



ACADEMIA SUPERIOR

Gesellschaft für Zukunftsforschung

W³ - WISSEN.WIRTSCHAFT.WACHSTUM

Eine wirtschaftspolitische Reformagenda für Oberösterreich

WIRTSCHAFTS- UND INNOVATIONSFELD

„HEALTH & AGEING“

DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

IN OBERÖSTERREICH



Im Auftrag von ACADEMIA SUPERIOR – Gesellschaft für Zukunftsforschung
und des Gesundheits-Cluster der Clusterland Oberösterreich GmbH

Wissenschaftliche Patronanz:
Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von ACADEMIA SUPERIOR

AutorInnen:
Mag. Bernhard Elias
Mag. Gerlinde Pöchhacker-Tröscher
Johannes Scherk, BSc
Mag. Silvia Welbich

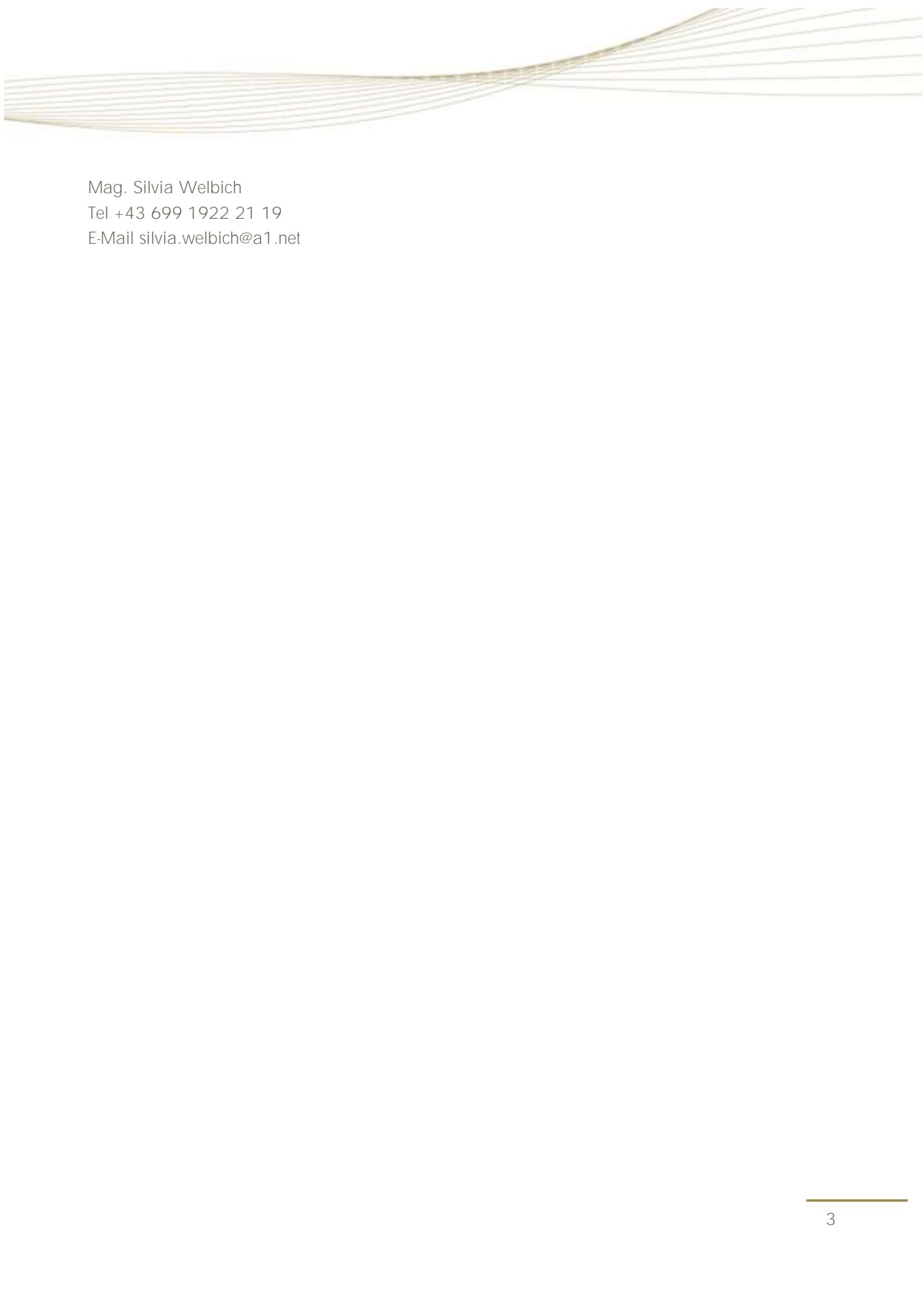
September 2012

Kontaktdaten:

ACADEMIA SUPERIOR – Gesellschaft für Zukunftsforschung
Science Park 2, Altenberger Straße 69, A-4040 Linz
Tel +43 732 77 88 99
E-Mail office@academia-superior.at
Web www.academia-superior.at

DI (FH) Philipp Wittmann
Gesundheits-Cluster
Clusterland Oberösterreich GmbH
Hafenstraße 47-51, Bauteil B, Stiege 3, 4. Stock, A-4020 Linz
Tel +43 732 79810-5151
E-Mail philipp.wittmann@clusterland.at
Web www.gesundheits-cluster.at/

Mag. Bernhard Elias, bernhard.elias@p-ic.at
Mag. Gerlinde Pöchhacker-Tröscher, gerlinde.poechhacker@p-ic.at
Johannes Scherk, BSc, johannes.scherk@p-ic.at
Pöchhacker Innovation Consulting GmbH
Haus der Technik, Stockhofstraße 32/1, A-4020 Linz
Tel +43-732-890038-0
E-Mail office@p-ic.at
Web www.p-ic.at



Mag. Silvia Welbich
Tel +43 699 1922 21 19
E-Mail silvia.welbich@a1.net

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	7
1. Einleitung	17
1.1. Methodik und Aufbau	18
1.2. Begrifflichkeiten und Abgrenzung des Themenfeldes	19
2. Über die Wechselwirkung von Gesundheit und Wirtschaft	21
2.1. Der Gesundheitssektor in Österreich und dessen Wertschöpfungseffekte	23
2.1.1. Der Gesundheitssektor in Österreich	23
2.1.2. Wertschöpfungseffekte des Gesundheitssektors	26
2.2. Wesentliche gesundheitspolitische Rahmenbedingungen in Österreich	27
2.2.1. Demographische Daten	28
2.2.2. Gesundheitsinfrastruktur	29
2.2.3. Gesundheitsausgaben und finanzielle Rahmenbedingungen	31
2.2.4. Ärztedichte und –bedarf in Österreich	35
2.3. Treiber für die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen	36
2.3.1. Wertewandel	36
2.3.2. Technischer Fortschritt	38
2.3.3. Demographischer Wandel	39
2.4. Trends im Gesundheitsbereich mit wirtschaftlicher Relevanz	39
2.4.1. Steigende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen	40
2.4.2. Individualisierung des Gesundheitswesens	41
2.4.3. Mobile Behandlung	42
2.4.4. Wandlung der Gesundheitssysteme	44
2.4.5. Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem	46
2.4.6. Life Sciences	47
2.4.7. Trends im Ausbildungsbereich	50
3. Die Alterung der Bevölkerung und damit verbundene wirtschaftliche Chancen	52
4. Gesundheitspolitische und wirtschaftliche Entwicklungen auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene	56
4.1. Internationale Betrachtung	56
4.1.1. Gesundheitsausgaben	56
4.2. Relevante Aktivitäten auf europäischer Ebene	61
4.2.1. Europa 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum	61
4.2.2. Siebtes Rahmenprogramm für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration der Europäischen Union	63
4.2.3. Horizon 2020	64
4.2.4. European Technology Platforms (ETPs)	65
4.2.5. Joint Technology Initiatives (JTI)	66
4.2.6. Joint Programming Initiatives (JPI)	66
4.2.7. Digitale Agenda für Europa	67

4.2.8. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing	67
4.2.9. Interactive Platform Health Competence.....	68
4.2.10. Action Plan for Ageing Well in the Information Society	68
4.2.11. Strategisches Konzept der EU für die Gesundheit (2008-2013).....	68
4.2.12. Mehrjähriges EU-Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit (2014-2020).....	69
4.3. Trends und Aktivitäten auf nationaler Ebene	70
4.3.1. Competence Mall Initiative.....	70
4.3.2. Plattform Gesundheitswirtschaft der WKO	70
4.3.3. LISA – Life Science Austria	71
4.3.4. Gesundheitsportal Österreich	71
4.3.5. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)	71
4.3.6. Nationale HTA-Strategie	72
4.3.7. Masterplan Gesundheit	72
4.3.8. Pilotprojekt E-Medikation	73
4.3.9. Das Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen	73
5. Relevante Strategien und Programme in Oberösterreich	75
5.1. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020	75
5.2. Strategisches Wirtschafts- und Forschungsprogramm „Innovatives OÖ 2010plus“	77
5.3. Gesundheits-Cluster Oberösterreich	78
6. Die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich	79
6.1. Zur Gesundheitswirtschaft in Österreich	79
6.2. Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich	87
6.3. Detailinformationen zur Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich	89
6.3.1. Betriebe und Beschäftigung im Gesundheitssektor in Oberösterreich	89
6.3.2. Oö. Unternehmen im erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft	92
7. Ergebnisse der durchgeführten Unternehmensbefragung	100
7.1. Zu den befragten Unternehmen.....	100
7.2. Zum Thema Humanressourcen	102
7.3. Forschung und Entwicklung in den befragten Unternehmen	104
7.4. Rahmenbedingungen der befragten Unternehmen.....	106
7.5. Generelle Entwicklungen und Trends im Gesundheitsbereich	110
7.6. Künftige Chancen und Potenzialfelder aus Sicht der befragten Unternehmen.....	112
8. Relevante Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten in Oberösterreich	113
8.1. Allgemeine Struktur der Forschungsausgaben in Oberösterreich	113
8.2. Förderangebot auf nationaler Ebene	114
8.3. Programmbeteiligung oberösterreichischer Akteure auf nationaler und europäischer Ebene	115
8.4. Relevante Forschungsstrukturen in Oberösterreich	116
9. Relevante Ausbildungsangebote in Oberösterreich	121
10. Ansatzpunkte zur Forcierung des Wirtschafts- und Innovationsfelds „Health & Ageing“ in Oberösterreich	125



Literatur- und Quellenverzeichnis.....	130
Abbildungsverzeichnis.....	135
Tabellenverzeichnis	137
Anhang	138

Executive Summary

Der Beitrag von Wirtschaft und Technologie zu einer besseren Gesundheit und zu lebenswerteren Verhältnissen von gesundheitlich beeinträchtigten bzw. älteren Menschen einerseits und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Hinblick auf Wertschöpfung und Beschäftigung andererseits ziehen zunehmend die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich. Gleichzeitig wird die Sicherung der Gesundheitsversorgung insbesondere aufgrund des demographischen Wandels oftmals als eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen genannt.

In diesem Kontext wurde die vorliegende Studie im Auftrag von ACADEMIA SUPERIOR und des Gesundheits-Cluster der Clusterland Oberösterreich GmbH auf Basis von umfangreichen Literaturrecherchen, Analysen sowie ExpertInnen- und Unternehmensgesprächen erstellt. Sie wirft einen strukturierten Blick auf die relevanten Themenfelder des Gesundheitsbereichs in wirtschafts-, forschungs- bzw. innovationspolitischer Hinsicht und betrachtet die wesentlichen Rahmenbedingungen sowie die Wachstums-treiber und Trends. Weiters werden die wirtschaftlichen Chancenfelder, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, näher analysiert und die europäischen, nationalen und regionalen Entwicklungen und Aktivitäten im Gesundheitsbereich dargestellt. Die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich wird anhand der verfügbaren Informationen und Daten ausführlich erörtert, wie auch die relevanten F&E-Einrichtungen und Ausbildungangebote in Oberösterreich kurz beschrieben werden. Darauf aufbauend werden erste Ansatzpunkte zur Forcierung des Wirtschafts- und Innovationsfelds „Health & Ageing“ in Oberösterreich formuliert.

1. Über die Wechselwirkung von Gesundheit und Wirtschaft

Der Gesundheitssektor nimmt innerhalb der Ökonomie eine herausragende Position ein – er ist der bedeutendste Wirtschaftssektor innerhalb der Europäischen Union, für den im Jahr 2008 Ausgaben in der Höhe von 8,3 % des BIP verzeichnet wurden. Auch österreichweit ist die Gesundheitswirtschaft mit einem Wertschöpfungsanteil von 11,7 % und rund 618.000 Erwerbstätigen im Jahr 2006 ein bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor.

Die hohe wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsbereichs für die nächsten Jahrzehnte wurde bereits in der Theorie vom sechsten Kondratieff betont, wonach der nächste langfristige Konjunkturzyklus wesentlich vom Bedarf nach ganzheitlicher Gesundheit angetrieben wird. Vor diesem Hintergrund gehen die verschiedenen Prognosen von einem deutlichen Wachstum des Gesundheitssektors in den nächsten Jahren aus: So könnte der gesamte Gesundheitsmarkt in Österreich auf € 67,8 Mrd. im Jahr 2020 wachsen (+ 121 % gegenüber 2005).

Wesentliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft in Österreich sind die demographische Struktur, die Gesundheitsinfrastruktur, die Ärzteversorgung und die Finanzierung der Gesundheitsausgaben:

- Wie andere Industrienationen ist auch Österreich von einer – aus sinkenden Kinderzahlen und steigender Lebenserwartung resultierenden – Alterung der Gesellschaft gekennzeichnet. Gleichzeitig stieg in Österreich die Anzahl der Jahre in Gesundheit (von 1991 bis 2006 um 6,3 Jahre bei Frauen bzw. um 6,1 Jahre bei Männern) an.
- Hinsichtlich der Gesundheitsinfrastruktur lässt sich festhalten, dass es in Österreich mit Ende 2010 268 Krankenanstalten mit 64.008 tatsächlich aufgestellten Betten sowie 851 Wohn- und Pflege-heime mit 75.038 tatsächlich zur Verfügung stehenden Wohn- und Pflegeplätzen gab. Gemäß den Daten des Fachverbands der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Österreich gab es im Jahr 2010 weiters 1.143 Gesundheitsbetriebe (Kurbetriebe, Reha-Zentren etc.) in Österreich.
- Die Ärztedichte stieg in Österreich in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich an. Die Zahl der FachärztlInnen ist dabei deutlich stärker gestiegen als jene der Allgemein-medizinerInnen. Insgesamt waren Ende 2008 in Österreich rund 41.000 ÄrztlInnen bzw. ZahnärztlInnen berufstätig, 27.000 davon angestellt, 19.000 im niedergelassenen Bereich und 2.000 als WohnsitzärztlInnen. Österreich hat gemäß den Daten der OECD im internationalen Vergleich mit rund 4,7 berufsausübenden ÄrztlInnen pro 1.000 Einwohner die höchste Ärztedichte Europas und eine der höchsten weltweit.
- Die österreichischen Gesundheitsausgaben lagen 2009 bei € 30,3 Mrd., was einem Anteil am BIP von 11 % entspricht. Von diesen wurden drei Viertel von der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Gemeinden) und der Sozialversicherung finanziert. Etwa 40,3 % der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen auf die stationäre und 24,2 % auf die ambulante Gesundheitsversorgung, 6,5 % auf die häusliche Langzeitpflege sowie 16,5 % auf Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter.

Als wesentliche Treiber für das Wachstum der Gesundheitswirtschaft werden in einer Reihe von Studien insbesondere folgende Faktoren genannt:

- Wertewandel: Die eigene Gesundheit gewinnt für die Menschen an Bedeutung bzw. nehmen die Menschen zunehmend gesundheitsrelevante Dienstleistungen in Anspruch. Als Konsequenz steigen auch die Gesundheitsausgaben im Gesundheitsmarkt.
- Technischer Fortschritt: Der medizinisch-technische Fortschritt wird vor allem durch neue Behandlungsmethoden und Prozesse, durch neue Geräte und Medikamente und die zunehmende Digitalisierung und Vernetzung der Dienstleister getrieben. Es wird dadurch auch möglich, etablierte Methoden durch den Fortschritt größeren Personenkreisen zur Verfügung zu stellen. Obgleich so wesentliche Erfolge in der Therapie erzielt werden

können, die vor kurzem undenkbar gewesen wären, müssen die damit verbundenen Kostensteigerungen für den Gesundheitsbereich berücksichtigt werden.

- **Demographische Entwicklungen:** Die „**Alterung der Gesellschaft**“ ist primär das Ergebnis ökonomischer, sozialer und medizinischer Fortschritte, die aus Sicht des Einzelnen den positiven Effekt eines längeren und gesünderen Lebens mit sich bringen und in einer steigenden Nachfrage nach entsprechenden Gesundheitsleistungen resultieren.

Der Gesundheitsbereich ist neben den genannten Treibern durch eine Reihe von Trends und Entwicklungen, die sich teilweise gegenseitig bedingen, gekennzeichnet. Hierzu zählen etwa die steigende Nachfrage in der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen aufgrund der angeführten **Entwicklungen, die „Individualisierung“ des Gesundheitswesens bzw. der Medizin, der Trend zur mobilen Behandlung** (einerseits Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen und hoher Anteil an „**Pflege zu Hause**“, andererseits **Nutzung der Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologien für mobile Pflege/Diagnostik/Therapie**, zB in den Bereichen Ambient Assisted Living und Telemedizin), die **Wandlung der Gesundheitssysteme** (neue Kooperations- und Finanzierungsmodelle; neue Betreuungs- und Pflegemodele) und die nachhaltige Gestaltung des **Gesundheitssystems**.

2. Die Alterung der Bevölkerung und damit verbundene wirtschaftliche Chancen

Oberösterreich befindet sich – wie auch Europa in seiner Gesamtheit – mitten in einem demographischen Wandel. So wird die Zahl der unter 20-Jährigen in Oberösterreich langfristig stark zurückgehen: Derzeit fallen noch rund 22 % in diese Altersgruppe, bis 2030 wird der Anteil auf 19 % absinken. Jeder sechste Oberösterreicher ist derzeit über 65 Jahre alt, in 20 Jahren wird es jeder vierte sein. Hinzu kommt, dass neben Kindern insbesondere ältere Menschen ab 65 Jahren, v.a. alleinstehende Frauen, ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko aufweisen.

Die Alterung der Gesellschaft soll aber nicht nur als gesellschaftliche Herausforderung, sondern insbesondere auch als wirtschaftliches Chancenfeld betrachtet werden. Folgende Aspekte unterstreichen dies:

- Mit der Lebenserwartung steigt auch die Anzahl der Jahre in Gesundheit der Bevölkerung (durch zB bessere Ernährung und bessere medizinische Versorgung) an.
- Das verfügbare Einkommen und Vermögen der (immer mehr werdenden) älteren Menschen und ihre wirtschaftliche Leistungs- und Kaufkraft ist beträchtlich, wodurch eine Reihe neuer Nachfrage-potenziale entsteht.
- Der demographische Wandel trifft nahezu alle Industrienationen, dadurch entstehen für Firmen, die sich auf Produkte und Dienstleistungen für ältere Menschen spezialisieren, neben neuen Märkten im Inland auch entsprechende Exportchancen.

- Mit Blick auf den Fachkräftemangel wird die Wirtschaft in hohem Maße auf qualifizierte ältere Arbeitskräfte angewiesen sein.

3. Internationale Betrachtung des Gesundheitssektors

Im OECD-Vergleich liegt Österreich bei den Ausgaben für den Gesundheitssektor mit einem Anteil von 11 % des BIP im Jahr 2010 deutlich über dem OECD-Schnitt in Höhe von 9,6 % und generell im vorderen Feld. Der Anteil der Ausgaben, der für die stationäre Behandlung aufgewendet wird, ist dabei in Österreich im internationalen Vergleich (zusammen mit Frankreich) am höchsten.

Mit einer Ärztedichte von 4,7 praktizierenden Ärzten pro 1.000 Einwohner liegt Österreich im OECD-Vergleich ebenfalls an der Spitze, auch das diesbezügliche Wachstum lag mit 2,1 % zwischen 2000 und 2009 über dem OECD-Schnitt (1,7 %). Die jährliche durchschnittliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben lag in Österreich mit 2,2 % (2000-2009) hingegen sehr deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (4,0 %).

4. Europäische und nationale Entwicklungen im Gesundheitsbereich

Der hohen Bedeutung des Themenfeldes „Gesundheit und Altern“ Rechnung tragend, wurden auf europäischer wie nationaler Ebene eine Reihe entsprechender Aktivitäten gesetzt. So werden die Gesundheit der Bevölkerung und die sich daraus ergebenden Potenziale als eine Art Querschnittsthematik in der Wachstumsstrategie der EU für das kommende Jahrzehnt – der Europa 2020-Strategie – in mehrfacher Hinsicht angesprochen, zB unter den Blickpunkten Forschung/Innovation, Nutzung von IKT (Digitale Agenda), Beschäftigung sowie Bekämpfung der Armut. Auch werden die Bereiche Gesundheit und demographischer Wandel im derzeit laufenden 7. Forschungsrahmenprogramm der EU und – noch stärker – in dessen Nachfolgeprogramm Horizon 2020 prominent berücksichtigt und gefördert. Daneben bestehen weitere Instrumente, zB Europäische Technologieplattformen, Joint Technology Initiatives und Joint Programming Initiatives –, die sich verschiedenen Themen im Kontext des Gesundheitsbereichs widmen.

Auch auf nationaler Ebene werden eine Reihe von Aktivitäten gesetzt, wie etwa die Competence Mall Initiative zur Förderung kritischer Kompetenzen in den Bereichen Arzneimittel, Biologika, Medizinprodukte, biomedizinische Technik, Krankenhaustechnik und Gesundheitsinformatik, die Initiative LISA (Life Science Austria), das Gesundheitsportal Österreich zur Bereitstellung qualitäts-gesicherter und service-orientierter Informationen und die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung. Weiters wurden in Österreich eine nationale Health Technology Assessment-Strategie und ein Masterplan Gesundheit (durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) erstellt sowie zB ein Pilotprojekt zur E-Medikation gestartet.

5. Relevante Strategien und Programme in Oberösterreich

Wesentliche gesundheitspolitische Aktionsräume des Landes Oberösterreich ergeben sich insbesondere aus der Zuständigkeit für die folgenden Einrichtungen:

- Landeskrankenanstalten
- Kur- und Therapiezentren
- Oö. Gesundheitsfonds – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben

Bedeutend für die oö. Gesundheitspolitik ist weiters die OÖ Gesundheitskonferenz, die sich aus VertreterInnen von Anbietern gesundheitlicher Leistungen, Kostenträgern, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes, Gruppen mit spezifischen Bedarfen sowie der Gesundheitspolitik und -verwaltung zusammensetzt und die maßgeblich in die Erstellung der oö. Gesundheitsziele¹ involviert ist. Darüber hinaus werden im strategischen Wirtschafts- und Forschungsprogramm „Innovatives OÖ 2010plus“ bei der „Definition von Forschungsschwerpunkten und Identifikation neuer Forschungsfelder“ die Life Sciences direkt angesprochen.

Weiters fungiert der Gesundheits-Cluster Oberösterreich als branchenübergreifendes Netzwerk von Unternehmen der Gesundheitstechnologie, ihrer Zulieferer und relevanter Forschungs- und Gesundheitseinrichtungen.

6. Die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich

Die oö. Gesundheitswirtschaft lässt sich aufgrund der verfügbaren Zahlen und Daten wie folgt darstellen:

- In Oberösterreich gab es im Jahr 2009 insgesamt 33 bettenführende Krankenanstalten, davon 15 allgemeine Krankenanstalten, 15 Sonderkrankenanstalten und Genesungsheime und 3 Sanatorien.
- Von 851 Wohn- und Pflegeheimen in Österreich (2010) befinden sich 129 (15 %) in Oberösterreich.
- Per Jänner 2012 verzeichnete der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für Oberösterreich im Gesundheits- und Sozialwesen einen Beschäftigtenstand von 42.070 – in Relation zur Gesamtbeschäftigung in Oberösterreich entspricht dies einem Anteil von 7,0 %.

¹ Wohlbefinden in der Schule erhöhen. Arbeitsplätze gesünder gestalten. Gesundheit in den Gemeinden fördern.

- Bei den Gesundheitsbetrieben (Privatspitäler, Kurbetriebe, Reha-Betriebe etc.) befinden sich gemäß dem Fachverband der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Österreich von insgesamt 1.143 Gesundheitsbetrieben „nur“ 68 (bzw. 6 %) in Oberösterreich.
- Gemäß den Daten der Statistik Austria gab es 2009 in Österreich 3.636 Betriebe in der erweiterten Gesundheitswirtschaft (ohne Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Gesundheitstourismus), davon 485 in Oberösterreich (inkl. 189 Apotheken und 124 Betrieben, die in der Herstellung medizinischer und zahnmedizinischer Apparate und Materialien tätig sind). Im Jahr 2009 waren in Österreich 55.072 Personen in den erfassten Betrieben der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, 7.184 oder 13 % davon in Oberösterreich. Die Betriebserlöse ohne Umsatzsteuer dieser Betriebe beliefen sich in Österreich im Jahr 2009 auf € 18,05 Mrd. – 11,2 % (€ 2 Mrd.) wurden von oberösterreichischen Unternehmen erwirtschaftet.
- Die Anzahl touristischer Gesundheitsbetriebe liegt in Oberösterreich bei 57, was einem Anteil von 5,8 % aller österreichischen Gesundheitstourismus-Betriebe (976) entspricht. Mit 877.800 gesundheitstouristischen Nächtigungen entfiel ein Anteil von 4,8 % auf Oberösterreich (vorletzter Platz im Bundesländervergleich).

Um die Sichtweise von öö. Unternehmen der Gesundheitswirtschaft näher zu eruieren, wurden Interviews mit neun Unternehmen geführt. Dabei kamen u.a. folgende Ergebnisse zu Tage:

- Wichtigster Absatzmarkt der befragten Unternehmen ist die EU, der regionale Markt Oberösterreich ist von geringerer Relevanz.
- Für die meisten der befragten Unternehmen gestaltet sich die Rekrutierung von qualifiziertem Personal als schwierig aber bewältigbar. Die befragten Unternehmen sehen für die Zukunft einen gleichbleibenden bis steigenden Bedarf an MitarbeiterInnen.
- Alle befragten Unternehmen betreiben Forschung und Entwicklung. Oberste Priorität hat dabei die Entwicklung neuer Dienstleistungsprodukte sowie deren Weiterentwicklung.
- Universitäten und Fachhochschulen werden von allen befragten Unternehmen als Kooperationspartner bei F&E genutzt. Der Großteil arbeitet dabei auch mit Lieferanten und außeruniversitären F&E-Einrichtungen zusammen.
- Öffentliche Förderungen für ihre Forschungs- und Innovationsaktivitäten werden von fast allen Unternehmen genutzt.
- Hinsichtlich Zufriedenheit mit den durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen tendieren die befragten Unternehmen dazu, dem Standort Oberösterreich ein positives Zeugnis auszustellen, zB hinsichtlich Ärztedichte, Steuern und Abgaben sowie der öffentlichen Förderungen.
- Die wirtschaftlichen und unternehmensorientierten Rahmenbedingungen in Oberösterreich werden größtenteils als zufriedenstellend empfunden. So sieht der Großteil der befragten

Unternehmen die Finanzierungsmöglichkeiten in Oberösterreich positiv, die Nähe zu internationalen Netzwerken wird ebenfalls sehr positiv bewertet wie auch der Zugang zu Unternehmensnetzwerken und Clustern.

7. Relevante F&E- und Ausbildungsstrukturen in Oberösterreich

Für den Themenkomplex Gesundheit und Altern relevante F&E-Aktivitäten werden insbesondere an folgenden Einrichtungen durchgeführt:

- JKU Linz: zB Institut für Biophysik/Forschungsgruppe Quantitative Genetics of Rare Events (Life Science Center OÖ), Institut für Organische Chemie, Institut für Robotik, Institut für Bioinformatik, Institut für Recht der sozialen Daseinsvorsorge und Medizinrecht, Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik; weiters soll eine Professur für Medizinmechatronik eingerichtet werden.
- FH Oberösterreich: Bereich „Medizintechnik und Biomechanik“ am Campus Linz, Forschungsschwerpunkt „Angewandte Sozialwissenschaften und Non Profit Management“ am Campus Linz, F&E im Bereich assistierender Technologien am Campus Hagenberg
- Upper Austrian Research GmbH (BioMed-zet Life Science GmbH, Center for Advanced Bioanalysis, RECENDT, RISC Software GmbH, Linz Center of Mechatronics)
- FH Gesundheitsberufe OÖ

Bei der Beteiligung an nationalen und insbesondere europäischen Forschungsprogrammen im Gesundheitsbereich besteht für Oberösterreich bzw. oö. Akteure noch deutliches Potenzial nach oben.

Relevante Ausbildungsangebote finden sich in Oberösterreich u.a. an der JKU, der FH Gesundheitsberufe OÖ und der FH Oberösterreich. Weiters werden auch am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz, sowie in den Einrichtungen der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG und der OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH eine Reihe von Aus- und Weiterbildungen im Gesundheitsbereich angeboten.

8. Ansatzpunkte zur Forcierung des Wirtschafts- und **Innovationsfelds „Health & Ageing“ in Oberösterreich**

Aufgrund der verschiedenen dargestellten Entwicklungen ist generell von einer Zunahme der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und -produkten auszugehen, insbesondere im sogenannten „zweiten“ – also dem privat finanzierten – Gesundheitsmarkt. Mit dieser Perspektive kann das Themenfeld Health & Ageing zu einem stimulierenden Faktor für Wachstum und Beschäftigung wie auch für eine sozial verträgliche Entwicklung in Oberösterreich werden.

Um die gesundheitswirtschaftlichen Potenziale optimal erschließen zu können, muss die Finanzierungsdiskussion im öffentlichen Gesundheitswesen auch als Chance für die oö. Gesundheitswirtschaft wahrgenommen werden. In dieser Hinsicht sollen folgende Ansatzpunkte als **Impulse für den „ersten“** – im Wesentlichen öffentlich finanzierten – Gesundheitsmarkt dienen:

- Im Bereich der nicht-medizinischen Vorleistungen für den Gesundheitssektor soll eine weitgehende Auslagerung angestrebt werden, um einerseits die öffentlichen Kosten zu reduzieren und andererseits Marktchancen für private Unternehmen zu eröffnen. Von öffentlicher Seite sollen in diesem Bereich die Rahmenbedingungen für einen positiven Wettbewerb verbessert und ein verstärkter Dialog sowie die Initiierung von konkreten Innovationsprojekten zwischen Krankenhäusern und Unternehmen angestrebt werden. Dabei soll der Gesundheits-Cluster Oberösterreich seine Rolle als Technologietransferplattform weiter ausbauen und verstärken.
- Im Sinne effizienter Prozessabläufe soll der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen (E-Health) weiter forciert und intensiviert werden – zB durch die Initiierung regionaler Initiativen und die deutliche Intensivierung der Teilnahme von oö. Akteuren aus Wissenschaft und Wirtschaft an nationalen und insbesondere europäischen Aktivitäten und Programmen.
- Der zukunftsweisende Einsatz von Telematik-Lösungen soll verstärkt werden, eine entsprechende Sensibilisierung der Betroffenen (ÄrztInnen, PatientInnen) ist dafür notwendig.
- Um die Potenziale des in Oberösterreich bestehenden Stärkefelds der Gesundheitstechnologie weiter zu erschließen, sollen die entsprechenden Forschungsaktivitäten weiter forciert und die oö. Unternehmen im Bereich der Medizintechnik bei der Einbindung in internationale Entwicklungs- und Zulieferernetze gezielt unterstützt werden. So sollen die internationalen Vernetzungsaktivitäten des Gesundheits-Cluster ausgebaut werden.
- Im Sinne sozialer Innovationen erscheint die Initiierung sphärenübergreifender Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Wirtschaft, der Wissenschaft und dem Non-Profit-Bereich sinnvoll.
- In mehreren durchgeführten Gesprächen wurde im Sinne einer Fokussierung auf Gesundheitsdienstleistungen und den möglichst effizienten (Human-)Ressourceneinsatz die Initiierung einer Diskussion zur Einführung von Primary Nurse/Advanced Nursing Practice-Konzepten² angeregt.

² Diese Konzepte zielen u.a. darauf ab, die ÄrztInnen bei ihrer Arbeit zu entlasten, indem bestimmte Aufgaben – wie zB bestimmte Entscheidungsverantwortungen, die Durchführung von Hausbesuchen, die Beratung und Betreuung von PatientInnen etc. – an nicht-medizinische PraxisassistentInnen delegiert werden.

Im zweiten Gesundheitsmarkt besteht eine Vielzahl von Marktchancen, die von oö. Unternehmen aktiv genutzt werden können. Wesentlich wird dabei sein, dass der Gedanke der Prävention (v.a. von chronischen Erkrankungen) verstärkt in den Fokus der Gesundheitsversorgung genommen wird. Folgende Ansatzpunkte sollen dabei als Impulse zur Unterstützung des „zweiten Gesundheitsmarktes“ in Oberösterreich verstanden werden:

- Im Gesundheitstourismus besteht großes Potenzial für Oberösterreich. Oberösterreich soll sich daher insbesondere auch als „Gesundheitsregion“ positionieren und entsprechende attraktive Leistungsangebote entwickeln sowie einen Ausbau des „Medical Wellness“- Angebots im touristischen Bereich anstreben.
- Um die Marktchancen gezielt zu nutzen, die aus dem zunehmenden Trend des LOHAS – Lifestyle of Health and Sustainability entstehen, sollen intensive Informations- und Bewusstseinsbildungsmaßnahmen sowie ein Call zur Förderung unternehmerischer Entwicklungsprojekte für neue innovative Gesundheitsdienstleistungen und -produkte durchgeführt werden. Dabei würden erstmals branchenübergreifende Innovationspotenziale freigesetzt, die durch clusterübergreifende Maßnahmen vorangetrieben werden sollen.
- Im Bereich des Ambient Assisted Living (AAL) gibt es einige dynamische Leitbetriebe in Oberösterreich in Forschung und Anwendung mit internationaler Sichtbarkeit. Diese rasch wachsenden „Gazellen“ sollen durch spezifische Serviceportfolios in ihrer positiven Entwicklung unterstützt werden.

Ein wesentliches Potenzial in volkswirtschaftlicher Hinsicht besteht in der generellen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung – insbesondere durch die verschiedensten Präventions- und entsprechende Betreuungsmaßnahmen. Wesentliche Ansatzpunkte in dieser Hinsicht sind:

- Information und Bewusstseinsbildung hinsichtlich der Gefahr chronischer Erkrankungen, insbesondere für die jeweiligen Risikogruppen. Generell bedarf es einer strategischen und breit ausgerichteten Vorgehensweise des Landes zum Umgang mit den zunehmend auftretenden chronischen Erkrankungen.
- Bezuglich der Zunahme an Demenzerkrankungen bedarf es einer breiten Sensibilisierung der Bevölkerung sowohl hinsichtlich der möglichen eigenen Betroffenheit als auch hinsichtlich der Auswirkung von Demenzerkrankungen im familiären Umfeld auf das Erwerbsleben.
- Ein weiteres wirtschaftliches Potenzial ergibt sich aus den eben dargestellten Ansätzen, wenn diese Informationsmaßnahmen sowie darauf folgende Betreuungsmaßnahmen (zumindest in Teilen) von privaten Unternehmen umgesetzt werden und öffentlich wie auch privat finanziert werden.
- Die Gesundheitsförderung in den Betrieben muss noch deutlich stärker forciert werden, auch sollte das Konzept der Lebensarbeitszeit in den Betrieben entsprechend Beachtung finden.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels wird es immer wichtiger, ältere Menschen länger im Erwerbsleben zu halten. Zu den möglichen Handlungsfeldern in dieser Hinsicht zählen:

- Die Schaffung von Awareness bei Unternehmen für die Chancen und Herausforderungen der demographischen Entwicklungen im Arbeitsmarkt.
- **Unterstützung von öö. Unternehmen, um sie „demographie-fit“ zu machen bzw. um** attraktive Arbeitsbedingungen und Perspektiven für älter werdende Beschäftigte zu schaffen, zB bei den Themen Age-Management, Lebensarbeitszeitmodelle, betriebliche Weiterbildungen insbesondere für ältere Menschen, altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung und Nutzung von flexibleren und gleitenden Pensionierungsmodellen
- Intensive Maßnahmen zur Stimulierung der Re-Integration älterer Arbeitsloser in das Erwerbsleben
- Lebenslanges Lernen als zentrales Prinzip im Erwerbsleben verankern.

1. Einleitung

„... ‘Gesundes Altern’ steigert die Produktivität einer Volkswirtschaft, stärkt ihre Wettbewerbsfähigkeit und kompensiert dadurch zumindest partiell die diagnostizierte „demographische Schrumpfung“ der Bevölkerung....“

Zitiert nach: (Roland Berger Strategy Consultants, BASYS, TU Berlin, 2009, p. 9)

ACADEMIA SUPERIOR – Gesellschaft für Zukunftsforschung hat es sich zur Aufgabe gemacht, aktuelle ökonomische, gesellschafts- und sozialpolitische Chancen und Herausforderungen zu identifizieren und als „Do Tank“ in diesen Themenfeldern konkrete Anhaltspunkte für weitere Schritte und Maßnahmen abzuleiten. Einen Schwerpunkt nehmen dabei wirtschaftspolitische Fragestellungen ein, die eine besondere Relevanz für die Zukunft Oberösterreichs haben.

Von besonderer Aktualität und Relevanz ist das Themenfeld der Gesundheitswirtschaft. Ihr Beitrag zu einer besseren Gesundheit und zu lebenswerteren Verhältnissen von gesundheitlich beeinträchtigten bzw. älteren Menschen einerseits und ihre volkswirtschaftliche Bedeutung im Hinblick auf Wertschöpfung und Beschäftigung andererseits ziehen zunehmend die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich. Die Gesundheitswirtschaft gilt gemeinhin auch als Wachstumsmarkt, u.a. da ihre Produkte und Leistungen einer steigenden Wertschätzung durch die Bevölkerung unterliegen. Bei der Gesundheitswirtschaft handelt es sich somit um einen Wirtschaftszweig, der unsere Gesellschaft in vielfacher Weise tangiert: Die Bevölkerung als Nachfrager von Produkten und Leistungen, die Wirtschaft als Anbieter innovativer Produkte und Leistungen und in hohem Maße die Politik, die gefordert ist, den Herausforderungen im Gesundheitsbereich entsprechend entgegen zu treten.

Der Bereich der Gesundheit zählt – neben anderen Themen – zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft. Diese Bedeutung spiegelt sich in einer Vielzahl europäischer und nationaler Initiativen, Förderprogramme sowie Schwerpunktsetzungen wider. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in dem evidenten demographischen Wandel bzw. der „Änderung der Gesellschaft“. Hinzu kommt, dass vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftskrise die Sicherung der Gesundheitsversorgung angesichts der steigenden Kosten des Gesundheitssystems eine wesentliche Herausforderung der nächsten Jahrzehnte darstellt.

Der Gesundheitsbereich ist aufgrund der zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (aufgrund des demographischen Wandels und der steigenden Wertschätzung von Gesundheit) ein wesentliches wirtschaftliches Wachstumsfeld, das gerade auch für den Wirtschaftsstandort Oberösterreich eine Reihe von Potenzialen mit sich bringt.

Mit Blick auf diese Entwicklungen hat ACADEMIA SUPERIOR gemeinsam mit dem Gesundheits-Cluster der Clusterland Oberösterreich GmbH die Erstellung der vorliegenden Studie beauftragt, um

einen strukturierteren Blick auf die relevanten Themenfelder des Gesundheitsbereichs in wirtschafts-, forschungs- bzw. innovationspolitischer Hinsicht zu legen und basierend auf einer umfassenden und fundierten Analyse die Potenzialfelder und möglichen Ansatzpunkte für eine Stärkung dieses Zukunftsfeldes in Oberösterreich zu identifizieren. Damit sollen innovative Denkanstöße zu besseren Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen eingebracht und gleichzeitig wirtschaftliche Impulse gesetzt werden.

1.1. Methodik und Aufbau

Für die Erstellung des vorliegenden Berichts wurde ein entsprechender sozial- und wirtschafts-wissenschaftlicher Methodenmix mit folgenden Instrumenten angewendet:

- Deskriptive Analyse der relevanten wissenschaftlichen Literatur und Zusammenfassung gemäß sozialwissenschaftlichen Normen
- Recherche und strukturierte Analyse von Primärdaten und -quellen (inkl. diesbezüglicher Sonderauswertungen)
- Recherche und strukturierte Analyse von nationalen, europäischen und internationalen Entwicklungen anhand von Sekundärquellen
Mittels Gesprächsagenden strukturierte qualitative Interviews mit regionalen und nationalen ExpertInnen hinsichtlich der verschiedenen Aspekte des Gesundheitsbereichs (siehe Anhang A: Übersicht der GesprächspartnerInnen)
- Mittels Gesprächsleitfaden strukturierte Interviews mit VertreterInnen von neun Unternehmen, die im Gesundheitssektor tätig sind (diese Interviews wurden vom Gesundheits-Cluster durchgeführt; siehe Anhang B: Übersicht der GesprächspartnerInnen).

Die Studie enthält zunächst eine kurze Bestimmung der zentralen Begrifflichkeiten (Kapitel 1.2), dann werden in weiterer Folge die Wechselwirkungen von Gesundheit und Wirtschaft ausführlich erörtert (Kapitel 2). Dabei werden u.a. der Gesundheitssektor in Österreich und dessen Wert-schöpfungseffekte (Kapitel 2.1), die wesentlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitswirtschaft in Österreich (Kapitel 2.2) und die Wachstumstreiber und Trends in der Gesundheitswirtschaft thematisiert (Kapitel 2.3 und 2.4). Kapitel 3 widmet sich dem demographischen Wandel und dessen wirtschaftlichen Implikationen. Kapitel 4 zeigt die internationalen, europäischen und nationalen Entwicklungen und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitswirtschaft. In Kapitel 5 werden die relevanten Strategien und Programme in Oberösterreich dargestellt, bevor in Kapitel 6 die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich anhand der verfügbaren Informationen ausführlich erörtert wird. Kapitel 7 gibt in diesem Kontext die Ergebnisse einer durchgeführten Unternehmensbefragung wieder. In Kapitel 8 werden die einschlägigen F&E-Einrichtungen in Oberösterreich und in Kapitel 9 die relevanten Ausbildungsangebote beschrieben. Erste Ansatzpunkte zur Forcierung

des Wirtschafts- und Innovationsfelds „Health & Ageing“ in Oberösterreich werden im letzten Kapitel präsentiert.

1.2. Begrifflichkeiten und Abgrenzung des Themenfeldes

Im Folgenden werden zentrale Begriffe, welche in diesem Bericht verwendet werden, näher erörtert.

Gesundheit beschreibt einen Zustand des körperlichen, geistigen und/oder seelischen Wohlbefindens. Gesundheit ist somit selbst keine Ware oder Dienstleistung, zur Erhaltung der Gesundheit werden allerdings eine Vielzahl von Gütern und Dienstleistungen nachgefragt (BASYS, 2011, p. 7).

Die Gesundheitswirtschaft lässt sich grundsätzlich in vier große Marktbereiche gliedern (BASYS, 2011, p. 11):

- **Investitionsgüter:** Erzeugnisse, die für die „dauerhafte“ Produktion von Gütern und Dienstleistungen bestimmt sind (zB Investitionen in Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, Labors, Wellnesseinrichtungen etc.), im Gegensatz zu Verbrauchs- oder Konsumgütern
- Vorleistungen: gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen, die andere Unternehmen nachfragen (zB Arzneimittel für Patienten in Krankenanstalten und für den Verkauf in Apotheken)
- Konsumgüter: gesundheitsrelevante Güter und Dienstleistungen, die in direktem Kontakt mit dem Konsumenten stehen bzw. „kollektiv“ konsumiert werden (zB extra- und intramurale³ Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft sowie die staatlichen Leistungen der Gesundheitsämter und Gesundheitsverwaltung)
- Exportmärkte: Güter aus dem Investitionsgüter-, Vorleistungs- und Konsumgüterbereich, die an das Ausland veräußert werden

In den letzten Jahren hat sich in der einschlägigen Literatur in weiterer Folge eine einheitliche Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft abgezeichnet, der auch in diesem Bericht gefolgt wird. Zunächst wird zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt unterschieden. Das Kriterium für diese Unterscheidung ist die Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Während im ersten Gesundheitsmarkt, der den Gesundheitssektor im engeren Sinn umfasst (stationäre und ambulante Versorgung), die Finanzierung über gesetzliche und private Kranken-

³ Intramural: innerhalb von Krankenhäusern; extramural: außerhalb von Krankenhäusern

kassen erfolgt, muss die Finanzierung im sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt (nicht rezeptpflichtige Medikamente, Wellness, Gesundheitstourismus, Bio-Lebensmittel, freiwillige ärztliche Leistungen, etc.) über private Mittel erfolgen.

Über diese gängige Abgrenzung in den ersten und zweiten Gesundheitsmarkt hinaus ist jedoch auch die weitere Abgrenzung in einen Kernbereich Gesundheit und einen erweiterten Bereich zu finden. Dabei handelt es sich um einen güterbezogenen Ansatz. Der Kernbereich umfasst neben Medikamenten die eigentlichen ärztlichen Dienstleistungen. Der erweiterte Bereich enthält Güter, die in den letzten Jahren vermehrt der Gesundheitswirtschaft zuzurechnen sind, da sie verstärkt den Gesundheitsaspekt im Fokus haben, wie zB „gesunde“ Freizeitaktivitäten, Gesundheitstourismus, „gesunde“ Kleidung (aus Biobaumwolle), Gesundheitsmagazine, gesundes Essen etc. (BASYS, 2011, p. 10ff) (Roland Berger Strategy Consultants, BASYS, TU Berlin, 2009, p. 10ff)

Während im ersten Gesundheitsmarkt in erster Linie die Heilung im Vordergrund steht, liegt das Hauptaugenmerk im zweiten Gesundheitsmarkt auf der Gesundheitsvorsorge. Die nachfolgende Abbildung soll die Zusammenhänge nochmals zusammenfassen.

Abbildung 1: Abgrenzung des Gesundheitsmarkts



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an (BASYS, 2011, p. 14) und (Roland Berger Strategy Consultants, BASYS, TU Berlin, 2009, p. 11).

2. Über die Wechselwirkung von Gesundheit und Wirtschaft

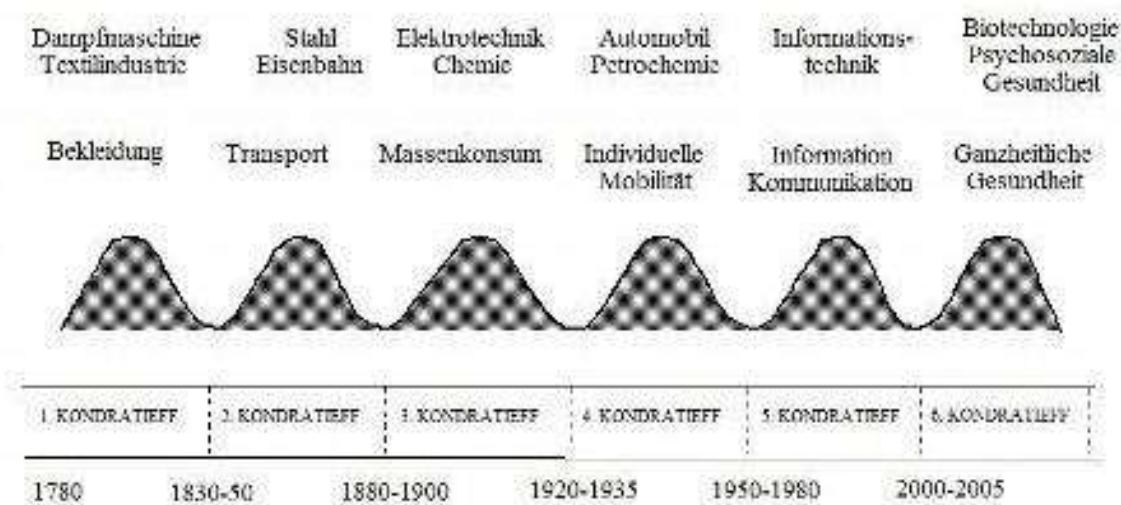
Der Gesundheitssektor nimmt innerhalb der Ökonomie eine herausragende Position ein – er ist der bedeutendste Wirtschaftssektor innerhalb der Europäischen Union, für den im Jahr 2008 Ausgaben in der Höhe von 8,3 % des BIP verzeichnet wurden (OECD, 2010, p. 107)⁴. Prognosen sprechen von einem Wachstum bis zum Jahr 2020 auf 16 % (PricewaterhouseCoopers, 2006, p. 4).

Die hohe wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsbereichs für die nächsten Jahrzehnte wurde bereits vom renommierten Konjunkturforscher Leo Nefiodow thematisiert, der in seiner Auslegung der Theorie der langen Wellen⁵ zum Schluss kam, dass sich die Welt derzeit im sechsten Kondratieff befindet – einem neuen Zyklus der Innovationsgeschichte bzw. einer neuen Welle der Konjunktur, die vom Bedarf nach ganzheitlicher Gesundheit angetrieben wird und den Ländern, die diesen Langzyklus führend beherrschen, für ein halbes Jahrhundert Prosperität und Vollbeschäftigung bringen soll (Wirtschaftskammer Tirol, 2011, p. 3). In diesem Zyklus steht anstelle von Materiellem die psychosoziale Kompetenz im Vordergrund. Gesundheit, Biotechnologie und der Informationsmarkt sind dabei die wesentlichen Produktivitäts-Reserven dieses Zyklus. Dieses Verständnis zieht Neuheiten auf dem Gesundheitsmarkt nach sich, die das herkömmliche Handelsangebot verändern und erweitern werden. Der konventionelle Gesundheitsbereich (der u.a. die Krankendienste, Medizintechnik, Pharmaindustrie, Ernährung, Sanatorien, Kuranstalten etc. umfasst) wird durch einen neuen Gesundheitssektor ergänzt. Dieser umfasst neben Biotechnologie auch Naturheilverfahren, Wellness und Gesundheitstourismus sowie weiters Sport, Religion, Spiritualität, den psychologischen Bereich sowie alternative Heilmethoden (Nefiodow, 2007).

⁴ Für 2009, worauf sich die aktuellen Daten beziehen, wurden keine eigenen Daten für die EU ausgewiesen.

⁵ Nikolai Dmitrijewitsch Kondratieff entwickelte die „Theorie der langen Wellen“, die später von Joseph Schumpeter als Kondratieffzyklen bezeichnet wurden. Sie dauern zwischen 40 und 60 Jahre, beginnen mit einer Basisinnovation und gehen mit einem fundamentalen wirtschaftlichen Strukturwandel sowie einem „historischen Reorganisationsprozess der Gesellschaft“ einher. Siehe zB <http://www.uschibauer.com/pdf/upload/Der%206.%20Kondratieff.pdf>

Abbildung 2: Basisinnovation und ihre wichtigsten Anwendungsfelder⁶



Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wurde seither in einer Reihe von Studien und strategischen Dokumenten herausgestrichen. Zur Illustration dieses Befundes werden im Folgenden einige rezente Studien kurz angeführt.

Laut einer Studie der Unternehmensberatung Roland Berger (Roland Berger Strategy Consultants, 2011, p. 4) wächst der Gesundheitsmarkt jährlich um 6 %. Im Jahr 2008 umfasste die Weltbevölkerung rund 6,7 Mrd. Menschen. Die Ausgaben für Gesundheit lagen pro Kopf im Durchschnitt bei 854 USD, was einen globalen Gesundheitsmarkt mit einem Volumen von 5,7 Mrd. USD ergibt (dies entsprach dem rund 1,5-fachen deutschen Bruttoinlandsprodukt). Da die Prognosen für das Wachstum der Weltbevölkerung rund 1 % jährlich vorsehen, ist laut dieser Studie damit zu rechnen, dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf um ca. 5 % steigen werden.

Die Deutsche Bundesagentur für Arbeit konnte bereits rund 380 Berufe im Berufsfeld Gesundheit auflisten. Bezieht man gesundheitsrelevante Berufe aus anderen Bereichen mit ein, so können insgesamt knapp 500 Berufsbilder identifiziert werden. Aufgrund der Erweiterung des Kerngesundheitsmarktes kann von der Entstehung neuer weiterer Berufsbilder ausgegangen werden (Henke et al., 2011, p. 204).⁷

Diverse Studien, die sich mit Trends und Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor beschäftigen, sprechen allesamt von einer neuen Sichtweise und neuen Perspektiven des Gesundheitssektors. Diese werden in folgender Tabelle dargestellt.

⁶ Darstellung entnommen von: <http://www.kondratieff.net/19.html>

⁷ Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft. Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung, S. 4

Tabelle 1: Gegenüberstellung der traditionellen und neuen Sichtweise des Gesundheitssektors

Traditionelle Sichtweise	Neue Sichtweise
Gesundheitswesen	→ Gesundheitswirtschaft
Überwiegend öffentliche Finanzierung	→ Neue Finanzierungsweisen
Inputorientierung	→ Ergebnisorientierung
Kostenfaktor	→ Wachstumsmarkt / neue Berufsbilder
Leistungsinanspruchnahme / Konsum	→ Investitionen in Gesundheit
Abgegrenztes Gesundheitswesen	→ Gesundheit in allen Gesellschaftsbereichen

Quelle: eigene Darstellung basierend auf (Henke et al., 2011, p. 29)

2.1. Der Gesundheitssektor in Österreich und dessen Wertschöpfungseffekte

Im Folgenden wird kurz auf den Gesundheitssektor in Österreich – womit der (großteils öffentlich finanzierte) erste Gesundheitsmarkt umfasst ist – sowie dessen Wertschöpfungseffekte eingegangen.

2.1.1. Der Gesundheitssektor in Österreich⁸

Die Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung wird über die soziale Kranken- und Unfallversicherung abgedeckt, die eine Reihe von Leistungen umfasst (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Medikamente, Gesunden- und Vorsorgeuntersuchungen, Krankengeld etc.).

⁸ Die Informationen zu den folgenden Ausführungen stammen im Wesentlichen vom Öffentlichen Gesundheitsportal Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblick.html_LN.html

Die ambulante medizinische Versorgung wird von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztlInnen und ZahnärztlInnen durchgeführt. Weiters zählen hierzu auch die Ambulanzen der Krankenhäuser sowie die Ambulatorien der Krankenkassen und private Ambulatorien. Die stationäre medizinische Versorgung erfolgt durch öffentliche, privat-gemeinnützige und rein private Spitäler. Betreiber bzw. Träger der Krankenhäuser sind etwa die Bundesländer mit ihren Landesgesellschaften, Gemeinden bzw. Gemeindeverbände, Glaubensgemeinschaften (konfessionelle Träger), Sozialversicherungsträger oder private Träger.

Die Zuständigkeiten für die Gestaltung des Gesundheitssystems sind im Wesentlichen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung als selbstverwaltete Körperschaft aufgeteilt. Der Bund ist etwa für die Gesetzgebung (im Spitalsbereich nur für die Grundsatzgesetzgebung), für die Gesundheitsberufe, für das öffentliche Gesundheits- und Arzneimittelwesen, für die Verbraucher gesundheit und für sonstige überregional wahrzunehmende Angelegenheiten des Gesundheitssystems zuständig. Den Ländern obliegt die Ausführungsgesetzgebung, die Sicherstellung der Spitalsversorgung sowie weitgehend die Gesundheitsverwaltung.

Als zentrales Organ für die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde die Bundesgesundheitsagentur (BGA) eingerichtet, die sich aus VertreterInnen des Bundes, der Sozialversicherung, aller Länder, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen (Patientenanwaltschaften) sowie der Ärztekammer konstituiert. In den Ländern sind weiters Landesgesundheitsfonds eingerichtet, welche die von der BGA erarbeiteten Grundsätze umsetzen.

Die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung ist zwischen Sozialversicherung und Bund, Ländern und Gemeinden geregelt. Rund die Hälfte der 270 Spitäler in Österreich wird über die Landesgesundheitsfonds finanziert („Fondsspitäler“). Die Landesgesundheitsfonds werden aus Mitteln des Bundes, der Länder und Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist. Darüber hinaus werden jene Leistungen für Sozialversicherte, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht, in mehr als 44 privaten, nicht-gemeinnützigen Spitäler aus dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert. Der PRIKRAF selbst wird aus Sozialversicherungsmitteln gespeist.

Die Finanzierung der laufenden Kosten der Fondsspitäler erfolgt mit dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Im Rahmen dieses Systems werden die Leistungen der Spitäler auf Basis von diesbezüglichen Fallpauschalen, die sich aus Leistungspunkten für bestimmte Diagnosen und Leistungen zusammensetzen, abgerechnet⁹. Die bestehende Kritik am LKF zielt auf zwei Punkte ab: Einerseits gäbe es eine ungleiche Bemessung für verschiedene Behand-

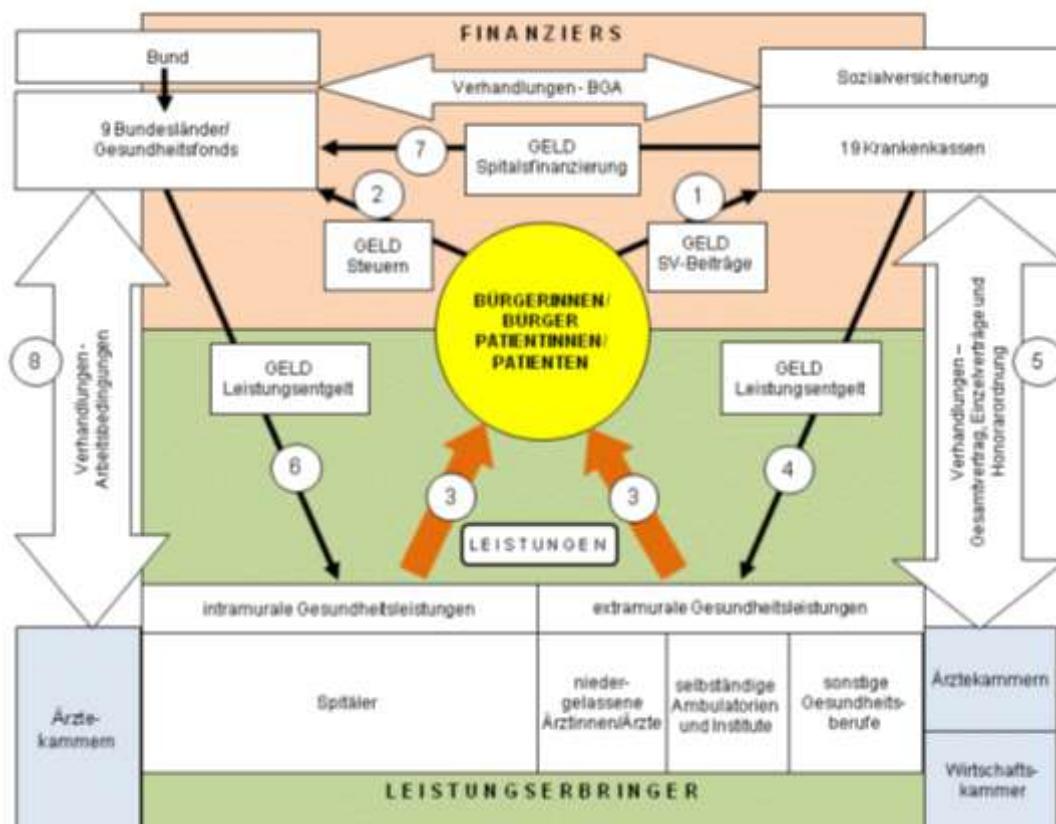
⁹ Für nähere Informationen zum LKF siehe http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschüre_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf

lungen, welche mit der historischen Entwicklung dieses Systems begründet wird. Weiters habe das LKF-System – in einem Streben nach einer Punktemaximierung – zu einer hohen Krankenhaus-aufnahmerate geführt (Der Standard, 2012).

Da die Mittel der Landesgesundheitsfonds nicht die gesamten Kosten der Fondsspitäler abdecken können, ist eine diesbezügliche Abgangsdeckung, also weitere Mittel der Länder sowie der jeweiligen Spitalsträger notwendig.

Die Struktur des österreichischen Gesundheitswesens bzw. dessen Finanzierungsströme werden in der folgenden Darstellung in vereinfachender Weise dargestellt.

Abbildung 3: Finanzierungsströme im öffentlichen Gesundheitswesen in Österreich



Darstellung entnommen aus: Öffentliches Gesundheitsportal Österreich¹⁰

¹⁰ Siehe <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/FinanzierungGesundheitswesen.html>

2.1.2. Wertschöpfungseffekte des Gesundheitssektors

Zur Veranschaulichung der Wertschöpfung des Gesundheitssektors wird im Folgenden auf zwei Studien – eine des IHS im Auftrag der Ärztekammer und eine der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt im Auftrag der Vinzenz Gruppe – eingegangen.

Für das Jahr 2006 wurde vom IHS eine umfassende Studie zu den Wertschöpfungseffekten des Gesundheitssektors in Österreich erstellt, die sich der Methode der Input-Output-Analyse bediente, mit der die Verflechtungen der Wirtschaftsbereiche analysiert werden. Die „Nachfrage“ im Gesundheitssektor wird somit auf ihre Auswirkungen in der gesamten Wirtschaft untersucht und quantifiziert.

Der Gesundheitssektor umfasste dabei die Bereiche „Stationärer Sektor“ (Krankenhäuser), „Ambulanter Sektor“ (Ärzte/niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulanzien) und „Arzneimittelsektor und Medizintechnik“. Die verschiedenen Effekte der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werden in der folgenden Darstellung veranschaulicht:

Abbildung 4: Effekte der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen



Darstellung entnommen aus: (IHS, 2009, p. 2)

Ausgehend von laufenden Gesundheitsausgaben, Investitionsausgaben und Exporten in der Höhe von zusammen € 27,5 Mrd. (2006) wurden folgende Gesamteffekte des Gesundheitssektors in Österreich 2006 festgestellt (IHS, 2009, p. 44):

- Wertschöpfungseffekt in Österreich: € 22,5 Mrd. (entspricht 9,7 Prozent der gesamt-österreichischen Wertschöpfung)

- Mehr als 445.000 Vollzeit-Arbeitsplätze (12,5 % der gesamtösterreichischen Vollzeitarbeitsplätze) wurden durch diese Gesundheitsausgaben generiert.
- **Staatliche Einnahmen: € 10,4 Mrd. durch Steuern und Abgaben (9,3 % der gesamten öffentlichen Steuern und Sozialbeiträge)**

Der Beitrag des Gesundheitssektors zum Wirtschaftswachstum und zur Produktivitätssteigerung durch die Verbesserung der Gesundheit in den letzten Jahrzehnten ist bei diesen Wertschöpfungseffekten nicht mit eingerechnet.

Eine Studie des Instituts für Volkswirtschaft an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt im Auftrag der Vinzenz Gruppe setzte sich mit der Wirkung der 270 österreichischen Spitäler auf die heimische Wertschöpfung und Beschäftigung auseinander (Vinzenz Gruppe, 2009). Demnach generieren die Spitäler etwa € 11,2 Mrd. an Wertschöpfung für Österreich, zu denen durch Patienten- und Besucherausgaben und deren Folgeeffekte weitere € 350 Mio. hinzugerechnet werden können. Somit zeigt sich die Wertschöpfung durch Spitäler für einen Anteil am BIP Österreichs von 2,1 % (direkt) bzw. 4,4 % (insgesamt, inklusive Folgeeffekte) verantwortlich, wie auch die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 5: **Wertschöpfung durch Spitäler (in €)**

	Effekte direkt	Effekte indirekt	Kaufkraft	Gesamt
Burgenland	103.477.946	24.682.478	85.596.165	213.756.589
Kärnten	360.412.559	85.068.803	298.130.512	744.511.873
Niederösterreich	776.263.927	185.161.362	642.119.583	1.603.544.873
Oberösterreich	876.131.079	209.459.619	726.383.311	1.813.974.009
Salzburg	332.864.403	79.397.772	275.342.888	687.605.063
Steiermark	755.507.265	180.210.299	624.949.831	1.560.667.395
Tirol	429.478.063	102.442.920	355.260.969	887.181.951
Vorarlberg	177.361.333	42.305.799	146.711.938	366.379.071
Wien	1.621.023.125	386.660.824	1.340.897.929	3.348.581.878
ÖSTERREICH	5.434.519.700	1.296.289.876	4.495.393.126	11.226.202.702

Direkt = Wertschöpfung durch die Spitäler selbst // Indirekt = Wertschöpfung durch Vorleistungen (Einkauf von Waren und Dienstleistungen) // Kaufkrafteffekt = Wertschöpfung durch Kaufkraft, die durch Wirtschaftsleistung der Spitäler und der vorge-lagerten Branchen ausgelöst wird

Darstellung entnommen aus: (Vinzenz Gruppe, 2009, p. 3)

2.2. Wesentliche gesundheitspolitische Rahmenbedingungen in Österreich

Wesentliche gesundheitspolitische und damit auch gesundheitswirtschaftliche Rahmenbedingungen in Österreich ergeben sich aus der Demographie, der Gesundheitsinfrastruktur, der Ärzteversorgung und insbesondere aus der Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Diese Rahmenbedingungen werden im Folgenden kurz dargestellt.

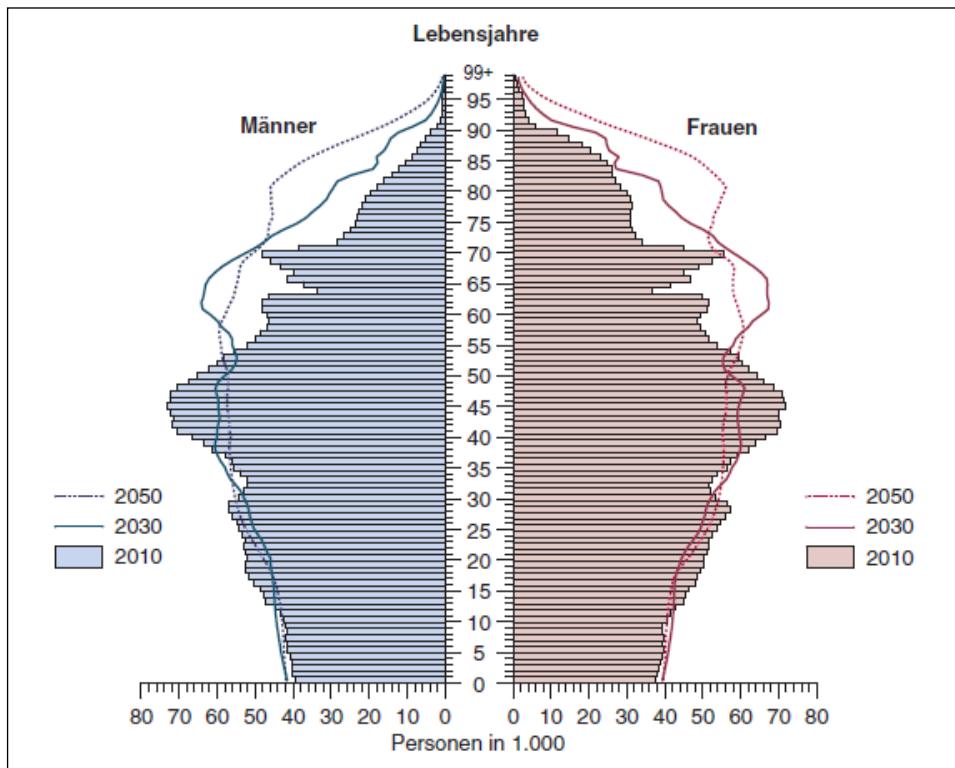
2.2.1. Demographische Daten

Die Gesundheitsversorgung eines Landes hängt wesentlich von Größe und Struktur der Bevölkerung und damit von Veränderungen bei den Geburtenzahlen, Sterbefällen, Wanderungen sowie der Lebenserwartung ab. Ein in diesem Kontext relevanter langfristiger demographischer Trend betrifft das „demographische Altern“, welches wesentlich durch die Kombination aus geringen Kinderzahlen und steigender Lebenserwartung bestimmt wird. Hinzu kommen in Österreich zwei Boom-Generationen, die diesen Prozess aktuell (Boom-Jahrgänge 1940 bis 1943) bzw. zukünftig (Boom-Jahrgänge der frühen 1960er Jahre) zusätzlich verstärken (Statistik Austria, 2011a, p. 27). So stieg auch die Bevölkerungszahl in Österreich von 7.467.086 Personen im Jahr 1961 auf 8.420.900 Personen im Jahr 2011 an – dies entspricht einem Plus von 12,7 %.¹¹

In Österreich lag die Lebenserwartung der Männer im Jahr 1970 bei der Geburt bei 66,46 Jahren, jene der Frauen bei 73,38 Jahren. Im Jahr 2010 lagen diese Vergleichswerte deutlich höher: 77,70 und 83,16 Jahre (Statistik Austria, 2011b, p. 101). Diese beschriebenen Veränderungen beeinflussen die Zusammensetzung der österreichischen Bevölkerung, wie auch in der nachstehenden Abbildung zur Bevölkerungspyramide Österreichs für die Jahre 2010, 2030 und 2050 ersichtlich wird.

Abbildung 6: Die Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050

¹¹ Siehe Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/index.html



Darstellung entnommen aus: (Statistik Austria, 2011a, p. 33)

Neben der Lebenserwartung selbst ist insbesondere die Anzahl der Jahre in Gesundheit von Relevanz. So stieg von 1991 bis 2006 die Lebenserwartung in Gesundheit (bei der Geburt) um 6,3 Jahre bei den Frauen (auf 63,2) bzw. um 6,1 Jahre (auf 61,8) bei den Männern (Statistik Austria, 2011a, p. 37).

Mit den Entwicklungen der letzten Jahre einhergehend hat sich – verglichen mit den Ergebnissen von 1991 und 1999 – auch hinsichtlich des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes insgesamt ein positiver Trend gezeigt. Der Anteil der Bevölkerung mit positiver Selbsteinschätzung der Gesundheit ist von 71,2 % auf 75,6 % im Jahr 2006 gestiegen (Statistik Austria, 2011a, p. 38).

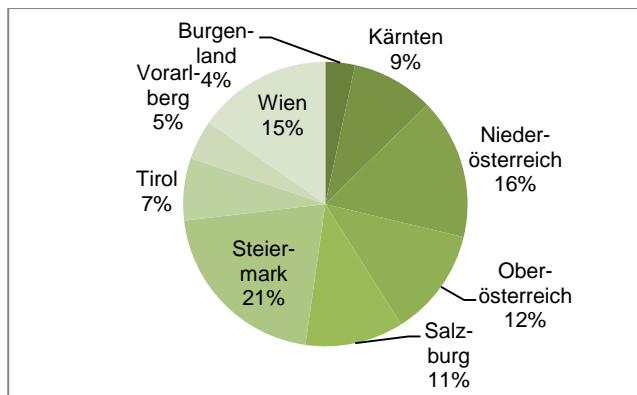
2.2.2. Gesundheitsinfrastruktur

Mit Ende 2010 gab es in Österreich 268 Krankenanstalten, von denen 127 über ein Öffentlichkeitsrecht (47,4 %) verfügen. Insgesamt standen im Jahr 2010 in diesen Krankenanstalten 64.008 tatsächlich aufgestellte Betten zur Verfügung, womit eine Bettenzahl von 763 pro 100.000 Einwohner gegeben ist.

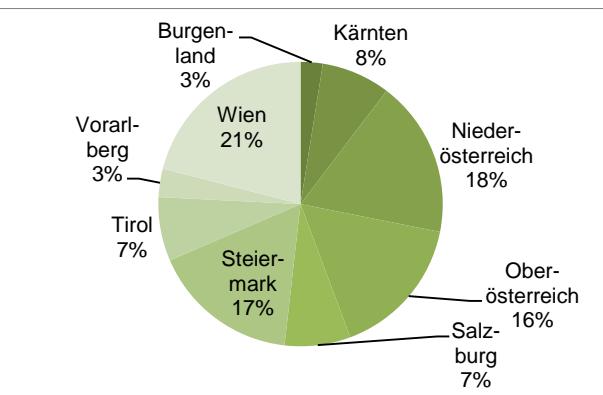
Die prozentuale Aufteilung der Krankenanstalten und der tatsächlich aufgestellten Betten auf die einzelnen Bundesländer werden in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 7: Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten im Bundesländervergleich (in %)

Krankenanstalten



Betten



Quelle: Statistik Austria¹²

Etwa zwei Drittel (63,9 %) der tatsächlich aufgestellten Spitalsbetten befanden sich in Allgemeinen Krankenanstalten, des Weiteren 25,1 % in Sonderkrankenanstalten und Genesungsheimen, 7,6 % in Sanatorien und 3,4 % in Pflegeanstanlten für chronisch Kranke.

Über die Zahl der Wohn- und Pflegeheime Pflegeplätze (inkl. betreutem Wohnen) in den einzelnen Bundesländern – getrennt nach öffentlich und privat – gibt die folgende Tabelle Auskunft. In Österreich gab es demnach im Jahr 2010 851 Wohn- und Pflegeheime, die tatsächlich zur Verfügung stehenden Wohn- und in Österreich belaufen sich auf 75.038 Plätze.

Tabelle 2: Wohn- und Pflegeheime/-plätze, nach Bundesländern, 2010

¹² Vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html, Tabelle „Krankenanstalten und Betten 2010 nach Rechtsträgern, Öffentlichkeitsrecht und Bundesländern“

Bundesland	Wohn- und Pflegeheime				Wohn- und Pflegeplätze			
	insgesamt	öffentliche	privat	konfessionell	insgesamt	öffentliche	privat	konfessionell
Österreich	851	403	369	79	75.038	35.994	32.491	6.553
Burgenland	42	7	30	5	1.969	444	1.106	419
Kärnten	70	25	39	6	4.743	1.635	2.748	360
Niederösterreich	111	58	39	14	11.705	6.820	3.613	1.272
Oberösterreich	129	99	13	17	12.696	10.415	841	1.440
Salzburg	79	66	12	1	5.558	4.546	877	135
Steiermark	199	40	141	18	11.575	3.884	6.736	955
Tirol	82	66	13	3	5.500	4.063	1.151	286
Vorarlberg	54	33	19	2	2.264	1.175	944	145
Wien	85	9	63	13	19.028	3.012	14.475	1.541

Tabelle entnommen aus: (Statistik Austria, 2011a, p. 76)

Für eine Übersicht über Zahl und Art der verschiedenen Gesundheitsbetriebe in Österreich (bzw. den österreichischen Bundesländern) können diesbezügliche Daten des Fachverbands der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Österreich herangezogen werden. In diesen Daten sind im Jahr 2010 in Österreich 1.143 Gesundheitsbetriebe erfasst. Die zahlenmäßig größten Kategorien bilden dabei Altenheime und Pflegeeinrichtungen (269), Ambulatorien für physikalische Medizin (232) sowie „sonstige Ambulatorien“ (300).

Tabelle 3: Gesundheitsbetriebe nach Bundesländern und Betriebsarten, 2010

	Bgl.	Ktn.	N.Ö.	O.O.	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien	Insg.
Privatspitäler	3	25	5	2	13	13	7	6	9	83
Kurbetriebe	4	8	17	15	14	10	11	7	-	86
Reha-Betriebe	2	7	11	6	3	3	6	4	-	42
Ambulatorien für bildgebende Diagnostik	5	11	27	14	5	29	10	6	24	131
Ambulatorien für physikalische Medizin	3	10	31	16	14	64	55	7	32	232
Sonstige Ambulatorien	11	14	25	14	39	80	16	5	96	300
Altenheime und Pflegeeinrichtungen	-	25	43	1	1	169	5	3	21	269
Insgesamt	28	100	159	68	89	368	110	38	182	1.143

Quelle: Fachverband der Gesundheitsbetriebe, WKU

Darstellung entnommen aus: (Wirtschaftskammer Österreich, 2012a, p. 72)

2.2.3. Gesundheitsausgaben und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Statistik Austria liefert Daten zu den Gesundheitsausgaben nach dem *System of Health Account* Ansatz der OECD¹³.

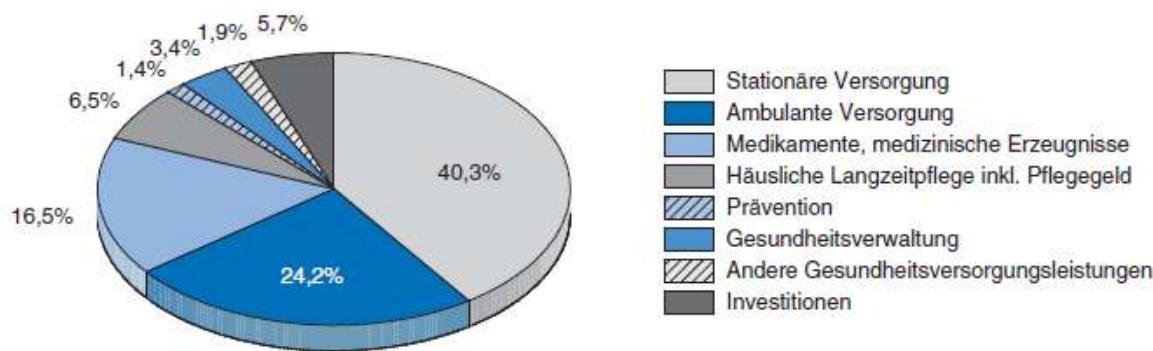
¹³ Diese gesundheitsökonomischen Daten werden jährlich aktualisiert und an die OECD, an EUROSTAT und

Die österreichischen Gesundheitsausgaben lagen demnach im letzten verfügbaren Jahr 2009 bei € 30,3 Mrd., was einem Anteil am BIP von 11 % entspricht. Von diesem Gesamtbetrag entfielen € 28,6 Mrd. auf laufende Gesundheitsausgaben und € 1,7 Mrd. auf Investitionen im Gesundheitsbereich. Von den gesamten Ausgaben wurden drei Viertel von der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Gemeinden) und der Sozialversicherung finanziert, der Rest entfiel auf die Privathaushalte und Krankenversicherungen (Statistik Austria, 2011a, p. 81ff).

Die Gesundheitsausgaben stiegen in Österreich zwischen 1990 und 2009 im Durchschnitt jährlich um 5,3 % an, wobei die Steigerung im letzten zur Verfügung stehenden Jahr (von 2008 auf 2009) 3,3 % betrug. Hinsichtlich der Relation zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt lässt sich festhalten, dass das BIP im Vergleichszeitraum durchschnittlich um 3,9 % pro Jahr gestiegen ist, lediglich von 2008 auf 2009 war eine Reduktion um 3,1 % zu beobachten.

Von den gesamten Gesundheitsausgaben entfielen im betrachteten Jahr 2009 etwa € 12,2 Mrd. (das sind 40,3 %) auf die stationäre und € 7,3 Mrd. (24,2 %) auf die ambulante Gesundheitsversorgung. Auf die häusliche Langzeitpflege entfielen 6,5 % der Gesundheitsausgaben, die pharmazeutischen Erzeugnisse und medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter zeichnen für 16,5 % der Ausgaben verantwortlich. Krankentransporte und Rettungsdienste beliefen sich auf 1,9 %, der Bereich „Prävention“ auf 1,4 % und die Verwaltung auf 3,4 %. Die Investitionen schlügen mit 5,7 % der Gesundheitsausgaben zu Buche.

Abbildung 8: Gesundheitsausgaben 2009, in %



Gesamte Gesundheitsausgaben 2009: 30.308 Mio. €

Darstellung entnommen aus: (Statistik Austria, 2011a, p. 81)

an die WHO gemeldet; sie ermöglichen aufgrund der Verwendung desselben Ansatzes die Vergleichbarkeit der Daten mit jenen anderer Länder.

Mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich nur in geringem Maße steigen sollen. So wurden in einer „Politischen Vereinbarung über ein Partnerschaftliches Zielsteuerungssystem für das österreichische Gesundheitswesen und einen Ausgabendämpfungspfad für die öffentlichen Gesundheitsausgaben“ (vom 13. Juni 2012) des Bundes mit den Bundesländern nominelle Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben festgelegt.

So werden

„Unter der Annahme, dass

- (1) die vorläufigen Zahlen aus SHA 2010 (Anmerkung: Systems of Health Account) für die öGA (Anmerkung: „öffentlichen Gesundheitsausgaben“) ohne Langzeitpflege 20.262 Mio. € betragen,
- (2) das Basisjahr 2011 (SHA 2010 plus 3,3 % Ausgabenzuwachs = 20.931 Mio. €) für den Ausgang des Ausgabendämpfungspfades festgelegt wird;
- (3) die künftige jährliche Steigerung der öGA schrittweise bis 2016 auf die durchschnittliche (ø) Steigerung des BIP (Periode 2012-2020; Annahmen WIFO und IHS, Stand Jänner 2012) von 3,6 % gesenkt wird und danach konstant bei 3,6 % bleibt;
- (4) auf der Basis 2011 für die bisherige ø Ausgabensteigerung der öGA („was passiert, wenn nichts passiert“) auf der Grundlage (einer gesundheitsökonomischen) Trendberechnung „Nachfragemodell“ von ø 4,62 %, alternativ dazu mit einer reinen Trendfortschreibung eine Ausgabensteigerung von ø 5,2 % angenommen wird (Grundlage GÖG, IHS; vgl. Prognosetool der öffentlichen Gesundheitsausgaben der GÖG, Version 9, 31. Jänner 2012); und unter der Voraussetzung
- (5) dass diese politische Budgetfestlegung („Top-down“) zur tatsächlichen Zielerreichung mit einem partnerschaftlich vereinbarten Maßnahmenpaket im Rahmen des sektoren- und gebietskörperschaft-übersteigenden Zielsteuerungssystems („Bottom-up“) zwingend ergänzt wird“

folgende gesamtstaatliche nominellen Ausgabenobergrenzen festgelegt:

Abbildung 9: Nominelle Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs 2012-2020 gemäß der diesbezüglichen politischen Vereinbarung vom 13. Juni 2012

Beträge in Mio. €	2012	2013	2014	2015	2016	2017-2020
Entwicklung öGA ohne Intervention*)	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853	27.884; 29.091; 30.420; 31.922
Nominelle Ausgabenobergrenze der öGA **)						26.483; 27.437 28.424; 29.448
Kostendämpfungseffekt gesamt (gerundet) im Jahr ...*), ***)	150 *)	360 *)	640 *)	980*)	1.300*)	1.400; 1.655; 1.995; 2.475*)
Kostendämpfung p.o.	150	210	280	340	320	
Kostendämpfungseffekte kumuliert im Jahr ...						Im Jahr 2020: 8.430 10.955

*) Aus methodischen Gründen werden die gerundeten jährlichen Differenzbeträge aus „Was passiert, wenn nichts passiert“ und der nominalen Ausgabenobergrenze, errechnet aus der schrittweisen Absenkung der Ausgabensteigerung, für die Jahre 2012 bis 2015 aus der Trendfortschreibung und ab 2016 aus dem Nachfragermodell ermittelt (vgl. Prognosetool der öffentlichen Gesundheitsausgaben der GÖG, Version 9, 31. Jänner 2012).

**) In der Folge ist die Darstellung um bundesweite Zielwerte für die Länder (Krankenanstalten) und die Sozialversicherung sektorale und regional zu ergänzen. Methodisch ist zu berücksichtigen, dass aus diesen Zielwerten mehrjährige Finanzrahmenvereinbarungen zu entwickeln sind; im Vordergrund muss daher die Umsetzung der Ziele in der Periode stehen.

***) Die Gesamtsumme des Kostendämpfungspotenzials der Länder ist verbindlich, die auf die einzelnen Länder fallenden Anteile gelten als Richtwerte. Bei der Aufteilung dieser Richtwerte, die die Länder unter sich vornehmen, sind jedenfalls das vergleichsweise Kostenniveau und die Kosteneffizienz aus der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zu berücksichtigen

Darstellung entnommen aus der „Politischen Vereinbarung über ein Partnerschaftliches Zielsteuerungssystem für das österreichische Gesundheitswesen und einen Ausgabendämpfungspfad für die öffentlichen Gesundheitsausgaben“ (vom 13. Juni 2012)

Einer von mehreren Gründen für diese Entwicklung liegt in dem Umstand, dass aufgrund einer Reklassifikation von europäischer Seite aus dem Jahr 2010 die Schulden der öffentlichen Krankenanstalten den Schulden des Staates Österreich hinzuzurechnen sind¹⁴ und dieser – wie auch die anderen europäischen Staaten – mit der Notwendigkeit eines nachhaltigen Staatshaushalts konfrontiert ist und daher entsprechende Einsparungen bzw. Ausgabenbegrenzungen vornehmen muss.

Vor dem Hintergrund einer – wie im Folgenden dargestellt wird – nach wie vor zu erwartenden steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen führt dies dazu, dass deren Bereitstellung zunehmend durch private Anbieter (die auch privat zu bezahlen sind) erfolgen und durch private Finanzierungen abgedeckt werden muss.

¹⁴ Siehe zB http://www.statistik.at/web_de/presse/055883

2.2.4. Ärztedichte und -bedarf in Österreich

Für die Zahlen und Daten zur Ärztedichte in Österreich und einem möglichen zukünftigen Ärztebedarf in Österreich wird auf eine rezente Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen aus dem Jahr 2012, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung sowie der Österreichischen Ärztekammer durchgeführt wurde, verwiesen.

Österreich hat demnach generell im internationalen Vergleich mit rd. 4,7 berufsausübenden ÄrztInnen pro 1.000 Einwohner (Stand: 2009) gemäß den Daten der OECD die höchste Ärztedichte Europas und eine der höchsten weltweit (OECD: etwa 3,6). Die Ärztedichte stieg in Österreich in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich an. Die Zahl der FachärztInnen ist dabei deutlich stärker gestiegen als jene der AllgemeinmedizinerInnen. Insgesamt waren Ende 2008 in Österreich rund 41.000 ÄrztInnen bzw. ZahnärztInnen berufstätig, 27.000 davon angestellt, 19.000 im niedergelassenen Bereich und 2.000 als WohnsitzärztInnen. Ein Teil der Medizin-UniversitätsabsolventInnen verlässt das Land (vor allem nach Deutschland und in die Schweiz) (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012, p. XV). Gleichzeitig kann in verschiedenen Regionen Österreichs bereits jetzt die Nachfrage nach ÄrztInnen nicht gedeckt werden.

Das künftige Angebot an ÄrztInnen wird vor allem von den in den kommenden Jahren bevorstehenden Pensionierungen, den Personen, die jährlich ihre postpromotionelle Ausbildung abschließen und dem Abwanderungsverhalten der MedizinstudentInnen geprägt sein.

In der zitierten Studie wurden Abschätzungen zum künftigen Ärztebedarf- bzw. -mangel in zwei Varianten prognostiziert, welche den Autoren zufolge im Sinne einer Bandbreite interpretiert werden können, innerhalb derer sich Ärzteangebot und -bedarf in den nächsten Jahren voraussichtlich entwickeln werden.

Gemäß der ersten Prognosevariante werden in den kommenden zwanzig Jahren noch ausreichend ÄrztInnen in Österreich zur Verfügung stehen. Erst danach wird ein Ärztemangel prognostiziert, wobei die Schätzungen für das Jahr 2030 von einem ungedeckten Bedarf von rund 3.300 ÄrztInnen ausgehen. Dabei zeigen sich zwischen den einzelnen Fachrichtungen allerdings große Unterschiede, nicht in allen Bereichen ist ein Mangel absehbar.

In der zweiten Prognosevariante wird bereits viel früher eine Lücke zwischen Angebot und Bedarf erkennbar, wobei sich die Situation zwischen 2020 und 2025 am stärksten verschärfen wird. Für das Jahr 2030 wird ein ungedeckter Bedarf von fast 7.700 ÄrztInnen prognostiziert (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012, p. XIXff). Wesentlich für die Deckung

des zukünftigen Ärztebedarfs ist es, entsprechend attraktive Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von ÄrztInnen – insbesondere in Gebieten abseits der Zentralräume – zu schaffen.

2.3. Treiber für die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen

Wie bereits angesprochen gehen eine Vielzahl von Studien von einem (weiteren) Wachstum der Wirtschaftsbereiche der Gesundheitsprodukte und –dienstleistungen sowie der wirtschaftlichen Bedeutung aus. In diesem Zusammenhang werden vor allem folgende drei Faktoren als Treiber für dieses Wachstum genannt, die in weiterer Folge näher erörtert werden (vgl. zB. (Wirtschaftskammer Österreich, k.A., S. 10):

- Der Wertewandel in der Gesellschaft
- Der technische Fortschritt
- Demographische Entwicklungen

2.3.1. Wertewandel

Die Tatsache, dass die eigene Gesundheit für die Menschen an Bedeutung gewinnt bzw. die Menschen zunehmend gesundheitsrelevante Dienstleistungen in Anspruch nehmen, ist eine wesentliche Rahmenbedingung für die Gesundheitswirtschaft. Die Steigerung der Gesundheitsausgaben im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt resultiert aus diesem Wertewandel.

Vor diesem Hintergrund haben sich auch in Österreich zwischen 2002 und 2008 in beiden Teilmärkten der Gesundheitswirtschaft (erster und zweiter Gesundheitsmarkt) die Ausgaben um mehr als 4 % erhöht, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 10: Entwicklung des Gesundheitsmarktes in Österreich 2002-2008
(in € Mrd.)



Abbildung entnommen aus: (Wirtschaftskammer Österreich & Roland Berger Strategy Consultants, 2009, p. 3), Quellen: Statistik Austria, Roland Berger Analysen; CAGR = *Compound Annual Growth Rate/jährliche Wachstumsrate*

Zu den Wachstumsbereichen im zweiten Gesundheitsmarkt in Österreich zählen dabei u.a. (Wirtschaftskammer Österreich, 2012b, p. 18):

- Bio-Lebensmittel/Functional Food/Nahrungsergänzung (Marktgröße rd. € 2,2 Mrd., sehr dynamisches Wachstum, v.a. bei Bio-Lebensmitteln)
- Gesundheitsreisen/Medical Wellness/Sportreisen (Marktgröße rd. € 2 Mrd., hohes Potenzial bei Medical Wellness)
- Naturnahes Wohnen/Wohnraumüberwachung/Ambient Assisted Living (noch sehr kleines Marktsegment, aber starkes Wachstum in den nächsten Jahren)
- Kurse/Sportangebote, Erholung, Massagen, Sauna (Marktgröße rd. € 0,2 Mrd., Wachstum von rd. 10 % p.a. erwartet)

Eine Umfrage der Wirtschaftskammer Österreich hat weiters ergeben, dass 77 % (der Befragten) privat Geld für Gesundheit ausgeben (zB für gesunde Lebensmittel, Sport, Fitnessstudie, etc.) und sich bei 86 % seit dem Beginn der Wirtschaftskrise dieses Verhalten nicht verändert hat (Wirtschaftskammer Österreich & Roland Berger Strategy Consultants, 2009, p. 7).

Ein weiteres Indiz für den skizzierten Wertewandel bzw. die steigende Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zeigt sich im Verhalten der österreichischen Bevölkerung hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen. Nachstehende Tabelle zeigt, dass die Zahl der in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen zwischen 2000 und 2010 in allen Kategorien gestiegen ist. In Oberösterreich hat sich die Inanspruchnahme in den beiden Referenzjahren von insgesamt fast 108.000 auf beinahe 140.000 (2010) erhöht, was einer Steigerung von 29,4 % und damit dem österreichweiten Durchschnitt entspricht. Hervorstechend ist dabei die Entwicklung in Wien: Die Zuwachsrate liegt hier mit 70 % mehr als doppelt so hoch.

Tabelle 4: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, 2000 und 2010

	2000			2010			Veränderung 2000 bis 2010 in %			Frauenanteil in %	
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	2000	2010
Österreich	653.472	302.860	350.612	854.413	396.279	458.134	30,7	30,8	30,7	53,7	53,6
Burgenland	35.171	15.884	19.287	48.960	22.303	26.657	39,2	40,4	38,2	54,8	54,4
Kärnten	64.937	27.218	37.721	77.493	33.175	44.318	19,3	21,9	17,5	58,1	57,2
Niederösterreich	60.255	30.295	29.960	79.526	40.030	39.496	32,0	32,1	31,8	49,7	49,7
Oberösterreich	107.874	50.106	57.768	139.619	68.727	71.082	29,4	37,2	23,0	53,6	50,9
Salzburg	48.810	21.627	27.183	55.626	25.648	29.978	14,0	18,6	10,3	55,7	53,9
Steiermark	113.030	50.545	62.485	124.619	57.205	67.414	10,3	13,2	7,9	55,3	54,1
Tirol	82.799	43.432	39.367	107.390	48.153	59.237	29,7	10,9	50,5	47,5	55,2
Vorarlberg	38.447	16.752	21.695	47.304	21.413	25.891	23,0	27,8	19,3	56,4	54,7
Wien	102.149	47.003	55.146	173.686	79.625	94.061	70,0	69,4	70,6	54,0	54,2

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

Darstellung entnommen aus: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, 2011, S. 69

2.3.2. Technischer Fortschritt

Der Gesundheitssektor gilt gemeinhin als sehr innovativer Sektor. Diese Innovationsdynamik spiegelt sich beispielsweise an zwei Indikatoren zur Medizintechnik bzw. zum Biotechnologie-Sektor in Deutschland wieder: In der Medizintechnik wird knapp ein Drittel aller Umsätze mit Produkten getätigt, die nicht älter als 3 Jahre sind. In der Biotechnologie liegen die F&E-Aufwendungen bei bis zu 50 % des Umsatzes (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2011b, p. 13). Beispiele für Innovationen, die neue Märkte eröffnen sind etwa die Telemedizin infolge technischer Fortschritte im Bereich IT und Funktechnik, Homecare mittels neuer Medizintechnik oder neue Handlungsfelder für Heilberufe wie etwa die Teleradiologie.

In allen Industriestaaten zeigt sich in diesem Kontext ein konstantes Phänomen: Die Steigerung der Gesundheitsausgaben liegt jährlich etwa 1 % über der BIP-Entwicklung. Der medizinisch-technische Fortschritt stellt dabei einen wesentlichen Treiber für dieses Wachstum dar, wobei der medizinische Fortschritt vor allem durch neue Behandlungsmethoden und Prozesse, durch neue Geräte und Medikamente und die zunehmende Digitalisierung und Vernetzung der Dienstleister getrieben wird. Es wird durch den Fortschritt auch möglich, etablierte Methoden größeren Personenkreisen zur Verfügung zu stellen (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 29). Vor diesem Hintergrund wirkt der medizinisch-technische Fortschritt in erster Linie kostensteigernd für den Gesundheitsbereich. Im Bereich der mobilen medizinischen Dienstleistungen kann der medizinisch-technische Fortschritt allerdings kostensenkend wirken.

Eine Studie von Roland Berger Consulting (2011b) zur weltweiten Gesundheitswirtschaft hat die Bedürfnisse der Gesundheitswirtschaft in 15 Ländern untersucht. Es zeigte sich in dieser Analyse,

dass der Spielraum für innovative Lösungen und Produkte in der Medizintechnik, der Pharmawirtschaft und in den Informations- und Kommunikationstechnologien noch lange nicht ausgeschöpft ist. In vielen Ländern ist zu erwarten, dass ihr Generika-Anteil erhöht wird. Weiters wird die weltweite Nachfrage nach kostengünstiger Medizintechnik als sehr hoch beschrieben. Auch zählen E-Health und die Behandlung chronischer Krankheiten und die entsprechenden Entwicklungen in der Pharmawirtschaft zu den großen Themen der Zukunft. Weltweiter Bedarf besteht der Studie zufolge weiters im Krankenhausmanagement, in spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildung, insbesondere für medizinische Fachkräfte und Krankenhauspersonal (Roland Berger Strategy Consultants, 2011, p. 21).

2.3.3. Demographischer Wandel

Das kontinuierlich steigende Lebensalter der Bevölkerung wird in einer Vielzahl an Dokumenten als **große Herausforderung unserer Gesellschaft bezeichnet**. Diese „Alterung“ ist primär das Ergebnis ökonomischer, sozialer und medizinischer Fortschritte, die aus Sicht des Einzelnen den positiven Effekt eines längeren und gesünderen Lebens mit sich bringen. Für die steigende Alterung der Bevölkerung in Europa werden grundsätzlich vier demographische Tendenzen verantwortlich gemacht (Europäische Kommission, 2006):

- Das Reproduktionsniveau liegt tendenziell unter dem für die Aufrechterhaltung der Bevölkerungszahl nötigen Niveau.
- Der Babyboom der Nachkriegszeit führt dazu, dass die Bevölkerungsgruppe der 45- bis 65-Jährigen anschwillt, wodurch diese Babyboom-Generation in weiterer Folge bei Erreichung des Pensionsalters einer sinkenden Anzahl an jungen Menschen gegenübersteht.
- Die Lebenserwartung bei der Geburt ist seit 1960 deutlich gestiegen und wird sich noch weiter erhöhen.
- Der Zustrom an ImmigrantInnen ist in Europa im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung höher als in den Vereinigten Staaten.

Siehe hierzu auch Kapitel 3.

2.4. Trends im Gesundheitsbereich mit wirtschaftlicher Relevanz

In mehreren Studien werden die aktuellen generellen Trends und Entwicklungen im Gesundheitsbewusstsein und –verhalten mit entsprechenden wirtschaftlichen Auswirkungen thematisiert. Da die einzelnen Themenbereiche oftmals eng verknüpft sind, ist eine exakte Unterscheidung und Abgrenzung dieser Trends gerade im Hinblick auf gesundheitswirtschaftliche Effekte nur begrenzt

möglich bzw. ist vor diesem Hintergrund zu beachten, dass sich diese Trends teilweise gegenseitig bedingen. Vor diesem Hintergrund liefern die nachfolgenden Ausführungen kurze Erläuterungen zu den in der Literatur¹⁵ angesprochenen großen Trends mit Relevanz für die Gesundheitswirtschaft.

2.4.1. Steigende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen

Der steigende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen stellt einen generellen Trend dar, der in allen genannten Studien behandelt wurde. Die bereits angesprochenen demographischen Entwicklungen, die – aufgrund der Alterung der Bevölkerung – eine Veränderung in der Nachfrage nach sich ziehen und geänderte Ernährungsweisen sowie Lebens- und Arbeitsumstände (Stress, höhere Dynamik und Komplexität im Erwerbsleben, weniger Bewegung, mehr sitzende Tätigkeiten, Anstieg der Mobilität, etc.) resultieren in immer häufiger auftretenden Krankheitsbildern, wie zB Fettleibigkeit, Diabetes, psychischen Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen¹⁶.

Als die große Herausforderung für die nächste Periode werden oftmals *chronische Erkrankungen* angeführt, zumal die veränderten Lebensweisen und -umfelder maßgeblich zu einer Verlagerung von Akuterkrankungen zu chronischen Erkrankungen führen. Häufig können in der medizinischen Versorgung nur die Symptome gelindert werden (wie zB bei Diabetes, Asthma oder Immun-erkrankungen). Der starke Anstieg bei den chronischen Erkrankungen wird dazu führen, dass der Ressourcenverbrauch stark ansteigt und die Gesundheitsausgaben in die Höhe schnellen (PricewaterhouseCoopers, 2010, S. 13)

So liegt bereits heute der Anteil der chronischen Erkrankungen bei fast 50% und es wird davon ausgegangen, dass die Zahl in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen wird. Weltweit wird bei Diabetes in den nächsten 10 Jahren eine Verdopplung erwartet. Seit 1980 stieg die Zahl der an Asthma erkrankten Jugendlichen um 75%. Neben Asthma zählen auch Allergien zu den großen Problembereichen der neueren Zeit (Wissenschaftlich-Technischer Beirat der Bayerischen Staatsregierung, 2009, p. 10).

Der bereits angesprochene Wertewandel hin zur verstärkten Nutzung von Gesundheits-dienstleistungen und -produkten spielt in dieser Hinsicht ebenfalls eine bedeutende Rolle. In diesem Zusammenhang wird des Öfteren der Begriff *LOHAS – Lifestyle of Health and Sustainability*

¹⁵ Vgl. zB (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2011b), (Roland Berger Strategy Consultants, 2011) (Roland Berger Strategy Consultants, k.A.), (PricewaterhouseCoopers, 2010), (Bain & Company, 2011), (Ernst & Young, 2011), (Wirtschaftskammer Österreich, BMWFJ, Roland Berger Strategy Consultants, 2010)

¹⁶ Vgl. zB (Wirtschaftskammer Österreich, BMWFJ, Roland Berger Strategy Consultants, 2010, p. 6)

verwendet. „*LOHAS markiert einen Lebensstil bzw. Konsumententyp, der sich in seinem Konsumverhalten an Gesundheit, Nachhaltigkeit und Genuss orientiert.*“ (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 37). Für Konsumentengruppen dieses Trends sind persönliche Gesundheit und Wohlbefinden (biologische Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, alternative Medizin), ein natürliches Umfeld zu Hause (Möbel aus natürlichen Materialien, biologisch abbaubare Reinigungsmittel, etc.), grünes Bauen und alternative Transportmittel von großer Bedeutung.

Im Sinne eines steigenden Gesundheitsbewusstseins geht Bain & Company in der Zukunft von einem „**engagierten Patienten**“ aus – selbstzahlende, informiert entscheidende Patienten werden von der Ausnahme zur Regel (Bain & Company, 2011, pp. 5, 9ff). Es gibt allerdings auch gegenläufige Entwicklungen, die auf die zunehmenden Einkommensdisparitäten innerhalb der Bevölkerung¹⁷ sowie auf den Umstand, dass bestimmte Personengruppen über eine „**mangelnde Gesundheitskompetenz**“ verfügen¹⁸, zurückzuführen sind.

Im Zusammenhang mit den engagierten und informierten PatientInnen ist weiters eine gewisse Tendenz zu einer „**medizinkritischen Medizin**“ (zB Hinterfragungen von ärztlichen Leistungen und Medikamentenverschreibungen¹⁹) denkbar.

2.4.2. Individualisierung des Gesundheitswesens

Die ExpertInnen von PricewaterhouseCoopers halten fest, dass „**die medizinische Versorgung in Zukunft auf das Individuum zugeschnitten sein [wird]**, da sich Leistungskennzahlen, Vergütung, Ergebnisse, Anreizsysteme, Dienstleistungen und Behandlungsmethoden an den individuellen **Bedürfnissen und Vorlieben der einzelnen Personen ausrichten werden.**“ (PricewaterhouseCoopers , 2010, p. 13)

In den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen und Technologiefeldern zeichnen sich aktuell Entwicklungslinien ab, die in ihrer Bündelung eine wesentliche Umorientierung der Medizin in Richtung einer „**individuellen Medizin**“ bewirken könnten. Diese „**individuelle Medizin**“ richtet sich in sehr viel stärkerem Maße als bislang am Individuum und dem individuellen Set der Einflussfaktoren auf die Gesundheit der betreffenden Person aus. Es wird gehofft, damit die Verträglichkeit, Wirksamkeit und Effizienz präventiver und therapeutischer Interventionen zu erhöhen, unnötige Gesundheitsausgaben zu vermeiden und neuartige Präventionsmaßnahmen und Therapien

¹⁷ Vgl. zB (BMASK, 2010, p. 218)

¹⁸ Vgl. zB <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/aktuelles/gesundheitskompetenz.html>

¹⁹ Vgl. zB Der Spiegel 33/2011: „**Vorsicht, Medizin!**“ (Coverstory), <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-79974031.html>

entwickeln zu können. Zu Entwicklungslinien innerhalb einer „individuellen Medizin“ zählen etwa²⁰:

- Prädiktive Gendiagnostik, die individuelle Krankheitsprädispositionen bereits vor dem Auftreten körperlicher Symptome diagnostizieren kann und damit neue Präventions- und Interventionsmöglichkeiten eröffnet;
- Pharmakogenetik, die individuelle Unterschiede in der Verträglichkeit von Arzneimitteltherapien bei der pharmazeutischen Wirkstoffentwicklung und der Medikamentenanwendung berücksichtigt;
- Tissue Engineering bzw. die regenerative Medizin, die körpereigenes Ersatzmaterial für neuartige Transplantationstherapien bereitstellt;
- Rapid Prototyping in der Produktionstechnik, zB für die Fertigung individuell angepasster Prothesen und Implantate;
- Medizinische Anwendungen von IKT-Technologien, die beispielsweise durch automatische Erhebung patientenspezifischer Gesundheitsdaten und deren Kommunikation an den Arzt der individuellen Situation angepasste Interventionen auslösen könnten.

Mit Blick auf den Trend zur „individuellen Medizin“ werden laut Bain & Company auch in Zukunft innovative, *medizinisch differenzierte* Medikamente und Medizintechnik – trotz einer verstärkten Kosten-Nutzen-Erwägung im Gesundheitsbereich – gute Preise erzielen können. Bahnbrechende Innovationen werden tendenziell allerdings kleinteiliger, da sie häufig auf einzelne Patientensegmente zugeschnitten sein werden (Bain & Company, 2011, p. 5).

2.4.3. Mobile Behandlung

Einer der großen Trends der nächsten Jahre betrifft die starke Zunahme mobiler Behandlungen²¹ – dazu zählen einerseits die mobile Pflege anstelle stationärer Aufenthalte und andererseits die Diagnose oder Therapie fernab von Krankenhäusern. Die Bedeutung mobiler Behandlungen wird zunehmen, weil die Anzahl der pflegebedürftigen Personen deutlich ansteigen wird. So wird etwa ein Anstieg des Verhältnisses von Erwerbstätigen zu Pflegebedürftigen von 100:7 auf 100:26 im Jahr 2050 prognostiziert (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 31). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass bereits jetzt der Großteil der Pflege zu Hause durch Ange-

²⁰ Vgl. den Zukunftsreport „Individuelle Medizin und Gesundheitssystem“ von Fraunhofer-ISI, http://www.isi.fraunhofer.de/isi-de/t/projekte/medpharm-sb-zukunftsreport_indiv_med.php

²¹ Vgl. zB (Wirtschaftskammer Österreich, BMWFJ, Roland Berger Strategy Consultants, 2010, p. 6)

hörige erfolgt²² und aufgrund der demographischen Entwicklung von einer Erhöhung der Anzahl der zu Hause zu pflegenden Personen auszugehen ist.

Mit Blick auf die steigende Bedeutung mobiler Behandlungen spielen insbesondere Vernetzungs- bzw. Telekommunikationsinfrastrukturen (Anforderungen an die Telekommunikationsbranche) und mobile Diagnoseinstrumente eine immer wichtigere Rolle. Auch wird beispielsweise die Rolle flexibler Behandlungen (durch Versandapothen, Teleärzte), der Telemedizin, E-Health²³ generell sowie die entsprechende gesundheits- und lebensunterstützende Ausstattung von Wohnungen zunehmen.

Ein tatsächliches Ansteigen der mobilen Betreuung wird das Pflegesystem grundlegend ändern: Die Pflege der Zukunft soll sich vor diesem Hintergrund auf Kernkompetenzen (zB die Pflegevisite) beschränken; weiters sollen neue (privat zu finanzierende) Berufsbilder entstehen, die die Versorgung rund um die Kernkompetenz sicherstellen. Eine sich deutlich in der Betreuung älterer Menschen abzeichnende Herausforderungen betrifft die Zunahme an gerontopsychiatrischen Versorgungsstufen, insbesondere bei der Demenzerkrankung.

Einer der aktuell meistthematisierten Trends im Kontext der mobilen Behandlung und des längeren Verbleibens in den eigenen vier Wänden betrifft *Ambient Assisted Living (AAL)*. Damit sind alle technischen Hilfsmittel, die es dem kranken oder älteren Menschen ermöglichen, so lange als möglich selbstständig zu Hause leben zu können, umfasst. Als Beispiele für AAL seien etwa genannt (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 31):

- Matratzen, die Atmung und Herzfrequenz messen und an den Arzt übermitteln
- In den Fernseher integrierter virtueller Butler für Korrespondenzen und Bankgeschäfte
- Videoverbindungen zum Pflegepersonal per Zuruf
- Toilette, die den Blutzucker misst
- Teppiche, die Alarm auslösen, sobald ein Mensch nicht mehr auf ihm steht, sondern liegt

Kein Zweifel besteht beim künftigen Bedarf: Wie bereits oben ausgeführt, kommen derzeit auf 100 Erwerbstätige sieben Pflegefälle, für 2050 werden 26 prognostiziert.²⁴

Die Schlüsseltechnologien im Bereich AAL wurden von der Fraunhofer-Gesellschaft wie folgt zusammengefasst (Fraunhofer-Gesellschaft, 2009, p. 25ff):

²² Eine Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen aus dem Jahr 2005 hielt in diesem Zusammenhang fest, dass etwa 80 % der pflegebedürftigen Menschen in Österreich zu Hause durch Angehörige gepflegt werden (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2005, S. 1).

²³ Anwendungen elektronischer Geräte zur medizinischen Versorgung und für andere Aufgaben im Gesundheitswesen

²⁴ (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 31)

- Middleware zur Integration von Geräten und Technologien unterschiedlichster Hersteller und Standards
- Kommunikationstechnologien und -methoden zur Gewährleistung der Bedürfnisse an Dynamik und Selbstorganisation der beteiligten Geräte und Komponenten
- Neuartige Sensoren und Aktoren zur Erfassung der Umwelt und zur Steuerung der in der Umgebung befindlichen Geräte
- Technologien, die auf Basis semantischer Beschreibung den Zustand der Umgebung interpretieren, geeignete Ziele und Aktionen inferieren und Handlungsstrategien ausführen
- Technologien, die eine nahtlose Interaktion des Benutzers in seiner Umgebung ermöglichen

Für die Weiterentwicklung dieser Schlüsseltechnologien sind weitere Fortschritte in den unterschiedlichsten Gebieten notwendig, etwa in der Mikro- und der Nanotechnologie, den Embedded Systems durch zB intelligente Textilien, den Mensch-Technik-Interaktions-Technologien durch zB berührungsempfindliche Displays, Spracherkennung oder Gestikerkennung, den Semantischen Beschreibungssprachen, Sensor-technologien, Technologien zur Erhöhung der Energieeffizienz und der künstlichen Intelligenz.

Einen weiteren wesentlichen Bereich im Kontext der steigenden Bedeutung mobiler Behandlungen stellt die bereits angesprochene *Telemedizin* dar. Charakteristisch ist für die Telemedizin die Erbringung medizinischer Dienstleistungen unter Überwindung von Distanzen. Die Telemedizin birgt damit Potenzial für Qualitätsverbesserungen, für Kosteneinsparungen und ermöglicht vor allem die stärkere Verzahnung des klinischen, ambulanten und rehabilitativen Bereichs. Konkrete Beispiele für Anwendungen aus dem Bereich der Telemedizin sind zB die elektronische Gesundheitskarte, eRezepte, eArztbriefe, elektronische Patientenakte, Gesundheitsinformationssysteme, Gesundheitsportale, medizinische Datenbanken und Ähnliches. Zu den verschiedenen Formen telemedizinischer Anwendungen sind etwa die Telediagnostik (zB Teleradiologie und Telekonsultation), Telekonferenzen, Telemonitoring, Teleteaching und Telelearning sowie Telerehabilitation zu zählen (Wissenschaftlich-Technischer Beirat der Bayerischen Staatsregierung, 2009, p. 41ff).

2.4.4. Wandlung der Gesundheitssysteme

PriceWaterhouseCoopers tätigte im Jahr 2006 zur Veränderung der Gesundheitssysteme folgende Einschätzung: „*Ohne grundlegende Reformen überdauern die meisten nationalen Systeme die nächsten 15 Jahre nicht. Eine konsequente Zusammenführung sektoraler Gesundheitsbestandteile (Integration) sowie ein klarer Fokus auf bestandssichernde Elemente wie zB Qualität, Finanzierbarkeit und Zugang zu den Gesundheitssystemen (Nachhaltigkeit) ist die zusammenfassende Antwort.*“ (PricewaterhouseCoopers, 2006, p. 2). Die Ausdifferenzierung der gesamten Krankenhauslandschaft wird sich auch in Zukunft fortsetzen, wobei insbesondere Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung und Patientenorientierung verstärkte Spezialisierung und auch vermehrte Kooperationen erfordern werden, auch mit vor- und nachgelagerten Bereichen. Private Kranken-

häuser werden generell an Marktanteilen gewinnen, während im ambulanten Sektor medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen stark zunehmen werden (Deutsche Bank Research, 2010, p. 1).

Generell ist in mehreren Ländern eine Reihe von Veränderungen in der Struktur der Gesundheitsversorgung zu beobachten. In der folgenden Abbildung werden eine Reihe von Entwicklungen in der Organisation der Gesundheitsversorgung und deren mögliche Konsequenzen/Auswirkungen dargestellt.

Abbildung 11: Politische und sonstige Einflüsse auf die Versorgungslandschaft

Trend in der Versorgung	Auswirkungen
> Fusionen und Privatisierung der stationären Versorgung	> Private-Public Partnership (PPP) schafft neue Finanzierungsmöglichkeiten > Bündelung der Einkaufsmacht > Schließung ineffizienter Standorte > Outsourcing als Chance
> Verschuldung der Krankenversicherungen – Kostendämpfungsmaßnahmen der Politik	> Stärkerer Generikaabsatz > Eingeschränkte Finanzierung von Innovationen > Einsparungen in der Verwaltung
> Sektorübergreifende Versorgung wird gestützt	> Integrierte Versorgungsmodelle und sektorübergreifende Finanzierung > Bedeutung von Gesundheitsregionen und Clustern steigt

Darstellung entnommen aus: (Wirtschaftskammer Österreich & Roland Berger Strategy Consultants, 2009, p. 11)

In diesem Zusammenhang treten immer wieder Private-Public-Partnership-Modelle (PPP-Modelle) als Finanzierungsquelle für die Gesundheitsversorgung auf. PPP-Modelle werden dabei meist für Infrastrukturprojekte (Krankenhäuser und Kliniken) verwendet, zunehmend aber auch im Bereich der klinischen Dienstleistungen (medizinische Versorgung, inkl. ÄrztlInnen, KrankenpflegerInnen und Expertise). Als Gründe für den Einsatz von Healthcare-PPPs werden etwa genannt: Investitionsbedarf, Budgetengpässe der Regierung, bessere Beschaffung, Zugang zu Kompetenz und Wissen und Service-Kapazitäten (PricewaterhouseCoopers, k.A.).

In einigen EU-Ländern sind PPP-Modelle im Gesundheitswesen bereits häufiger anzutreffen, während Österreich hier noch wenig Erfahrung hat. Projekte, die bereits realisiert wurden, sind etwa der Neubau des Linzer Unfallkrankenhauses (mit dem PPP-Konsortium Alpine, RLB OÖ und VAMED).

Im Bereich der Pflegemodele ist zu beobachten, dass international bereits seit einigen Jahren neue Konzepte eingesetzt werden. Diese Konzepte zielen u.a. darauf ab, die ÄrztlInnen bei ihrer Arbeit zu entlasten, indem bestimmte Aufgaben – wie zB bestimmte Entscheidungsverantwortungen, die

Durchführung von Hausbesuchen, die Beratung und Betreuung von PatientInnen etc. – an nicht-medizinische PraxisassistentInnen delegiert werden²⁵. In den Niederlanden und den USA wird etwa das Advanced Nursing Practice (ANP)-Konzept verwendet, innerhalb dessen ein Pflegespezialist (Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse) – ein/e Gesundheits- und KrankenpflegerIn, die über Expertenwissen, komplexe Entscheidungsfindungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte Praxis verfügt – eingesetzt wird. In Deutschland kommen in dieser Hinsicht zB medizinische Fachangestellte (MFA) zum Einsatz.

2.4.5. Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem

Ein weiterer wesentlicher Trend ist im Streben nach Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem zu finden. Bleiben Produktivität, finanzielle Basis und das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen auf dem derzeitigen Stand, werden Gesundheitseinrichtungen von heute die Nachfrage von morgen nicht mehr decken können. Umfangreiche Untersuchungen (PricewaterhouseCoopers, 2006, p. 4) haben in diesem Kontext ergeben, dass

- die Gesundheitsausgaben in den kommenden Jahren stärker ansteigen werden als bisher,
- ein Gesundheitssystem nur dann hohe Akzeptanz erfährt, in dem die finanziellen Lasten und Risiken sowohl auf private als auch auf öffentliche Schultern verteilt werden,
- die Forderung nach Nachhaltigkeit bei Kosten, Qualität und öffentlichem Vertrauen derzeit die öffentliche Diskussion zur Gesundheitsversorgung dominiert,
- Vorsorge- und Disease-Management-Programme großes Potenzial für eine gleichzeitige Verbesserung des Versorgungsniveaus und zur Kostenreduktion besitzen,
- mit Blick auf den „engagierten Patienten“ (s.o.) vermehrt „pay-for-performance“-Vergütungssysteme sowie eine verstärkte öffentlich-private Kostenteilung (bzw. Selbstbeteiligung an den Kosten) nachgefragt und genutzt werden, und weiters
- Informationstechnologien für das Gesundheitswesen eine integrative und akzelerierende Funktion besitzen.

Als signifikante Merkmale eines nachhaltigen Gesundheitssystems wurden in weiterer Folge die sogenannten sieben (generellen) Säulen der Nachhaltigkeit definiert (PricewaterhouseCoopers, 2006, p. 14):

- Integrative Basis (gemeinsam unter Einbeziehung der wichtigsten Akteure)
- Digitale Infrastruktur
- Anreizorientiertes Nachfragemanagement

²⁵ Vgl. zB http://www.vinzenzgruppe.at/vinzenzgruppe/media/pdf_gruppe/Vortrag_deJong.pdf

- Qualität und Sicherheit
- Strategische Ressourcenallokation
- Innovationsorientierung und Fortschritt
- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Insbesondere auch die elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen wird maßgeblich dazu beitragen, das System transparenter zu machen und neue Möglichkeiten der Prozessoptimierung zu erschließen (Bain & Company, 2011, p. 5).

2.4.6. Life Sciences

Eines der großen Zukunftsfelder innerhalb des Gesundheitssektors sind die sogenannten *Life Sciences*, die in Anlehnung an die diesbezügliche Definition der Life Science Austria die Biotechnologie, die Medizintechnik und die Pharmazie umfassen. Nachfolgend sollen zu den einzelnen Bereichen kurze Übersichten über aktuelle und zukünftige Entwicklungen gegeben werden.

2.4.6.1. Biotechnologie

Biotechnologie beschäftigt sich grundsätzlich mit der Nutzung von Enzymen, Zellen und ganzen Organismen in technischen Anwendungen. Je nach Anwendungsbereich wird unterschieden in rote Biotechnologie (medizinische Anwendungen), grüne Biotechnologie (Pflanzen bzw. Landwirtschaft) und weiße Biotechnologie (Industrie).

Über großes Potenzial verfügt dabei insbesondere die Gentechnologie, aus der zahlreiche hochinnovative Zweige in Medizin und Pharmazie (zB die regenerative Medizin) erwachsen. Ziel ist dabei die Wiederherstellung funktionsgestörter Zellen, Gewebe oder Organe, aber auch die Züchtung von Geweben und Organen. Anwendungsfelder liegen hier vor allem bei der Behandlung von Tumoren, aber auch von anderen Erkrankungen. Es wird davon gesprochen, dass die rote Biotechnologie „*das Tor für eine Individualisierung der Medizin öffnet*“ (Deutsche Bank Research, 2010, p. 9).

Ein neues, internationales Forschungsfeld der Life Sciences stellt auch die BioSystemForschung (Systembiologie) dar, von der man erwartet, dass sie ähnliche Bedeutung erlangen wird wie die Genomik und Proteomik. Mit der Systembiologie sollen Veränderungen in medizinisch relevanten Prozessen (zB Stoffwechsel- und Zellwachstumsprozesse oder Medikamentenwirkungen) vorhergesagt und des Weiteren auch gezielt gesteuert werden. Die Systembiologie bildet die

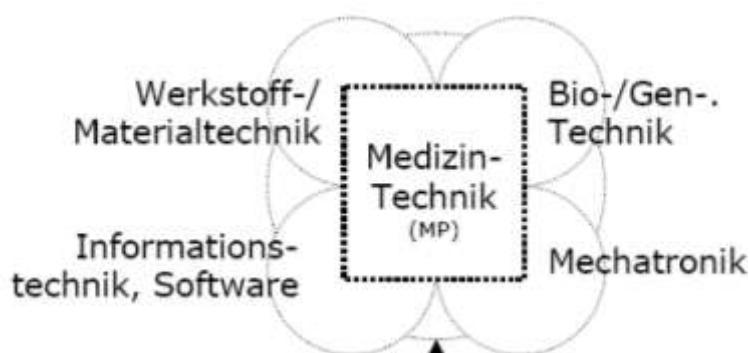
wissenschaftliche Grundlage für neue biotechnologische Verfahren und Zelltherapien (Wissenschaftlich-Technischer Beirat der Bayerischen Staatsregierung, 2009, p. 19).

In Österreich wird ebenfalls in der "roten Biotechnologie", v.a. in den Themenbereichen Krebs und Immunmodulation Potenzial gesehen, insbesondere in wissenschaftlicher Hinsicht mit einer Reihe von Einrichtungen in Wien²⁶. Oberösterreich verfügt zB mit der FH Oberösterreich/Campus Wels in der grünen Biotechnologie und dem Unternehmen DSM Fine Chemicals Austria Nfg GmbH & Co KG in der weißen Biotechnologie ebenfalls über bedeutende Einrichtungen bzw. Unternehmen im Bereich der Biotechnologie.

2.4.6.2. Medizintechnik

Die Medizintechnik wird in relevanten Studien als eine der stärksten Wachstumsbranchen genannt. Wesentliches Element der Medizintechnik ist, dass sie auf bestehenden Technologiefeldern bzw. Wissenschaften, wie den Werkstoffwissenschaften, der IKT, Mechatronik, Bio- und Gentechnik, aufbaut und deren Anwendung und In-Verkehr-Bringung im medizinischen Bereich (CE-Kennzeichnung, Medizinprodukte-Klassifikation etc.) von Beginn an berücksichtigt.

Abbildung 12: Funktionsweise der Medizintechnik



Darstellung entnommen aus: (Zauner, 2009, p. 4)

²⁶ Vgl. zB http://investinaustria.at/uploads/StrkefelderLifeSciences2_10694_DE.pdf

Zu den Innovationsfeldern der Medizintechnik generell zählen etwa²⁷:

- *Bildgebende Verfahren*: Röntgen, Computertomographie, Magnetresonanztherapie (MRT), Bildverarbeitung und Bildanalyse, optische Scanningverfahren, Ultraschallbildgebung etc.; wichtige F&E-Themen sind innovative Teilbereiche wie Screening und Frühdiagnostik, Therapiemonitoring, molekulare Bildgebung, multimodale Systeme, bildgeführte Intervention etc.
- *Prothesen und Implantate*: wichtige F&E-Themen sind hier Hilfen für Behinderte und die Rehabilitation, Neuroprothetik/funktionelle Elektrostimulation, intelligente und nano- bzw. biofunktionalisierte Implantate.
- *Telemedizin und modellbasierte Therapien*: wichtige F&E-Themen sind elektronische Patientenakte, Telemonitoring, Expertensysteme, Ambient Assisted Living und virtuelle Realität.
- *Operative und interventionelle Geräte und Systeme*: Geräte und Verfahren zum operativen, direkten, manuellen und instrumentellen Eingriff am menschlichen Körper; wichtige F&E-Themen sind minimalinvasive Chirurgie, Robotik und Navigation in der Chirurgie, chirurgische Instrumente, etc.
- *In-Vitro-Diagnostik*: Instrumente und Apparate, welche mit Reagenzien zur Labor- oder auch zur Vor-Ort-Untersuchung von aus dem menschlichen Körper stammenden Proben verwendet werden; wichtige F&E-Themen sind die Lab-on-Chip-Technologie, molekulare Diagnostik, Immundiagnostik, dezentrale Diagnostik und individualisierte Medizin.

Als wesentliche Trends innerhalb der Medizintechnik haben sich vor allem die Computerisierung durch IKT-Technologien (leistungsfähigere Implantate durch verbesserte Hard-/Software, modellbasierte Bildverarbeitung und intelligente Steuerung von Dialyse- oder Beatmungssystemen), die Molekularisierung in der Biotechnologie, Zell- und Gewebetechnik (Entwicklung von funktionellen Biomaterialien, Nanopartikel) und die Miniaturisierung in der Mikrosystemtechnik, Nanotechnologie und den optischen Technologien (Anwendung von implantierbaren Mikrosystemen, Laboruntersuchungen vor Ort und Zelldiagnostik) herauskristallisiert (Deutsche Bank Research, 2010, p. 24). Dieser generelle Trend zur Miniaturisierung führt auch zu neuen Einsatzfeldern der Medizintechnik. Ein weiterer Trend wird in neuen Gerätegenerationen nach dem „Baukastenprinzip“ gesehen, die zur Senkung von Herstellungskosten beitragen können (Deutsche Bank Research, 2010, p. 24).

Eine besondere Herausforderung wird auch im Bereich der Diagnostik und der bildgebenden Verarbeitung gesehen, da hier eine Vielzahl von Technologiefeldern zusammengeführt werden muss. Die einzelnen Kompetenzen der verschiedenen Akteure und Komponenten sind dabei so

²⁷ Vgl. (VDI/VDE Innovation und Technik GmbH, Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE, IGM Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Hochschule Neubrandenburg, 2008, p. 26)

weiterzuentwickeln, zu vernetzen und zusammenzuführen, dass technisch einfach handhabbare Geräte entstehen (Wissenschaftlich-Technischer Beirat der Bayerischen Staatsregierung, 2009, p. 28).

Vor dem Hintergrund, dass regulatorische Rahmenbedingungen (Anforderungen an Medizinprodukte etc.) ein wesentliches Element der Medizintechnik darstellen, haben ExpertInnen von Ernst & Young die Rahmenbedingungen für die Medizintechnik folgendermaßen zusammengefasst: „*Today, the industry faces new risks from an increasingly diverse range of sources – not just from the challenge of product development, but also from an uncertain public policy environment, shifting regulatory requirements and growing pricing pressures driven by an increasingly unsustainable health care system – all of which are straining medtech innovation.*“ (Ernst & Young, 2011, p. 6)

2.4.6.3. Pharmazie

Im Bereich der Pharmazie ist in den letzten Jahren der Entwicklungsaufwand für neue Medikamente deutlich gestiegen (zB hinsichtlich der diesbezüglichen klinischen Studien), was die Dauer bis zur Marktreife eines Medikamentes deutlich verlängert hat. Vor diesem Hintergrund wird auch von künftigen Konzentrationsprozessen in der Pharmawirtschaft ausgegangen, um Größenvorteile erlangen zu können (Deutsche Bank Research, 2010, p. 26). In diesem Kontext ist auch eine Entwicklung in der Pharmawirtschaft hinsichtlich der Verlagerung von klinischen Studien von den USA und Europa in den asiatischen Raum wie etwa nach Indien zu beobachten (PricewaterhouseCoopers, 2006, p. 9).

Als weiterer Trend kommt der vermehrte Einsatz von Generika hinzu. Außerdem ist im Pharma-bereich ein Boom hinsichtlich „Lifestyle-Medikamenten“²⁸ zu beobachten, was auf den bereits zitierten Wertewandel hin zu mehr Gesundheitsbewusstsein zurückzuführen ist (Deutsche Bank Research, 2010, p. 26).

2.4.7. Trends im Ausbildungsbereich

Die bisher dargestellten Rahmenbedingungen und Trends führen auch zu neuen bzw. ergänzenden Anforderungen im Bereich der gesundheitsrelevanten Aus- und Weiterbildung. Als wesentliche neue

²⁸ Ein Arzneimittel, das primär nicht der Bekämpfung einer Erkrankung, sondern der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit oder des allgemeinen Wohlbefindens dient.

bzw. ergänzende und komplementäre Ausbildungsbereiche zeichnen sich ab (Wirtschaftskammer Österreich & Roland Berger Strategy Consultants, 2009, p. 23):

- Management und Informationstechnologie
- Qualitätssicherung
- Komplementärmedizin und nicht gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe (in diesem Zusammenhang werden insbesondere auch die Fragen der Qualitäts- und Evidenzsicherung in diesen Bereichen an Bedeutung gewinnen)

Die zitierte Studie enthält in diesem Zusammenhang auch Informationen bezüglich relevanter Ausbildungsstätten in Österreich für die einzelnen Teilbereiche.

Neuere Betätigungsfelder ergeben sich auch an der Schnittstelle zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt, zB in der Gesundheitsförderung (Bewegungs-, Ernährungs- und Stressmanagement, Suchtprävention, betriebliches Gesundheitsmanagement) (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2011b, p. 14).

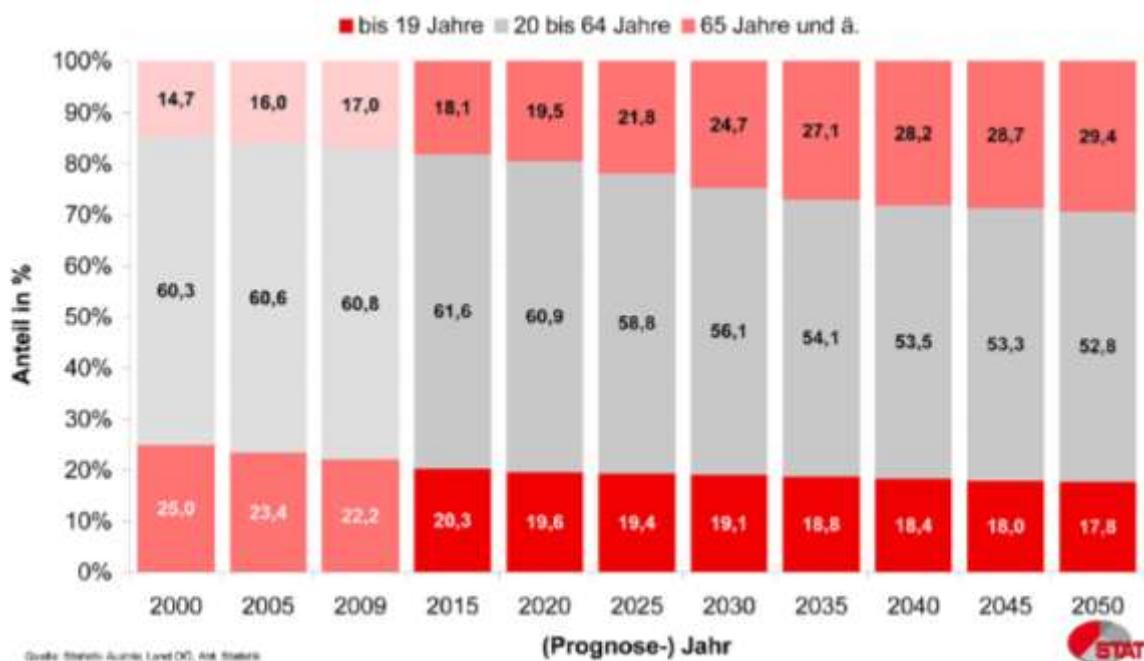
3. Die Alterung der Bevölkerung und damit verbundene wirtschaftliche Chancen

Die eben ausgeführten Trends und Entwicklungen – insbesondere das steigende Gesundheitsbewusstsein bzw. der steigende Gesundheitsbedarf und die Fortschritte in den Life Sciences – sowie generelle ökonomische, soziale und medizinische Fortschritte resultieren grundsätzlich in einem längeren und gesünderen Leben der Bevölkerung. Die sich aus dieser positiven Entwicklung ergebende kontinuierlich steigende Alterung wird wie bereits erwähnt als eine der großen Herausforderungen unserer Gesellschaft beschrieben.

Oberösterreich befindet sich vor diesem Hintergrund – wie auch Österreich und Europa in seiner Gesamtheit – mitten in einem demographischen Wandel, der bedeutende Auswirkungen auf unsere Gesellschaft und Wirtschaft entfalten wird.

Langfristig wird die Zahl der unter 20-Jährigen in Oberösterreich stark zurückgehen: Derzeit fallen noch rund 22 % in diese Altersgruppe, bis 2030 wird der Anteil auf 19 % und bis 2050 auf unter 18 % absinken. Der Gruppe der über 65-Jährigen ist derzeit in Oberösterreich jeder Sechste zuzuordnen, in 20 Jahren wird es jeder Vierte sein, wie auch die nachfolgende Abbildung zeigt.

Abbildung 13: Altersstrukturveränderung in Oberösterreich 2000 und 2050



Darstellung entnommen aus: (Oberösterreichische Wirtschaft, 2011)

Eine Übersicht der Bevölkerungsentwicklung auf Bezirksebene in Oberösterreich zeigt, dass die altersstrukturellen Veränderungen in der Landeshauptstadt und den beiden Städten Steyr und Wels – zuwanderungsbedingt – am geringsten ausfallen. Die Rückgänge bei der Zahl der unter 20-Jährigen in den anderen Bezirken werden zwischen – 2,7% und – 28,2% erwartet, wobei der stärkste Rückgang für den Bezirk Schärding prognostiziert wird (Amt der Oö. Landesregierung, 2011a, p. 11ff).

Neben Kindern bis 19 Jahre tragen insbesondere auch ältere Menschen ab 65 Jahren ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisko. So machen ältere Menschen ab 65 Jahren etwa 21 % der Armutgefährdeten in Österreich aus (BMASK, k.A., p. 41). Insbesondere alleinlebende ältere Frauen zählen dabei zu den Risikohaushalten²⁹.

Die Alterung der Gesellschaft soll aber nicht nur als gesellschaftliche Herausforderung, sondern auch als wirtschaftliches Chancenfeld betrachtet werden. In diesem Sinne plädieren die ExpertInnen der Roland Berger School of Strategy and Economics dafür, sich gezielt auf die Wachstumspotenziale der verschiedenen gesellschaftlichen Herausforderungen zu konzentrieren. So resultiere der demographische Wandel in einer Reihe neuer Nachfragepotenziale. Europa gehöre dabei zu den Regionen, in denen die Bevölkerung zwar schrumpft (und älter wird), der Wohlstand (im Durchschnitt, gemessen am BIP) aber weiter steigt (Roland Berger School of Strategy and Economics, 2012, p. 14+17).

Folgende Aspekte unterstreichen, dass die Alterung der Bevölkerung v.a. auch ein wesentliches Chancenfeld bietet:

- Wie bereits ausgeführt, kommt es neben der Steigerung der Lebenserwartung und der Jahre in Gesundheit der Bevölkerung auch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung der Menschen (gemäß deren Selbsteinschätzung), Gründe liegen zB in einer besseren Ernährung und einer besseren medizinischen Versorgung (Oxley, 2009, p. 10ff).
- Insbesondere die „jüngeren Alten“ (65- bis 75-Jährige – im Gegensatz zu den „älteren Alten“, den 75- bis 85-Jährigen) werden aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung in Zukunft die Gesellschaft aktiv und entscheidend mitprägen können³⁰. Gleichzeitig nimmt allerdings durch die verlängerte Lebenszeit auch der Anteil der Hochbetagten innerhalb der Gruppe der alten Menschen zu.

²⁹ Vgl. zB http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html
Tabelle „Risikogruppen“

³⁰ Vgl. das Interview mit Klaus Haberkern im Standard vom 30. Juli 2012,
<http://derstandard.at/1342948017557/Soziologe-Familie-zerbroeckelt-als-Unterstuetzungsnetzwerk>

- Da der Großteil des Betreuungs- und Pflegebedarfs nach wie vor in den letzten zwei Lebensjahren entsteht, führt die Alterung der Gesellschaft nur insoweit zu einer Ausweitung des Betreuungs- und Pflegebedarfs, als die Anzahl der Pflegebedürftigen zunimmt.
- Das verfügbare Einkommen und Vermögen der älteren Menschen und ihre wirtschaftliche Leistungs- und Kaufkraft ist beträchtlich (Fraunhofer-Gesellschaft, 2009, p. 17). Die Nachfrage der „Best Ager“ nach neuen und innovativen Produkten und Dienstleistungen, die eigens auf die Gruppe der Senioren zugeschnitten sind, sowie nach Gesundheitsleistungen und Pflegediensten wird daher ein immer wichtigerer wirtschaftlicher Faktor (Roland Berger School of Strategy and Economics, 2012, p. 17). Absatzchancen können sich außerdem für klassische Konsumgüter oder Lifestyle-Produkte bieten, indem diese das Qualitätsbewusstsein ansprechen und das Interesse an einem besonderen Produkterlebnis bei der älteren Kundschaft wecken (RKW Kompetenzzentrum, 2011, p. 21).
- Der demographische Wandel birgt hohes wirtschaftliches Potenzial durch die sich ergebenden Veränderungen der Haushaltsstrukturen. Es gibt einen deutlichen Trend zu kleinen Haushaltsgrößen in den Altersgruppen der Älteren; ihre Wohnräume müssen insbesondere auch den Bedürfnissen der Älteren entsprechend ausgestattet werden (RKW Kompetenzzentrum, 2011, p. 22)
- Der demographische Wandel trifft nahezu alle Industrienationen – dadurch entstehen für Firmen, die sich auf Produkte und Dienstleistungen für ältere Menschen spezialisieren, entsprechende Exportmärkte. Unternehmen können dabei von den Gewohnheiten und Traditionen des alltäglichen Lebens ansässiger älterer Menschen profitieren, in dem sie aus diesen entsprechende Geschäftsideen für ausländische Märkte generieren (RKW Kompetenzzentrum, 2011, p. 21).
- Mit Blick auf den Fachkräftemangel wird die Wirtschaft in hohem Maße auf qualifizierte ältere Arbeitskräfte angewiesen sein.

Insbesondere die bedeutende Rolle älterer Erwerbstätiger für Oberösterreich soll im Folgenden kurz erörtert werden. Derzeit gibt es in unserem Bundesland rund 710.000 Erwerbstätige, was einer Erwerbstätigenquote von 74 % entspricht³¹. Zwar wird die Zahl der Erwerbstätigen in Oberösterreich in den nächsten Jahren gemäß den Prognosen der Statistik Austria noch leicht ansteigen, dann aber stetig auf 676.000 Erwerbstätige im Jahr 2030 zurückgehen³².

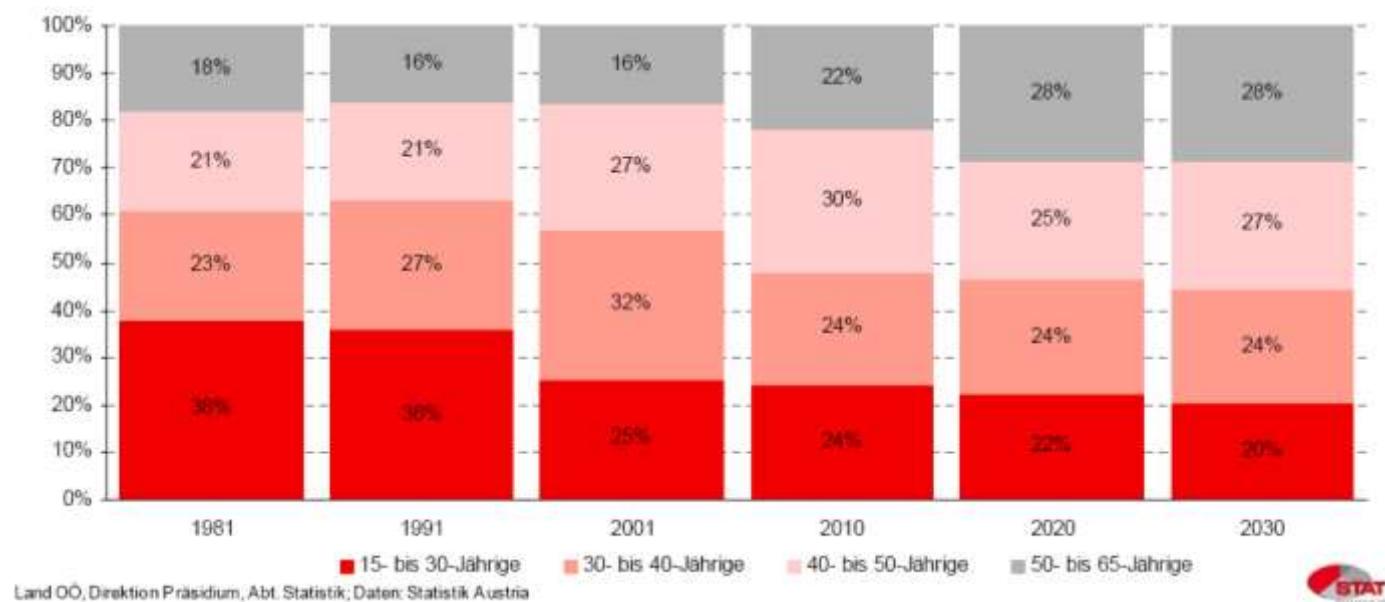
³¹ Erwerbspersonen nach Labour-Force-Konzept (LFK) im Jahresdurchschnitt 2010 bzw. Erwerbstätigenquoten (LFK; 15+ Jahre) im Jahresdurchschnitt 2010 (Statistik Austria, 2011a, p. 271)

³² Vgl. http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/erwerbsprognosen/index.html

Mit dem Rückgang des Arbeitskräfteangebots wird sich auch die Altersstruktur der Erwerbspersonen deutlich ändern. Die „Babyboomer“-Generation (geboren in den späten 50er und 60er Jahren) rückt in ein höheres Erwerbsalter vor, wodurch die Zahl der älteren Erwerbspersonen in Oberösterreich deutlich zunehmen wird. Hinzu kommt, dass Oberösterreich gemäß den Prognosen der Statistik Austria stärker als manch anderes Bundesland bzw. als Gesamtösterreich von einer Alterung der Gesellschaft und damit auch der Erwerbstätigen betroffen sein wird.

Die folgende Abbildung zeigt eine Prognose zur altersmäßigen Entwicklung des Arbeitskräftepotenzials in Oberösterreich bis 2030.

Abbildung 14: Arbeitskräftepotenzial in Oberösterreich 1981-2030



Darstellung entnommen aus: (Fürst, 2011, p. 23)

Die demographische Zukunft des Arbeitsmarktes wird vor diesem Hintergrund von mehreren bedeutenden Entwicklungen gekennzeichnet sein: Aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Menschen in Gesundheit und steigenden Gesundheitskosten wird das derzeit durchschnittliche Pensionsantrittsalter von 57,5 Jahren bei Frauen bzw. 58,9 Jahren bei Männern in Österreich (OECD, 2011, p. 43) volkswirtschaftlich nicht mehr tragbar und dementsprechend eine Ausweitung der Erwerbsphase der Menschen unumgänglich sein. Unternehmen müssen sich daher verstärkt auf den sich altersstrukturell ändernden Arbeitsmarkt anpassen, indem sie sich gezielt um die älteren ArbeitnehmerInnen bemühen und versuchen, diese länger in den Unternehmen zu halten und ihr Unternehmen dabei „demographie-fit“ zu machen.



4. **Gesundheitspolitische und wirtschaftliche Entwicklungen auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene**

Das folgende Kapitel widmet sich kurz den internationalen Entwicklungen im Gesundheitsbereich, bevor eine Reihe von europäischen und nationalen Aktivitäten, die in verschiedenster Weise die Themen der Gesundheit bzw. des Alterns ansprechen, dargestellt werden.

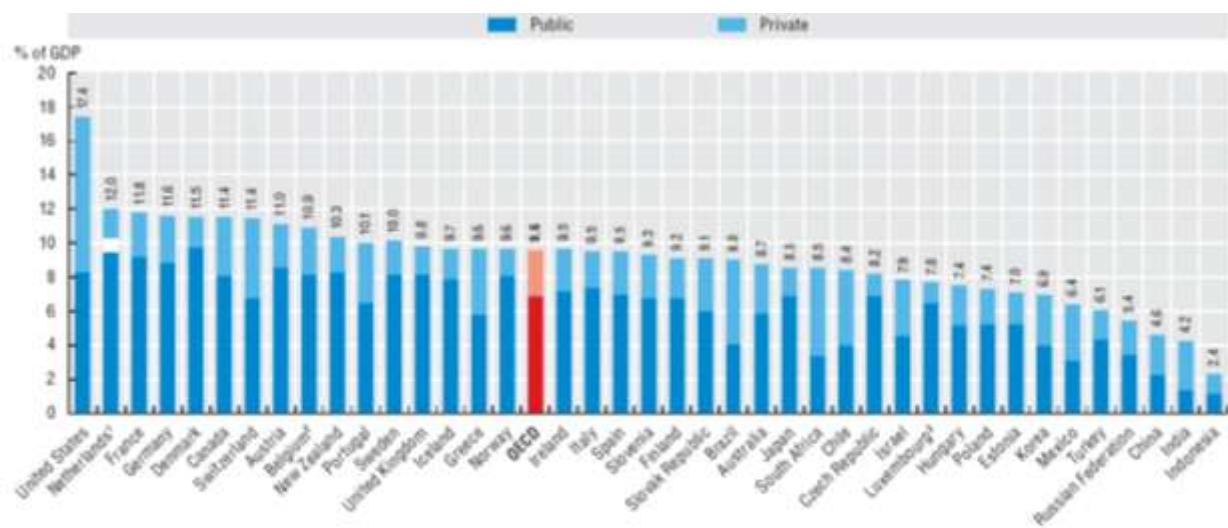
4.1. **Internationale Betrachtung**

Im Folgenden wird die Position Österreichs in gesundheitsrelevanten Themenbereichen im internationalen Vergleich anhand ausgewählter Kennziffern beschrieben.

4.1.1. **Gesundheitsausgaben**

Im OECD-Vergleich liegt Österreich bei den Ausgaben für den Gesundheitsbereich mit einem Anteil von 11 % des BIP (2010) deutlich über dem diesbezüglichen OECD-Schnitt in der Höhe von 9,6 % und generell auch im vorderen Feld. Innerhalb der EU weisen die Niederlande, Frankreich, Deutschland und Dänemark einen höheren Anteil als Österreich auf. In diesen vier Ländern (und nur in diesen vier) liegt auch der Anteil der *öffentlichen* Gesundheitsausgaben am BIP über denjenigen Österreichs.

Abbildung 15: Gesundheitsausgaben in % des BIP 2009 (bzw. aktuellstes verfügbares Jahr)



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Total expenditure excluding investments.
3. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

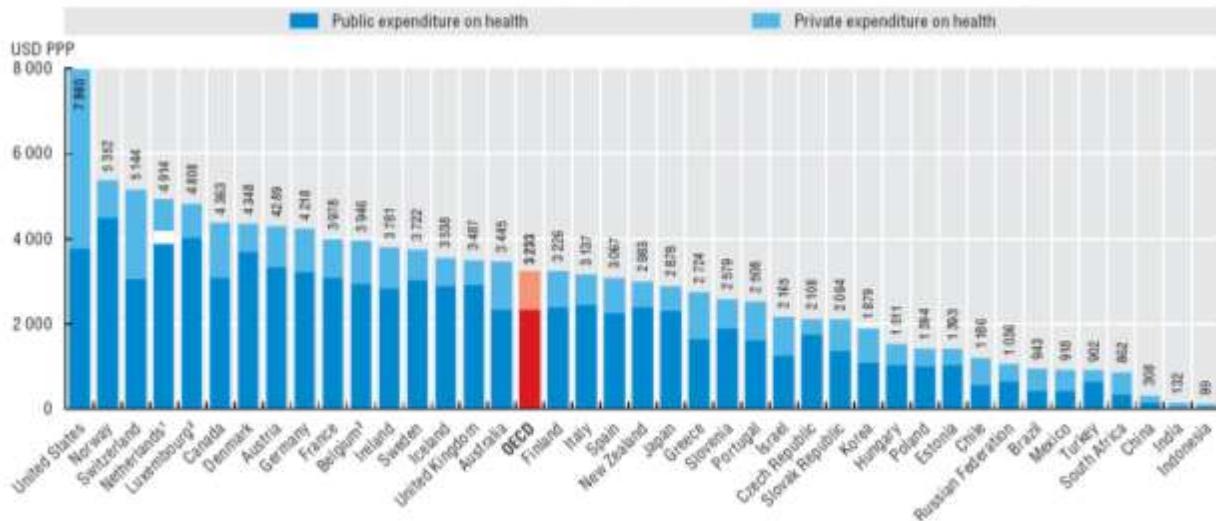
Statistik Austria <http://dx.doi.org/10.1787/888932526103>

Darstellung entnommen aus: (OECD, 2011a, p. 151)

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben pro Einwohner, so liegt Österreich ebenfalls wieder im Umfeld von Deutschland, den Niederlanden und Frankreich. Der diesbezügliche OECD-Durchschnitt lag 2009 bei USD (PPP³³) 3.233, wobei Österreich mit USD 4.289 hier deutlich über dem Durchschnitt lag.

³³ purchasing power parity = Kaufkraftparität

Abbildung 16: Gesundheitsausgaben pro Kopf 2009 (bzw. aktuellstes verfügbares Jahr) in USD (PPP)



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.
3. Total expenditure excluding investments.

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

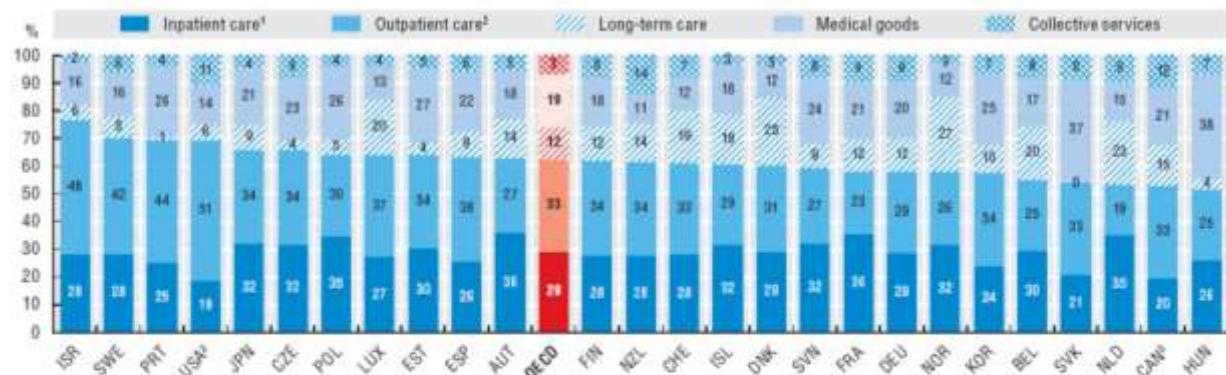
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526046>

Darstellung entnommen aus: (OECD, 2011a, p. 149)

Im Vergleichszeitraum 2000-2009 lag die jährliche durchschnittliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben in Österreich mit 2,2 % sehr deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 4,0 %. Den höchsten Wert weist hier die Slowakei mit 10,9 % auf. Ähnliche Werte wie Österreich sind in Deutschland, Frankreich, Norwegen und Japan zu finden (OECD, 2011a, p. 149).

Wirft man einen Blick auf die verschiedenen Bereiche, die mit den Gesundheitsausgaben bedeckt werden, so zeigt sich, dass der Anteil der Ausgaben, der für die stationäre Behandlung aufgewendet wird, im internationalen Vergleich in Österreich (zusammen mit Frankreich) am höchsten ist.

Abbildung 17: Gesundheitsausgaben nach Bereich (in %), 2009



1. Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day-care settings.

2. Refers to curative-remedial care in hospital
2. Includes home-care and ancillary services.

3 Inpatient services provided by independent billing physicians are included in outpatient care for the United States and Canada.

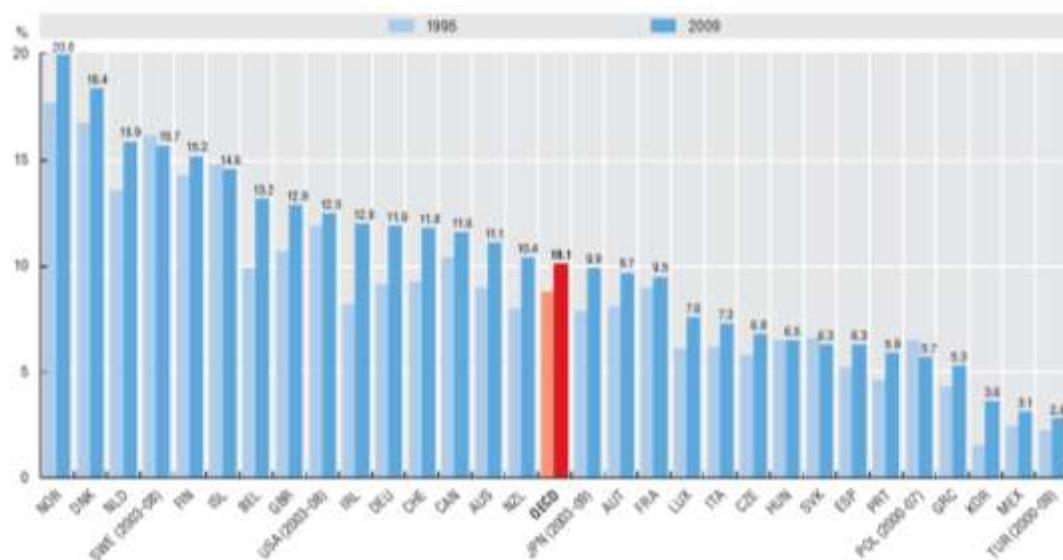
Source: OECD Health Data 2011.

Staples  <http://dx.doi.org/10.1787/888932526160>

Darstellung entnommen aus: (OECD, 2011a, p. 153)

Beim Anteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, gemessen an der Gesamtzahl der Beschäftigten, liegt Österreich mit einem Wert von 9,7 % unter dem OECD-Schnitt von 10,1 %.

Abbildung 18: Anteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, in %, 1995 und 2009



Source: OECD Annual Labour Force Statistics.

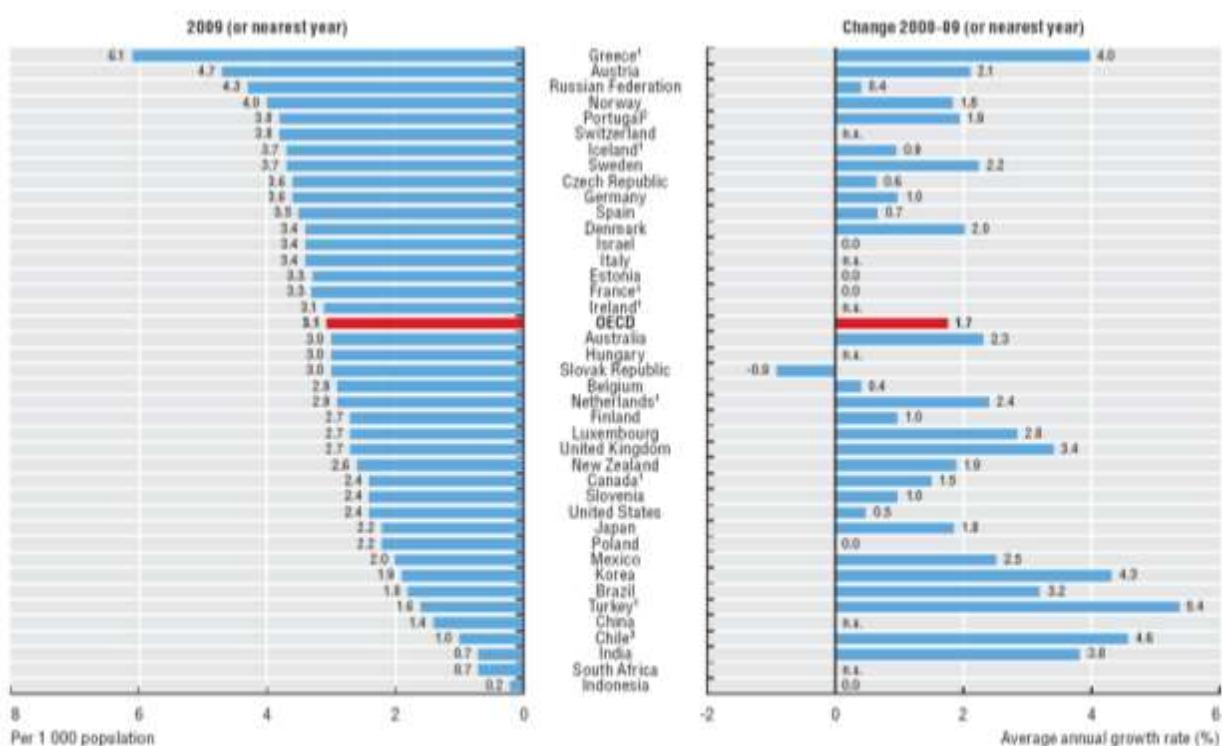
Scielo link: <http://dx.doi.org/10.17897/8888932524032>

Darstellung entnommen aus: (OECD, 2011a, p. 61)

Ein Vergleich der Wachstumsraten der Beschäftigung im Gesundheitssektor im Vergleich zu den Wachstumsraten aller Wirtschaftssektoren zeigt die Dynamik des Sektors auf: In allen Ländern ist die Beschäftigung im Gesundheitssektor stärker gestiegen als in den übrigen Sektoren. Der OECD-Schnitt bei der Wachstumsrate der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen lag zwischen 1995 und 2009 bei jährlich durchschnittlich 2,8 %, in Österreich mit 2,5 % etwas darunter (OECD, 2011a, p. 61).

Im internationalen Vergleich liegt wie bereits erwähnt die Ärztedichte in Österreich mit 4,7 praktizierenden ÄrztInnen pro 1.000 Einwohner sehr hoch, das diesbezügliche Wachstum zwischen 2000 und 2009 lag mit 2,1 % auch deutlich über dem diesbezüglichen OECD-Schnitt von 1,7.

Abbildung 19: Praktizierende ÄrztInnen pro 1.000 Einwohner



1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
2. Data refer to all doctors who are licensed to practice.
3. Data for Chile include only doctors working in the public sector.

Source: OECD Health Data 2011; WHO-Europe for the Russian Federation and national sources for other non-OECD countries.

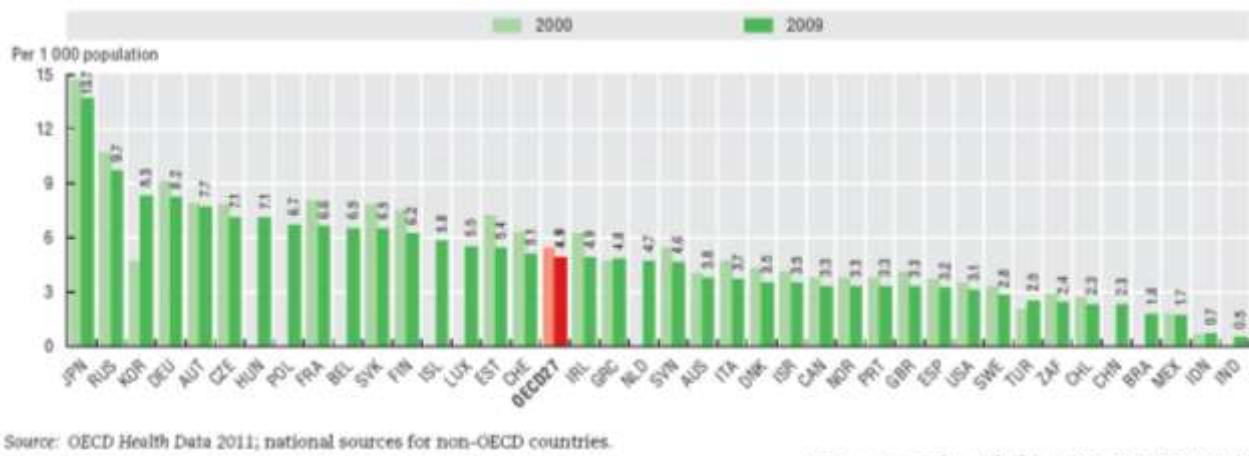
Stacheln <http://dx.doi.org/10.1787/888932524070>

Darstellung entnommen aus: (OECD, 2011a, p. 63)

Die internationalen Statistiken zeigen auch, dass in Österreich nicht nur die Ärztedichte extrem hoch ist, sondern dass Österreich auch bei den Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner (im Jahr

2009) eine Position im vorderen Feld unter den OECD-Staaten einnimmt: Während im OECD-Durchschnitt pro 1.000 Einwohner 4,9 Krankenhausbetten zur Verfügung stehen, sind es in Österreich 7,7. Die Liste führt Japan mit 13,7 Betten an.

Abbildung 20: Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner



Source: OECD Health Data 2011; national sources for non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524545>

Darstellung entnommen aus: (OECD, 2011a, p. 85)

4.2. Relevante Aktivitäten auf europäischer Ebene

Im Folgenden werden die verschiedenen strategischen Dokumente und Aktivitäten auf europäischer Ebene dargestellt, die in verschiedenster Weise die Themen der Gesundheit bzw. des Alterns ansprechen.

4.2.1. Europa 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum

In der Wachstumsstrategie der EU für das kommende Jahrzehnt finden die Themen Gesundheit und Alterung in mehrfacher und unterschiedlicher Weise Berücksichtigung. Nachfolgend werden diesbezüglich relevante Zitate aus der Strategie wiedergegeben:

Eine der mit „Europa 2020“ verbundenen Initiativen, die Leitinitiative zur „Innovationsunion“, hält die Themen Gesundheit und Altern bzw. demographischer Wandel als gesellschaftliche Heraus-

forderungen fest, die einen Schwerpunkt im strategischen Forschungsplan der Europäischen Kommission darstellen:

„Ziel dieser Initiative ist die Neuausrichtung unserer F&E- und Innovationspolitik auf die Herausforderung, denen sich unsere Gesellschaft gegenübergestellt sieht: Klimawandel, Energie- und Ressourceneffizienz, Gesundheit und demographischer Wandel.... Auf EU-Ebene übernimmt die Kommission folgende Aufgaben: die Vollendung des Europäischen Forschungsraums, die Entwicklung eines strategischen Forschungsplans mit den Schwerpunkten Energieversorgungssicherheit, Verkehr, Klimawandel und Ressourceneffizienz, Gesundheit und Alterung, umweltfreundliche Herstellungsmethoden und Bodenbewirtschaftung sowie die Förderung der gemeinsamen Planung mit den Mitgliedstaaten und Regionen.....“
(Europäische Kommission, 2010a, p. 15)

Auch in der Leitinitiative „Eine Digitale Agenda für Europa“ werden die Potenziale erfasst, welche sich durch die zunehmende Bedeutung von Gesundheit und Altern ergeben:

„Die Mitgliedstaaten wiederum sind aufgefordert...die Einführung und Verwendung moderner Online-Dienste zu fördern (zB elektronische Behördendienste, Online-Gesundheitsdienste, Smart Home, digitale Kenntnisse, Sicherheit).“ (Europäische Kommission, 2010a, p. 17)

Im Rahmen des in der Europa 2020-Strategie angesprochenen „Integrativen Wachstums“ werden die wirtschaftlichen Potenziale von Gesundheit und Alter angesprochen:

“Gleich wichtig wird auch unsere Fähigkeit sein, Gesundheit und Aktivität im Alter zu fördern, um den sozialen Zusammenhalt und eine höhere Produktivität zu ermöglichen.“
(Europäische Kommission, 2010a, p. 22)

Hinsichtlich der Leitinitiative „Eine Agenda für neue Kompetenzen und neue Beschäftigungsmöglichkeiten“ wird festgehalten:

„Die Kommission übernimmt folgende Aufgaben: den gesetzgeberischen Rahmen im Einklang mit den Grundsätzen der „intelligenten“ Regulierung an sich wandelnde Beschäftigungsmuster (zB Arbeitszeiten, Standort) und neue Risiken für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz anzupassen.“ (Europäische Kommission, 2010a, p. 22)

Im Rahmen der Ausführungen zur Leitinitiative „Europäische Plattform zur Bekämpfung der Armut“ werden als Aufgaben der Europäischen Politik festgehalten:

„...Angemessenheit und Nachhaltigkeit der Systeme der sozialen Sicherung und der Altersvorsorge zu prüfen und Möglichkeiten eines besseren Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu erkunden.“ (Europäische Kommission, 2010a, p. 23)

Die Mitgliedstaaten werden weiters aufgefordert, die Systeme der sozialen Sicherung und der Altersvorsorge so auszubauen, dass eine angemessene Einkommensstützung und der Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet sind.

4.2.2. Siebtes Rahmenprogramm für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration der Europäischen Union³⁴

Das 7. Rahmenprogramm für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration der Europäischen Union hat eine Laufzeit von 7 Jahren (2007-2013) und ein Gesamtbudget von rund € 54 Mrd. (davon € 4 Mrd. Euro für das EURATOM-Programm). Das Programm setzt sich aus vier zentralen Säulen zusammen: Kooperation, Ideen, Menschen, Kapazitäten. Die mit über € 30 Mrd. höchstdotierte Säule „Kooperation“ umfasst zehn thematische Prioritäten, eine davon stellt der Bereich „Gesundheit“ dar. Das Budget dafür liegt bei € 6,1 Mrd. für die gesamte Laufzeit des Programms.

In diesem Bereich werden drei Themenfelder mit den zugehörigen Forschungsbereichen fokussiert³⁵:

- Biotechnologie, Generische Instrumente und Technologien für die menschliche Gesundheit, u.a.:
 - Hochdurchsatz (High-Throughput)
 - Erkennung/Diagnose und Monitoring
 - Eignung/Sicherheit/Wirksamkeit von Therapien
 - Innovative therapeutische Ansätze und Interventionen
- Translationale Forschung – Forschung zur Übertragung grundlegender Erkenntnisse in den Dienst der menschlichen Gesundheit; u.a.:
 - Integration biologischer Daten und Prozesse
 - Gehirnforschung und verwandte Krankheiten
 - Menschliche Entwicklung und Alterung
 - Translationale Forschung in den wichtigsten Infektionskrankheiten, um den großen Gefahren der öffentlichen Gesundheit entgegenzutreten
 - Translationale Forschung in anderen schweren Krankheiten, wie Krebs, kardiovaskuläre Leiden, Diabetes, seltene und chronische Krankheiten
- Optimierung der Gesundheitsfürsorge, u.a.:
 - Übertragung von klinischer Forschung in die klinische Praxis
 - Qualität, Effizienz und Solidarität von Gesundheitssystemen

³⁴ Für die Informationen zum 7. Rahmenprogramm vgl. www.era.gv.at und <http://rp7.ffg.at>

³⁵Vgl. zB auch ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/docs/fp7-health-oct2007_en.pdf

- Erleichterte Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung

Als Querschnittsthemen werden Kindergesundheit, die Gesundheit der alternden Bevölkerung und Gesundheitsthemen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Bedürfnissen der Geschlechter angesprochen.

Die Forschungsschwerpunkte in den Ausschreibungen im Bereich „Gesundheit“ im Jahr 2012 beinhalten u.a. die Themen Ageing inklusive Gesundheitssysteme, Medizintechnik und seltene Krankheiten.

Im 7. Rahmenprogramm wird weiters eine spezifische Initiative zum Thema „Ambient Assisted Living“ umgesetzt.

4.2.3. Horizon 2020³⁶

Das Nachfolgeprogramm zum 7. Rahmenprogramm, das Horizon 2020-Programm, läuft von 2014-2020 und soll ein Budget von insgesamt über € 80 Mrd. haben. Seine konkrete Ausgestaltung wird aktuell auf EU-Ebene verhandelt.

Mit Horizon 2020 sollen schwerpunktmäßig drei Hauptziele gefördert werden. Mit € 24,6 Mrd. (gemäß dem derzeitigen Vorschlag der Europäischen Kommission) soll die *weltweit führende Stellung der EU in der Wissenschaft* durch den Europäischen Forschungsrat (ERC) unterstützt werden. Die *Sicherung der industriellen Führungsposition in der Innovation* soll mit € 17,9 Mrd. gefördert werden. Schließlich sollen – aufgeteilt auf sechs Hauptthemen – € 31,7 Mrd. für die großen gesellschaftlichen Herausforderungen bereitgestellt werden. Diese sind:

- Gesundheit, demographischer Wandel und Wohlergehen
- Ernährungs- und Lebensmittelsicherheit, marine und maritime Forschung sowie die Biowirtschaft
- Sichere, saubere und effiziente Energie
- Intelligenter, umweltfreundlicher und integrierter Verkehr
- Klimaschutz, Ressourceneffizienz und Rohstoffe
- Integrative, innovative und sichere Gesellschaften

Zu den spezifischen Themen im Bereich „Gesundheit, demographischer Wandel und Wohlergehen“ zählen:

- Das Verstehen der Determinanten von Gesundheit, Verbesserung von Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung

³⁶ Siehe dazu rp7.ffg.at und (Europäische Kommission, 2011a; Europäische Kommission, 2011a)

- Entwicklung von effektiven Screeningprogrammen und Verbesserung der Beurteilung von Empfänglichkeit für Krankheiten
- Verbesserung von Beobachtung und Vorbereitung
- Das Verstehen von Krankheiten und Leiden
- Entwicklung von besseren Vorsorgeimpfstoffen
- Verbesserung in der Diagnostik
- Anwendung von in-silico Medizin zur Verbesserung von Seuchenmanagement und Vorhersage
- Behandlung von Krankheiten
- Wissenstransfer zur klinischen Praxis und skalenfähigen Innovationsangelegenheiten
- Bessere Verwendung von Gesundheitsdaten
- Verbesserung von wissenschaftlichen Instrumenten und Methoden zur Unterstützung der Politik
- Active Ageing, unabhängiges und assistiertes Leben
- Individuelle Ermächtigung zum gesundheitlichen Selbstmanagement
- Förderung von integrierter Versorgung
- Optimierung der Effizienz und Effektivität von Gesundheitsversorgungssystemen
- Spezifische Implementierungs-Aspekte

(Europäische Kommission, 2011a, p. 50)

4.2.4. European Technology Platforms (ETPs)

Im strategischen Forschungsinstrument der Europäischen Technologieplattformen setzen sich entlang verschiedener Forschungsbereiche die jeweiligen wichtigsten Akteure aus Industrie und Wirtschaft, Forschung, Administration und der Öffentlichkeit (bzw. den EndverbraucherInnen) zusammen, erarbeiten gemeinsame Forschungsagenden und beeinflussen damit die Ausgestaltung der jeweiligen Förderaktivitäten der Europäischen Kommission maßgeblich.

Von den aktuell rund 40 Technologieplattformen haben folgende einen direkten Bezug zu den Themen Gesundheit und Altern:

- Nanotechnologies for Medical Applications – im Bereich NanoMedicine geht es v.a. um ein besseres Verständnis der Funktionen des menschlichen Körpers im molekularen und nanometrischen Bereich, genauso wie um die Fähigkeit der Intervention im vorsymptomatischen, akuten und chronischen Stadium von Krankheiten³⁷

³⁷ Siehe dazu <http://www.etp-nanomedicine.eu/public>

- European Nanoelectronics Initiative Advisory Council (ENIAC) – ein relevanter Teilbereich dieser Initiative betrifft das Thema „medical screening und health care equipment“³⁸
- Photonics 21 – als ein Anwendungsbereich für Photonik werden auch die Life Sciences und die Gesundheitsversorgung genannt³⁹
- Innovative Medicines Initiative: siehe Kapitel 4.2.5
- Food for Life – im Fokus steht transnationale Forschung im Bereich Ernährung, Management der Lebensmittelkette und Konsumentenaspekte⁴⁰

4.2.5. Joint Technology Initiatives (JTI)

JTI sind Instrumente zur Umsetzung von Forschungsagenden einzelner Europäischer Technologieplattformen; das Budget kommt dabei aus dem Bereich „Kooperation“ des 7. Rahmenprogramms sowie von den beteiligten Unternehmen selbst.

Von den sechs existierenden JTI ist insbesondere eine für den Bereich Gesundheit und Alterung von Relevanz. Die Innovative Medicines Initiative (IMI) widmet sich der Beschleunigung der Entwicklung von besseren und sichereren Medikamenten für PatientInnen. Im Rahmen der Initiative werden Gemeinschaftsforschungsprojekte unterstützt und Netzwerke zwischen industriellen und akademischen ExpertInnen zur Steigerung pharmazeutischer Innovationen in Europa gebildet.⁴¹

4.2.6. Joint Programming Initiatives (JPI)

Bei den Joint Programming Initiatives (JPI) handelt es sich um neue europäische Initiativen zur besseren Abstimmung und Koordinierung der verschiedenen nationalen und der europäischen Forschungsbemühungen. Mit den JPIs sollen gemeinsam gesellschaftliche Herausforderungen adressiert werden. Vier der derzeit zehn laufenden JPIs sind für das Themenfeld der Gesundheit und des Alterns von Relevanz:⁴²:

- Neurodegenerative Diseases/Alzheimer's
- A Healthy Diet for a Healthy Life
- More Years, Better Lives

³⁸ Siehe dazu <http://www.eniac.eu/web/index.php>

³⁹ Siehe dazu <http://www.photonics21.org/>

⁴⁰ Siehe dazu <http://etp.ciaa.eu/asp/index.asp>

⁴¹ Siehe dazu <http://www.imi.europa.eu/>

⁴² Informationen unter <http://rp7.ffg.at/jpi> ; www.era-gv.at

- Antimicrobial Resistance

Österreich ist aktuell an den Initiativen „A Healthy Diet for a Healthy Life“ und „More Years, Better Lives“ beteiligt, die Teilnahme an der Initiative „Neurodegenerative Diseases“ wird noch diskutiert.

4.2.7. Digitale Agenda für Europa⁴³

Das grundlegende Ziel der Digitalen Agenda ist es, aus dem digitalen Binnenmarkt Europas einen nachhaltigen wirtschaftlichen und sozialen Nutzen zu ziehen. Unter der Aktionslinie 7 – „**IKT-gestützte Vorteile für die Gesellschaft in der EU**“ – wird davon ausgegangen, dass die Nutzung von IKT dabei helfen wird, die gesellschaftlichen Herausforderungen wie etwa den Klimawandel und den demographischen Wandel zu meistern.

Den Herausforderungen hinsichtlich Gesundheit und Alterung wird unter dem Subziel „**Tragfähige Gesundheitsfürsorge und IKT-gestützte Hilfen für ein würdiges und unabhängiges Leben**“ Rechnung getragen (Europäische Kommission, 2010b, p. 34ff). Genannt werden in diesem Zusammenhang die Einführung von Technologien für elektronische Gesundheitsdienste und die Leitmarktinitiative (lead market initiative) für elektronische Gesundheitsdienste und Technologien für ein umgebungsunterstütztes Leben (Ambient Assisted Living, AAL). Als konkrete Aktionsmaßnahmen werden dabei u.a. die folgenden genannt:

- Durchführung von Pilotmaßnahmen zur Schaffung eines sicheren Online-Zugangs zu den Gesundheitsdaten bis 2015 und zur breiten Einführung telemedizinischer Dienstleistungen bis 2020
- Empfehlung zur Festlegung eines gemeinsamen Mindestsatzes von Patientendaten, um bis 2012 die Interoperabilität beim Zugang und elektronischen Austausch von Patientenakten zwischen Mitgliedstaaten sicherzustellen
- Förderung der EU-weiten Normung, Interoperabilitätsprüfung und Zertifizierung von Systemen für elektronische Gesundheitsdienste bis 2015
- Intensivierung des gemeinsamen Programms für umgebungsunterstütztes Leben (AAL)

4.2.8. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing

Ziel dieser Initiative ist es, der Bevölkerung bis 2020 ein längeres Leben im eigenen Heim in gutem Gesundheitszustand zu ermöglichen. Diese Initiative wurde von der Europäischen Kommission ins

⁴³ Siehe dazu (Europäische Kommission, 2010b)

Leben gerufen⁴⁴. Umgesetzt wird sie im Rahmen von drei Themenfeldern „Prävention und Gesundheitsförderung“, „Pflege und Heilung“ und „Aktives und unabhängiges Leben älterer Menschen“. Grundsätzlich soll mit dieser Initiative auch zu einer Verlängerung der Anzahl der durchschnittlichen gesunden Lebensjahre der Bevölkerung um zwei Jahre bis 2020 beigetragen werden.

4.2.9. Interactive Platform Health Competence

Diese Plattform enthält alle von der EU Kommission unterstützten Projekte seit 2004, die den Bereich Gesundheit und Life Sciences betreffen. Siehe hierfür
<http://www.healthcompetence.eu/converis/publicweb/area/1353>

4.2.10. Action Plan for Ageing Well in the Information Society

Als Antwort auf die Herausforderungen und Möglichkeiten der Informationsgesellschaft für die alternde Gesellschaft hat die Europäische Kommission im Jahr 2007 einen diesbezüglichen Aktionsplan entworfen. Im Wesentlichen wurden darin zukünftige Investitionen der EU, der Mitgliedstaaten und des privaten Sektors in relevante Forschungsaktivitäten des 7. Rahmenprogramms sowie in das Programm Ambient Assisted Living (AAL), welches ebenfalls einen Teil des 7. Rahmenprogramms darstellt, festgelegt. Die einzelnen Teilbereiche des Aktionsplans waren den Themen „Wohltuendes Altern am Arbeitsplatz“, „Wohltuendes Altern im sozialen Umfeld“ und „Wohltuendes Altern im häuslichen Umfeld“ gewidmet (Europäische Kommission, 2007).

4.2.11. Strategisches Konzept der EU für die Gesundheit (2008-2013)

In einem Weißbuch der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2007 wurden wesentliche Vorgaben für eine neue Gesundheitsstrategie der EU bis 2013 festgehalten, um einen einheitlichen strategischen Rahmen für die EU-weite Zusammenarbeit in Bereichen zu schaffen, in denen die Mitgliedstaaten nicht allein tätig werden können (Europäische Kommission, 2007b). Zu diesem

⁴⁴ Siehe dazu http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

Zweck schlägt das Weißbuch vier Hauptprinzipien und drei strategische Ziele für die nächsten Jahre vor. Die Prinzipien sind dabei die folgenden:

- Prinzip I: Eine auf gemeinsamen Gesundheitswertvorstellungen beruhende Strategie
- Prinzip II: Gesundheit ist das höchste Gut
- Prinzip III: Gesundheit in allen Politikbereichen (HIAP-Konzept)
- Prinzip IV: Mehr Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik

Bei den formulierten Zielen handelt es sich um folgende:

- Ziel I: Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa
- Ziel II: Schutz der BürgerInnen vor Gesundheitsgefahren
- Ziel III: Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien

4.2.12. Mehrjähriges EU-Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit (2014-2020)

Im Einklang mit der Europa 2020-Strategie legte die Europäische Kommission im November 2011 ihren Vorschlag für das Programm „Gesundheit für Wachstum“ (2014-2020) vor (Europäische Kommission, 2011b). Es soll die Mitgliedstaaten dabei unterstützen,

- die Reformen vorzunehmen, die für innovative und nachhaltige Gesundheitssysteme erforderlich sind,
- BürgerInnen mehr Zugang zu besserer und sicherer Gesundheitsversorgung zu geben,
- die Gesundheit der europäischen BürgerInnen zu fördern und Krankheiten vorzubeugen sowie
- BürgerInnen vor grenzübergreifenden Gesundheitsbedrohungen zu schützen.

Hierfür wurden im Zuge des Programms vier Zielsetzungen definiert, in deren Rahmen es insbesondere zu einer Koordinierung und einem Informationsaustausch zwischen den Mitgliedsländern kommen soll:

- Beitrag zu innovativen und nachhaltigen Gesundheitssystemen
- Verbesserung des Zugangs zu besserer und sicherer Gesundheitsversorgung für die BürgerInnen
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Schutz der BürgerInnen vor grenzübergreifenden Gesundheitsbedrohungen

Der Finanzrahmen für die Durchführung des Programms im Zeitraum von 2014-2020 wurde auf € 446 Mio. festgesetzt.

4.3. Trends und Aktivitäten auf nationaler Ebene

Das nachfolgende Kapitel soll einen kurzen Abriss einiger Aktivitäten und Initiativen rund um das Thema Gesundheit und Altern in Österreich geben, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann⁴⁵.

4.3.1. Competence Mall Initiative

Hierbei handelt es sich um eine vom Bundesministeriums für Gesundheit und dem Gesundheits-Cluster Oberösterreich initiierte Netzwerk-Initiative, an der sich in weiterer Folge die weiteren österreichischen Life Science Cluster beteiligten. Ziel der Initiative ist die Förderung kritischer Kompetenzen in den Bereichen Arzneimittel, Biologika, Medizinprodukte, biomedizinische Technik, Krankenhaustechnik und Gesundheitsinformatik für die Erlangung und Aufrechterhaltung nationaler, europäischer und globaler Zulassungen in einem neuen Life Cycle Management. Die angeprochenen Kompetenzen sollen durch eine Qualifizierungsinitiative gefördert werden bzw. in Form einer „Einkaufsstraße“ für die beteiligten Unternehmen übersichtlich verfügbar gemacht werden (Competence for Compliance).⁴⁶

4.3.2. Plattform Gesundheitswirtschaft der WKO

Diese Plattform ist eine Initiative der österreichischen Gesundheitswirtschaft und möchte die Chancen und Möglichkeiten im wachsenden Gesundheitsmarkt nutzen⁴⁷. Österreich soll für den „Megatrend Gesundheit“ fit gemacht und als das Gesundheitsland (im Hinblick auf den Tourismus) in Europa etabliert werden. Die Plattform soll als Treiber und Verstärker relevanter Themen und Initiativen fungieren und alle Branchen rund um das Thema Gesundheit vereinen.

⁴⁵ Vorweg wird angemerkt, dass die Initiative zur Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) nicht berücksichtigt wird, da deren Einführung noch nicht beschlossen wurde.

⁴⁶ Siehe http://www.bmgfj.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Competence_Mall_Initiative/

⁴⁷ Siehe <http://www.wirmachengesundheit.at>

4.3.3. LISA – Life Science Austria

Die Initiative LISA⁴⁸, welche durch die aws im Auftrag des BMWFJ umgesetzt wird, fungiert als Anlaufstelle für Akteure aus dem Ausland für den Life Science-Bereich in Österreich. Ausgewiesenes Ziel der Initiative ist es, österreichische Spitzenleistungen in den Life Sciences sowie die Anbieter von diesbezüglichen Schlüsseltechnologien (Firmen im therapeutischen, medizintechnischen und diagnostischen Bereich) und die zugehörigen Dienstleister, die in fünf österreichischen Clustern aus dem Bereich Life Sciences vertreten sind⁴⁹, international bekannt zu machen.

4.3.4. Gesundheitsportal Österreich

Mit dem Gesundheitsportal Österreich sollen unabhängige, qualitätsgesicherte und service-orientierte Informationen rund um die Themen Gesundheit bzw. Krankheit geboten werden. Die Idee für dieses Portal entstand im Rahmen der Planungen zu ELGA.

Das Angebot umfasst medizinische Themen, aber auch Informationen zur Struktur und Organisation des Gesundheitswesens. Der Leitgedanke der Plattform lässt sich mit dem Schlagwort *Patient Empowerment* zusammenfassen: Sicherstellung und Erweiterung der Mitwirkungs- und Entscheidungsmöglichkeiten der Menschen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung⁵⁰.

4.3.5. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde am 1. August 2006 per Bundesgesetz als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechende Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung errichtet⁵¹. Die bis dahin bestehenden

⁴⁸ Siehe <http://www.lifescienceaustria.at>

⁴⁹ ecoplus, Gesundheits-Cluster Oberösterreich, LISAvienna, Human technology Styria, Cluster Life Sciences Tirol

⁵⁰ Siehe https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Ueber_uns_LN.html

⁵¹ Siehe <http://www.goeg.at/de/Ueber-Us.html>

Gesellschaften Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurden in die GÖG eingegliedert bzw. hat die Gesundheit Österreich deren Gesamtrechtsnachfolge angetreten. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) als dritter Geschäftsbereich wurde 2007 gegründet.

Alleingesellschafter der GÖG ist der Bund, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit.

4.3.6. Nationale HTA-Strategie

HTA steht für Health Technology Assessments (Gesundheitstechnologiebewertungen). Österreich hat im Bereich HTA noch Nachholbedarf. Um vor diesem Hintergrund HTA zielgerichtet in versorgungspolitische Entscheidungsprozesse integrieren zu können, wurde im Jahr 2010 im Auftrag des BMG eine nationale HTA-Strategie veröffentlicht⁵². Diese schreibt gemeinsame Ziele im Gesundheitswesen fest und schafft einen Rahmen für eine verbesserte Verankerung und den verstärkten Einsatz von HTA im österreichischen Gesundheitswesen. So werden darin insbesondere organisatorische und regulatorische Rahmenbedingungen sowie inhaltliche Schwerpunkte des HTA-Prozesses angesprochen (Themenauswahl, Qualitätssicherung der Berichte, Transparenz, Veröffentlichung und Umsetzung von Ergebnissen).

4.3.7. Masterplan Gesundheit

Der Masterplan Gesundheit des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger versteht sich als Reformkonzept mit strategischen Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens. Die Kernforderungen des im Jahr 2010 veröffentlichten Papiers (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010) umfassen folgende Punkte:

- Entwicklung von Gesundheitszielen (zielgerichtet gestalten statt anlassbezogen reagieren), Formulierungen sollen hier politikfeldübergreifend sein (HiAP – Health in All Policies)
- Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung (mehr Gesundheit durch einen ganzheitlichen Ansatz)
- Planung, Steuerung und Qualitätssicherung auf österreichischer Ebene (Voraussetzung für eine dynamische und strategische Entwicklung des Gesundheitswesens)

⁵² Siehe http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Nationale_HTA-Strategie.pdf

- Der/die selbstbestimmte eigenverantwortliche Versicherte (vom Lippenbekenntnis zum Lebensprinzip)
- Entwicklung strukturierter Programme zur Behandlung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen (Disease Management wirkt)
- Neue Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Patientenorientierung (Krankheit kennt keine Öffnungszeiten)
- Qualität messbar machen (Wettbewerb der Besten um Qualität)
- Restrukturierung der Spitäler (Vom traditionellen Spital zum regionalen Gesundheitszentrum)
- Finanzierung (weg von einer einrichtungsorientierten Abgangsfinanzierung zur bedarfsgerechten Mittelverwendung)

4.3.8. Pilotprojekt E-Medikation

E-Medikation bedeutet, dass vom Arzt verordnete oder vom Apotheker rezeptfrei erhältliche Medikamente elektronisch erfasst werden, um erwünschte und unerwünschte Wechselwirkungen leichter überprüfen zu können und bereits bei Verordnung berücksichtigen zu können. Im Jahr 2011 fand in drei Regionen Österreichs (Wien, Oberösterreich und Tirol) ein Pilotbetrieb statt, wobei es sich in Oberösterreich um die Bezirke Wels-Stadt, Wels-Land, Grieskirchen und Eferding handelt.⁵³

4.3.9. Das Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen

Das Jahr 2012 wurde von der EU zum Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen ausgerufen. Die Koordination der verschiedenen Aktivitäten rund um diese Awareness-Initiative erfolgt in Österreich durch das BMASK, wobei in der Umsetzung zahlreiche Akteure auf Bundes- und Landesebene eingebunden sind.

Die verschiedenen Aktivitäten, die insbesondere auf eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit abzielen, sind vier grundsätzlichen Schwerpunkten zugeordnet:

⁵³ Siehe http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=71672&p_tabid=2

- Arbeitswelten
- Teilhabe/Partizipation
- Altern in Gesundheit und Würde
- Generationenbeziehungen

Für eine Übersicht der verschiedenen Maßnahmen wird auf die diesbezüglich eingerichtete Website www.aktivaltern2012.at verwiesen.

5. Relevante Strategien und Programme in Oberösterreich

Wie bereits in Kapitel 2.1.1 dargestellt, sind die Zuständigkeiten für die Gestaltung des Gesundheitssystems im Wesentlichen zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung aufgeteilt. Neben der medizinischen Versorgung in Spitäler übernehmen die Länder u.a. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, verwalten die Sozialhilfe, vergeben Pflegegeld und bieten umfassende Angebote der Gesundheitsförderung.

Wesentliche gesundheitspolitische Spielräume des Landes Oberösterreich ergeben sich insbesondere aus der Zuständigkeit für die folgenden Einrichtungen:

- Landeskrankenanstalten
- Kur- und Therapiezentren
- Oö. Gesundheitsfonds – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben

Bei ersteren konnten insbesondere mit der oö. Spitalsreform II wesentliche Akzente gesetzt werden⁵⁴. Auch bei den Thermen war Oberösterreich in den letzten Jahren sehr aktiv, wurde doch in den letzten Jahren in alle drei Thermenstandorte des Landes – in denen sich jeweils ein Hotel, eine Therme und ein Therapiezentrum befinden – investiert.

5.1. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020

Wesentlich für die oö. Gesundheitspolitik ist die OÖ Gesundheitskonferenz, die sich aus VertreterInnen von Anbietern gesundheitlicher Leistungen, Kostenträgern, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes, Gruppen mit spezifischen Bedarfen sowie der Gesundheitspolitik und -verwaltung zusammensetzt. Die Gesundheitskonferenz ist maßgeblich in die Erstellung der oö. Gesundheitsziele involviert. Die aktuellen, bis zum Jahr 2020 geltenden Gesundheitsziele wurden aufbauend auf einer Reihe von Vorarbeiten vom Institut für Gesundheitsplanung ausgearbeitet. Die endgültigen Gesundheitsziele wurden 2011 in weiterer Folge in der Gesundheitskonferenz, im Land Oberösterreich und in der OÖGKK sowie in angepasster Form von den Städten Linz und Wels beschlossen.

⁵⁴ Siehe dazu http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xblr/SID-AEA84CAF-72414B81/ooe/pr_spitalsreform_sitzung_LA_31052011_endgueltig.pdf

Die öö. Gesundheitsziele werden im Folgenden mit den diesbezüglich vereinbarten Messgrößen angeführt (Institut für Gesundheitsplanung, 2011):

- Wohlbefinden in der Schule erhöhen
- Messgröße: 2020 sind 200 (entspricht ca. 20 %) oberösterreichische Schulen mit dem Gütesiegel Gesunde Schule ausgezeichnet. 200 weitere haben nachhaltige Maßnahmen gesetzt und befinden sich im Prozess der Erreichung des Gütesiegels.
- Arbeitsplätze gesünder gestalten
- Messgröße: 2020 setzen in Oberösterreich 1.270 (10 %) Unternehmen mit 5 bis 50 und 420 (30 %) Unternehmen mit mehr als 50 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen um. Von diesen Betrieben sind 30 Prozent mit dem Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet.
- Gesundheit in den Gemeinden fördern
- Messgröße: 2020 sind 50 % der Gesunden Gemeinden mit dem Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde ausgezeichnet.
- Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern
- Messgröße: 2020 stehen allen (werdenden) Eltern Informationen und bedarfsgerechte Angebote zur Ernährung der Kinder zur Verfügung. In den Kinderbetreuungseinrichtungen wird ausgewogene Ernährung angeboten. Das Thema Ernährung ist in den Kindergartenalltag integriert.
- Zahngesundheit der Kinder verbessern
- Messgröße: Bis 2020 sind 80 % der 6-Jährigen kariesfrei und 12-Jährige weisen im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.
- Bewegung im Jugendalter erhöhen
- Messgröße: Bis 2020 sind 25 % der 11- bis 19-jährigen OberösterreicherInnen täglich mindestens eine Stunde gesundheitswirksam körperlich aktiv. Alle Jugendlichen sind zumindest einmal pro Woche mindestens eine Stunde gesundheitswirksam körperlich aktiv.
- Suchtprävention verstärken
- Messgrößen: Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpräventiven Maßnahmen erreichten OberösterreicherInnen von derzeit rund 80.000 auf 150.000 jährlich gesteigert. Bis 2020 wird die Anzahl der mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreichten oberösterreichischen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren von derzeit rund 3.000 auf 5.000 jährlich gesteigert. Bis 2020 wird der Anteil der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.
- Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken
- Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, mit deren Hilfe Jugendliche beim Aufbau ihrer persönlichen Ressourcen unterstützt werden können. Dabei sollen vor allem jene Lebenskompetenzen vermittelt werden, die die

Entstehung psychosozialer Erkrankungen verhindern. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

- Ältere Menschen aktiv einbeziehen
- *Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, die eine aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben fördern. Dabei sollen auch Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen Generation berücksichtigt werden. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.*
- Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen
- *Messgröße: Bis 2015 sollen Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit aufbereitet werden. Bis 2020 liegen erste Praxiserfahrungen aus mehreren Pilotprojekten vor.*

5.2. Strategisches Wirtschafts- und Forschungsprogramm „Innovatives OÖ 2010plus“

Das strategische Wirtschafts- und Forschungsprogramm „Innovatives OÖ 2010plus“ wurde für die Periode 2010 bis 2013 erstellt und umfasst innovative Strategien und Maßnahmen zur Stärkung des Wirtschafts- und Innovationsstandortes Oberösterreich. Das Programm enthält fünf Themenfelder und 14 Strategien mit den entsprechenden Maßnahmen.

Das Themenfeld „Definition von Forschungsschwerpunkten und Identifikation neuer Forschungsfelder“ enthält sechs Maßnahmen, von denen eine direkt die Life Sciences anspricht. So sollen Aktivitäten gesetzt werden, die es Oberösterreich ermöglichen, am ständig wachsenden Markt der Life Sciences teilzunehmen, wobei insbesondere auch Unternehmen aus den unterschiedlichsten Branchen als Zulieferer dienen sollen.

In diesem Sinne besteht mit Life Science Oberösterreich in ein Programm des Landes Oberösterreich, dass im Gesundheits-Cluster angesiedelt ist und dessen Ziel es ist, die Sichtbarkeit und die Kompetenzen heimischer Unternehmen in dieser Branche hervorzuheben.

Wie in den vergangenen Jahren wird sich das Land Oberösterreich – über den Gesundheits-Cluster – auch künftig an der Dachmarke LISA beteiligen. Für die Partner des Gesundheits-Cluster ergeben sich so zahlreiche Vergünstigungen und Vorteile, um auf ausgewählten Kongressen und Messen der Branche teilzunehmen. Dazu zählen beispielsweise MEDTEC Europe in Stuttgart, Medica in Düsseldorf oder Arab Health in Dubai.

Zudem profitieren Unternehmen von folgenden Maßnahmen:

- Erhöhung der Sichtbarkeit der Life Science Branche in Oberösterreich
 - PR-Aktivitäten (Schaltungen in Fachzeitschriften, Tagespresse)
 - Onlinepräsenz des Bereichs

- Forcierung von Expertenkontakten
 - Wirtschaft und Wissenschaft an einen Tisch bringen
- Förderberatung
- Kooperationen und Vernetzung
 - Workshops zu Branchenthemen (ggf. auch nach Bedarf)
 - Firmenvisiten und Netzwerktreffen
 - Studienreisen zu Best-Practice Regionen

5.3. Gesundheits-Cluster Oberösterreich

Der Gesundheits-Cluster wurde im März 2002 als eine von mittlerweile neun Initiativen der Clusterland Oberösterreich gegründet. Ziel des Clusters ist es, (ober)österreichische Unternehmen im Bereich der Medizin- und Gesundheitstechnologie zusammenzuführen und im Sinne des Netzwerkgedankens die heimische Innovationskraft nachhaltig zu stärken und auszubauen.

Über die vergangenen zehn Jahre entwickelte sich der Gesundheits-Cluster zu dem Fortschrittmacher der Branche und zum größten Branchennetzwerk Österreichs. So werden derzeit rund 220 Partnerbetrieben aus der Gesundheitstechnologie, ihrer Zulieferbetriebe, Gesundheitseinrichtungen sowie Forschungseinrichtungen – innerhalb und außerhalb Österreichs – vernetzt.

In seiner Rolle als Fortschrittmacher unterstützt der Gesundheits-Cluster mit einer Reihe unterschiedlichster Aufgaben:

- Initiierung und Begleitung von firmenübergreifenden Kooperationsprojekten
- Organisation von Gruppenständen auf nationalen und internationalen Fachmessen
- Initiierung und Betreuung von Interessensgruppen
- Unterstützung der Partnerbetriebe im Bereich des Marketings
- Träger von Qualifizierungsmaßnahmen
- Organisation von Netzwerk-Events und aktives Vernetzen der Partnerbetriebe

6. Die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich. Zuerst wird ein kurzer Blick auf die Gesundheitswirtschaft in Österreich sowie die demographische Entwicklung in Oberösterreich geworfen. Im Anschluss wird die oö. Gesundheitswirtschaft selbst fokussiert. Weitere, für die oö. Gesundheitswirtschaft bedeutende Faktoren, nämlich die Themen Forschung & Entwicklung sowie relevante Bildungsangebote, werden in den darauf folgenden Kapiteln dargestellt.

6.1. Zur Gesundheitswirtschaft in Österreich

Wie bereits in Kapitel 2 angedeutet, handelt es sich bei der Gesundheitswirtschaft um einen Markt mit vielen Teilbereichen. Eine konzise Darstellung der gesamten oö. Gesundheitswirtschaft und ihrer Teilbereiche gestaltet sich aufgrund unterschiedlicher Erhebungen und fehlender Daten als sehr schwierig. Die Wirtschaftskammer Österreich hat in Zusammenarbeit mit BASYS erstmals eine umfangreiche Erhebung dieses bedeutenden Wirtschaftsfaktors für das Jahr 2006 unternommen (BASYS, 2011). Zusammen mit Roland Berger wurde die Gesundheitswirtschaft in Österreich bis zum Jahr 2008 ebenfalls im Detail beleuchtet (Roland Berger Strategy Consultants, k.A.). Die wesentlichen Ergebnisse dieser beiden Arbeiten sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Österreichweit ist die Gesundheitswirtschaft mit einem Wertschöpfungsanteil von 11,7 % und rund 618.000 Erwerbstätigen im Jahr 2006 ein bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor. Die inländische Produktion der Gesundheitswirtschaft lag 2006 bei € 46,1 Mrd., davon entfielen € 26,2 Mrd. auf den Kernbereich Gesundheit⁵⁵ und € 19,9 Mrd. auf den erweiterten Gesundheitsmarkt⁵⁶. Zieht man die Bruttowertschöpfung als Kennzahl heran, so gestaltet sich die Aufteilung auf die beiden Bereiche folgendermaßen: Im Kernbereich werden 7,1 % und im erweiterten Bereich 4,5 % der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung erzielt.

⁵⁵ Österreichisches Gesundheitswesen nach Systems of Health Accounts der OECD

⁵⁶ Umfasst die weiteren Güter mit Gesundheitsbezug.

Tabelle 5: Eckwerte zur österreichischen Gesundheitswirtschaft im Jahr 2006

	GESUNDHEITS- WIRTSCHAFT	KERN- BEREICH	ERWEITERTER BEREICH
Produktionswert zu Herstellungspreisen (Mrd. €) in % der Gesamtwirtschaft	46,1 9,6%	26,2 5,4%	19,9 4,1%
Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen (Mrd. €) in % der Gesamtwirtschaft	27,1 11,7%	16,6 7,1%	10,6 4,5%
Konsumausgaben zu Anschaffungspreisen (Mrd. €) in % der Gesamtwirtschaft	32,1 16,7%	19,3 10,0%	12,8 6,7%
Export (fob-Preise; Mrd. €) in % der Gesamtwirtschaft	13,9 10,3%	5,7 4,2%	8,2 6,1%
Import (cif-Preise; Mrd. €) in % der Gesamtwirtschaft	11,9 9,3%	5,5 4,3%	6,4 5,0%
Erwerbstätige (Tsd.) in % der Gesamtwirtschaft	618 15,1%	386 9,4%	232 5,7%

Darstellung entnommen aus: (BASYS, 2011, p. 3)

Betrachtet man die Konsumausgaben in der Gesundheitswirtschaft, so zeigt sich für das Jahr 2006, dass mit 50,5 % ziemlich genau die Hälfte dem ersten Gesundheitsmarkt, und zwar im Kernbereich, zuzuordnen war. Aber auch der zweite Gesundheitsmarkt, insbesondere im erweiterten Bereich, nimmt bereits eine bedeutende Rolle ein: Etwa 30 % der Konsumausgaben entfielen auf diesen, wie auch die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 6: Konsumausgaben⁵⁷ in der Gesundheitswirtschaft nach Güter- und Finanzierungsarten, 2006

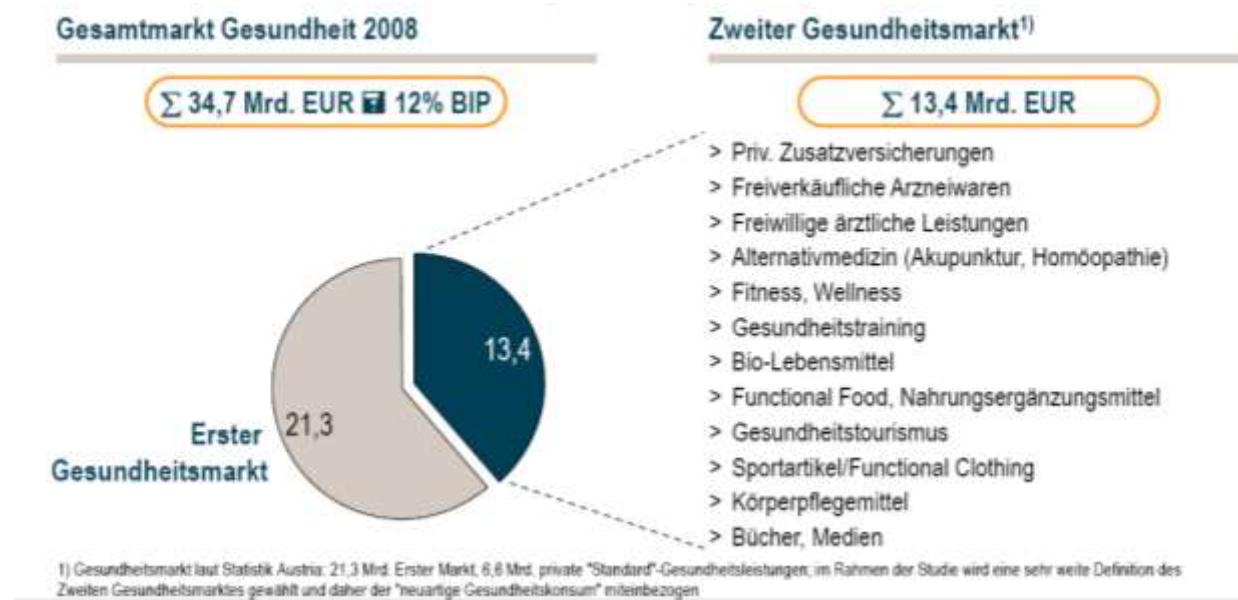
	<i>Erster Gesundheitsmarkt</i>	<i>Zweiter Gesundheitsmarkt</i>	<i>GESAMT</i>
Kernbereich Gesundheits- wirtschaft	16,2 Mrd. € oder 50,5%	3,1 Mrd. € oder 9,6%	19,3 Mrd. € oder 60,1%
Erweiterter Bereich Gesundheits- wirtschaft	1,9 Mrd. € oder 6,0%	10,9 Mrd. € oder 33,9%	12,8 Mrd. € oder 39,9%
GESAMT	18,2 Mrd. € oder 56,5%	14 Mrd. € oder 43,5%	32,1 Mrd. € oder 100%

Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an (BASYS, 2011, p. 8)

Basierend auf einer Hochrechnung der für das Jahr 2005 zur Verfügung stehenden Daten kamen Roland Berger Strategy Consultants für das Jahr 2008 auf ein Volumen der Gesundheitswirtschaft von € 34,7 Mrd. (12 % des BIP), von denen € 21,3 Mrd. auf den ersten und 13,4 Mrd. auf den zweiten Gesundheitsmarkt entfielen.

⁵⁷ Konsumausgaben: private Konsumausgaben und Konsumausgaben des Staates zu Anschaffungspreisen

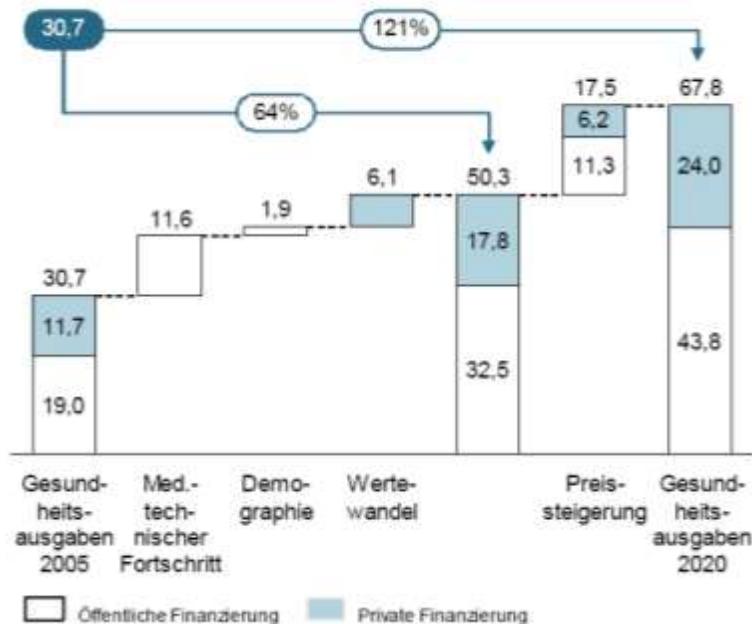
Tabelle 7: Marktvolumen der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2008 in Österreich



Darstellung entnommen aus: (Wirtschaftskammer Österreich & Roland Berger Strategy Consultants, 2009, p. 2)

Wie bereits mehrmals erwähnt, handelt es sich bei der Gesundheitswirtschaft um ein stark wachsendes Marktsegment. Prognosen gehen davon aus, dass der gesamte Gesundheitsmarkt in Österreich von € 30,7 Mrd. im Jahr 2005 auf € 67,8 Mrd. im Jahr 2020 wachsen könnte, was einem Plus von 121 % entsprechen würde. Neben den bereits dargestellten Treibern, dem medizinisch-technischen Fortschritt, der Demographie und dem Wertewandel stellen auch Preissteigerungen einen wesentlichen Faktor für das dynamische Wachstum des Marktvolumens dar.

Abbildung 21: Prognose des österreichischen Gesundheitsmarktes (in € Mrd.)



Darstellung entnommen aus: (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 27)

Die Pro-Kopf-Ausgaben stiegen im Zeitraum 2005-2008 im zweiten Gesundheitsmarkt stärker als im ersten Gesundheitsmarkt an. Die Bedeutung des zweiten Gesundheitsmarkts wird daher auch in Zukunft noch weiter zunehmen bzw. ist den Prognosen zufolge zu erwarten, dass sich dieser auch in Zukunft dynamischer als der erste Gesundheitsmarkt entwickeln wird. Die folgende Abbildung stellt vor diesem Hintergrund das Wachstum in den einzelnen Teilbereichen des zweiten Gesundheitsmarkts für den Zeitraum 1998-2008 dar. Die höchsten jährlichen Wachstumsraten zeigen sich bei den Biolebensmitteln (+ 21,5 %), den Functional drinks (+ 8,8 %) und im Bereich Functional food (+ 7 %).

Abbildung 22: Wachstum im zweiten Gesundheitsmarkt 1998-2008

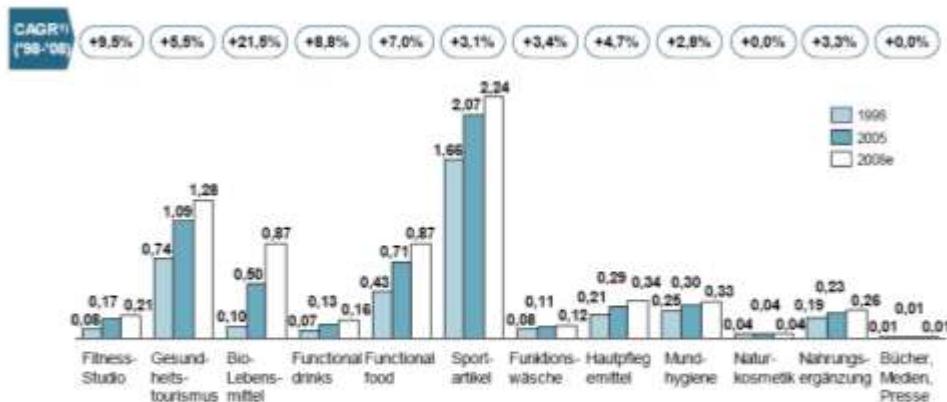


Abb. Marktvolumen des Zweiten Gesundheitsmarktes "zusätzlicher privater Konsum", Quelle: Kreutzer, Fischer und Partner, Austrian Business Agency, Bio Austria, Euromonitor, KMU Forschung

1) Compound annual growth rate = jährliche Wachstumsrate

Darstellung entnommen aus: (Roland Berger Strategy Consultants, k.A., p. 16)

Zur Beschäftigung im Gesundheitsbereich

Die aktuellsten Daten zur Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen liegen für das Jahr 2010 vor, die dabei verwendeten Kategorien sind allerdings nicht mit den vorangegangenen Ausführungen zur Gesundheitswirtschaft – bestehend aus erstem und zweiten Gesundheitsmarkt – vergleichbar. Die Statistik Austria weist hier für das Gesundheits- und Sozialwesen (subsumiert sind hier nur Dienstleistungen!) 9,6 % der Gesamtbeschäftigten (rd. 4,1 Mio.) aus, was absolut etwa 400.000 Beschäftigten entspricht. Hervorstechend ist der hohe Anteil an Frauen in diesem Wirtschaftssektor. Gemessen an der Frauen-Gesamtbeschäftigung in allen Wirtschaftszweigen in Österreich nimmt das Gesundheits- und Sozialwesen bei den Frauen einen Anteil von 16,2 % ein. Bei den Männern sind es hingegen lediglich 4 % (Statistik Austria, 2011b, p. 43).

Der Gesundheitssektor besteht jedoch nicht nur aus den Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens, sondern auch aus dem produzierenden Bereich und anderen Dienstleistungen. Nachdem einige Wirtschaftsbereiche nicht ausschließlich für Gesundheitszwecke genutzt werden, ist eine scharfe statistische Trennung nicht möglich (beispielsweise im Tourismus). Es können aber Daten zu einigen Teilbereichen herausgegriffen werden, um aufzuzeigen, welche Dimensionen sie aufweisen.

Tabelle 8: Beschäftigung in ausgewählten Branchen des Gesundheitssektors, Österreich, 2009

ÖNACE 2008		Anzahl Unternehmen	Beschäftigte ⁵⁸
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	82	10.705
26.6	Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten	50	1.980
32.50	Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien	880	8.581
46.46	Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen	954	14.535
47.73	Apotheken	1.316	14.763
47.74	Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln	302	2.559
72.11	Forschung und Entwicklung im Bereich Biotechnologie	38	2.018

Quelle: Leistungs- und Strukturstatistik 2009 der Statistik Austria

Zum Wirtschaftsfaktor Gesundheits- und Wellness-Tourismus

Eine kürzlich erstellte Studie im Auftrag des BMWFJ beschäftigt sich mit den Potenzialen des Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Österreich (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011a). Betrachtet wurden dabei folgende Kategorien:

- **Wellness-Tourismus: Angebote, deren Schwerpunkt im Bereich des „Wohlfühlens“ und „Entspannens“ liegt**
- **Thermen-Tourismus: Thermal-Badeanlagen mit oder ohne gesundheitlichen Schwerpunkt, die als Allwetter-Infrastruktur genutzt werden können**
- **Alpiner Wellness-Tourismus: Betriebe mit höhenklimatischem Schwerpunkt – integriert in die konzeptive und thematische Aufbereitung**
- **Medical Wellness-Tourismus: Der medizinische Aspekt steht im Fokus der Anwendungen und Behandlungen. Auch der Bereich der Privatkuren (Kuraufenthalte, die nicht durch Sozialversicherungsträger finanziert werden) ist diesem Segment zugeordnet**

⁵⁸ Beschäftigte im Jahresdurchschnitt, selbstständig und unselbstständig

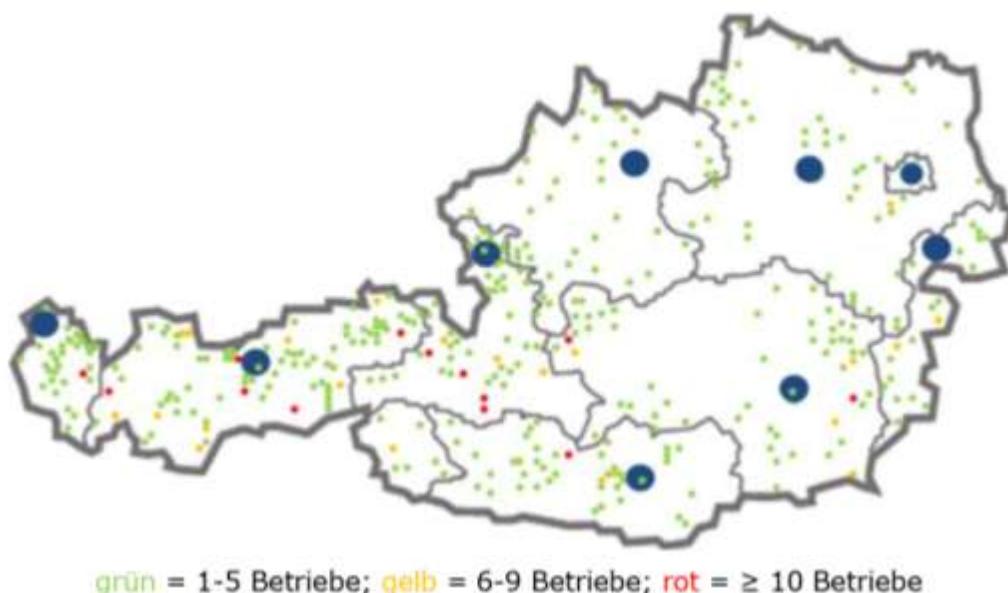
- Ästhetisch/minimalinvasiver Medizintourismus: Umfasst Anwendungen und Eingriffe aus dem Bereich der Anti-Ageing-Behandlungen, der apparativen und präparativen Kosmetik, sowie minimalinvasive Eingriffe aus dem Bereich der plastischen Chirurgie

Betrachtet man die angebotsseitige Ausprägung des Gesundheitstourismus, so lässt sich festhalten, dass dem Gesundheitstourismus in seiner Gesamtheit betrachtet 18 % der gewerblichen Betten in Österreich zuzuordnen sind. Davon entfallen rund 78 % auf Wellness-Tourismus (82.800 Betten), 12 % auf Thermen-Tourismus (14.200 Betten), 2 % auf Alpinen Wellness-Tourismus (3.100 Betten) und 8 % auf Medical Wellness-Tourismus (8.500 Betten) (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011a, p. 4).

Bei der Nachfrage zeigt sich folgendes Bild: 2009 nahmen die gesundheitstouristischen Nächtingen einen Anteil von rund 23 % (18 Mio.) an den gesamten gewerblichen Nächtingen (ohne Ferienwohnungen) ein. Davon wurden etwa 72 % dem Wellness-Tourismus (13 Mio.), 15 % dem Thermen-Tourismus (3 Mio.), 3 % dem Alpinen Wellness-Tourismus (0,5 Mio.) und 10 % dem Medical Wellness-Tourismus (1,5 Mio.) zugeordnet (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011a, p. 5).

Eine Übersicht über die Verteilung der in der genannten Studie erfassten touristischen Einrichtungen gibt die folgende Abbildung.

Abbildung 23: Verteilung der gesundheitstouristischen Einrichtungen in Österreich



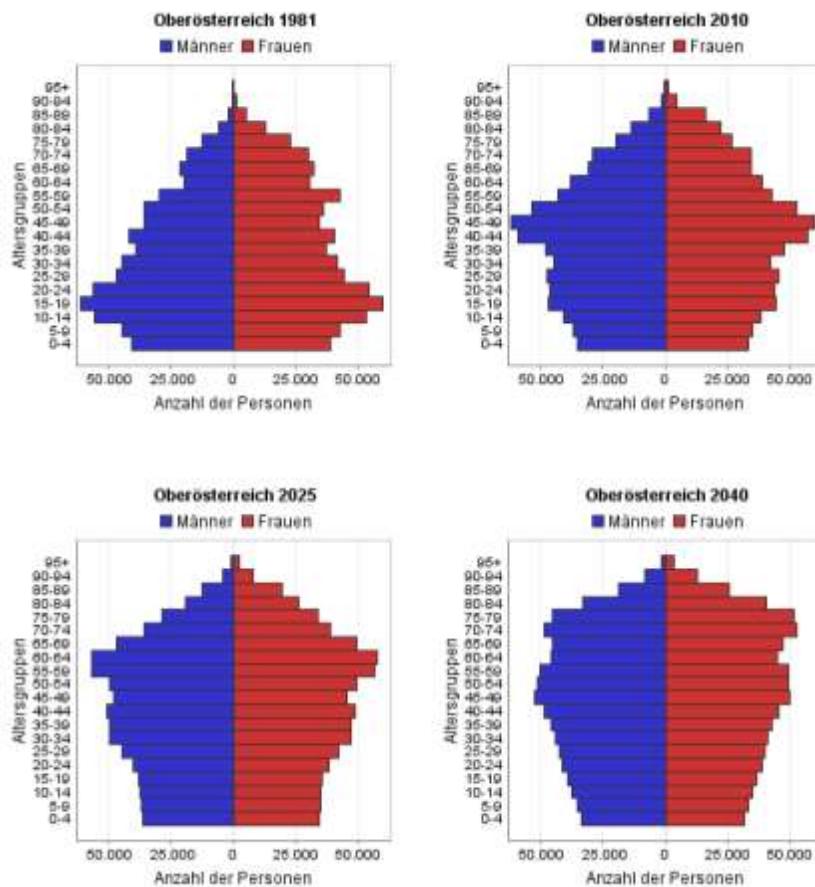
Darstellung entnommen aus: (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011a, p. 6)

6.2. Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich

Betrachtet man die aktuellen Bevölkerungsprognosen für Oberösterreich, so zeigt sich, dass einerseits die Bevölkerungszahl von 2010 (1.418.243 Personen) auf 2025 (1.485.895 Personen) und 2040 (1.531.643 Personen) nur in geringem Maße zunehmen wird, während andererseits der Anteil der Bevölkerung über 64 Jahre deutlich ansteigen wird – von 16,8 % im Jahr 2010 auf 21,9 % im Jahr 2025 und 28,3 % im Jahr 2040⁵⁹. Dies zeigt sich auch in der folgenden Abbildung, in der die Bevölkerungspyramiden Oberösterreichs der Jahre 1981, 2010, 2025 und 2040 einander gegenübergestellt werden.

⁵⁹ Vgl. die diesbezüglichen Daten der Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statprognosen/StartAuswahl.jsp?SessionID=SID-66484294-AD12D697&xmlid=was_statprognosen_DEU_HTML.htm

Abbildung 24: Zusammensetzung der oö. Bevölkerung nach Alter, 1981-2040



Quelle: Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung⁶⁰

Für die Entwicklung bei den Erwerbstätigen in Oberösterreich wird auf Kapitel 3 verwiesen.

Dass Oberösterreich vom demographischen Wandel stärker als Gesamtösterreich betroffen ist, zeigt sich beim Vergleich entsprechender gesamtösterreichischer Werte mit jenen von Oberösterreich. So lag das Bevölkerungswachstum von 2000 bis 2011 für Österreich bei + 5 %, jenes für Oberösterreich hingegen mit + 3,1 % etwas darunter. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau liegt in Oberösterreich mit 1,55 etwas über jener für Gesamtösterreich (1,44). Bei der Lebenserwartung (bei der Geburt) weist Oberösterreich sowohl bei den Männern (78 Jahre) als auch bei den Frauen (83,4 Jahre) höhere Werte als Gesamtösterreich auf (Männer: 77,7 Jahre, Frauen: 83,2) (Statistik Austria, 2011b, p. 125).

⁶⁰ Vgl. http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statprognosen/StartAuswahl.jsp?SessionID=SID-66484294-AD12D697&xmlid=was_statprognosen_DEU_HTML.htm

6.3. Detailinformationen zur Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich

Eine Darstellung der Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich entsprechend der in Kapitel 6.1 verwendeten Aufteilung in ersten und zweiten Gesundheitsmarkt ist mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht möglich. Generell können aufgrund der verfügbaren Zahlen und Daten jeweils nur einzelne Teile der öö. Gesundheitswirtschaft dargestellt werden:

- Beim Gesundheitssektor selbst kann nur auf die Anzahl der Betriebe sowie die Beschäftigten eingegangen werden.
- Für die Unternehmenslandschaft rund um den Gesundheitssektor wird auf die Leistungs- und Strukturdaten der Statistik Austria, die Daten des Gesundheits-Cluster Oberösterreich und auf spezifische Erhebungen zum Gesundheitstourismus zurückgegriffen.
- Weiters wurde, um die Sichtweise von öö. Unternehmen der Gesundheitswirtschaft näher zu beleuchten, eine Reihe von qualitativen Interviews mit FirmenvertreterInnen durchgeführt, die in Kapitel 7 dargestellt werden.

6.3.1. Betriebe und Beschäftigung im Gesundheitssektor in Oberösterreich

In Oberösterreich gab es im Jahr 2009 insgesamt 33 bettenführende Krankenanstalten, davon 15 allgemeine Krankenanstalten und 15 Sonderkrankenanstalten und Genesungsheime. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten belief sich auf 10.289 und jene der berufsausübenden ÄrztInnen auf 6.088. In den Krankenanstalten waren 2009 insgesamt 13.683 Pflegekräfte tätig. Untenstehende Tabelle zeigt den Verlauf der genannten Kennzahlen (sowie einiger weiterer) für Oberösterreich für die Jahre 2007 bis 2009.

Tabelle 9: Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheitsinfrastruktur in Oberösterreich

	2007	2008	2009
Bettenführende Krankenanstalten	36	33	33
Davon allgemeine Krankenanstalten	16	15	15
Davon Sonderkrankenanstalten und Genesungsheime	15	15	15

Davon Sanatorien	3	3	3
Davon Pflegeanstalten für chronisch Kranke	2	-	-
Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten	10.420	10.331	10.289
Berufsausübende Ärzte/Ärztinnen	5.785	5.914	6.088
Pflegepersonal in Krankenanstalten	13.260	13.418	13.683
Anzahl der Apotheken	428	429	439
	1990	2000	2009
Berufsausübende Ärzte auf 100.000 Einwohner	246	330	432
	2006/2007	2007/2008	2008/2009
Schulen und Akademien im Gesundheitswesen	59	61	61
SchülerInnen insgesamt	4.323	4.327	4.086

Quelle: (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik, 2011, p. 24ff)

Eine Betrachtung auf Bezirksebene in Oberösterreich zeigt, dass die Ärztedichte (gemessen an der Zahl der ÄrztInnen mit eigener Praxis bzw. niedergelassenen ÄrztInnen pro 100.000 Einwohner) in Linz mit 346 am höchsten ist, gefolgt von Steyr mit 331 und Wels mit 311. Der oberösterreichische Durchschnittswert liegt bei 189, während der Bezirk Perg mit 119 den niedrigsten Wert aufweist (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik, 2011, p. 24ff).

Über die Zahl der Wohn- und Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern – getrennt nach öffentlich und privat – gibt die folgende Tabelle Auskunft. Oberösterreich verfügte im Jahr 2010 über 129 Wohn- und Pflegeheime, österreichweit existierten 851 – der oö. Anteil an diesen beläuft sich damit auf rund 15 %. Werden die tatsächlichen Plätze als Maßgröße herangezogen, so kann Oberösterreich einen Anteil von 17 % verzeichnen. In absoluten Zahlen liegt Oberösterreich mit 12.696 Wohn- und Pflegeplätzen an 2. Stelle hinter Wien (19.028 Plätze).

Tabelle 10: Wohn- und Pflegeheime/-plätze, nach Bundesländern, 2010

Bundesland	Wohn- und Pflegeheime				Wohn- und Pflegeplätze			
	insgesamt	öffentl	privat	konfessionell	insgesamt	öffentl	privat	konfessionell
Österreich	851	403	369	79	75.038	35.994	32.491	6.553
Burgenland	42	7	30	5	1.969	444	1.106	419
Kärnten	70	25	39	6	4.743	1.635	2.748	360
Niederösterreich	111	58	39	14	11.705	6.820	3.613	1.272
Oberösterreich	129	99	13	17	12.696	10.415	841	1.440
Salzburg	79	66	12	1	5.558	4.546	877	135
Steiermark	199	40	141	18	11.575	3.884	6.736	955
Tirol	82	66	13	3	5.500	4.063	1.151	286
Vorarlberg	54	33	19	2	2.264	1.175	944	145
Wien	85	9	63	13	19.028	3.012	14.475	1.541

Tabelle entnommen aus: (Statistik Austria, 2011a, p. 76)

Per Jänner 2012 wies der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger⁶¹ für Oberösterreich im Wirtschaftsbereich Gesundheits- und Sozialwesen einen Beschäftigtenstand von 42.070 aus. In Relation zur Gesamtbeschäftigung in Oberösterreich (diese lag zum gleichen Zeitpunkt bei 597.421) entspricht dies einem Anteil von 7,0 %. Damit liegt Oberösterreich gleichauf mit dem gesamten Bundesgebiet, auch hier liegt die Relation bei 7,0 %. Zum Vergleich: In der Bundeshauptstadt entfallen auf den Sektor Gesundheits- und Sozialwesen 7,2 % der Beschäftigten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2012).

Eine Übersicht über Zahl und Art der Gesundheitsbetriebe in den österreichischen Bundesländern liefert weiters der Fachverband der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Österreich.

Tabelle 11: Gesundheitsbetriebe nach Bundesländern und Betriebsarten, 2010

	Bgl.	Ktn.	N.Ö.	O.Ö.	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien	Insg.
Privatspitäler	3	25	5	2	13	13	7	6	9	83
Kurbetriebe	4	8	17	15	14	10	11	7	-	86
Reha-Betriebe	2	7	11	6	3	3	6	4	-	42
Ambulatorien für bildgebende Diagnostik	5	11	27	14	5	29	10	6	24	131
Ambulatorien für physikalische Medizin	3	10	31	16	14	64	55	7	32	232
Sonstige Ambulatorien	11	14	25	14	39	80	16	5	96	300
Altenheime und Pflegeeinrichtungen	-	25	43	1	1	169	5	3	21	269
Insgesamt	28	100	159	68	89	368	110	38	182	1.143

Quelle: Fachverband der Gesundheitsbetriebe, VRKU

Darstellung entnommen aus: (Wirtschaftskammer Österreich, 2012a, p. 72)

⁶¹ http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/839420_Beschaeftigte_in_Oesterreich.xls

Diese Auflistung zeigt, dass Oberösterreich mit 68 Gesundheitsbetrieben deutlich hinter anderen Bundesländern zurückliegt. Die in absoluten Zahlen meisten Gesundheitsbetriebe finden sich in der Steiermark mit 368 Betrieben (mit einem enorm hohen Anteil an Altenheimen und Pflegeeinrichtungen, nämlich 169 von insgesamt 269), gefolgt von Wien mit 182 Betrieben und Niederösterreich mit 159 (Wirtschaftskammer Österreich, 2012a, p. 72).

6.3.2. Oö. Unternehmen im erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft

Eine erste Annäherung an die oö. Unternehmen im Bereich der Gesundheitswirtschaft liefert der Gesundheits-Cluster Oberösterreich. Per September 2011 zählte der Cluster 228 Partner mit mehr als 37.500 Beschäftigten und einem **Gesamtumsatz von ca. € 4,6 Mrd.**

Von den 228 Partnern sind 139 in Oberösterreich beheimatet. Unter diesen finden sich 90 Unternehmen, die sich mit ihren Produkten und Dienstleistungen rund um den Gesundheitsbereich (aber nicht nur) positionieren. Von diesen sind 15 als Großunternehmen zu klassifizieren, 38 als KMU und 37 als Kleinstunternehmen.

Eine Aufschlüsselung der im Gesundheits-Cluster vertretenen Unternehmen ist nur über alle Partner hinweg verfügbar. Demnach sind 53,2 % dem Bereich Produktion & Handel zugehörig, 26 % sind Berater & Dienstleister, 14,5 % werden der Aus- und Weiterbildung zugeordnet und bei 6,3 % handelt es sich um Gesundheitseinrichtungen⁶².

Für eine nähere Betrachtung der oö. Gesundheitswirtschaft wird im Folgenden auf die Leistungs- und Strukturdaten der Statistik Austria zurückgegriffen. Als Basis dafür dient eine Sonderauswertung der Statistik Austria gemäß der ÖNACE 2008-Klassifikation. Gemäß dieser lassen sich elf Wirtschaftsbereiche (bzw. ÖNACE-Codes) der Gesundheitswirtschaft zuordnen. Allerdings werden für den Gesundheitssektor selbst – ÖNACE-Codes Q 86.1, Q 86.2 und Q 86.9 – von der Statistik Austria keine Leistungs- und Strukturdaten erhoben. Auch können zum Bereich des Gesundheitstourismus keine Daten aus der Leistungs- und Strukturstatistik herausgelesen werden, da diese im ÖNACE-Code „**Beherbergung und Gastronomie**“ enthalten sind. Vor diesem Hintergrund beziehen sich die folgenden Ausführungen auf jene Wirtschaftsbereiche, die zwar nicht Teil des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Ärzte), aber grundsätzlich der (erweiterten) Gesundheitswirtschaft zuzuordnen sind.

⁶² Siehe http://www.gesundheits-cluster.at/806_DEU_HTML.php

Tabelle 12: Wirtschaftsbereiche der Gesundheitswirtschaft nach ÖNACE 2008

Code	Bezeichnung
C 21.10	Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen
C 21.20	Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen
C 26.60	Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten
C 32.50	Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien
G 46.46	Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen
G 47.73	Apotheken
G 47.74	Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln
M 72.11	Forschung und Entwicklung im Bereich Biotechnologie
Q 86.1	Krankenhäuser
Q 86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen
Q 86.9	Gesundheitswesen a. n. g.

Anmerkung: Für die ÖNACE-Codes Q 86.1, Q 86.2 und Q 86.9 wurden keine Leistungs- und Strukturdaten erhoben

6.3.2.1. Anzahl der Betriebe

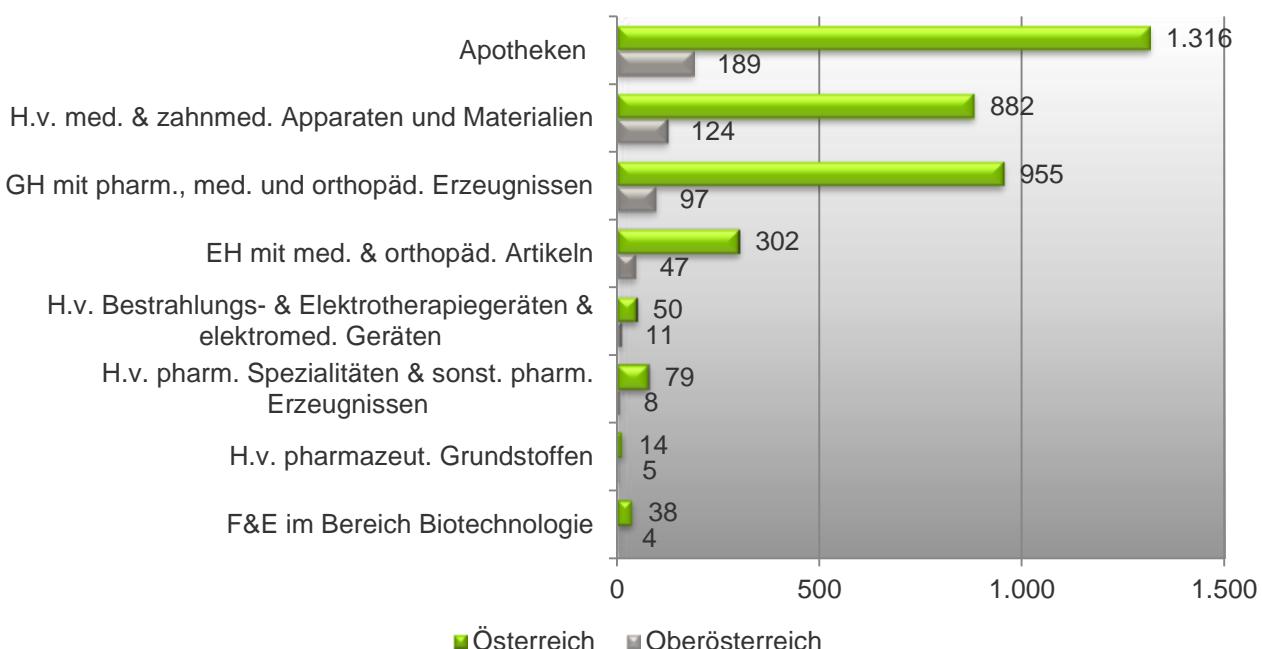
Gemäß den Daten der Statistik Austria gab es in 2009 in Österreich 3.636 und in Oberösterreich 485 Betriebe in der Gesundheitswirtschaft, wobei hier wie erwähnt Krankenhäuser (Q86.1), Arzt- und Zahnarztpraxen (Q86.2) und Betriebe aus dem anderweitig nicht genannten Gesundheitswesen (Q86.9) sowie der Gesundheitstourismus aufgrund der fehlenden Datenbasis nicht mit eingerechnet sind. Damit sind über 13 % der erfassten Betriebe in Oberösterreich angesiedelt.

Über die Hälfte der relevanten Betriebe in Oberösterreich machen die 189 Apotheken sowie die 124 Betriebe aus, die in der Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien tätig sind. In beiden Branchen liegt der prozentuale Anteil bei knapp über 14 % im

Vergleich zu ganz Österreich. Mit 97 aktiven Betrieben ist der Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen ebenfalls stark in Oberösterreich ausgeprägt, im Bundesländervergleich nimmt Oberösterreich hier den zweiten Rang hinter Wien ein, wo knapp die Hälfte der Betriebe sesshaft sind. Bei der Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen stammen fünf der 14 Betriebe aus Oberösterreich.

Die Verteilung nach Branchen ähnelt dabei jener für ganz Österreich, wie aus der nachfolgenden Abbildung ersichtlich wird:

Abbildung 25: Anzahl der Betriebe in der Gesundheitswirtschaft in Österreich und Oberösterreich 2009 nach Branchen



Quelle: Statistik Austria (Sonderauswertung)

6.3.2.2. Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft

Im Jahr 2009 waren in Österreich 55.072 Personen in den erfassten Betrieben der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, 13 % (absolut: 7.184) davon in Oberösterreich. Im Bundesländervergleich sind damit nach Wien (21.705 Beschäftigte in 2009) die meisten der in der Gesundheitswirtschaft angestellten Personen in Oberösterreich tätig.

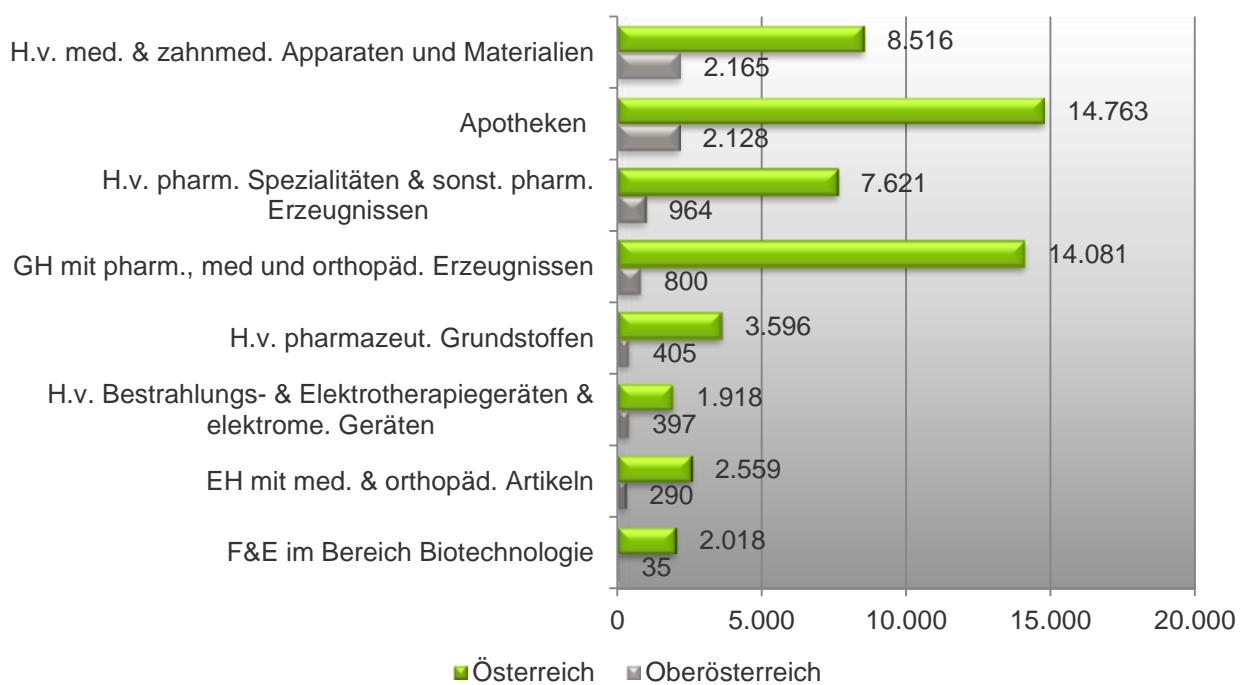
Wie bei den oben beschriebenen Betrieben liegen auch hier die Apotheken und die Hersteller von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien in Oberösterreich an der Spitze.

Bei Letzteren ist die Anzahl mit 2.165 Beschäftigten sogar etwas höher als bei den Apotheken mit 2.128. Damit werden als Anteile an den insgesamt in Österreich angestellten Personen Werte von 25 % im Bereich der Herstellung von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien sowie 14 % bei den Apotheken erreicht, was im Länderranking die 1. bzw. die 3. Stelle (hinter Wien und Niederösterreich) bedeutet.

In Betrieben, welche in der Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen tätig sind, waren 2009 964 Personen in Oberösterreich angestellt, was knapp 13 % aller Beschäftigten in dieser Branche in Österreich entspricht. In der Branche Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromechanischen Geräten liegt dieser Wert bei annähernd 21 %.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Beschäftigung im Gesundheitswesen in Oberösterreich im Vergleich zu ganz Österreich.

Abbildung 26: Beschäftigte im Jahresdurchschnitt in den einzelnen Branchen der Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich und Österreich im Jahr 2009



Quelle: Statistik Austria (Sonderauswertung)

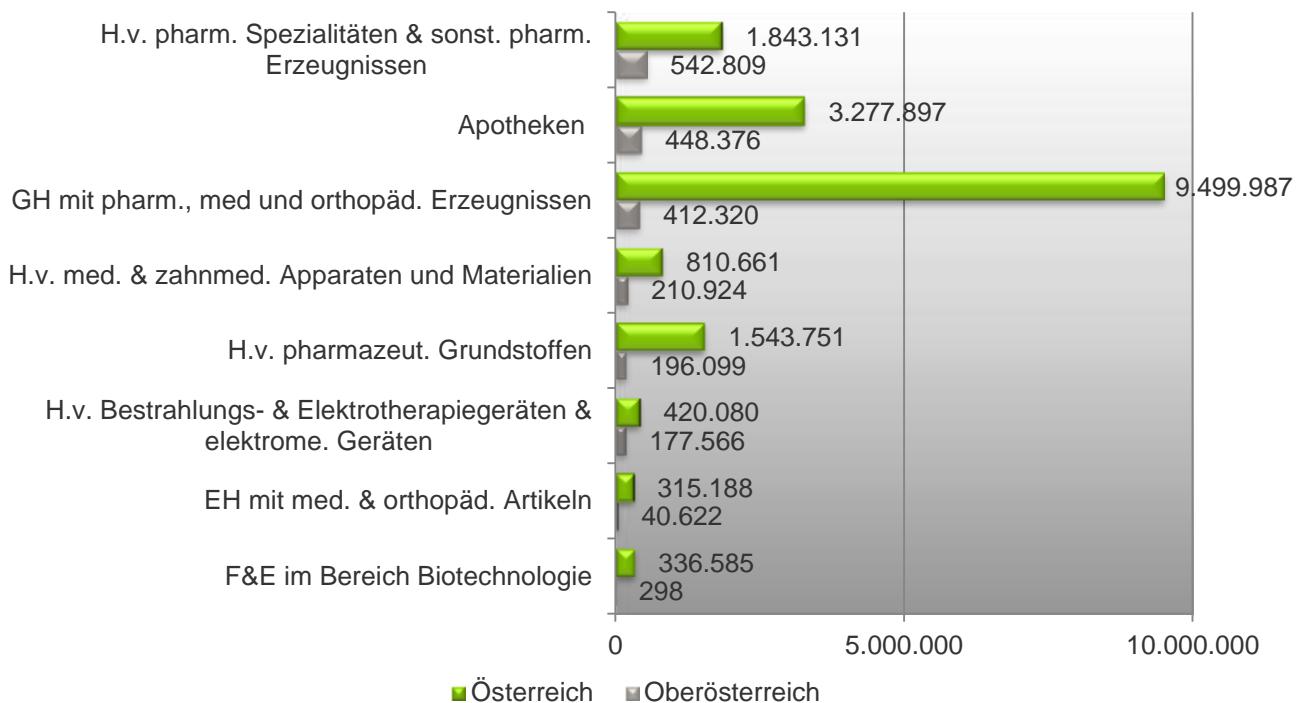
6.3.2.3. Betriebserlöse in der Gesundheitswirtschaft

In Österreich wurden 2009 in den erfassten Betrieben der Gesundheitswirtschaft Betriebserlöse (ohne Umsatzsteuer) in Höhe von € 18,05 Mrd. erwirtschaftet, mit € 9,5 Mrd. stammte dabei über die Hälfte aus dem Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen. 11,2 % der gesamten erfassten Erlöse wurden dabei von oberösterreichischen Unternehmen erwirtschaftet, was einem Wert von über € 2 Mrd. entspricht. Damit liegt Oberösterreich im Bundesländervergleich nach Wien (€ 9,26 Mrd.) an 2. Stelle.

Betrachtet man die einzelnen Branchen, so zeigt sich, dass in Oberösterreich mit der Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen am meisten umgesetzt wurde. Die Erlöse in Höhe von knapp € 543 Mio. bedeuten einen Anteil von 29,5 % an den gesamten österreichischen Erlösen dieser Branche und die 2. Stelle im Ländervergleich nach Wien (€ 692 Mio.).

Apotheken mit € 448 Mio. und der Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen mit € 412 Mio. erwirtschafteten ebenfalls einen großen Teil der oberösterreichischen Betriebserlöse in der Gesundheitswirtschaft, auch wenn letzterer „nur“ 4,34 % der gesamtösterreichischen Erlöse in der Branche ausmachte.

Abbildung 27: **Betriebserlöse (in € 1.000; ohne Umsatzsteuer) in den einzelnen Branchen 2009 in Oberösterreich und Österreich**



Quelle: Statistik Austria (Sonderauswertung)

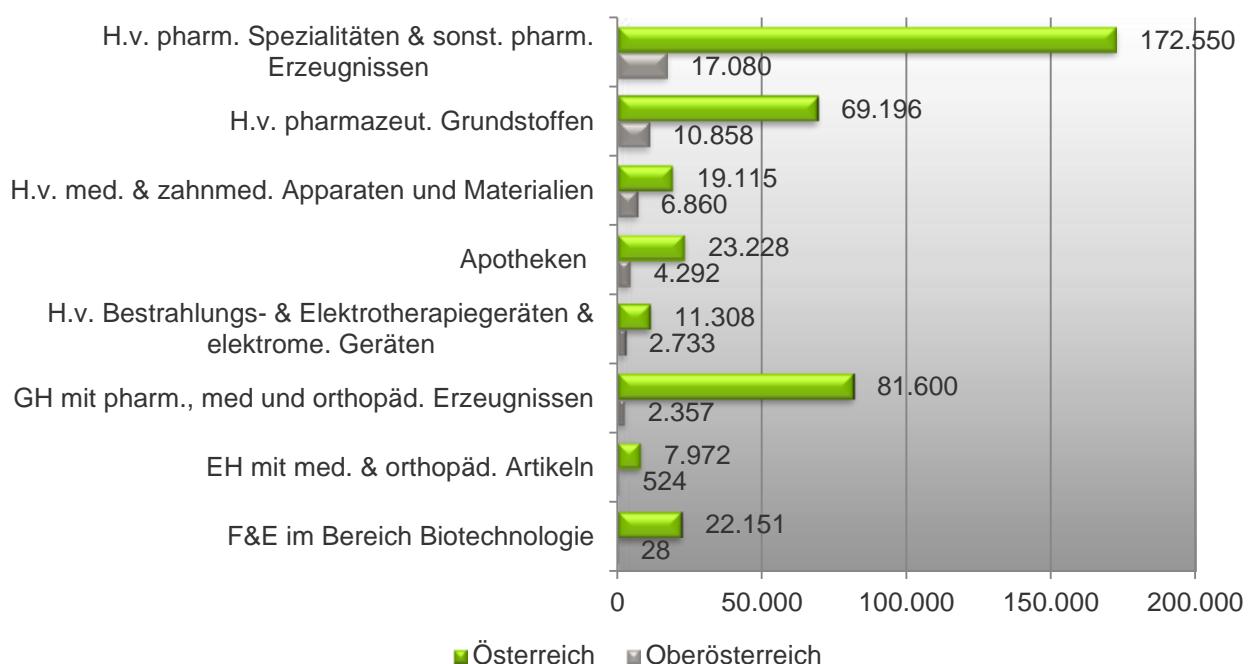
6.3.2.4. Bruttoinvestitionen in der Gesundheitswirtschaft

Die erfassten Betriebe der Gesundheitswirtschaft aus Oberösterreich investierten 2009 knapp € 45 Mio. in Sachanlagen. Addiert man sämtliche Betriebe dieses Sektors in Österreich, liegen deren Bruttoinvestitionen bei rund € 407 Mrd., womit sich ein prozentualer Anteil Oberösterreichs von knapp elf Prozent ergibt. Damit liegt Oberösterreich hinter Wien (€ 151,2 Mio.) und Niederösterreich (€ 57,87 Mio.) im Vergleich der Bundesländer.

In Oberösterreich investierten in der Herstellung von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen tätige Betriebe mit € 17 Mio. am meisten, gefolgt von Herstellern von pharmazeutischen Grundstoffen mit € 10,9 Mio. und Herstellern von medizinischen und zahnmedizinischen Apparaten und Materialien mit € 6,9 Mio. Für letztergenannte Branche entspricht dies einem Anteil von knapp 36 % aller in Österreich getätigten Investitionen dieser Sparte. Die Hersteller von pharmazeutischen Grundstoffen kommen hier auf einen Wert von knapp 16 %,

Hersteller von pharmazeutischen Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen auf 9,9 %. Knapp ein Viertel aller Investitionen bei den Herstellern von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromechanischen Geräten wurde ebenfalls in Oberösterreich getätigt (€ 2,7 Mio.).

Abbildung 28: Bruttoinvestitionen in Sachanlagen nach Branchen in
Oberösterreich und Österreich (in € 1.000)



Quelle: Statistik Austria (Sonderauswertung)

6.3.2.5. Der Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Oberösterreich

Aus der bereits zitierten Studie zu den Potenzialen des Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Österreich (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011a) ist ersichtlich, dass die Anzahl touristischer Gesundheitsbetriebe in Oberösterreich bei 57 liegt, was einem Anteil von 5,8 % aller österreichischen Gesundheitstourismus-Betriebe entspricht (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011b, p. 55), wie auch die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 29: Anzahl touristischer Gesundheitsbetriebe in Österreich nach Bundesland

Bundesland	Wellness-Tourismus	Thermen-Tourismus	Alpiner Wellness-Tourismus	Medical Wellness-Tourismus	GESAMT
Burgenland	16	24	0	3	43
Kärnten	85	5	2	10	102
Niederösterreich	34	5	0	15	54
Oberösterreich	35	8	0	14	57
Salzburg	142	4	11	15	172
Steiermark	76	49	0	11	136
Tirol	313	3	1	14	331
Vorarlberg	63	0	10	6	79
Wien	1	1	0	0	2
Österreich	765	99	24	88	976

Darstellung entnommen aus: (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011b, p. 55)

Mit 877.800 gesundheitstouristischen Nächtigungen entfielen 4,8 % aller derartigen Nächtigungen auf Oberösterreich. Oberösterreich liegt in dieser Hinsicht im Bundesländervergleich am vorletzten Platz (vor Wien), Spitzenreiter ist Tirol mit über 6,4 Mio. gesundheitstouristischen Nächtigungen.

Abbildung 30: Gesundheitstouristische Nächtigungen in Österreich nach Bundesland

Bundesland	Wellness-Tourismus-Nächtigungen		Thermen-Tourismus-Nächtigungen		Alpiner Wellness-Tourismus-Nächtigungen		Medical Wellness-Tourismus-Nächtigungen		Gesamt Gesundheitstouristische Nächtigungen	Gesamt Nächtigungen Österreich
	absolut	Anteil an 3*/4*/5*	absolut	Anteil an 3*/4*/5*	absolut	Anteil an 3*/4*/5*	absolut	Anteil an 3*/4*/5*		
		Hotellerie in %		Hotellerie in %		Hotellerie in %		Hotellerie in %		
Burgenland	499.200	30,1%	567.900	34,3%	0	0%	61.600	3,7%	1.128.700	3.900.000
Kärnten	1.172.500	5,2%	250.000	1,1%	28.200	0,1%	96.200	0,4%	1.346.900	12.700.000
Niederösterreich	794.900	12,9%	150.000	2,8%	0	0%	223.300	3,6%	1.192.600	6.400.000
Oberösterreich	407.000	10,9%	270.000	7,5%	0	0%	192.200	5,2%	877.800	6.900.000
Salzburg	2.290.900	37%	113.900	3,6%	334.200	5,4%	414.300	6,7%	3.263.700	23.700.000
Steiermark	1.185.600	36,2%	1.275.300	38,9%	0	0%	287.300	8,8%	2.740.200	10.700.000
Tirol	5.934.400	318%	63.300	3,4%	21.100	1,1%	414.100	22,2%	6.432.900	43.000.000
Vorarlberg	725.900	8,6%	0	0,0%	179.000	2,1%	142.700	1,7%	1.047.600	6.200.000
Wien	21.500	0,2%	0	0,0%	0	0%	0	0%	21.500	9.800.000
Gesamt	13.031.900	19,46%	2.833.800	4,23%	562.500	0,84%	1.831.700	2,74%	18.259.900	124.300.000

Darstellung entnommen aus: (con.os tourismus.consulting gmbh, 2011b, p. 97)

7. Ergebnisse der durchgeführten Unternehmensbefragung

Um die Sichtweise von oö. Unternehmen der Gesundheitswirtschaft näher zu eruieren, wurden leitfadengestützte qualitative Interviews mit VertreterInnen von neun Unternehmen durchgeführt. Die folgenden Ausführungen geben die Ergebnisse dieser Gespräche wieder. Sie können nur eingeschränkt als repräsentativ für die oö. Gesundheitswirtschaft gelten, geben aber dennoch einen tiefen Einblick insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei den befragten Unternehmen um oö. Leitbetriebe der Gesundheitswirtschaft handelt. Die Interviews wurden von MitarbeiterInnen des Gesundheits-Cluster Oberösterreich durchgeführt⁶³. Eine Übersicht der interviewten UnternehmensvertreterInnen findet sich in Anhang B:.

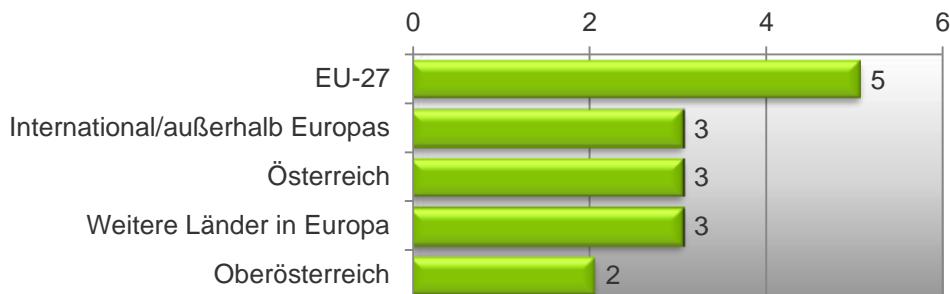
7.1. Zu den befragten Unternehmen

Die neun befragten Unternehmen stammen aus verschiedenen Branchen und bieten daher auch unterschiedliche Produkte und Dienstleistungen an. Diese reichen von der Entwicklung medizintechnischer Produkte über Softwarelösungen für die psychische Altenpflege und Computertechnik für Menschen mit Behinderung bis zu Kunststoffprodukten für den analytischen Bereich, diagnostischer Bildgebung sowie Telefonie. Auch werden weltweit Gesundheitseinrichtungen errichtet und betrieben.

Als wichtigster Absatzmarkt der befragten Unternehmen dient die EU, der regionale Markt Oberösterreich spielt eine geringere Rolle.

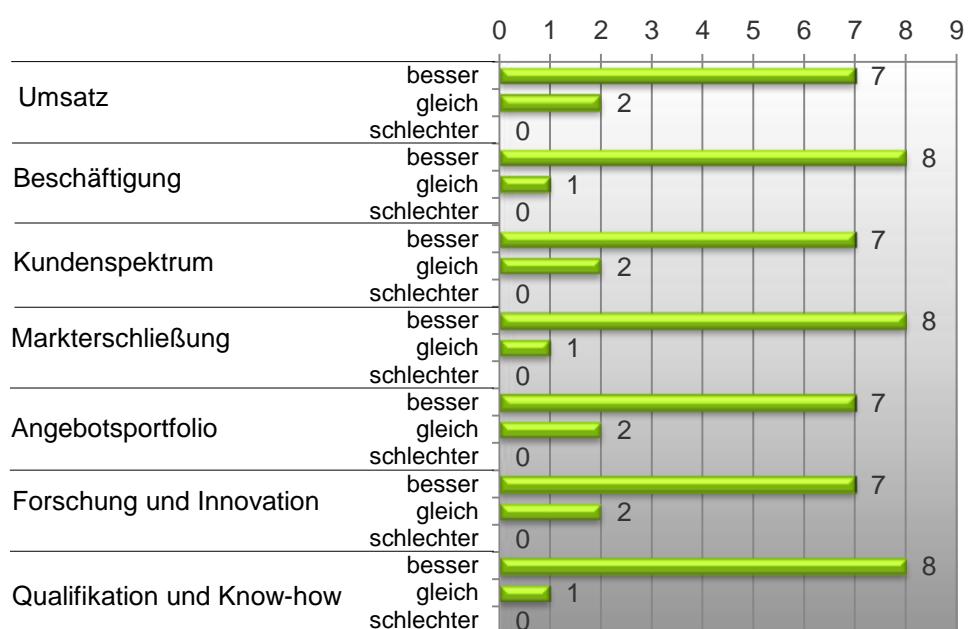
⁶³ Die Interviews wurden von DI (FH) Philipp Wittmann, Mag. Sabine Fosodeder, DI (FH) Wolfgang Steiner und Mag. (FH) Sandra Cordula Wiesinger durchgeführt.

Abbildung 31: Die wichtigsten Absatzmärkte der befragten Unternehmen (Mehrfachnennungen) (n=9)



Bei der Beurteilung der Unternehmensentwicklung der letzten Jahre ziehen die befragten Unternehmen ein durchaus positives Fazit: So sind bei sieben der neun Unternehmen die Umsätze gestiegen, ebenso konnten das Kundenspektrum und das Angebotsportfolio verbreitert und Forschungs- und Innovationstätigkeiten ausgebaut werden. Jeweils acht Unternehmen gaben sogar an, dass die Beschäftigung sowie Qualifikation und Know-how gestiegen seien, dies trifft auch auf die Markterschließung zu.

Abbildung 32: Beurteilung der Unternehmensentwicklung der vergangenen Jahre hinsichtlich relevanter Indikatoren (n=9)



7.2. Zum Thema Humanressourcen

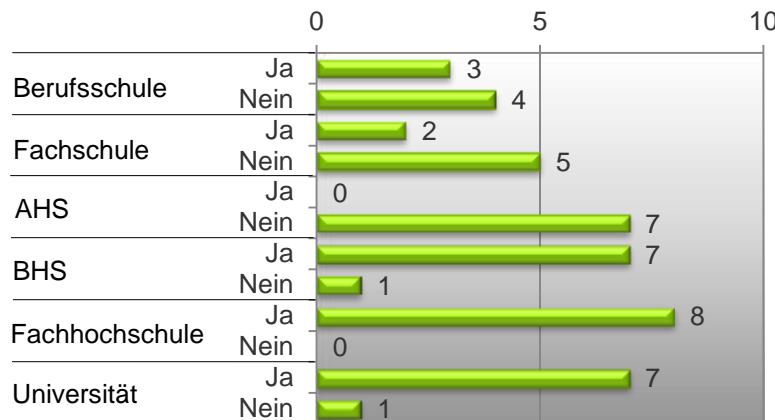
Für die meisten der befragten Unternehmen gestaltet sich die Rekrutierung von qualifiziertem Personal als schwierig aber bewältigbar. Dies ist insbesondere auch vom Bereich, in dem die Arbeitskräfte eingesetzt werden sollen, abhängig. Kein Unternehmen gibt an, dass die Suche nach qualifiziertem Personal völlig problemlos ist.

Abbildung 33: Rekrutierung von qualifiziertem Personal (n=9)



Hinsichtlich der Ausbildung des rekrutierten Personals werden von den Unternehmen klar AbsolventInnen von Fachhochschulen und Universitäten sowie von Berufsbildenden Höheren Schulen (BHS) bevorzugt bzw. gesucht. Nur drei Unternehmen stellen Arbeitskräfte mit Berufsschulabschluss (als höchstem Abschluss) ein. Personen mit Abschluss an einer Allgemeinbildenden Höheren Schule werden in der Regel nicht angestellt.

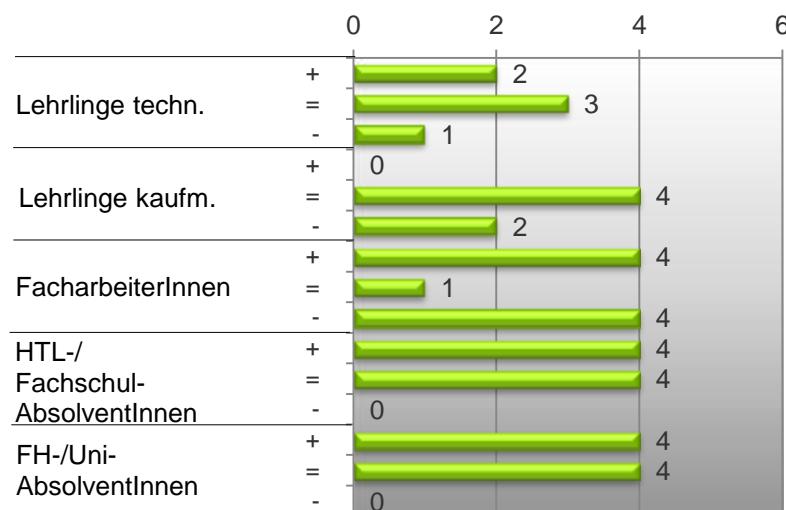
Abbildung 34: Ausbildung des rekrutierten Personals (mehrheitlich) (n=8)



Bei der Zufriedenheit der Unternehmen mit der Qualifikation des Personals stehen ebenfalls Fachhochschulen, Universitäten und Berufsbildende Höhere Schulen an der Spitze. Hier sind fast alle Unternehmen sehr zufrieden oder zufrieden mit der Ausbildung ihrer Arbeitskräfte.

Die befragten Unternehmen sehen für die Zukunft einen gleichbleibenden bis steigenden Bedarf an MitarbeiterInnen. Gut die Hälfte ist der Meinung, dass künftig mehr Fachhochschul- und Universitäts-AbsolventInnen benötigt werden, dasselbe gilt für HTL-/Fachschul-AbsolventInnen. Bei FacharbeiterInnen sind vier Unternehmen der Meinung, dass der Bedarf zurückgehen wird.

Abbildung 35: Künftiger Bedarf an MitarbeiterInnen nach Qualifikation (n=8)



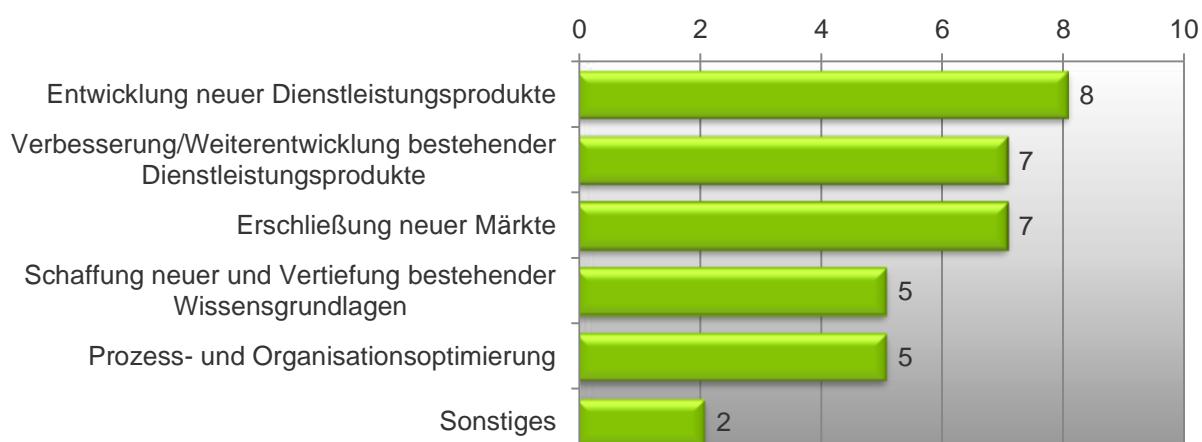
Bei der Beurteilung des Humanressourcen- und Ausbildungsangebots in Oberösterreich gehen die Meinungen der Unternehmen ebenfalls auseinander. Wo manche mit der aktuellen Situation

zufrieden sind, sehen andere Nachholbedarf bei der Zahl der AbsolventInnen und deren Qualifikation.

7.3. Forschung und Entwicklung in den befragten Unternehmen

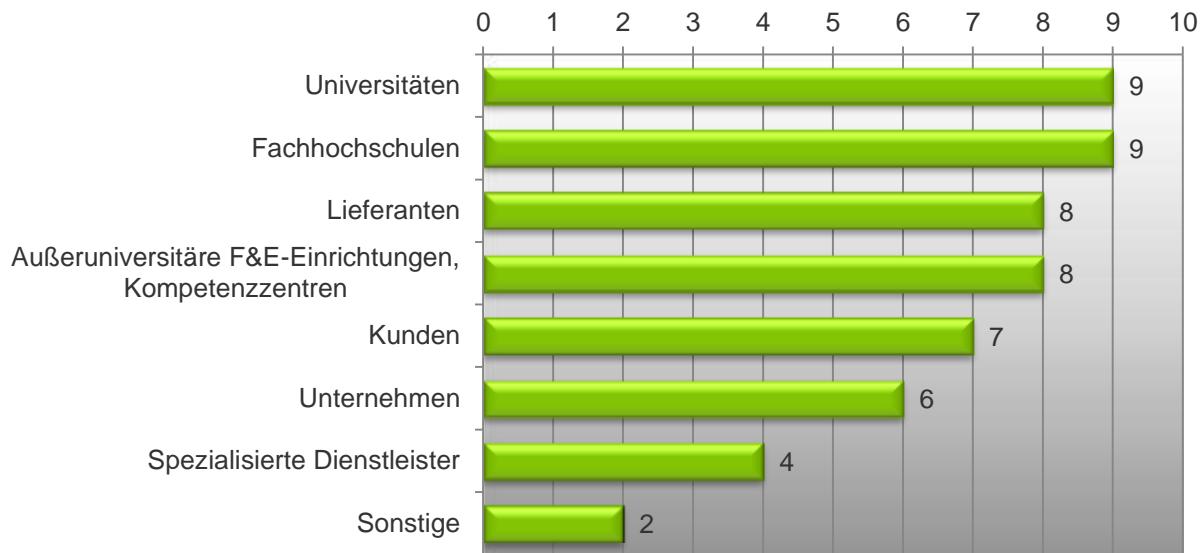
Alle neun befragten Unternehmen sind in Forschung und Entwicklung tätig. Oberste Priorität hat dabei die Entwicklung neuer Dienstleistungsprodukte sowie deren Weiterentwicklung. Ebenfalls als bedeutend wird die Erschließung neuer Märkte gesehen, Grundlagenforschung sowie Prozess- und Organisationsoptimierung fallen im Vergleich dagegen etwas ab.

Abbildung 36: Ziele der F&E-Aktivitäten der befragten Unternehmen (Mehrfachnennungen) (n=9)



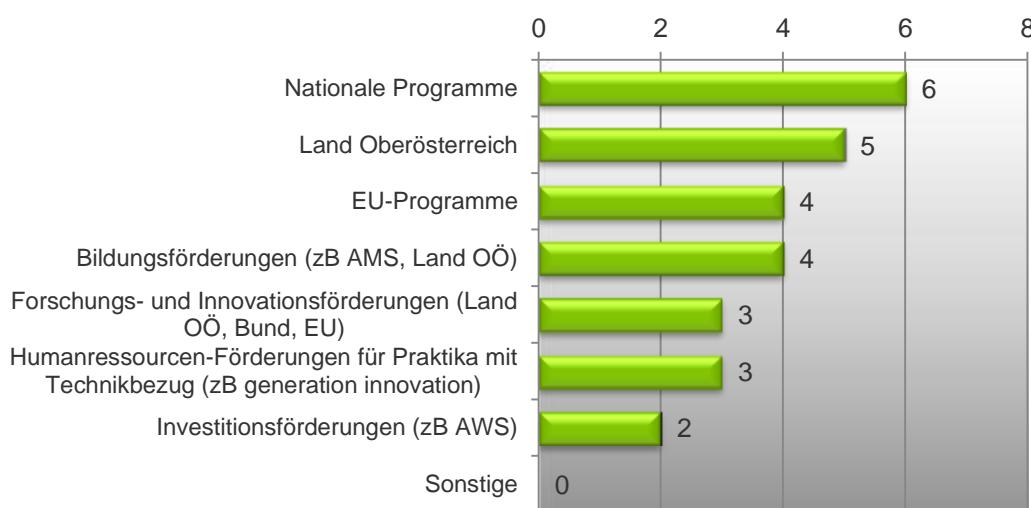
Universitäten und Fachhochschulen werden von allen befragten Unternehmen als Kooperationspartner bei F&E genutzt. Jeweils acht Unternehmen arbeiten dabei auch mit Lieferanten und außeruniversitären F&E-Einrichtungen zusammen. Allgemein ist festzustellen, dass die Unternehmen stark vernetzt sind, so bestehen beim größten Teil zusätzlich Kooperationen mit Kunden und anderen Unternehmen.

Abbildung 37: Kooperationspartner (n=9)



Öffentliche Förderungen werden von fast allen Unternehmen für ihre Forschungs- und Innovationsaktivitäten genutzt, nur bei einem ist dies nicht der Fall. Der Großteil der befragten Unternehmen nimmt Förderungen von mehreren Institutionen in Anspruch. So erhalten sechs Unternehmen Mittel aus nationalen Programmen, fünf aus Programmen des Landes Oberösterreich und jeweils vier aus EU-Programmen und Bildungsförderungen. Dazu kommen Fördermittel aus Forschungs- und Innovationsförderungen und Humanressourcenförderungen.

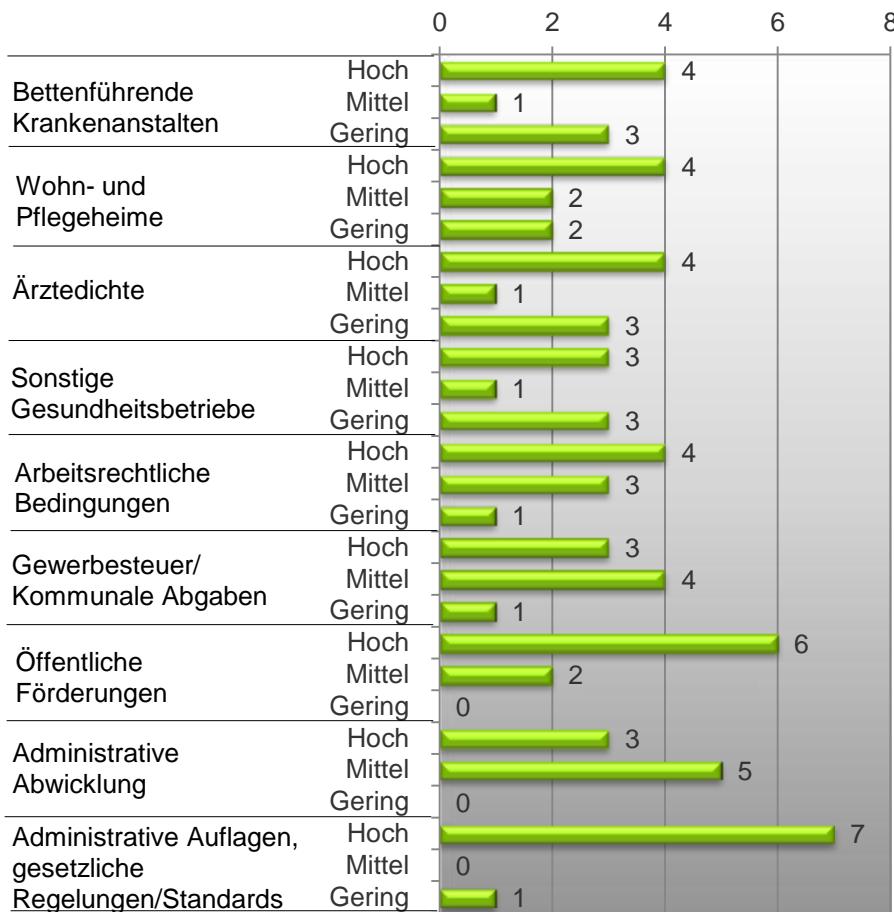
Abbildung 38: Öffentliche Förderungen (Mehrfachnennungen) (n=8)



7.4. Rahmenbedingungen der befragten Unternehmen

Befragt nach der Relevanz der verschiedenen durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen für die oö. Gesundheitswirtschaft gehen die Meinungen der Unternehmen meist auseinander, was wohl auf die Unterschiede in der Branchenherkunft zurückzuführen ist. Dies ist vor allem im Bereich der „Gesundheitsinfrastruktur“ zu beobachten. So wird die Ärztedichte von der Hälfte der Unternehmen als bedeutender Faktor angesehen, drei Unternehmen sehen darin allerdings nur geringen Einfluss auf den Standort Oberösterreich. Ähnliches gilt für bettenführende Krankenanstalten. Im Gegensatz dazu stimmt man in Punkten wie administrative Auflagen und gesetzliche Regelungen sowie öffentliche Förderungen gut überein, fast alle Unternehmen sehen diese Aspekte als relevant.

Abbildung 39: Relevanz von weitgehend durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen für den Standort Oberösterreich (n=8)



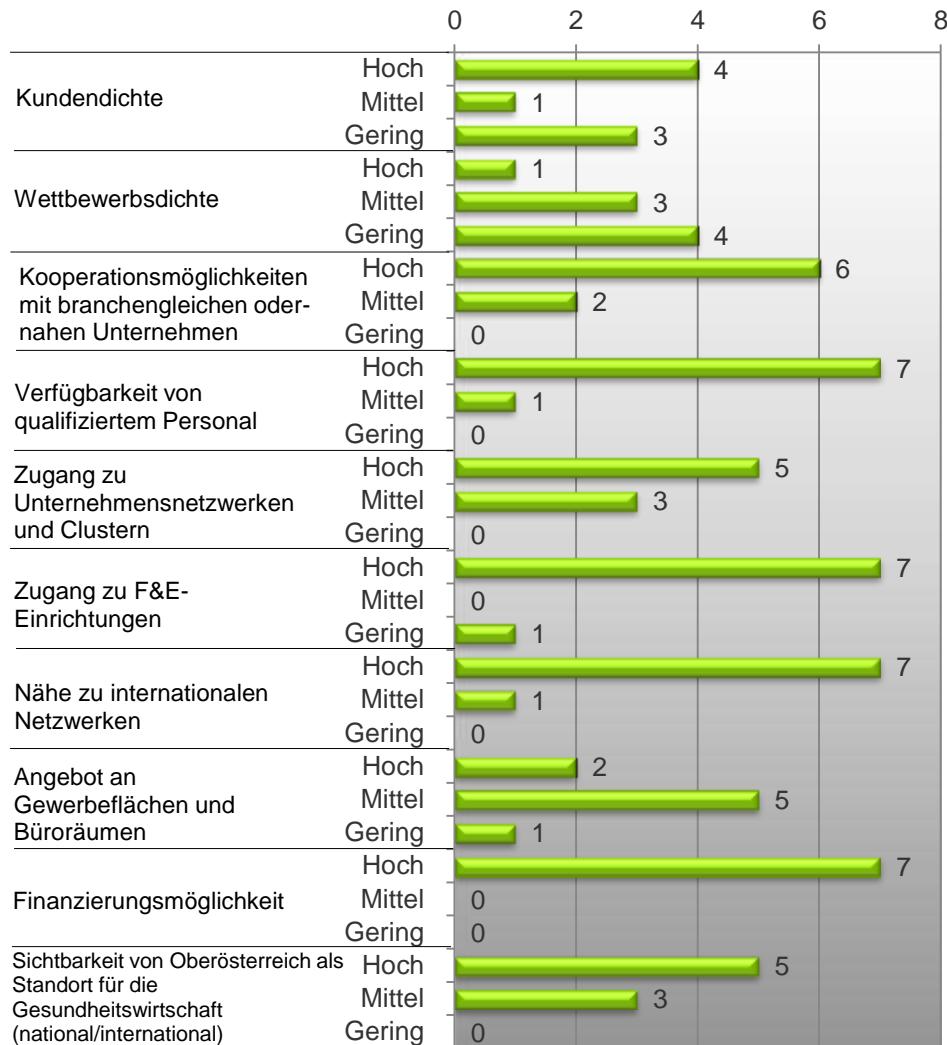
Bei der Betrachtung der Zufriedenheit mit den durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen für den Standort Oberösterreich lässt sich feststellen, dass die Unternehmen eher dazu tendieren, dem Standort ein positives Zeugnis auszustellen. Allerdings trifft dies nicht auf alle Bereiche zu, so werden zB sowohl die aktuelle Situation der Wohn- und Pflegeheime als auch administrative Auflagen und gesetzliche Regelungen als weniger zufriedenstellend betrachtet. Zufriedenheit herrscht zB bei Steuern und Abgaben sowie öffentlichen Förderungen.

Abbildung 40: Zufriedenheit mit den weitgehend durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen für den Standort Oberösterreich (n=8)



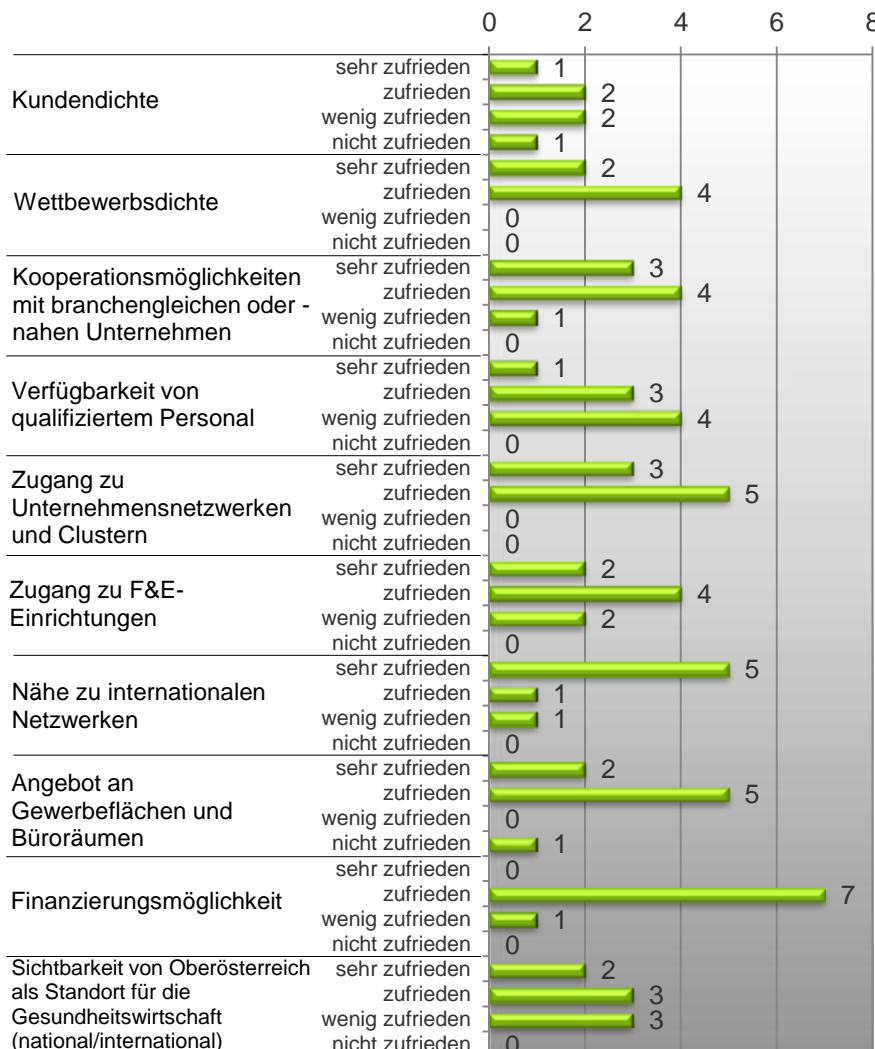
Wirtschaftliche und unternehmensorientierte Rahmenbedingungen scheinen den befragten Unternehmen wichtiger als die eben angeführten weitgehend vom öffentlichen Sektor geprägten Gegebenheiten. So wird der überwiegende Teil der vorgelegten Punkte als hochrelevant für die Geschäftstätigkeit eingestuft. Vor allem Finanzierungsmöglichkeiten sowie die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal und die Nähe zu internationalen Netzwerken werden als bedeutend erachtet. Ausnahmen bilden Wettbewerbsdichte und mit Abstrichen Kundendichte sowie das Angebot an Gewerbeflächen und Büroräumen.

Abbildung 41: Relevanz von wirtschaftlichen bzw. unternehmensorientierten Rahmenbedingungen (n=8)



Die wirtschaftlichen und unternehmensorientierten Rahmenbedingungen in Oberösterreich werden größtenteils als zufriedenstellend empfunden. So sehen sieben Unternehmen die Finanzierungsmöglichkeiten in Oberösterreich positiv, die Nähe zu internationalen Netzwerken wird ebenfalls sehr positiv bewertet, ähnlich der Zugang zu Unternehmensnetzwerken und Clustern. Lediglich die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal, welches wie oben gesehen sehr hohen Stellenwert für die Unternehmen hat, wird überwiegend als problematisch empfunden.

Abbildung 42: Zufriedenheit mit den aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (n=8)



7.5. Generelle Entwicklungen und Trends im Gesundheitsbereich

Die Unternehmen wurden auch nach der Bedeutung verschiedener Entwicklungen und Trends im Gesundheitsbereich (siehe auch Kapitel 2.3) für die öö. Gesundheitswirtschaft befragt.

Der Wertewandel und der Umstand, dass die eigene Gesundheit für die Menschen an Bedeutung gewinnt, wird von den befragten Unternehmen als wichtige gesellschaftliche Entwicklung bewertet, die aber – je nach Branche – nur indirekt eine Wirkung auf die Unternehmen entfaltet. Das zunehmende Bewusstsein der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Gesundheit, die Tendenz zum informierten und selbstverantwortlichen Patienten (Patient Empowerment) wird prinzipiell positiv

gesehen. Als chancenreiche Entwicklungen in diesem Kontext werden u.a. die integrative Gesundheitsversorgung, die transparente Information, neue Kommunikationsformen (im Rahmen von E-Health etc.) und die Individualisierung der Medizin sowie generell die steigende Bereitschaft der Bevölkerung gesehen, für gesundheitsrelevante Produkte und Dienstleistungen zu bezahlen. Mögliche negative Effekte könnten die Entstehung einer Art „Zwei-Klassen-Medizin“ (nicht jeder kann sich entsprechende Gesundheitsdienstleistungen leisten) sowie ein geringeres Vertrauen in die Medizin (des „nur vordergründig informierten“ Patienten) sein.

Auch der steigende Gesundheitsbedarf sowie das verstärkte Aufkommen chronischer Erkrankungen werden als wichtige Determinanten für den Gesundheitsbereich gesehen, die – je nach Branche – nur indirekt die Entwicklung der einzelnen Unternehmen beeinflussen. Damit einhergehend entstehen neue Behandlungen und Gesundheitsangebote. Dies wird sich natürlich auf die Kosten im Gesundheitswesen auswirken, weswegen den diesbezüglichen Einsparungsmöglichkeiten – insbesondere bei den Prozesskosten bzw. durch die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) – besonderes Augenmerk beigemessen werden sollte. Neben den generell im Trend stehenden assistierenden Technologien werden die Bedarfe in der Pflege, v.a. nach privaten Dienstleistern sowie nach alternativen Behandlungsmethoden weiter ansteigen und Marktpotenziale bieten.

Vor dem Hintergrund des steigenden Gesundheitsbedarfs komme dem Präventionsgedanken, der verstärkten betrieblichen Gesundheitsvorsorge sowie der bereits angesprochenen integrativen und auf den jeweiligen Menschen ausgerichteten Versorgung zunehmend Bedeutung zu.

Als eine wesentliche Herausforderung aufgrund des demographischen Wandels wird die Zunahme an Demenzerkrankungen gesehen, worauf bereits in den Unternehmen selbst eingegangen werden sollte (Prävention). Generell könnte die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge wie auch von Lebensarbeitszeitmodellen mit Blick auf die demographische Entwicklung nur noch deutlicher unterstrichen werden. Chancenfelder werden v.a. in den durch die Alterung entstehenden neuen Bedürfnissen (zB auch einfache Technik) gesehen.

Die zunehmende Bedeutung mobiler Behandlungen bietet, so der Tenor in einigen Befragungen, große Potenziale für das Gesundheitswesen, da so einerseits (kostenintensive) stationäre Behandlungen verringert und die Möglichkeit, in den eigenen vier Wänden zu leben, erweitert wird. Vor diesem Hintergrund wird auch die häusliche Versorgung zunehmen, für die entsprechende regionale Anbieter entstehen werden. Generelle Chancenfelder in der Mobilisierung liegen, so die befragten Unternehmen, u.a. in der Miniaturisierung von (Diagnose-)Geräten, in adäquaten Kommunikationsmechanismen und im Point-of-Care-Ansatz.

7.6. Künftige Chancen und Potenzialfelder aus Sicht der befragten Unternehmen

Als künftige Chancen und Potenzialfelder für Oberösterreich als Standort für die Gesundheitswirtschaft werden von den Unternehmen folgende Punkte genannt:

- Die steigende Automatisation in der Medizintechnik stellt für die oö. Wirtschaft aufgrund ihrer Stärke in der Mechatronik eine Chance dar. Auch in den Themenfeldern Ambient Assisted Living, Telemedizin, Reha@Home sowie generell durch einen interdisziplinären Ansatz von Recht, Technik und Medizin ergeben sich Chancenfelder für Oberösterreich.
- Prinzipiell braucht es ein günstiges und gutes Niveau für „Systemlösungen“, welche die Menschen „sanft und sicher“ im Alter begleiten.
- Auch in einem weiteren Ausbau der Versorgungsstrukturen werden Potenziale für die oö. Gesundheitswirtschaft erwartet.
- Im (internationalen) Gesundheitstourismus wird generell hohes Potenzial gesehen.
- Die Ausweitung einer integrierten Patientenversorgung über Bundesländergrenzen hinweg, aber innerhalb Österreichs, birgt ebenfalls Potenzial und kann zu mehr Unternehmensansiedlungen führen; eine weitere Vernetzung von Unternehmen kann Synergieeffekte auslösen.

Nach Meinung der befragten Unternehmen kann der öffentliche Sektor zur oö. Gesundheitswirtschaft u.a. durch folgende Aktivitäten beitragen:

- Weiterführung und Intensivierung der bereits gesetzten Maßnahmen und Aktivitäten
- Ansiedlung und Haltung von Leitbetrieben aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich – dies setzt eine entsprechende Infrastruktur sowie rechtliche und finanzielle Anreize voraus.
- Verstärkung der Vernetzungen der verschiedenen Akteure in der Gesundheitswirtschaft
- Verringerung des politischen Einflusses im Gesundheitswesen
- Weitere Fördierung der Errichtung einer Medizinischen Fakultät an der JKU Linz
- Finanzierung des Gesundheitswesens aus einer Hand sowie Stärkung des Public-Health-Gedankens (Bewusstseinsbildung, Stärkung der Selbstverantwortung, Vorsorge)
- Investitionen in Bildung und Forschung sowie Steigerung der Attraktivität technischer Berufe
- Maßgeschneiderte Förder- und Unterstützungsprogramme für das Gesundheitswesen und die angrenzenden Bereiche

8. Relevante Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten in Oberösterreich

Forschung und Entwicklung (F&E) stellen wichtige Determinanten für die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit von Wirtschaftssektoren dar. Dies gilt auch für den forschungsintensiven und innovationsgetriebenen Gesundheits- und Medizinbereich. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden auf die einschlägigen Forschungsförderungsprogramme (die europäischen Initiativen wurden bereits in Kapitel 4.2 thematisiert), die Beteiligung von oö. Einrichtungen an diesen, sowie auf die gesundheitswirtschaftlich relevanten Forschungsstrukturen in Oberösterreich eingegangen.

8.1. Allgemeine Struktur der Forschungsausgaben in Oberösterreich

Gemäß der Erhebung über Forschung und experimentelle Entwicklung 2009 der Statistik Austria betragen die F&E-Ausgaben in Oberösterreich im Jahr 2009 € 1,134 Mrd. Damit liegt Oberösterreich im Bundesländervergleich nach Wien (€ 2,846 Mrd.) und der Steiermark (€ 1,334 Mrd.) an dritter Stelle, was die hohe Bedeutung des Forschungsstandorts unterstreicht. Im Vergleich fällt jedoch auf, dass der Anteil der Ausgaben für Grundlagenforschung in Oberösterreich – aufgrund der unterschiedlichen universitären Strukturen einschließlich des Fehlens einer Medizinuniversität – mit 10,5 % weniger als die Hälfte jener der Bundesländer Wien und Steiermark beträgt (jeweils 22,7 %). Bei den F&E-durchführenden Erhebungseinheiten verfügt Oberösterreich (816) nahezu über die gleiche Anzahl wie die Steiermark (821). Gemessen am Bruttoregionalprodukt (€ 46,289 Mrd. im Jahr 2009) beträgt die Forschungsquote in Oberösterreich 2,59 %, während diese für Tirol 2,79 %, für Wien 3,54 % und für die Steiermark 4,32 % ausmacht. Zieht man ausschließlich den Unternehmenssektor vergleichend heran, so zeigt sich, dass die Anzahl der in F&E Beschäftigten am F&E-Standort Oberösterreich (10.828) nahezu gleich hoch ist wie jene von Wien (11.325) und der Steiermark (10.720). Bezogen auf die entsprechenden F&E-Ausgaben des Unternehmenssektors bedeutet dies € 1,073 Mrd. für Oberösterreich, € 1,274 Mrd. für Wien und € 1,058 Mrd. für die Steiermark. Zusammenfassend zeigt sich für Oberösterreich eine starke unternehmensbezogene F&E-Landschaft mit Fokus auf angewandter (industrieller) Forschung und experimenteller Entwicklung.

8.2. Förderangebot auf nationaler Ebene

Auf nationaler Ebene wurden vier Programme mit direktem Bezug zum Gesundheitswesen aufgelegt, drei davon von der FFG, nur das Programm „Klinische Forschung“ stammt vom FWF.

- **Benefit**

Das thematische Programm "benefit" des BMVIT, das von der FFG abgewickelt wird, fördert im technologischen Bereich – insbesondere IKT – die Erforschung und Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen, die auf die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen abzielen und ihnen ein möglichst langes und autonomes Leben in den eigenen vier Wänden gewährleisten sollen⁶⁴. Das Pendant auf europäischer Ebene ist das Ambient Assisted Living Joint Programme⁶⁵.

- **GEN-AU – Verbesserung der Akzeptanz der Genomforschung in der Öffentlichkeit**

Das im Jahr 2001 gestartete österreichische Genomforschungsprogramm fördert Projekte zur Erforschung der Genome von Menschen, Pflanzen, Tieren und Mikroorganismen. Ziele des Programms sind die internationale Vernetzung der Forschung und die Integration in EU-Fördermaßnahmen, die Realisierung des Innovationspotenzials der Genomforschung sowie die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die Stärkung der Rolle von Frauen in diesem Wissenschaftsbereich. Durch die Genomforschung wird ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfürsorge ermöglicht, zB indem Grundlagen für die Entwicklung personalisierter Medizin geschaffen werden⁶⁶.

- **KLIF**

Das im Jahr 2011 gestartete FWF-Programm „Klinische Forschung“ (KLIF) richtet sich an alle klinisch tätigen WissenschaftlerInnen in Österreich. KLIF-Projekte müssen von akademischen ForscherInnen initiiert sein, und es dürfen keine unmittelbaren finanziellen Interessen von Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft bestehen. Das Projekt muss auf den Gewinn wissenschaftlicher Erkenntnisse und Einsichten zur Verbesserung klinischer Praxis und der Behandlung von PatientInnen abzielen⁶⁷.

⁶⁴ Vgl. <http://www.ffg.at/benefit>, abgerufen am 02.08.2012

⁶⁵ Vgl. <http://www.ffg.at/ambient-assisted-living-joint-programme>, abgerufen am 02.08.2012

⁶⁶ Vgl. <http://www.ffg.at/gen-au>; abgerufen am 02.08.2012

⁶⁷ Vgl. http://www.ffg.at/sites/default/files/klif-klipha_20121.pdf; 02.08.2012

- **KLIPHA**

Das Programm „Klinische Studien der Phase I oder Phase II“ (KLIPHA) der FFG hingegen richtet sich direkt an österreichische KMU, die entsprechende klinische Studien durchführen wollen. Eine Kooperation mit zumindest einem klinischen Zentrum in Österreich ist verpflichtend. KLIPHA-Projekte sollen zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit von KMU mit österreichischen Kliniken führen und den Zugang zum Wachstumsmarkt der Biotechnologie erleichtern⁶⁸.

8.3. Programmbeteiligung oberösterreichischer Akteure auf nationaler und europäischer Ebene

Im Folgenden werden die Beteiligungen an den Programmen der FFG und der EU dargestellt.

- **FFG**

Der Förderungsübersicht der FFG nach der Systematik der Wirtschaftstätigkeit ist zu entnehmen, dass im Jahr 2010 im Rahmen der Kategorie Basisprogramme drei oberösterreichische Projekte aus dem Fachbereich „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“ gefördert wurden. Dafür wurden von der FFG knapp € 1,1 Mio. zur Verfügung gestellt, womit das Fördervolumen im Vergleich mit anderen Wirtschaftsbereichen im Mittelfeld liegt. Für die Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln wurden im Rahmen der Basisprogramme der FFG € 463.000 an Fördermitteln für insgesamt vier Projekte zuerkannt (FFG, 2011).

Aus dem thematischen Programm „benefit“ flossen im Jahr 2011 € 232.000 an die vier beteiligten Einrichtungen in Oberösterreich. Dies entspricht einem Anteil von 3,9 % der gesamten benefit-Förderungen im Jahr 2011, der Großteil der benefit-Mittel, nämlich 56,3 %, entfiel auf Einrichtungen aus Wien.

Aus dem GEN-AU Programm gingen im Jahr 2011 Fördermittel in Höhe von € 28.000 (bzw. 28,8 % der GEN-AU-Mittel) an zwei Einrichtungen aus Oberösterreich (FFG, 2012).

⁶⁸ Vgl. http://www.ffg.at/sites/default/files/klif-klipha_20121.pdf; 02.08.2012

- FWF

Ergänzend sei auch noch auf die Forschungsförderung durch den FWF hingewiesen, wiewohl sich die verfügbaren Daten nur auf Gesamtösterreich beziehen. So gingen knapp 43 % der Fördermittel des FWF bzw. € 93,7 Mio. in den Bereich Life Sciences, davon € 3 Mio. in das KLIF-Programm. Damit stieg der Anteil dieser Wissenschaftsdisziplin am Gesamtfördervolumen des FWF im Vergleich zum Durchschnittswert der vorangegangenen Jahre um 4,6 % (FWF, 2012).

- Europäische Forschungsförderung

Die EU hat in ihrem 7. Rahmenprogramm das Programm „Gesundheit“ implementiert, welches zum einen generell die Verbesserung der Gesundheit der EU-BürgerInnen zum Ziel hat, zum anderen die Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskapazität der im Gesundheitssektor tätigen europäischen Unternehmen steigern soll⁶⁹. Von den bis Oktober 2010 bewilligten österreichischen Beteiligungen stammen vier aus Oberösterreich, deren Anteil am Gesamtförderungsvolumen für Österreich bei 1,6 % liegt (Proviso, 2011).

Abbildung 43: **Österreichische Beteiligung am Programm „Gesundheit“ des 7. Rahmenprogramms der EU (Stand 10/2010)**

Bundesland	Anteil bewilligte Beteiligung Bundesland an Österreich (%)	Anteil Förderung Bundesland an Österreich (%)
W	66,2	64,3
T	13,4	16,3
ST	9,2	9,2
N	5,6	7,6
OO	2,8	1,6
S	2,1	1,1
K	0,7	0,0

Darstellung entnommen aus: (Proviso, 2011, p. 43)

8.4. Relevante Forschungsstrukturen in Oberösterreich

⁶⁹ Vgl. <http://rp7.ffg.at/RP7.aspx?target=113799&l=2&SetLanguage=1>; abgerufen am 02.08.2012

Im Folgenden werden, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, die wichtigsten oberösterreichischen Einrichtungen dargestellt, welche im Themenkomplex Gesundheit und Altern forschen.

- Johannes Kepler Universität Linz (JKU)

An der JKU wird an mehreren Instituten für den Gesundheitsbereich relevante Forschung betrieben:

- Die Abteilung für Gesundheitssystemforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung arbeitet an der Koordination und Vernetzung moderner Gesundheitsdienstleistungen. So entwickelt und evaluiert man Public-Health-Programme, erstellt Analysen im gesundheitsökonomischen Bereich oder trägt durch Aktivitäten im Qualitätsmanagementbereich zur Patientensicherheit bei⁷⁰.
- Am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik beschäftigt man sich u.a. mit Altersarmut.
- Auch ist am Institut eine Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung eingerichtet, welche sich mit Themen wie der Gender Medizin oder der geschlechtsspezifischen Sozial- und Gesundheitsforschung auseinandersetzt. Dazu wird Auftragsforschung im Bereich Gesundheit und Soziales betrieben⁷¹.
- Die Forschungsgruppe Quantitative Genetics of Rare Events am Institut für Biophysik, ansässig im neu eingerichteten Life Science Center OÖ in Linz, untersucht den Einfluss von Rekombination und Mutation auf die Evolution des menschlichen Genoms⁷². Die zum selben Institut gehörende Forschungsgruppe Membrane Transporte beschäftigt sich neben eben diesen mit molekularer Bioanalytik.
- Am Institut für Organische Chemie⁷³ wird intensiv im Bereich der biologischen Chemie geforscht. Im Bereich Life Sciences wird eng mit der Südböhmischem Universität (USB) in Budweis kooperiert (gemeinsames Forschungszentrum, gemeinsames Masterstudium). Weiters wird mit dem bereits genannten Institut für Biophysik eng zusammengearbeitet.
- Am Institut für Robotik wird unter anderem im Bereich der Prothetik geforscht⁷⁴.

⁷⁰ Vgl. http://www.ipg.uni-linz.ac.at/fr_leiste_abt.htm, abgerufen am 02.08.2012

⁷¹ Vgl. <http://www.jku.at/gespol/content/e89197/>, abgerufen am 02.08.2012

⁷² Vgl. <http://www.jku.at/biophysics/content/e54633/>, abgerufen am 02.08.2012

⁷³ Vgl. <http://www.jku.at/orc/content>, abgerufen am 02.08.2012

⁷⁴ Vgl. <http://www.robotik.jku.at/joomla16/index.php/forschung>, abgerufen am 02.08.2012

- Die Forschung am Institut für Bioinformatik ist auf die Entwicklung von Methoden maschinellen Lernens und Konzepten für Informationssysteme für die Bioinformatik ausgerichtet. Deren Anwendungsbereich liegt hauptsächlich in der Biomedizin⁷⁵.
- Das Institut für Telekooperation⁷⁶ beschäftigt sich mit einschlägigen mobilen Anwendungen und dem Themenfeld Medien und Interaktion.
- Weiters wird am Institut für Recht der sozialen Daseinsvorsorge und Medizinrecht einschlägige Forschung betrieben.⁷⁷
- Darüber hinaus soll an der JKU eine Professur für Medizinmechatronik eingerichtet werden.

- FH Oberösterreich

Die F&E-Aktivitäten der FH Oberösterreich im medizinischen und gesundheitlichen Bereich finden hauptsächlich am Campus Linz statt. Hier ist man in drei Forschungsschwerpunkten tätig⁷⁸:

- Im Bereich „**Medizintechnik**“ wird anwendungsorientierte F&E hinsichtlich neuen und integrierten Technologien für Medizingeräte in der Diagnose, Rehabilitation und Pflege durchgeführt. Für Medizintechnik-Unternehmen steht die FH Oberösterreich als Partner in der F&E für die normenkonforme Geräteherstellung zur Verfügung, wie auch für Gesundheitseinrichtungen für die Evaluierung neuer Verfahren und die Erstellung medizinischer Studien. Im Rahmen des Bereichs „**Medizintechnik::Biomechanik**“ werden unter anderem 3D-Bewegungsmessungen des Bewegungsapparates und von Augenbewegungen sowie Messungen und Analysen von Muskelkräften und Modellierungen der Muskelermüdung durchgeführt. Dem Bereich Biomedizinische Mikroskopie steht ein eigenes Labor mit einem kombinierten Rastertunnel / Atomkraftmikroskop und einem 3-D-Lokalisationsmikroskop als Kernstücke zur Verfügung⁷⁹.
- Im Forschungsschwerpunkt „**Angewandte Sozialwissenschaften und Non Profit Management**“ werden Forschungsaktivitäten im Bereich sozialer Arbeit, im Bereich der Weiterentwicklung von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen sowie im Bereich des Öffentlichen Sektors gebündelt.
- In Zusammenarbeit mit dem Campus Hagenberg werden im Feld „**Leben im Alter**“ neue Konzepte für Dienstleistungsangebote entwickelt. Hier wird an innovativen Lösungen im Bereich assistierender Technologien sowie Informations- und Kommunikationstechnologien

⁷⁵ Vgl. <http://www.bioinf.jku.at/>, abgerufen am 02.08.2012

⁷⁶ Vgl. <http://www.tk.uni-linz.ac.at/research/>, abgerufen am 02.08.2012

⁷⁷ Vgl. <http://www.jku.at/sdmr/content/e65014/>; abgerufen am 02.08.2012

⁷⁸ Vgl. <http://www.fh-ooe.at/fe/forschung/fe-linz/forschungsschwerpunkte/>, abgerufen am 02.08.2012

⁷⁹ Vgl. <http://research.fh-ooe.at/de/researchfield/detail/17>

(insbesondere E-Health) in Systemen für Diagnostik, Telemonitoring und Prävention gearbeitet.

- Upper Austrian Research GmbH (UAR)

Life Science ist eines der sechs ausgewiesenen Stärkefelder der Upper Austrian Research GmbH. Hier sind sechs Beteiligungsgesellschaften der UAR, alle in der Rechtsform der GmbH, involviert⁸⁰:

- Die BioMed-zet Life Science GmbH forscht u.a. im Bereich der minimalinvasiven Chirurgie und an In-Vitro-Technologien und ist Simulationszentrum für praeklinische-klinische-intra- und postoperative Notfälle.
- Am Center for Advanced Bioanalysis werden Biochips hergestellt und angewendet sowie an zellulären Modellsystemen gearbeitet.
- Die Forschungsergebnisse des Research Centers for Non Destructive Testing (RECENDT) im Bereich der optischen Kohärenztomographie werden u.a. in der Biomedizin angewendet.
- Die RISC Software GmbH ist zB in den Feldern Medical Informatics, Blutflusssimulation, Nervenbahnenrekonstruktion und biomechanische Simulation aktiv.
- Am Software Competence Center Hagenberg wird an der Modellierung von Zellentwicklungen, der 4D-Herzanalyse und weiteren gesundheitsrelevanten Themen geforscht.
- Das Linz Center of Mechatronics entwickelt u.a. hydraulisch-elektrische Antriebssysteme für die Medizintechnik.

- FH Gesundheitsberufe OÖ

Bislang wurden an der im Jahr 2010 eingerichteten FH Gesundheitsberufe OÖ vereinzelte Forschungsaktivitäten durchgeführt (Beteiligung an einer Reihe von Projekten, Publikationen, Dissertationen etc.). Diese sollen in Zukunft weiter ausgebaut werden. Maßgebliche Forschungsthemen sind Prävention (Schwerpunkt auf Jugend und Bewegung) und Technical Usability.

Generell lässt sich für den Forschungsstandort Oberösterreich festhalten, dass der Bereich Life Sciences trotz der in dieser Hinsicht sehr aktiven Institute der JKU im Vergleich zu anderen Regionen eher gering ausgeprägt ist. Im Bereich der Medizintechnik ist mit den entsprechenden

⁸⁰ <http://www.uar.at/pages/de/forschungsfelder/ooe-staerkefelder/life-sciences/life-sciences.aspx>; abgerufen am 02.08.2012



Einrichtungen der JKU und der FH Oberösterreich sowie mit dem Standort Hagenberg, der eine hohe Exzellenz im IKT-Bereich – die auch für entsprechende Anwendungen im medizinischen Bereich genutzt werden kann und wird – eine gewisse kritische Größe in Österreich gegeben. Allerdings ist rezenten Informationen zufolge nicht mit entsprechenden expliziten Fördermaßnahmen des Bundes für die Medizintechnik zu rechnen.

9. Relevante Ausbildungsangebote in Oberösterreich

Im Folgenden werden die verschiedenen Ausbildungsangebote in Oberösterreich, die für das Themenfeld Gesundheit und Altern von Relevanz sind, angeführt, wobei wieder kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

- Johannes Kepler Universität Linz (JKU)

An der JKU gibt es die folgenden Studienangebote:

- Bachelor- und Masterstudien Molekulare Biowissenschaften bzw. Molekulare Biologie (gemeinsam mit der Universität Salzburg)
- Masterstudien Bioinformatik, Biophysik
- Bachelor- und Masterstudien Biologische Chemie in Zusammenarbeit mit der Südböhmischem Universität in Budweis
- Universitätslehrgänge Clinical Research und Advanced Clinical Research in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern GesmbH und dem Klinikum Wels-Grieskirchen

Derzeit nicht angeboten werden die Studiengänge Public Health and Health Systems Management, Public Health and Hospital Management sowie der Universitätslehrgang Gesundheitsmanagement.⁸¹

- FH Gesundheitsberufe OÖ

Die FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH (Gesellschafter: OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG, die AKh Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH und die OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH) hat 2010 ihren Studienbetrieb aufgenommen und bietet 7 Bachelor-Studiengänge, einen Master-Studiengang und einen Master-Lehrgang an. Bei den Bachelor-Studiengängen handelt es sich um folgende:

- Biomedizinische Analytik
- Diätologie
- Ergotherapie

⁸¹ Vgl. <http://www.ph-cr.jku.at/>

- Hebamme
- Logopädie
- Physiotherapie
- Radiotechnologie

Weiters werden der Master-Studiengang Management for Health Professionals – Schwerpunkt Krankenhausmanagement sowie der Master-Lehrgang Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe angeboten (FH für Gesundheitsberufe, k.A., pp. 23, 53).

- FH Oberösterreich

Die FH Oberösterreich bietet am Campus Linz die Studiengänge Medizintechnik, Soziale Arbeit sowie Sozial- und Verwaltungsmanagement an, in letzterem werden auch Handlungsfelder sozialer Arbeit wie Alter, Beschäftigung, Gesundheit behandelt. Des Weiteren stehen die Master-Studien Medizintechnik und Services of General Interest, in dem auch Gesundheitsmanagement zu den Schwerpunkten zählt, zur Auswahl. Daneben werden noch verschiedene Weiterbildungslehrgänge veranstaltet (FH OÖ, pp. 40-45, 96-99).

Am Campus Hagenberg werden ein Bachelor-Studium Medizin- und Bioinformatik und ein Master-Studium Biomedizinische Informatik angeboten.

- AKh Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz

Das AKh Linz betreibt das MED Ausbildungszentrum, in dem eine dreijährige Ausbildung im gehobenen Dienst in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege absolviert werden kann.⁸² Des Weiteren werden Sonderausbildungen für Intensivpflege, Pflege im Operationsbereich oder Pflege bei Nierenersatztherapie angeboten.⁸³ Außerdem wird eine Ergänzungsausbildung zum/zur FachsozialbetreuerIn gemäß Art. 15a B-VG offeriert. Die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung berechtigt zur Berufsbezeichnung FachsozialbetreuerIn - Schwerpunkt "Altenarbeit".⁸⁴

- Oö. Gesundheits- und Spitals-AG

⁸² Vgl. <http://www.linz.at/akh/1556.asp>

⁸³ Vgl. <http://www.linz.at/akh/1580.asp>

⁸⁴ Vgl. <http://www.linz.at/akh/1656.asp>

In den Einrichtungen der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG werden neben der Ausbildung von AllgemeinmedizinerInnen (Turnus) und FachärztlInnen auch Ausbildungen in den folgenden Feldern angeboten:

- Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- Ausbildung mit geriatrischem Schwerpunkt im schulautonomen Bereich
- Studium der Pflegewissenschaften einschl. Ausbildung zur/zum Dipl. allgemeinen Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
- Kinder- und Jugendlichenpflege
- Psychiatrische und neurologische Gesundheits- und Krankenpflege
- Studium der Pflegewissenschaften einschl. Ausbildung zur/zum Dipl. psychiatrischen Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
- Pflegehilfe inklusive Fach-SozialbetreuerIn mit dem Ausbildungsschwerpunkt „Altenarbeit“

Zusätzlich werden ein Berufsfindungspraktikum für Gesundheits- und Sozialberufe sowie Sonderausbildungen, Weiterbildungen und Fortbildungen angeboten (gespag, 2011).

- OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH

In den Einrichtungen der OÖ. Ordensspitäler Koordinations GmbH werden neben der Ausbildung von AllgemeinmedizinerInnen (Turnus) und FachärztlInnen auch Ausbildungen im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, im medizinisch-technischen und kaufmännischen Bereich und im Bereich Diät- und Ernährungsmedizinischer Beratungsdienst angeboten.

Im Klinikum Wels-Grieskirchen ist ein Ausbildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe integriert, an der eine Diplompflegeausbildung sowie eine kombinierte Ausbildung angeboten wird, bei der man das Diplom im Gehobenen Dienst für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sowie den universitären Bakkalaureatsabschluss des Studiums der Pflegewissenschaft erlangen kann. Des Weiteren werden Pflegehilfen ausgebildet und Sonderausbildungen angeboten⁸⁵.

- Weitere Ausbildungsmöglichkeiten:

Auch das Berufsförderungsinstitut OÖ bietet Ausbildungen im gesundheitlichen Bereich an, etwa in den Sparten Pflegeberufe, Sozialbetreuungsberufe, Pädagogische Berufe und Medizinische Assistenzberufe⁸⁶.

⁸⁵ <http://www.klinikum-wegr.at/klinikum>; abgerufen am 01.08.2012

⁸⁶ <http://www.bfi-ooe.at/bfiweb/gesundheitdienstleistungsoziales.html>; abgerufen am 01.08.2012



Weiterbildungen im Gesundheitsbereich werden ebenso am WIFI Oberösterreich angeboten, wie zB zum/zur Dipl. Wellness- und FitnesstrainerIn oder Massageausbildungen⁸⁷.

Daneben gibt es noch zahlreiche weitere Einrichtungen in Oberösterreich, die Aus- und Weiterbildungen in den verschiedenen Bereichen des Medizin- und Gesundheitswesens anbieten, von Ernährung und Massage bis hin zu Sanitätsdiensten und medizinisch-kaufmännischen Berufen.

⁸⁷ <http://www.wifi.at/DE/Kursbuch/Branchen/Branchen-Ausbildung.aspx>; abgerufen am 01.08.2012

10. Ansatzpunkte zur Forcierung des Wirtschafts- und Innovationsfelds „Health & Ageing“ in Oberösterreich

Wie in den vorangegangenen Ausführungen erörtert wurde, ist aufgrund verschiedener Entwicklungen – allen voran der demographische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt sowie ein gesellschaftlicher Wertewandel hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheit – generell von einer Zunahme der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und -produkten auszugehen. Die beschlossene Ausgabenbegrenzung für das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen in Österreich wird dazu führen, dass eher der „zweite Gesundheitsmarkt“ – also der privat finanzierte – weiter wachsen wird. Vor diesem Hintergrund entstehen für die oö. Gesundheitswirtschaft eine Reihe von Marktpotenzialen bzw. können bereits bestehende weiter ausgebaut werden. Mit dieser Perspektive kann das Themenfeld Health & Ageing zu einem stimulierenden Faktor für Wachstum und Beschäftigung wie auch für eine sozial verträgliche Entwicklung in Oberösterreich werden.

Aufgrund der engen Verbindung zwischen dem ersten und dem zweiten Gesundheitsmarkt ist zu berücksichtigen, dass die folgenden Ansatzpunkte zur Forcierung des Wirtschafts- und Innovationsfelds „Health & Ageing“ in Oberösterreich nicht immer eindeutig einem Bereich zugeordnet werden können bzw. auf beide Bereiche Wirkung entfalten.

Um die gesundheitswirtschaftlichen Potenziale optimal erschließen zu können, muss die Finanzierungsdiskussion im öffentlichen Gesundheitswesen insbesondere auch als Chance für die oö. Gesundheitswirtschaft wahrgenommen werden. In Oberösterreich wurde mit der Spitalsreform ein wesentlicher Schritt in Richtung Kostenbegrenzung des Gesundheitswesens gesetzt. Das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen wird sich mit Blick auf den zunehmenden Kostendruck auf seine Kernaufgabe, die Gesundheitsdienstleistungen, fokussieren. Dies wird dazu führen, dass die in der Regel nicht direkt gesundheitsbezogenen Vorleistungen des Gesundheitssektors verstärkt ausgelagert werden und somit Chancen für private Anbieter eröffnen. Weiters können insbesondere auch Effizienzsteigerungen in den Prozessen des Gesundheitssektors durch den verstärkten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien nicht nur zu einer Kostenreduktion im Gesundheitssektor, sondern auch zu Marktchancen für entsprechende private Anbieter werden.

Als Impulse für den ersten Gesundheitsmarkt sollen folgende Ansatzpunkte dienen:

- Im Bereich der nichtmedizinischen Vorleistungen für den Gesundheitssektor soll eine weitgehende Auslagerung angestrebt werden, um einerseits die öffentlichen Kosten zu reduzieren und andererseits Marktchancen für private Unternehmen zu bieten. Von öffentlicher Seite sollen in diesem Bereich die Rahmenbedingungen für einen positiven Wettbewerb verbessert werden. In diesem Zusammenhang sollen alle Maßnahmen im Hin-

blick auf einen verstärkten Dialog und die Initiierung von konkreten Innovationsprojekten zwischen Krankenhäusern und Unternehmen verstärkt werden, um so Produktivitätsverbesserungen, Effizienzsteigerungen sowie den Technologietransfer voranzutreiben. Hilfreich wäre ein entsprechendes Förderinstrument, das die Teilnahme von öffentlichen Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich ermöglicht. Dabei soll der Gesundheits-Cluster Oberösterreich seine Rolle als Technologietransferplattform weiter ausbauen und verstärken.

- Im Sinne effizienter Prozessabläufe soll der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen (E-Health) weiter forciert und intensiviert werden. So sollen entsprechende regionale Initiativen eingeleitet bzw. in der Umsetzung entsprechender Vorhaben unterstützt werden, um überregional als Vorreiter im Bereich E-Health wahrgenommen zu werden. Eine deutliche Intensivierung der Teilnahmen oö. Akteure aus Wissenschaft und Wirtschaft an nationalen und insbesondere europäischen Initiativen und Programmen könnte einen entsprechenden Türöffner darstellen. Über diesen Weg entstehen gleichzeitig für oö. Unternehmen Chancen für eine entsprechende frühzeitige Positionierung. In diesem Zusammenhang soll auch der Open-Data-Gedanke – natürlich unter Wahrung datenschutzrechtlicher Grundlagen – mitberücksichtigt werden.
- Der zukunftsweisende Einsatz von Telematik-Lösungen soll verstärkt werden, eine entsprechende Sensibilisierung der Betroffenen (ÄrztInnen, PatientInnen) ist dafür notwendig. Gerade im Bereich der Telematik gäbe es maßgebliche Know-how-Träger in den oberösterreichischen Forschungseinrichtungen sowie im Unternehmensbereich, die bei einem verstärkten Einsatz der Medizin-Telematik Chancen eröffnen könnten.
- Um die Potenziale des in Oberösterreich bestehenden Stärkefelds der Gesundheitstechnologie weiter zu erschließen, sollen einerseits die entsprechenden Forschungsaktivitäten an den oö. Hochschulen durchaus auch in strategischer Kooperation mit nationalen und europäischen Akteuren forciert werden. Andererseits sollen die oö. Unternehmen im Bereich der Medizintechnik bei der Einbindung in internationale Entwicklungs- und Zuliefernetze gezielt unterstützt und Wachstumsmärkte in Europa und darüber hinaus durch entsprechende Internationalisierungsoffensiven erschlossen werden. Hierzu sollten die internationalen Vernetzungsaktivitäten des Gesundheits-Cluster ausgebaut werden.
- Soziale Innovationen⁸⁸ entstehen häufig an Schnittstellen unterschiedlicher Zugänge, Perspektiven und Hintergründe und bedürfen der Kombination von sozialer, technologischer,

⁸⁸ Soziale Innovationen sind neue Konzepte und Maßnahmen zur Lösung sozialer Herausforderungen, die

Prozess-, Organisations- und Dienstleistungsinnovation. Aus diesem Grund erscheint die Initiierung sphärenübergreifender Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Wirtschaft, der Wissenschaft und dem Non-Profit-Bereich überlegenswert.

- In mehreren durchgeführten Gesprächen wurde weiters angeregt, im Sinne einer Fokussierung auf die Gesundheitsdienstleistungen und den möglichst effizienten (Human-)Ressourceneinsatz eine Diskussion zur Einführung von Primary Nurse/Advanced Nursing Practice-Konzepten zu initiieren. Ziel dieser Konzepte ist, die ÄrztInnen bei ihrer Arbeit zu entlasten, indem bestimmte Aufgaben – wie zB bestimmte Entscheidungsverantwortungen, die Durchführung von Hausbesuchen, die Beratung und Betreuung von PatientInnen etc. – an nicht-medizinische PraxisassistentInnen delegiert werden.

Wie bereits angeführt ergeben sich insbesondere im zweiten Gesundheitsmarkt eine Vielzahl von Marktchancen, die von oö. Unternehmen aktiv genutzt werden können. Wesentlich wird dabei sein, dass der Gedanke der Prävention (v.a. von chronischen Erkrankungen) verstärkt in den Fokus der Gesundheitsversorgung gerät. Folgende Ansatzpunkte sollen als Impulse zur Unterstützung des „zweiten Gesundheitsmarktes“ in Oberösterreich verstanden werden:

- Im Gesundheitstourismus besteht großes Potenzial für Oberösterreich. Oberösterreich soll sich daher insbesondere auch als „Gesundheitsregion“ positionieren und entsprechende attraktive Leistungsangebote entwickeln. In dieser Hinsicht soll ein **Ausbau des „Medical Wellness“-Angebots** im touristischen Bereich angestrebt werden – gezielte Investitionsanreize in diese Richtung könnten zB im Rahmen der Infrastruktur- und Investitionsförderung des Landes erfolgen.
- Um die Marktchancen gezielt zu nutzen, die aus dem zunehmenden Trend des *LOHAS – Lifestyle of Health and Sustainability* entstehen, sollen intensive Informations- und Bewusstseinsbildungsmaßnahmen sowie ein Call zur Förderung unternehmerischer Entwicklungsprojekte für neue innovative Gesundheitsdienstleistungen und -produkte durchgeführt werden. Dabei würden erstmals branchenübergreifende Innovationspotenziale (zB Lebensmittel, Wohnen, Sport und Freizeit) freigesetzt, die durch clusterübergreifende Maßnahmen des Lebensmittel-, des Möbel- und Holzbau- sowie des Gesundheits-Clusters vorangetrieben werden können.

von betroffenen gesellschaftlichen Gruppen angenommen und benutzt werden (ZSI, 2012)

- Im Bereich des Ambient Assisted Living (AAL), das ein maßgeblicher Inhalt von nationalen und europäischen Initiativen und Programmen ist, gibt es einige dynamische Leitbetriebe in Oberösterreich in Forschung und Anwendung mit internationaler Sichtbarkeit. Diese „Gazellen“ sollen durch spezifische Serviceportfolios des Gesundheits-Cluster in ihrer positiven Entwicklung unterstützt werden. Weiters können Unternehmen aus dem öö. Stärkefeld der Mechatronik dabei neue Anwendungen und Produkte in der Gesundheitstechnologie entwickeln.

Ein wesentliches Potenzial in volkswirtschaftlicher Hinsicht besteht in der generellen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung – insbesondere durch die verschiedenen Präventions- und Betreuungsmaßnahmen. Wesentliche Ansatzpunkte in dieser Hinsicht sind:

- Information und Bewusstseinsbildung hinsichtlich der Gefahren chronischer Erkrankungen (zB Adipositas, Diabetes): entsprechende Informationsaktivitäten sollen dabei insbesondere auf die jeweiligen Risikogruppen – zB Jugendliche und MigrantInnen – fokussieren. Generell bedarf es einer strategischen und breit ausgerichteten Vorgehensweise des Landes zum Umgang mit den zunehmend auftretenden chronischen Erkrankungen.
- Bezuglich der Zunahme an Demenzerkrankungen bedarf es einer breiten Sensibilisierung der Bevölkerung sowohl hinsichtlich der möglichen eigenen Betroffenheit als auch hinsichtlich der Auswirkung von Demenzerkrankungen im familiären Umfeld auf das Erwerbsleben.
- Ein weiteres wirtschaftliches Potenzial ergibt sich aus den eben dargestellten Ansätzen, wenn diese Informationsmaßnahmen sowie darauf folgende Betreuungsmaßnahmen (zumindest in Teilen) von privaten Unternehmen umgesetzt und öffentlich wie auch privat finanziert werden.
- Die Gesundheitsförderung in den Betrieben muss noch deutlich stärker forciert werden, auch sollte das Konzept der Lebensarbeitszeit in den Betrieben entsprechend Beachtung finden. Dabei ergeben sich interessante Potenziale für wissensintensive Dienstleistungsunternehmen.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels wird es immer wichtiger, ältere Menschen länger im Erwerbsleben zu halten. Zu den möglichen Handlungsfeldern in dieser Hinsicht zählen:

- Die Schaffung von Awareness bei Unternehmen für die demographischen Chancen und Herausforderungen am Arbeitsmarkt.
- Unterstützung von öö. Unternehmen, um sie „demographie-**fit**“ zu machen bzw. um attraktive Arbeitsbedingungen und Perspektiven für älter werdende Beschäftigte zu schaffen; u.a. bei folgenden Themen:
 - Age-Management und Bewertung der Altersstrukturentwicklung für Unternehmen
 - Lebensarbeitszeitmodelle für MitarbeiterInnen anwenden
 - Die Zunahme älterer ArbeitnehmerInnen wird – da diese im Zuge von Lebensarbeitszeitmodellen gegen Ende ihres Erwerbslebens oftmals nicht mehr in Vollbeschäftigung stehen werden – in den Betrieben zu einem zusätzlichen Bedarf an Arbeitskräften führen. Die aufgrund des demographischen Wandels entstehenden zukünftigen Arbeitskräftebedarfe sollten daher von den Unternehmen ermittelt werden.
 - Betriebliche Weiterbildungen für ältere Menschen sollten verstärkt werden.
 - Gesundheitsförderungen für ältere Menschen im Betrieb, um sie am Arbeitsplatz halten zu können, sind aufzubauen.
 - Arbeitsplatzgestaltung entsprechend den (sich ändernden) Bedürfnissen älterer Menschen, um den Arbeitsplatz weiterhin attraktiv für diese zu gestalten.
 - Mit der Nutzung von flexibleren und gleitenden Pensionierungsmodellen kann die längere Erwerbstätigkeit von älteren Menschen ebenfalls unterstützt werden.
- Intensive Maßnahmen zur Stimulierung der Re-Integration älterer Arbeitsloser in das Erwerbsleben
- Lebenslanges Lernen als zentrales Prinzip im Erwerbsleben verankern.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- AKh Linz. AKh Aus-/Fortbildung. <http://www.linz.at/akh/1556.asp>.
- AMS. (2010). Arbeitsmarktlage 2010. http://www.ams.at/_docs/001_jb10.pdf.
- Amt der Oö. Landesregierung. (2011a). *Regionale Bevölkerungsprognose 2009 bis 2050*.
- Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik. (2011). *Oberösterreich Zahlen, Fakten, Jahresausgabe 2010*.
- Bain & Company. (2011). *The end of healthcare ... as we know it?, Die Architektur des Gesundheitsmarkts 2020 und Folgen für Ärzte, Versicherer, Distributoren und Industrie*.
- BASYS. (2011). *Gesundheitswirtschaft Österreich, Studie für die Wirtschaftskammer Österreich*. <http://www.basys.de/aktuelles/2011/gwoe.pdf>.
- BMASK. (k.A.). *Armut- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich, Ergebnisse aus EU-SILC 2010*.
- BMASK. (2010). *Basisinformationsbericht Österreich – Berichtsjahr 2009, Institutionen, Verfahren, Maßnahmen*. From http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/7/9/CH0690/CMS1249975678352/bir_basisinformationsbericht_oesterreich_101006.pdf
- BMASK. (2010). *Sozialbericht 2009-2010, Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen*. http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/2/3/CH2171/CMS1289832560842/sozialbericht_2010_web.pdf.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. (2011b). *Innovationspulse der Gesundheitswirtschaft, Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung, Ergebnisse des gleichnamigen Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie*.
- con.os tourismus.consulting gmbh. (2011a). *Grundlagenstudie: Der Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Österreich: Status-Potenziale-Ausblick, Kurzfassung, Im Auftrag des BMWFJ*. http://www.bmwfj.gv.at/Tourismus/TourismusstudienUndPublikationen/Documents/Gesundheitsstudie_KF_HP.pdf.
- con.os tourismus.consulting gmbh. (2011b). *Grundlagenstudie: Der Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Österreich: Status-Potenziale-Ausblick (Langfassung), Im Auftrag des BMWFJ*.
- Der Standard. (2012). *Der Preis der Krankheiten, Der Standard vom 10. Juli 2012*. <http://derstandard.at/1341844845432/Der-Preis-der-Krankheiten>.
- Deutsche Bank Research. (2010). *Gesundheitswirtschaft im Aufwind*.
- Ernst & Young. (2011). *Pulse of the Industry, Medical technology report 2011*.

Europäische Kommission. (2005). *Vorschlag für eine EMPFEHLUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zu Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen* . Kom(2005) 548.

Europäische Kommission. (2006). *Die demographische Zukunft Europas – Von der Herausforderung zur Chance*, KOM(2006) 571.

Europäische Kommission. (2007a). *Wohltuendes Altern in der Informationsgesellschaft, Eine i2010-Initiative, Aktionsplan „Informations- und Kommunikationstechnologien für eine alternde Gesellschaft“*, Kom(2007) 332.

Europäische Kommission. (2007b). *Weissbuch, Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013*, KOM(2007) 630 .

Europäische Kommission. (2010a). *Europa 2020. Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum*. KOM(2010) 2020.

Europäische Kommission. (2010b). *Eine Digitale Agenda für Europa*, KOM(2010) 245.

Europäische Kommission. (2010c). *Innovationsunion, Leitinitiative der Strategie Europa 2020*.

Europäische Kommission. (2011a). *Vorschlag für VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über das Rahmenprogramm für Forschung und Innovation „Horizont 2020“ 2014-2010*, KOM(2011) 809.

Europäische Kommission. (2011b). *Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über das Programm „Gesundheit für Wachstum“, das dritte mehrjährige EU-Aktionsprogramm*, KOM(2011) 709.

FFG. (2011). *Förderungsübersicht 2010 nach Systematik der Wirtschaftstätigkeit - Sonderauswertung*.

FFG. (2012). *Förderungsübersicht 2011*.

FH für Gesundheitsberufe. (k.A.). *Studieninfobroschüre*. http://www.fh-gesundheitsberufe.at/fileadmin/downloads/folder-download-PDF/FHG_Studieninfobrosch%C3%BCre_WEB.pdf.

FH OÖ. *Studienführer*. <http://www.fh-ooe.at/fileadmin/fileSystem/PDFs/FHOe-Studienfuehrer.pdf>.

Fraunhofer-Gesellschaft. (2009). *Marktpotenziale, Entwicklungschancen, Gesellschaftliche, gesundheitliche und ökonomische Effekte der zukünftigen Nutzung von Ambient Assisted Living (AAL) Technologien*. http://www.aal.fraunhofer.de/publications/urn_nbn_de_0011-n-1024464.pdf.

Fürst, E. (2011). *Demographische Entwicklungen Oberösterreich*, Vortrag am 5.10.2011, Messezentrum Wels.

FWF. (2012). *Jahresbericht 2011*.

gespag. (2011). *Ausbildungskatalog "Gesundheitsberufe" Schulen - lernen ist in!*

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger . (2010). *Masterplan Gesundheit, Einladung zum Dialog, Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung.*

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Beschäftigte in Österreich, Juni 2012.*

Henke et al. (2011). *Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung.*

<http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/2d/db/00/studie-innovationsimpulse-iegus-tu-berlin-110224.pdf>.

IHS. (2009). *Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektors Gesundheit.*

Institut für Gesundheitsplanung. (2011). *Mehr Gesundheit für Oberösterreich, Die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020.*

JKU. *Broschüre Bachelor- und Masterstudium Molekulare Biologie.*

JKU. *Informationsbroschüre 2. Universitätslehrgang Clinical Research.* <http://www.ph-cr.jku.at/cr/CR.pdf>.

Nefiodow, L. (2007). *Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Die langen Wellen der Konjunktur und ihre Basisinnovation.*

Oberösterreichische Wirtschaft. (2011). *Oberösterreich wird immer älter, Artikel vom 2. September 2011.*

OECD. (2010). *Health at a glance 2010.*

OECD. (2011a). *Health at a Glance 2011, OECD Indicators.*

OECD. (2011b). *Pensions at a glance 2011: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries .*

Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen . (2005). *Situation pflegender Angehöriger, Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz.* http://www.uni-graz.at/ukidabwww_bmask_studie_situation_pflegender_angehoeriger.pdf.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2012). *Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010-2030, Ergebnisbericht, Im Auftrag von BMG, BMWF und der Österreichischen Ärztekammer.*

http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/bedarfsstudie_2012.pdf.

Oxley, H. (2009). *Policies for Healthy Ageing: An Overview*, OECD Health Working Papers, No. 42.

PricewaterhouseCoopers. (2006). *HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future*.

PricewaterhouseCoopers. (2010). *HealthCast - Die Individualisierung des Gesundheitswesens*.

PricewaterhouseCoopers. (k.A.). *Die (R)Evolution von PPPs im Bereich Healthcare*.

http://www.pwc.com/de_AT/at/beratung-fuer-healthcare-gesundheitswesen/praesentation-pwc-studie-revolution-von-ppps-im-healthcare.pdf.

Proviso. (2011). *Midtermbericht - Health*.

http://www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/europa/proviso/publikationen/Midtermbericht_HEALTH.pdf.

RKW Kompetenzzentrum. (2011). *Zukunftsmarkt 50plus, Herausforderungen und Chancen auf internationalen Märkten*. http://www.rkw-kompetenzzentrum.de/fileadmin/media/Dokumente/Publikationen/2011_LF_Wifa-Zukunftsmarkt-Internationales.pdf.

Roland Berger School of Strategy and Economics. (2012). *Thoughts, Megatrends*.

http://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland_Berger_RBSE_THOUGHTS_Megatrends_D_20120720.pdf.

Roland Berger Strategy Consultants. (2011). *Weltweite Gesundheitswirtschaft – Chancen für Deutschland, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie*.

Roland Berger Strategy Consultants. (k.A.). *Zukunftsmarkt Gesundheit & Wellness, Studie im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich*.

http://www.rolandberger.at/media/pdf/Roland_Berger_Studie_Zukunftsmarkt_Gesundheit_20090824.pdf.

Roland Berger Strategy Consultants, BASYS, TU Berlin. (2009). *Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi)*. Kurzfassung des Abschlussberichts.

Statistik Austria. (2011a). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010*.

Statistik Austria. (2011b). *Zahlen, Daten, Fakten 11/12*.

VDI/VDE Innovation und Technik GmbH, Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE, IGM Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Hochschule Neubrandenburg. (2008). *Identifizierung von Innovationshürden in der Medizintechnik, im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung*.

Vinzenz Gruppe. (2009). *Krankenhaus: Wachstumsspritze für die Wirtschaft*.

Wirtschaftskammer Österreich & Roland Berger Strategy Consultants. (2009). Zukunftsmarkt Gesundheit & Wellness.

Wirtschaftskammer Österreich. (2012a). *TOURISMUS IN ZAHLEN, Österreichische und internationale Tourismus- und Wirtschaftsdaten*, 48. Ausgabe, Mai 2012.
http://portal.wko.at/wk/dok_detail_link.wk?angid=1&docid=1332688&std=549103&cbtyp=1&titel=Tourismus%2cin%2cZahlen.

Wirtschaftskammer Österreich. (2012b). *Gesundheitswirtschaft: Zielgruppe Privatpatient*.

Wirtschaftskammer Österreich. (k.A.). *Wachstumsmotor Gesundheit*.

Wirtschaftskammer Österreich, BMWFJ, Roland Berger Strategy Consultants. (2010). *Erfolg auf dem Gesundheitsmarkt, Ein Leitfaden für die Praxis*, Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstituts Nr. 343.

Wirtschaftskammer Tirol. (2011). *Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft*.

Wissenschaftlich-Technischer Beirat der Bayerischen Staatsregierung. (2009). *Zukunft der Gesundheit*.

<http://www.bayern.de/Anlage10263901/Zukunft%20der%20Gesundheit.pdf>.

Zauner, M. (2009). *Technologieentwicklung im Bereich Medizintechnik und Life-Science*.

ZSI. (2012). *Impulse für die gesellschaftliche Entwicklung. ZSI-Discussion Paper 9*.
<https://www.zsi.at/object/publication/1399>.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgrenzung des Gesundheitsmarkts	20
Abbildung 2: Basisinnovation und ihre wichtigsten Anwendungsfelder	22
Abbildung 3: Finanzierungsströme im öffentlichen Gesundheitswesen in Österreich	25
Abbildung 4: Effekte der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	26
Abbildung 5: Wertschöpfung durch Spitäler (in €)	27
Abbildung 6: Die Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050	28
Abbildung 7: Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten im Bundesländervergleich, in %	30
Abbildung 8: Gesundheitsausgaben 2009, in %	32
Abbildung 9: Nominelle Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs 2012-2020 gemäß der diesbezüglichen politischen Vereinbarung vom 13. Juni 2012	34
Abbildung 10: Entwicklung des Gesundheitsmarktes in Österreich 2002-2008 (in € Mrd.)	36
Abbildung 11: Politische und sonstige Einflüsse auf die Versorgungslandschaft	45
Abbildung 12: Funktionsweise der Medizintechnik	48
Abbildung 13: Altersstrukturveränderung in Oberösterreich 2000 und 2050	52
Abbildung 14: Arbeitskräftepotenzial in Oberösterreich 1981-2030	55
Abbildung 15: Gesundheitsausgaben in % des BIP 2009 (bzw. aktuellstes verfügbares Jahr)	57
Abbildung 16: Gesundheitsausgaben pro Kopf 2009 (bzw. aktuellstes verfügbares Jahr) in USD (PPP)	58
Abbildung 17: Gesundheitsausgaben nach Bereich (in %), 2009	59
Abbildung 18: Anteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, in %, 1995 und 2009	59
Abbildung 19: Praktizierende ÄrztInnen pro 1.000 Einwohner	60
Abbildung 20: Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner	61
Abbildung 21: Prognose des österreichischen Gesundheitsmarktes (in € Mrd.)	83
Abbildung 22: Wachstum im zweiten Gesundheitsmarkt 1998-2008	84
Abbildung 23: Verteilung der gesundheitstouristischen Einrichtungen in Österreich	86
Abbildung 24: Zusammensetzung der oö. Bevölkerung nach Alter, 1981-2040	88
Abbildung 25: Anzahl der Betriebe in der Gesundheitswirtschaft in Österreich und Oberösterreich 2009 nach Branchen	94
Abbildung 26: Beschäftigte im Jahresschnitt in den einzelnen Branchen der Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich und Österreich im Jahr 2009	95
Abbildung 27: Betriebserlöse (in € 1.000; ohne Umsatzsteuer) in den einzelnen Branchen 2009 in Oberösterreich und Österreich	97
Abbildung 28: Bruttoinvestitionen in Sachanlagen nach Branchen in Oberösterreich und Österreich (in € 1.000)	98
Abbildung 29: Anzahl touristischer Gesundheitsbetriebe in Österreich nach Bundesland	99

Abbildung 30: Gesundheitstouristische Nächtigungen in Österreich nach Bundesland	99
Abbildung 31: Die wichtigsten Absatzmärkte der befragten Unternehmen (Mehrfachnennungen) (n=9)	101
Abbildung 32: Beurteilung der Unternehmensentwicklung der vergangenen Jahre hinsichtlich relevanter Indikatoren (n=9)	101
Abbildung 33: Rekrutierung von qualifiziertem Personal (n=9)	102
Abbildung 34: Ausbildung des rekrutierten Personals (mehrheitlich) (n=8)	102
Abbildung 35: Künftiger Bedarf an MitarbeiterInnen nach Qualifikation (n=8)	103
Abbildung 36: Ziele der F&E-Aktivitäten der befragten Unternehmen (Mehrfachnennungen) (n=9)	104
Abbildung 37: Kooperationspartner (n=9)	104
Abbildung 38: Öffentliche Förderungen (Mehrfachnennungen) (n=8)	105
Abbildung 39: Relevanz von weitgehend durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen für den Standort Oberösterreich (n=8)	106
Abbildung 40: Zufriedenheit mit den weitgehend durch die öffentliche Hand geprägten Rahmenbedingungen für den Standort Oberösterreich (n=8)	107
Abbildung 41: Relevanz von wirtschaftlichen bzw. unternehmensorientierten Rahmenbedingungen (n=8)	109
Abbildung 42: Zufriedenheit mit den aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (n=8)	109
Abbildung 43: Österreichische Beteiligung am Programm „Gesundheit“ des 7. Rahmenprogramms der EU (Stand 10/2010)	116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der traditionellen und neuen Sichtweise des Gesundheitssektors	23
Tabelle 2: Wohn- und Pflegeheime/-plätze, nach Bundesländern, 2010	30
Tabelle 3: Gesundheitsbetriebe nach Bundesländern und Betriebsarten, 2010.....	31
Tabelle 4: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, 2000 und 2010	37
Tabelle 5: Eckwerte zur österreichischen Gesundheitswirtschaft im Jahr 2006.....	80
Tabelle 6: Konsumausgaben in der Gesundheitswirtschaft nach Güter- und Finanzierungsarten, 2006.....	81
Tabelle 7: Marktvolumen der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2008 in Österreich.....	82
Tabelle 8: Beschäftigung in ausgewählten Branchen des Gesundheitssektors, Österreich, 2009.....	85
Tabelle 9: Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheitsinfrastruktur in Oberösterreich	89
Tabelle 10: Wohn- und Pflegeheime/-plätze, nach Bundesländern, 2010	91
Tabelle 11: Gesundheitsbetriebe nach Bundesländern und Betriebsarten, 2010.....	91
Tabelle 12: Wirtschaftsbereiche der Gesundheitswirtschaft nach ÖNACE 2008	93

Anhang

Anhang A: Übersicht über die im Rahmen des Projekts durchgeführten Gespräche mit ExpertInnen

Präsident LAbg. Dr. Walter Aichinger, Österreichisches Rotes Kreuz – Landesverband OÖ

Dr. Thomas Czypionka, Institut für Höhere Studien

HR Dr. Ernst Fürst, Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung

Dr. Ludovit Garzik, Rat für Forschung und Technologieentwicklung

Dr. Gerda Geyer, FFG/Thematische Programme (AAL, benefit)

Dr. Dietmar Schuster, MBA, Wirtschaftskammer Österreich, Plattform Gesundheitswirtschaft Österreich

DI Martin Krammer, Österreichische Verband der Krankenhaustechniker

Dekan Prof. Dr. Markus Lehner, FH Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit und Soziales

Direktor-Stv. Dr. Gerhard Mayr, Oberösterreichische Gebietskrankenkass

Univ.-Prof. Dr. Norbert Müller, JKU Life Science Center OÖ, Institut für Organische Chemie der JKU

Dr. Peter Niedermoser, Ärztekammer für Oberösterreich

MMag. Bettina Schneebauer, FH für Gesundheitsberufe

Kerstin Zimmermann, BMVIT, Abt. I 5 – Informations- und industrielle Technologien, Raumfahrt

Ao.Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. techn. Wolfgang Zagler, Zentrum für Angewandte Assistierende Technologien, TU Wien

Prof. (FH) Dipl.-Ing. Dr. Martin Zauner, FH OÖ

Anhang B: Übersicht über die befragten UnternehmensvertreterInnen

Manfred Buchberger, MBA, Greiner Bio-One GmbH

Mag. Walter Buchinger, Emporia Telecom Produktions- und Vertriebs GmbH & Co KG

Mag. Michael Farthofer, AKATech Produktions- und Handels GmbH

Dr. Peter Hofinger, Plejaden GmbH

Mag. Bernhard Holzer, VAMED Management und Service GmbH & Co KG

Prok. Erwin Jobst, CompuGroup Medical Central Eastern Europe GmbH (Systema)

Prok. DI Karl Kaser, Life Tool Solutions GmbH

Karl Lehner, MBA, Oö. Gesundheits- und Spitals-AG

Mag. Eveline Pupeter-Fellner, Emporia Telecom Produktions- und Vertriebs GmbH & Co KG

DI Matthias Schmied, GE Healthcare Austria GmbH & Co OG

