

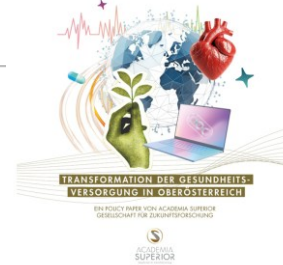
Zukunftsperspektiven für innovative und finanzierbare Gesundheitsversorgung



Gesundheit 2040 – Transformation der
Gesundheitsversorgung in Oberösterreich

Keynote, 9.7.2026, Univ.-Prof. Dr. Meinhard Lukas





„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

Herausforderungen des Gesundheitssystems

Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts, 2018–2025, in Mio. Euro

Öffentliche und private laufende Gesundheitsausgaben ¹	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Laufende Gesundheitsausgaben	40 300	42 045	43 405	49 500	50 289	53 402	57 837	61 338
Öffentliche Ausgaben	29 801	31 284	33 164	38 484	38 822	40 673	43 793	46 384
Private Ausgaben	10 499	10 761	10 241	11 016	11 467	12 729	14 043	14 954
Öffentliche Ausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	73,9	74,4	76,4	77,7	77,2	76,2	75,7	75,6
Private Ausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	26,1	25,6	23,6	22,3	22,8	23,8	24,3	24,4
Laufende Gesundheitsausgaben, in % des BIP	10,5	10,6	11,4	12,2	11,2	11,2	11,7	11,9
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	383 234	395 707	380 318	406 231	449 382	477 837	494 088	514 328

Q: STATISTIK AUSTRIA, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, eigene Berechnungen/Schätzungen, Rechnungsabschlüsse, Geschäftsbereichte. – Laut SHA 2011 (OECD/Eurostat/WHO). – Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

1) Die Gesundheitsausgaben laut System of Health Accounts enthalten auch Ausgaben für Langzeitpflege.

Tabelle 1: Anstieg der realen Gesundheitsausgaben (in Preisen 2025)

	1995 bis 2025 in %	2025 in Mrd Euro
Intramurale Versorgung	112	28,5
Extramurale Versorgung	102	9,8
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen	125	6,3
Forschung	216	3,0
Gesundheitswesen, a.n.g.	52	1,6
Öffentlicher Gesundheitsdienst	168	1,3
Summe Gesundheitsausgaben	114	50,5

Quelle: Statistik Austria, Fiskalrat.

Abbildung 2: Langfristprognose der Gesundheitsausgaben bis 2070

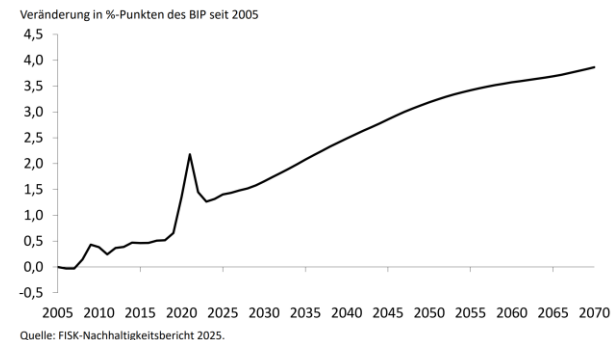
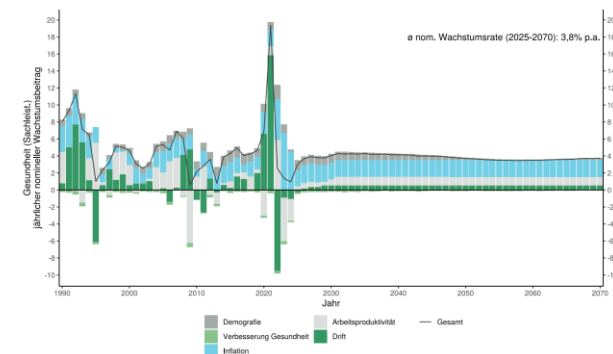
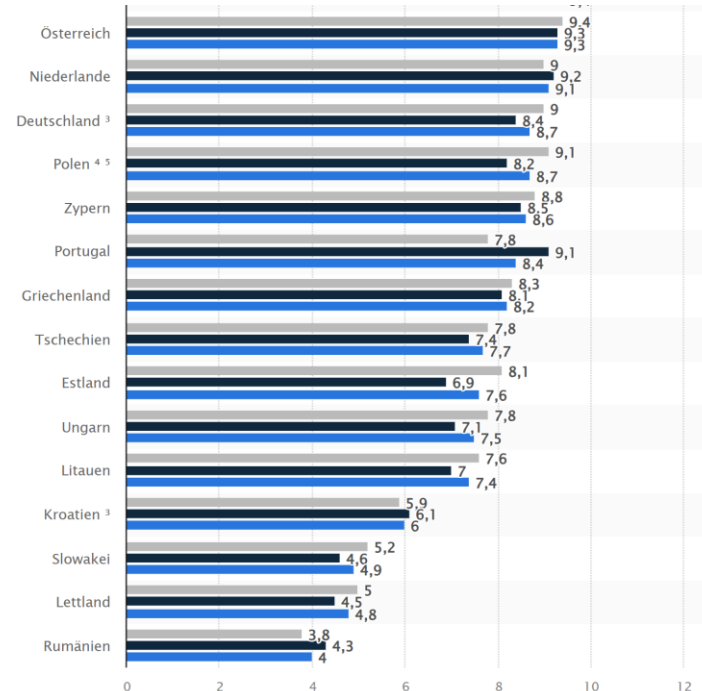
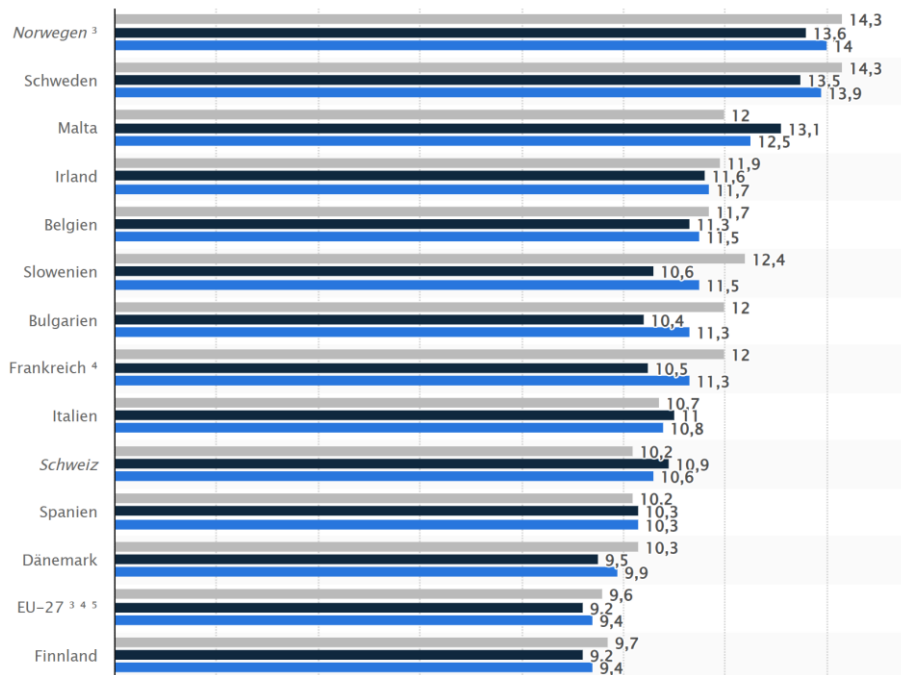


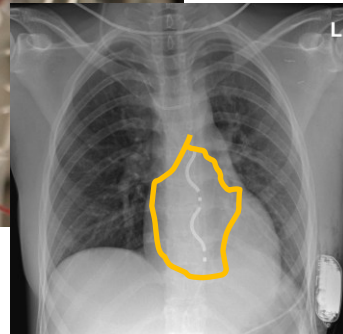
Abbildung 3: Langfristiges Wachstum der Gesundheitsausgaben



Anzahl der Gesunden Lebensjahre ab dem 65. Lebensjahr in der EU



● Insgesamt ● Männlich ● Weiblich



18-jährige Patientin mit Herzstillstand beim Konditionstraining

- 29.06.2026 17:20 Kollaps im Turnunterricht ca.
17:35 Eintreffen Notarztthubschrauber
17:55 Rückkehr des Spontankreislaufs und Vorbereitung Transport nach Linz
19:20 Übernahme Intubiert und beatmet auf Intensiv, biventrikuläres Pumpversagen (beide Herzkammern)
- 30.06.2026 7:45 herzchirurgischer Ecmo Einbau auf Intensiv (ECMO EIN)
14:00 herzchirurgische Impella Aufrüstung (PTVAD)
14:30 Myokardbiopsie und Herzkatheter Untersuchung im Rahmen der Impella Anlage zur Klärung der Ursache
- 02.07.2026 20:23 Ecmo Ausbau (ECMO AUS)
- 03.07.2026 11:32 Impella Ausbau (PTVADEX)
- 04.07.2026 VM Extubation
- 06.07.2026 Herz MRT
- 07.07.2026 Implantation prophylaktischer Defibrillator (EV-ICD, fernüberwacht); bestverträgliche Technik bei Jugendlichen; in OÖ nur im KUK
- 07.07.2026 Verlegung Normalstation (Patientin neurologisch unauffällig)
- 12.07.2026 geplante Entlassung



William J. Mayo, M.D. (1861-1939)

Dr. Will, the elder Mayo brother, was an internationally acclaimed surgeon and ambassador of the medical profession.

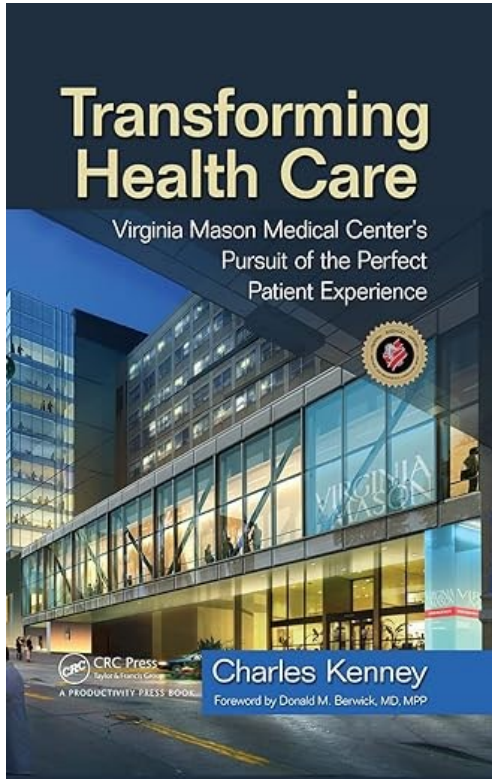
"The best interest of the patient is the only interest to be considered, and in order that the sick may have the benefit of advancing knowledge, union of forces is necessary."
(William J. Mayo, 1910)

Seit über 100 Jahren Leitsatz der Mayo Clinic. Er ist kultureller Kompass, Führungsprinzip und Entscheidungsregel und verdichtet die Idee der Patient:innenzentrierung in einem Satz. Die Fachdisziplinen sind in der Mayo folgerichtig um den/die Patient:in herum koordiniert. Der/die Patient:in sieht ein Team, nicht einzelne Abteilungen.



Organisatorische und prozessuale Neuausrichtung

- Ärzte erhalten Festgehälter statt Honorare pro Leistung, um wirtschaftliche Anreize für unnötige Behandlungen zu eliminieren.
- Alle Mitarbeiter – vom Chirurgen über die Verwaltung bis hin zum Reinigungspersonal – werden als „Caregiver“ betrachtet. Jedes Teammitglied trägt aktiv dazu bei, Barrieren in der Versorgung abzubauen und eine empathische, sichere Umgebung zu schaffen.
- Im Hinblick darauf durchlaufen alle klinischen Mitarbeiter ein standardisiertes Kommunikationstraining
- Office of Patient Experience (OPE): Analysiert kontinuierlich Daten, um Behandlungsabläufe menschlicher und effizienter zu gestalten.
- Auflösung von Fachabteilungen: Medizinische Fachbereiche wurden in thematische „Institute“ umgewandelt.
- Zeit des Patienten als wertvolle Ressource: Über digitale Dashboards und GPS-Tracking-Systeme werden die Wartezeiten in Ambulanzen und Transportwege live überwacht. Verzögerungen werden sofort gemeldet, wodurch Wartezeiten um rund 20 % gesunken sind.

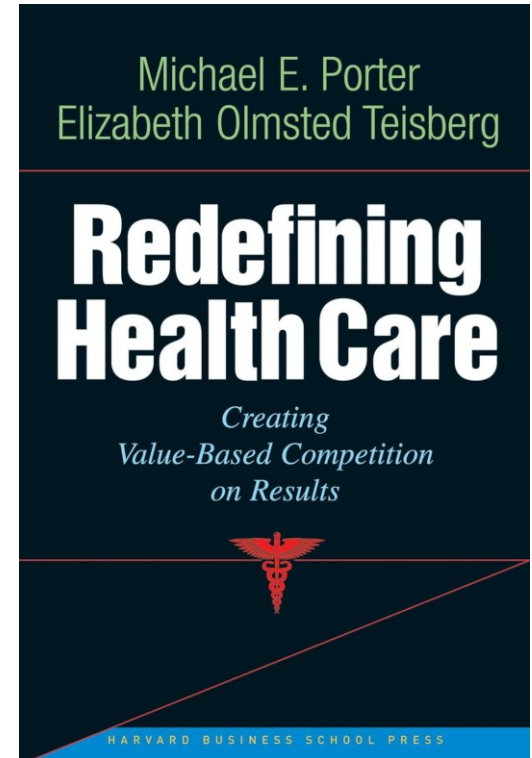


Weg zum „Top Hospital of the Decade“ der USA 2010

- VMMC tritt kurz vor wirtschaftlichem Kollaps eine „Lean Journey“ an – eine Reise zum schlanken, sich ständig verbessernden Krankenhaus nach dem Vorbild des Toyota-Produktions-Systems (TPS) und somit die konsequente Implementierung einer für das Krankenhaus adaptierten „Lean Production-Strategie“ (heute „Virginia Mason Production System [VMPS] genannt).
- Das VMMC stellt seit dem Jahr 2001 die Bedürfnisse der Patienten konsequent ins Zentrum. Wertschöpfung wird allein dadurch definiert, was aus Sicht des Patienten als „Wert schöpfend“ wahrgenommen wird.
- Das VMMC ist vom Thema „Patientensicherheit und Risikominimierung“ geradezu besessen.
- Darüber hinaus strebt das VMMC die höchste Mitarbeiterzufriedenheit an.
- Das VMMC versteht sich (auch) als Wirtschaftsunternehmen, das von den Besten anderer Branchen lernen und ökonomisch erfolgreich sein will.
- Shopfloor Management: Nicht nur in der internen Kommunikation werden visualisierte Auswertungen über Prozess- oder Performance-Kennzahlen gezeigt, sondern auch nach „Außen“. Angehörige können beispielsweise im Wartebereich über installierte Bildschirme anonymisiert in Echtzeit nachverfolgen, wie weit die Operation des begleiteten Patienten fortgeschritten ist.

Bahnbrechende Publikation des Havard-Ökonomen und Managementgurus Michael Porter gemeinsam mit der Gesundheitsökonomin Olmsted Teisberg

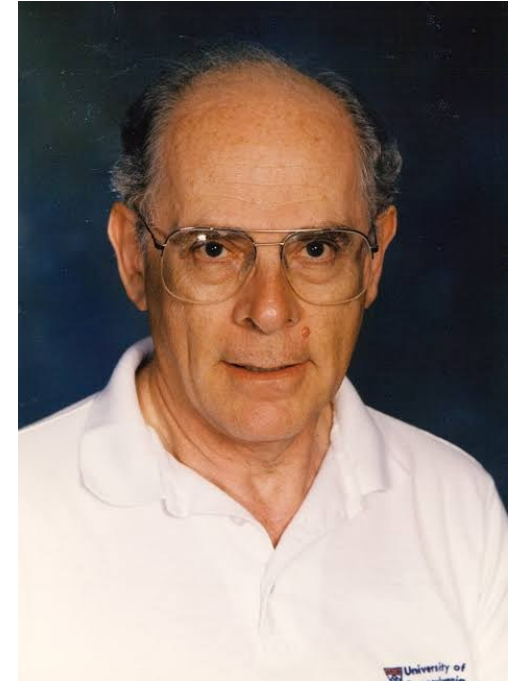
- Während "Patient First" oft bedeutet, die Bedürfnisse des Einzelnen in den Mittelpunkt zu stellen, stellt VBHC eine Effizienzrelation her.
- Anstelle aber die Effizienz an den erbrachten Leistungen zu messen (Fee-for-Service), wird sie anhand der Qualität und der messbaren Gesundheitsergebnissen über den gesamten Behandlungszyklus hinweg beurteilt.
- Der Erfolg wird nicht an der Anzahl und Art der Untersuchungen gemessen, sondern an den Ergebnissen (Outcomes) für den/die Patient:in, also der echten Verbesserung des Gesundheitszustands oder der Lebensqualität.
- Hierfür werden standardisierte Fragebögen genutzt, die den Patientenwohlstand erfassen, wie PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) und PREMs (Patient-Reported Experience Measures).
- Kosten-Nutzen-Relation: Der Wert („Value“) für den Patienten wird exakt berechnet. Ziel ist es, den größtmöglichen Gesundheitsnutzen für den einzelnen Patienten bei gleichzeitig optimierten bzw. gesenkten Gesamtkosten zu erzielen.
- Qualitätsbasierte Vergütung: Leistungserbringer (Ärzte und Kliniken) werden finanziell dafür belohnt, dass sie die Gesundheit ihrer Patienten nachhaltig verbessern, Komplikationen vermeiden und den Heilungsprozess beschleunigen.

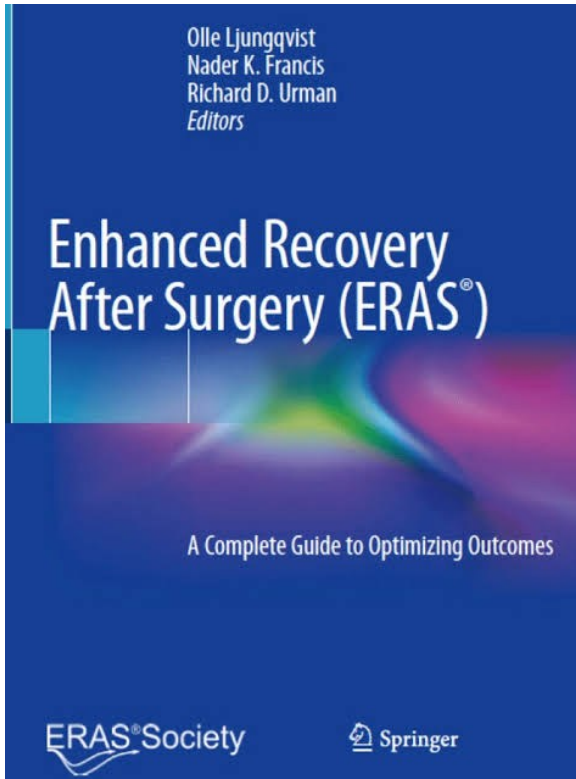


„Choosing Wisely“ als Ausprägung von VBHC

Howard Broady (Allgemeinmediziner und Medizinenthiker) begründet 2010 den Choosing Wisely Ansatz, den das American Board of Internal Medicine (ABIM) 2011 übernimmt – zwischenzeitig weite Verbreitung

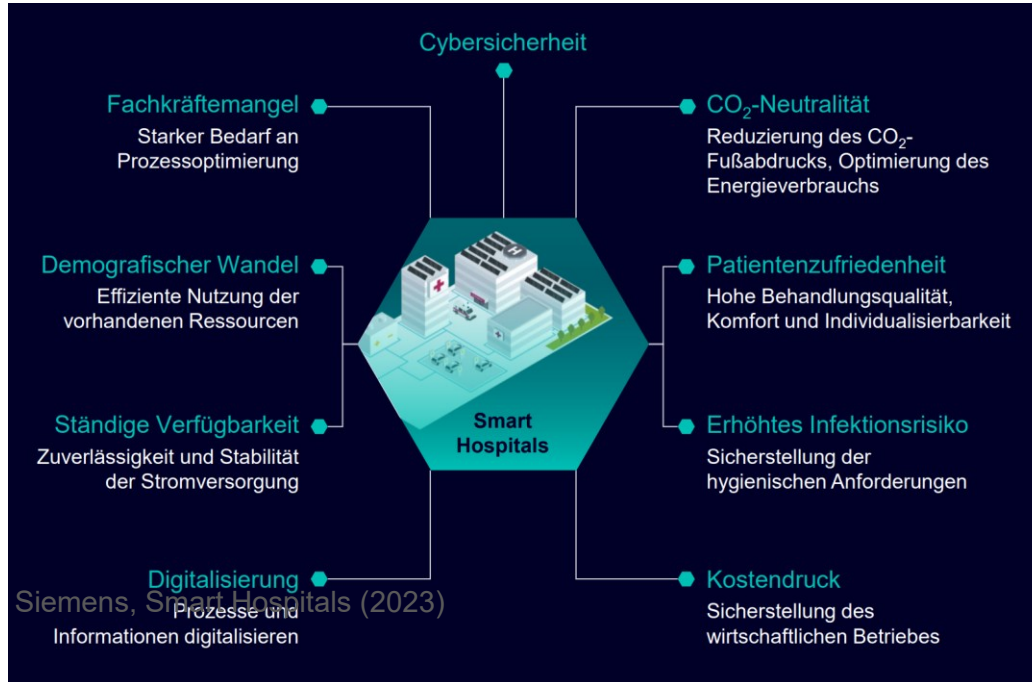
- Medizinische Qualitätsinitiative, kein Sparprogramm: Low-Value Care im Gesundheitssystem identifizieren und reduzieren.
- Ziel ist es, Patienten vor Überversorgung und unnötigen Risiken zu schützen
- Medizinische Maßnahmen werden nicht durchgeführt, nur „weil man es schon immer so gemacht hat“. Es wird kritisch hinterfragt, ob eine Untersuchung oder ein Medikament dem Patienten in seiner konkreten Situation überhaupt nützt.
- Alle Empfehlungen stützen sich auf aktuelle medizinische Studien und Leitlinien, nicht auf persönliche Meinungen oder wirtschaftliche Interessen.
- Jede unnötige Untersuchung kann zu Folgeuntersuchungen oder Fehlalarmen führen, die den Patienten belasten. Das Ziel ist es, Überversorgung und damit potenziellen Schaden zu verhindern.
- Fachgesellschaften veröffentlichen konkrete Listen mit Behandlungen, die in der Praxis zu oft ohne echten Mehrwert eingesetzt werden.





ERAS (Enhanced Recovery after Surgery)

- ERAS wird in der modernen Krankenhaussteuerung als das zentrale Instrument zur Standardisierung, Taktung und Optimierung von chirurgischen Patientenpfaden diskutiert.
- ERAS ist ein evidenzbasiertes, multimodales und interprofessionelles Behandlungskonzept zur Optimierung der perioperativen Versorgung (mit Prähabilitation und früher Rehabilitation).
- Ziel ist es, die physiologische Belastung durch eine Operation zu reduzieren (durch roboterbasierte minimalinvasive Chirurgie), die Erholung zu beschleunigen, Komplikationen zu vermeiden und die Patient:innen rasch in ihren Alltag zurückzuführen.
- Multimodaler Ansatz: körperliches Ausdauer- und Krafttraining, Ernährungsoptimierung, Reduktion von Risikofaktoren (Rauchstopp und Reduktion des Alkoholkonsums), psychologische Unterstützung und Stressbewältigung.
- Interprofessionalität: Chirurgie, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Ernährungsmedizin, Psychologie etc arbeiten eng zusammen.
- Ideal in abgestufte (wohntnahe) Versorgung zu integrieren (Orientierung am jeweiligen „best point of care“)



Kerntechnologien eines Smart Hospitals:

- Künstliche Intelligenz (KI): KI-Systeme werten medizinische Daten (Labor/Bildgebung etc) in Sekunden-schnelle aus, um Diagnosen zu stellen.
- Internet of Medical Things (IoMT): Vernetzte medizinische Geräte (zB tragbare Sensoren) überwachen Vitaldaten von Patienten.
- Digitale Patientenakte
- Automatisierung & Robotik
- Big Data & Analytics: Vorhersage von Krankheitsverläufen und korrespondierend Therapievorschlage
- ...

Teil der privaten Gesundheitsausgaben nutzbar machen

Laufende Gesundheitsausgaben

2025

61 338 Mio. Euro

↑ +6,1 % zu 2024

Laufende Gesundheitsausgaben in % des BIP

2025

11,9 %

↑ +0,2 Prozentpunkte zu 2024

Öffentlicher Anteil an laufenden Gesundheitsausgaben

2025

75,6 %

↓ -0,1 Prozentpunkte zu 2024

- In Österreich beliefen sich private Gesundheitsausgaben im Jahr 2025 auf ca. 15,0 Milliarden Euro. Das entspricht rund 24,4 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (öffentliche Sektor etwa 75,6 %).
- Zu diesen privaten Kosten zählen primär Direktzahlungen der Haushalte ("Out-of-Pocket"), private Krankenversicherungen, Rezeptgebühren sowie Zuzahlungen für Heilbehelfe.
- Diese privaten Mittel im System werden zunehmend von privaten Netzwerken zB für chirurgische Leistungen mit dahinterstehenden Investmentgesellschaften attrahiert.
- Systempartner der öffentlichen solidarischen Gesundheitsversorgung müssen daher über eigenes privatwirtschaftliches Angebot nachdenken, um eigene Standardleistungen mit entsprechendem DB nicht zu verlieren und nicht schwere Rückschläge in der Personalentwicklung hinnehmen zu müssen.

GESUNDHEIT 2040



EIN POLICY PAPER VON ACADEMIA SUPERIOR
GESELLSCHAFT FÜR ZUKUNFTSFORSCHUNG



Die Gesundheitsarchitektur 2040: Fünf strategische Handlungsfelder

Ordnung, Abstimmung, Steuerungsfähigkeit. Für eine verlässliche Versorgung – heute und morgen.

A



**Verbindliche
Patientinnen- und
Patientensteuerung**

- ▶ Strukturierte Primärversorgung als erster Kontaktpunkt
- ▶ Digitale Triage und Terminsteuerung
- ▶ Verbindliche Versorgungsnavigation und Datenzugriff (ELGA; für alle ambulanten Versorger)

B



**Integrierte
Finanzierung**

- ▶ Gemeinsame Zielvereinbarungen über Sektorengrenzen hinweg
- ▶ Transparentes Monitoring echter, realer Versorgungsgelder

C



**Fachkräfte wirksam
einsetzen und Versorgung
neu organisieren**

- ▶ Skill Grade Mix und klare Aufgabenprofile
- ▶ Erweiterte Kompetenzen für Pflege- und Gesundheitsberufe
- ▶ Zuständigkeiten und Rollen wirkungsvoll im System verteilen

D



**Digitalisierung als
Steuerungsinstrument**

- ▶ Interoperabilität, Standards und Echtzeitdaten
- ▶ Digitale Tools für Steuerung, Qualität und Transparenz
- ▶ Prozesse und Zuständigkeiten konsequent digital verankern

E



**Prävention und
Gesundheitskompetenz
stärken**

- ▶ Gesundheitskompetenz in Bildung und Alltag verankern
- ▶ Zielgruppenspezifische Information und Orientierung
- ▶ Gesundheit gut als zentrale Anlaufstelle ausbauen
- ▶ Mehr Verbindlichkeit



Unser Ziel 2040: Ein steuerungsfähiges, vernetztes und vorausschauendes Gesundheitssystem, das Qualität sichert, Ressourcen wirksam einsetzt und Menschen verlässlich durch das Versorgungssystem führt.



Patientinnen- und
patientenorientiert
und zugänglich



Integriert und
sektorenübergreifend



Effizient und
wirtschaftlich



Nachhaltig und
zukunftsicher



Fair und
gerecht

Quellen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2024; Rechnungshof Österreich, 2021; IHS, 2023; Gesundheit Österreich GmbH, 2024.

Transformation: Vom Karolinska Klinikum lernen



BEST HOSPITALS IN THE WORLD

Newsweek
WORLD'S BEST
HOSPITALS 2026

- 1 Mayo Clinic - Rochester (U.S.)
- 2 University Health Network - Toronto General Hospital (Canada)
- 3 Cleveland Clinic (U.S.)
- 4 Karolinska Universitetssjukhuset
- 5 Massachusetts General Hospital (U.S.)

"Karolinska is shaping the future of healthcare with innovative, patient-centered and home-based care solutions."



**Harvard
Business
School**

SUSANNA GALLANI
MARY WITKOWSKI
ELERA CORSI
NIKOLINA JONSSON

9-124-070
REV. FEBRUARY 14, 2024

Transforming Healthcare Delivery at Karolinska University Hospital

In my first year here, people always said, "We are tired of change." How can you be tired of change? It is the change that moves us forward.

— Björn Zølga, CEO, Karolinska University Hospital

In 2023, Karolinska University Hospital (Karolinska) CEO Björn Zølga sat in his office in Solna, a neighborhood of Stockholm's city center, Sweden. In just a few days he would negotiate the hospital's assignment contract for the next four years with the Stockholm Regional Council, which defined its future budget. Zølga expected to face increasing downward pressure on the hospital's costs. At the same time, the demands on the hospital were increasing, largely due to a growing elderly share of the population and the ripple-effects of the recent COVID-19 pandemic, which had led many patients to delay seeking care and worsened their health conditions. Continuing to deliver high quality of service for a patient population growing in size and complexity, while remaining financially sustainable with less available resources would require new and creative solutions. Zølga had fostered change and continuous improvement as key tenets of the Karolinska's organizational culture. The time to test its effectiveness was approaching at fast pace.

Founded in 1940, Karolinska was Sweden's first teaching hospital and Europe's largest one. Affiliated with the nearby research-led medical university, Karolinska Institutet, Karolinska was renowned for providing excellent medical education and high-quality healthcare. However, in the 2010s, Karolinska attracted criticism for its transformation project aimed at implementing an innovative, patient-centered care delivery model inspired by the value-based healthcare framework. Karolinska's transformation included moving to a new, state-of-the-art facility that would replace the existing location in Solna. Critics called the project a failure and highlighted its high costs, the dissatisfaction among the staff, and the growing waiting lists. The hospital became a topic of discussion in local elections, and the phrase "value-based healthcare" acquired a deeply negative connotation.

Professor Susanna Gallani, Fellow Mary Witkowska (Institute for Strategy & Competitiveness), and Associate Director Elera Corsi and Research Assistant Nikolina Jonsson (Europe Research Center) prepared this case. It was reviewed and approved before publication by a company designate. Funding for the development of this case was provided by Harvard Business School and not by the company. IIR cases are developed solely as the basis for class discussion. Cases are not intended to serve as endorsements, sources of primary data, or illustrations of effective or ineffective management.

Copyright © 2023, 2024 President and Fellows of Harvard College. To order copies or request permission to reproduce materials, call 1-800-546-7890, write Harvard Business School Publishing, Boston, MA 02163, or go to www.hbsp.harvard.edu. This publication may not be digitized, photocopied, or otherwise reproduced, posted, or transmitted, without the permission of Harvard Business School.

This document is authorized for use only by Meinhard Lukas (meinhard.lukas@jku.at). Copying or posting is an infringement of copyright. Please contact casemanager@hbsp.harvard.edu or 617-495-6100 for additional copies.

Vielen Dank!

meinhard.lukas@kepleruniklinikum.at

 Meinhard Lukas

 @meinhard_lukas