen mit Haupt- oder Nebendiagnose T67, also „Schäden durch Hitze und Sonnenlicht“, erfasst. Der Datensatz umfasst stationäre Fälle in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, nicht jedoch Spitalsambulanzen oder den niedergelassenen Bereich. Hitzebedingte Verschlechterungen chronischer Erkrankungen werden zudem nur dann sichtbar, wenn eine entsprechende T67-Diagnose dokumentiert wurde. Die Zahlen sind daher als belastbarer Mindestindikator zu lesen (Brugger et al., 2025).

Welche Zusatzbelastung während Hitzewellen entstehen kann, zeigt eine portugiesische Beobachtungsstudie mit mehr als 12 Millionen Krankenhauseinweisungen zwischen 2000 und 2018. Hitzewellentage waren dort mit 18,9 Prozent mehr täglichen Aufnahmen verbunden. Diese Ergebnisse sind nicht unmittelbar auf Oberösterreich übertragbar, markieren aber eine plausible Größenordnung, die für regionale Hitze-, Personal- und Kapazitätsplanungen relevant ist (Alho et al., 2024).

Besonders betroffen sind ältere Menschen und Personen mit chronischen Erkrankungen. Das österreichische Hitze-Mortalitätsmonitoring schätzte für 2018 insgesamt 550 hitzeassoziierte zusätzliche Todesfälle, für 2022 231 und für 2023 53. Dies sind hitzeassoziierte zusätzliche Todesfälle, modelliert im HitzeMortalitätsmonitoring der AGES und wegen teils breiter Konfidenzintervalle vorsichtig zu interpretieren. Gleichzeitig schätzt die GÖG für die Klimanormalperiode 1991–2020 die Hitzeexposition der über 65-Jährigen österreichweit auf jährlich 31,9 Millionen Personentage. Da die Zahl der über 65-Jährigen in Oberösterreich bis 2050 voraussichtlich um 55 Prozent steigt, wird Hitzeschutz zu einer strukturellen Aufgabe der Gesundheitsplanung (Brugger et al., 2025; Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

Hitze betrifft auch die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. In einer österreichweiten Onlinebefragung von 416 Angehörigen der Gesundheitsberufe gaben 59,6 Prozent an, dass sich der Klimawandel bereits auf Arbeitsplätze und Tätigkeiten auswirke. 73,4 Prozent sahen gesundheitliche Probleme durch Hitze am Arbeitsplatz als relevantes Risiko, 64,2 Prozent nannten erhöhte Unfallrisiken durch Erschöpfung, Konzentrationsprobleme, Ermüdung oder Schlafmangel. Die Befragung war nicht repräsentativ, ist aber als Risikosignal relevant: Klimaresilienz betrifft auch Personalgesundheit, Arbeitsorganisation und Versorgungssicherheit (Brugger et al., 2024; Schmidt et al., 2024).

Für Oberösterreich ist der One Health Ansatz besonders wichtig. Eine Region mit dichter Landwirtschaft, Nutztierhaltung, Wald- und Flussräumen sowie zunehmender Hitzebelastung ist nicht nur durch einzelne neue Erreger herausgefordert. Relevant ist das Zusammenspiel von Lebensräumen, Tiergesundheit, Biodiversität, Wasserhaushalt, landwirtschaftlicher Produktion und menschlicher Gesundheit. Der IPBES Bericht schätzt, dass bei 2 °C globaler Erwärmung rund 5 Prozent aller Tier- und Pflanzenarten klimabedingt vom Aussterben bedroht sein könnten; bei 4,3 °C wären es rund 16 Prozent. Eine Analyse von 29.657 landlebenden Wirbeltierarten kommt zudem zu dem Ergebnis, dass bis 2100 bis zu 7.895 Arten extreme Hitzeereignisse, veränderte Landnutzung oder beides über ihr gesamtes Verbreitungsgebiet erfahren könnten (Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services [IPBES], 2019; Vardi et al., 2025).

Diese globale Evidenz ist nicht als direkte Prognose für Oberösterreich zu lesen. Sie zeigt jedoch, welche ökologischen Risikoketten regional relevant werden können: Bestäuber, Bodenorganismen, Gewässerökologie und landwirtschaftliche Produktionsgrundlagen reagieren sensibel auf Hitze, Trockenheit, veränderte Landnutzung und Biodiversitätsverlust. Internationale Daten zeigen, dass die Kombination aus Klimawandel und intensiver Landwirtschaft in besonders belasteten Gebieten mit bis zu 49 Prozent geringerer Insektenzahl und 29 Prozent geringerer Artenvielfalt verbunden ist. Auch diese Werte sind nicht eins zu eins übertragbar, machen aber die Richtung möglicher Belastungen deutlich (Outhwaite et al., 2022; Holzmann et al., 2026).

Auch Nutztiere und Kulturpflanzen sind betroffen. Der FAO-WMO Bericht zu extremer Hitze zeigt, dass Hitzestress bei vielen Nutztierarten bereits ab etwa 25 °C beginnen kann, bei Hühnern und Schweinen teils darunter. Zugleich können Mais, Weizen oder Kartoffeln bei hohen Temperaturen Ertragseinbußen erleiden. Für Oberösterreich verbindet sich Klimavorsorge damit nicht nur mit Humanmedizin, sondern auch mit Tierwohl, Lebensmittelversorgung, Gewässer- und Bodengesundheit (Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO] & World Meteorological Organization [WMO], 2026).

Parallel dazu verschieben sich die ökologischen Bedingungen für Infektionskrankheiten. Krankheitsübertragende Vektoren wie die Tigermücke breiten sich zunehmend auch in Mitteleuropa aus. Dadurch gewinnen Infektionen wie Dengue, Zika oder Chikungunya für die europäische Gesundheitsvorsorge an Bedeutung. Auch das West Nil Virus wurde in Österreich bereits nachgewiesen. Daraus folgt nicht, dass Oberösterreich kurzfristig vor einer breiten Ausbreitung tropischer Infektionskrankheiten steht. Es bedeutet aber, dass Infektionsschutz künftig stärker mit Umweltbeobachtung, Vektormonitoring und frühzeitigen Lagebildern verbunden werden muss.

Gerade hier zeigt sich die strategische Bedeutung von One Health für ein Gesundheitssystem 2040. Wo Klima, Umweltveränderung, Tiergesundheit und Infektionsrisiken enger

zusammenwirken, reichen getrennte Daten- und Zuständigkeitslogiken nicht aus. Eine systematische Verbindung von humanmedizinischer Surveillance, Veterinärdaten, Biodiversitätsmonitoring, Gewässertemperaturen, Bestäuber- und Vektormonitoring schafft die Grundlage, Risiken früher zu erkennen, regionale Vorsorge präziser auszurichten und die Versorgung in Oberösterreich klimaresilient weiterzuentwickeln (World Health Organization Regional Office for Europe, 2024).

6.4 Oberösterreich als One-Health-Region

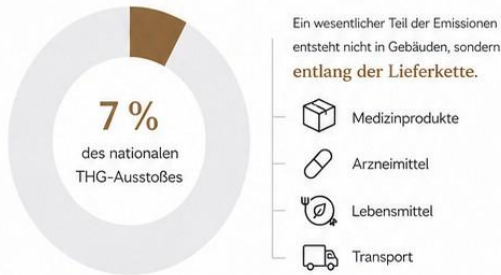
Oberösterreich verfügt über gute Voraussetzungen, um One Health als regionale Entwicklungsaufgabe zu profilieren. Landwirtschaft, Lebensmittelwirtschaft, Naturräume sowie veterinärmedizinische und humanmedizinische Infrastruktur treffen hier in besonderer Dichte aufeinander.

Das Gesundheitswesen als relevanter Emissionsfaktor

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ist nicht nur eine Frage des Energieeinsatzes, sondern auch eine Frage von Beschaffung, Logistik und Lieferkettensteuerung.

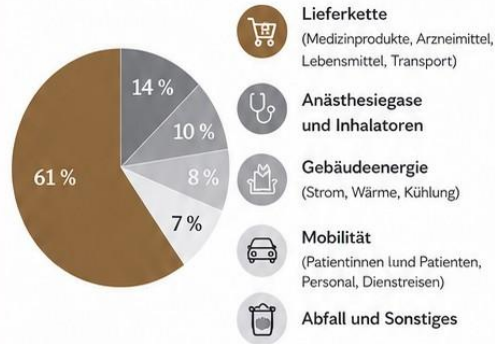
7.1 Teil der nationalen Emissionsbilanz

Für Österreich wird der Anteil des Gesundheitssektors auf rund 7 % der Treibhausgasemissionen geschätzt.



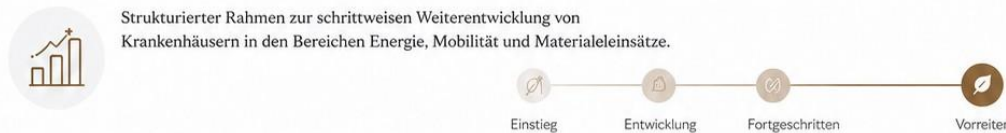
Quellen: Gesundheit Österreich GmbH, 2022; Austrian Institute for Health Technology Assessment, 2024.

Emissionen im Gesundheitswesen: Wo entstehen sie?



Rundungsdifferenzen möglich. Quelle: Gesundheit Österreich GmbH, 2022.

7.2 Österreichs Strategie für ein klimaneutrales Gesundheitswesen



Quellen: Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024; Austrian Institute for Health Technology Assessment, 2024; Fachhochschule Oberösterreich, 2025.

7.4 Gesundheitliche Folgenwirkungen des Klimawandels

Der Klimawandel erhöht Risiken und Anforderungen für Gesundheit und Versorgung.

- Deutlich gesteigerte Hitzebelastung und hitzebedingte Mortalität
- Zunehmende Arbeitsausfälle bei hohen Temperaturen
- Wachsende Herausforderungen bei Lebensmittelsicherheit und Wasserverfügbarkeit
- Steigendes Risiko in der präventiven Gesundheit

Quelle: Lancet Countdown Europe, 2024.

Vorausschauende Anpassung stärkt Resilienz, Versorgung und Nachhaltigkeit des Systems.

Klimaschutz im Gesundheitswesen bedeutet: Versorgungsqualität – Emissionen senken – Zukunft gestalten.

7.1 Das Gesundheitswesen als relevanter Emissionsfaktor

Auch das Gesundheitswesen ist Teil der nationalen Emissionsbilanz. Für Österreich wird der Anteil des Sektors auf rund 7 Prozent der Treibhausgasemissionen geschätzt. Analysen zur Klimabilanz des österreichischen Gesundheitswesens zeigen zudem, dass ein wesentlicher Teil dieser Emissionen nicht unmittelbar in den Gebäuden entsteht, sondern entlang der Lieferkette. Dazu zählen insbesondere Medizinprodukte, Arzneimittel, Lebensmittel und Transport. Für die weitere Entwicklung des Sektors ist dieser Befund vor allem deshalb relevant, weil er den Blick auf jene Bereiche lenkt, in denen Emissionsminderung und Versorgungsrealität unmittelbar zusammenlaufen. Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ist damit nicht allein eine Frage des Energieeinsatzes, sondern auch eine Frage von Beschaffung, Logistik und Lieferkettensteuerung (Gesundheit Österreich GmbH, 2022; Austrian Institute for Health Technology Assessment, 2024).

7.2 Österreichs Strategie für ein klimaneutrales Gesundheitswesen










Österreich hat 2024 eine nationale Strategie für ein klimaneutrales Gesundheitswesen bis 2040 vorgelegt. Damit liegt ein sektoraler Orientierungsrahmen vor, der Klimaziele mit Fragen der Versorgung, Infrastruktur und Beschaffung verbindet. Im Mittelpunkt stehen die Reduktion der Treibhausgasemissionen, die Weiterentwicklung von Standards für öffentliche Krankenhäuser, nachhaltiger ausgerichtete Beschaffungsprozesse sowie die stärkere Berücksichtigung von Klimafolgen in der Technologiebewertung (Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024; Austrian Institute for Health Technology Assessment, 2024).

Die OÖ Gesundheitsholding zeigt, wie Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen praktisch steuerbar wird: über EMAS III, externe Prüfung, messbare Kennzahlen und verbindliche Umsetzung in Energie, Bau, Beschaffung und Betrieb. Besonders deutlich wird dies bei der Sanierung der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kirchdorf: Statt eines Neubaus wurde ein bestehendes Gebäude im Ortskern erneuert. Das spart jährlich rund 180.000 kWh Energie und 57,53 Tonnen CO₂ und verbindet Klimaschutz, Infrastrukturqualität und sparsamen Flächenverbrauch (Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH, 2024, 2026).

Das Ordensklinikum Linz setzt mit seinem innerbetrieblichen „Netzwerk Mobilität“ mehrfach ausgezeichnete Mobilitätsinitiativen für Mitarbeitende um. Durch sichere Radabstellplätze, E-Bike-Lademöglichkeiten, Fahrradchecks, Öffi-Impulse, Kooperationen und Erfahrungsaustausch werden klimafreundliche Wege zur Arbeit und im Dienstag praktisch erleichtert. (Ordensklinikum Linz, 2025).

8 ORIENTIERUNGSRAHMEN 2040: ENTWICKLUNGSDIMENSIONEN EINES ZUKUNFTSFÄHIGEN GESUNDHEITSSYSTEMS

Aus den bisher skizzierten Zukunftsperspektiven lassen sich neun Entwicklungsdimensionen ableiten, die als Orientierungsrahmen für die weitere Arbeit dienen können. Sie beschreiben keine operativen Zuständigkeiten und keine priorisierten Einzelmaßnahmen. Sie markieren vielmehr jene neun Felder, in denen sich die Zukunftsfähigkeit des Systems bis 2040 besonders deutlich entscheiden wird.

<u>1</u>  Steuerungsfähigkeit	<u>2</u>  Integration	<u>3</u>  Daten und digitale Reife
<u>4</u>  Fachkräfte und neue Rollenprofile	<u>5</u>  Prävention und Gesundheitskompetenz	<u>6</u>  Resilienz und Vorsorge
<u>7</u>  Nachhaltigkeit und langfristige Tragfähigkeit	<u>8</u>  One Health und sektorübergreifende Perspektive	<u>9</u>  Lernfähigkeit und Adaptionkraft

I. Steuerungsfähigkeit

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem braucht die Fähigkeit, Komplexität zu ordnen. Dazu gehören bessere Anschlussfähigkeit zwischen Versorgungsbereichen, mehr Transparenz über reale Versorgungspfade und die Fähigkeit, Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und einzuordnen.

II. Integration

Die Zukunft der Versorgung liegt in besser verbundenen Systemen. Entscheidend wird sein, wie gut Übergänge zwischen ambulanter, stationärer, pflegerischer und präventiver Versorgung

gestaltet sind und wie konsequent Versorgung entlang realer Lebenslagen und Behandlungspfade gedacht wird.

III. Daten und digitale Reife

Digitale Reife wird zu einem Grundelement moderner Versorgung. Interoperabilität, belastbare Datennutzung und digitale Unterstützung von Diagnose, Koordination und Planung schaffen die Voraussetzung für ein System, das schneller lernt und präziser reagiert.

IV. Fachkräfte und neue Rollenprofile

Die personelle Zukunft des Systems hängt wesentlich davon ab, wie Kompetenzen eingesetzt und weiterentwickelt werden. Multiprofessionelle Zusammenarbeit, klare Rollenprofile und flexible Aufgabenverteilung werden dabei weiter an Bedeutung gewinnen.

V. Prävention und Gesundheitskompetenz

Gesundheitssysteme der Zukunft werden nicht nur Behandlungsstrukturen stärken, sondern auch Orientierung, Prävention und Gesundheitskompetenz. Je besser Menschen sich im System bewegen können, desto wirksamer kann Versorgung insgesamt organisiert werden.

VI. Resilienz und Vorsorge

Die Fähigkeit, auf neue Belastungen vorbereitet zu sein, wird zu einem zentralen Qualitätsmerkmal. Dazu zählen gesundheitliche Folgen von Klimaentwicklung ebenso wie neue Infektionslagen, Lieferkettenrisiken oder Veränderungen im Belastungsprofil der Bevölkerung.

VII. Nachhaltigkeit und langfristige Tragfähigkeit

Langfristige Systemstabilität setzt einen Umgang mit Ressourcen voraus, der Versorgungssicherheit und ökologische Rahmenbedingungen gemeinsam in den Blick nimmt. Nachhaltigkeit wird damit zu einer Frage der Systemqualität und infrastrukturellen Zukunftsfähigkeit.

VIII. One Health und sektorübergreifende Perspektive

Die Verbindung von menschlicher Gesundheit, Tiergesundheit und Umwelt gewinnt an Bedeutung. Daraus entsteht eine breitere Sicht auf Vorsorge, Monitoring und Risikowahrnehmung, die klassische Sektorengrenzen zunehmend überschreitet.

IX. Lernfähigkeit und Adaptionskraft

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem ist nicht statisch. Es entwickelt sich weiter, verarbeitet neue Evidenz, reagiert auf veränderte Rahmenbedingungen und stärkt kontinuierlich seine eigene Anpassungsfähigkeit. Lernfähigkeit wird damit selbst zu einer strategischen Ressource.

In dieser Perspektive erscheint Gesundheit bis 2040 nicht als Summe einzelner Reformfelder, sondern als zusammenhängende Entwicklungsaufgabe. Für Oberösterreich liegt darin die Chance, Versorgung, Vorsorge und Steuerungsfähigkeit neu aufeinander zu beziehen und zugleich ausreichend Offenheit für unterschiedliche Wege der Umsetzung zu bewahren. Gerade diese Verbindung aus klarer Richtung und instrumenteller Flexibilität dürfte für die nächsten Jahre entscheidend sein.

9 FAZIT – WORAUF ES BEI GESUNDHEIT 2040 ANKOMMT

Die vorliegende Analyse zeigt vor allem eines: Die Zukunftsfähigkeit des oberösterreichischen Gesundheitssystems wird sich daran entscheiden, wie gut es gelingt, Leistungsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit, Prävention, Datenfähigkeit, Resilienz und Nachhaltigkeit in ein neues Gleichgewicht zu bringen. Die zentrale Frage für 2040 lautet damit nicht nur, was das System leistet, sondern wie es unter veränderten demografischen, technologischen und ökologischen Bedingungen verlässlich, lernfähig und tragfähig bleibt.

Klassische Entwicklungsfelder wie Primärversorgung, Finanzierung und Digitalisierung behalten dabei ihr Gewicht. Zugleich erweitert sich der Horizont. Klima, Umwelt, Infektionsdynamiken und Antibiotikaresistenz stehen nicht mehr außerhalb des Systems, sondern prägen zunehmend seine Rahmenbedingungen. Gesundheit erscheint damit stärker als vernetztes Zukunftsfeld, in dem Versorgung, Vorsorge, Infrastruktur, Daten und Umweltbezug enger zusammenrücken.

Der internationale Vergleich verweist in dieselbe Richtung. Unterschiedliche Länder arbeiten mit unterschiedlichen Finanzierungs- und Steuerungsmodellen. Entscheidend ist jedoch weniger das jeweilige Modell als die Qualität seiner Weiterentwicklung. Dort, wo Systeme langfristig ausgerichtet sind, Daten systematisch nutzen, Versorgung klar strukturieren und neue Anforderungen frühzeitig in ihre Logik aufnehmen, entsteht höhere Anpassungsfähigkeit. Gerade darin liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen Systemen, die unter Druck geraten, und solchen, die Wandel produktiv verarbeiten können.

Für Oberösterreich ergibt sich daraus kein starres Zielbild und kein enges Festlegungsprogramm. Es entsteht vielmehr ein strategischer Orientierungsrahmen für die nächste Entwicklungsphase. Im Zentrum steht die Perspektive eines Gesundheitssystems, das Übergänge besser verbindet, Informationen gezielter nutzt, Belastungen früher erkennt und seine Strukturen so weiterentwickelt, dass Qualität, Verlässlichkeit und Solidarität auch unter neuen Bedingungen gesichert bleiben.

Die Perspektive für 2040 ist damit nicht die eines perfekten Systems. Sie ist die eines Systems, das lernfähig bleibt. Eines Systems, das seine Stärke nicht allein aus bestehenden Strukturen bezieht, sondern aus seiner Fähigkeit, sich geordnet weiterzuentwickeln. Darin liegt für Oberösterreich eine realistische und zugleich ambitionierte Zukunftsperspektive. Nicht als abgeschlossene Antwort, sondern als klare Richtung für ein Gesundheitssystem, das auch morgen tragen soll.

10 LITERATURVERZEICHNIS

- Alho, A. M., Oliveira, A. P., Viegas, S., & Nogueira, P. (2024). Effect of heatwaves on daily hospital admissions in Portugal, 2000–18: An observational study. *The Lancet Planetary Health*, 8(5), e318–e326. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(24\)00046-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(24)00046-9)
- Austrian Institute for Health Technology Assessment. (2024). *Editorial: Ökologischer Fußabdruck des österreichischen Gesundheitssystems*. <https://aihta.at/page/editorial-der-oekologische-fussabdruck-des-oesterreichischen-gesundheitssystems-erste-ergebnisse-legen-strategischen-handlungsbedarf-nahe/de>
- Austrian Panel on Climate Change. (2025). *Zweiter Österreichischer Sachstandsbericht zum Klimawandel (AAR2)*. <https://aar2.ccca.ac.at/>
- Brugger, K., Dinhof, K., Schmidt, A. E., Aigner, E., & Fischer, M. (2024). *Gesundes Arbeiten trotz Klimawandel: Befragung zu Klimawandel und Gesundheit unter Gesundheitsberufen*. Factsheet. Gesundheit Österreich.
- Brugger, K., Durstmüller, F., & Delcour, J. (2025). *Integrierte Gesundheitsberichterstattung zu Klima und Gesundheit: Hitze*. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *Austria: New health care reform 2024–2028 strengthens digital and ambulatory care*. World Health Organization. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/austria-2018/new-health-care-reform-2024-2028-strengthens-digital-and-ambulatory-care>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Meteorological Organization. (2026). *Extreme heat and agriculture: FAO–WMO joint report*. <https://doi.org/10.4060/cd9394en>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2022). *Treibhausgasemissionen des österreichischen Gesundheitswesens*. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2825/1/Treibhausgasemissionen%20des%20%C3%B6sterreichischen%20Gesundheitswesens_bf.pdf
- Gesundheit Österreich GmbH. (2024). *Demografie-Trilemma im Bundesrat*. https://goeg.at/bundesrat_demografie
- Holzmann, K. L., Schmitzer, T., Abels, A., Čorkalo, M., Mitesser, O., Kortmann, M., Alonso-Alonso, P., Correa-Carmona, Y., Pinos, A., Yon, F., Alvarado, M., Forsyth, A., Lopera-Toro, A., Brehm, G., Keller, A., Otieno, M., Steffan-Dewenter, I., & Peters, M. K. (2026). Limited thermal tolerance in tropical insects and its genomic signature. *Nature*, 651, 672–678. <https://doi.org/10.1038/s41586-026-10155-w>

- Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services. (2019). *Global assessment report on biodiversity and ecosystem services*.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.3831673>
- KFF. (2025, October 8). *International comparison of health systems*.
<https://www.kff.org/global-health-policy/health-policy-101-international-comparison-of-health-systems/>
- Lancet Countdown Europe. (2024). *The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change*. Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal).
<https://www.isglobal.org/en/-/informe-the-lancet-countdown-in-europe-2024>
- NHS England. (2020). *Delivering a 'net zero' National Health Service*.
<https://www.england.nhs.uk/greenernhs/wp-content/uploads/sites/51/2020/10/delivering-a-net-zero-national-health-service.pdf>
- Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH. (2024). *EMAS-Umwelterklärung der OÖG-Kliniken 2024*.
https://www.ooeg.at/fileadmin/media/ooeg/Dateien_PDFs_Worddokumente_/EMAS-Umwelterkaerung-der-OOEG-Kliniken.pdf
- Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH. (2026). *Umweltmanagement in den OÖG-Kliniken: Präsentation zum Netzwerktreffen Linz, 16.–17. April 2026*.
- Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024). *Klimaneutrales Gesundheitswesen: Österreich als Vorreiter*.
<https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Aktuelles/Archiv-2024/Klimaneutrales-Gesundheitswesen--Oesterreich-als-Vorreiter.html>
- Outhwaite, C. L., McCann, P., & Newbold, T. (2022). Agriculture and climate change are reshaping insect biodiversity worldwide. *Nature*, 605, 97–102.
<https://doi.org/10.1038/s41586-022-04644-x>
- Rechnungshof Österreich. (2017). *Mittelflüsse im Gesundheitswesen (Reihe Bund 2017/10)*.
https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bund_Mittelfluesse_im_Gesundheitswesen_2017_10_1.pdf
- Schmidt, A. E., Aigner, E., Brugger, K., Dinhof, K., Durstmüller, F., Horváth, I., Lampl, C., & Spagl, S. (2024). *Klimaresilienz des Gesundheitssystems: Zielkatalog*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Statistik Austria. (2025). *Gesundheitsausgaben in Österreich*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Die-Gesundheitsausgaben-in-Oesterreich.html>

Vardi, R., Murali, G., de Oliveira Caetano, G. H., Roll, U., & Meiri, S. (2025). Effects of future climate extreme heat events and land use changes on land vertebrates. *Global Change Biology*, 31(12), e70625. <https://doi.org/10.1111/gcb.70625>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2024, October 29). *Advancing the implementation of the One Health approach in the WHO European Region*. <https://www.who.int/europe/news/item/29-10-2024-advancing-the-implementation-of-the-one-health-approach-in-the-who-european-region>

Impressum

Academia Superior – Gesellschaft für Zukunftsforschung
Altenberger Straße 69
4040 Linz
ZVR-Zahl: 692228369
www.academia-superior.at