

von Bandemer, Stephan; Salewski, Kinga; Schwanitz, Robert

Research Report

Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft: Was kommt nach Medizintechnik und Pharmaindustrie?

Forschung Aktuell, No. 11/2009

Provided in Cooperation with:

Institute for Work and Technology (IAT), Westfälische Hochschule, University of Applied Sciences

Suggested Citation: von Bandemer, Stephan; Salewski, Kinga; Schwanitz, Robert (2009) : Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft: Was kommt nach Medizintechnik und Pharmaindustrie?, Forschung Aktuell, No. 11/2009, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0176-200911012>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/57232>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Ausgabe : 11/2009

Thema : Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft:
Was kommt nach Medizintechnik und Pharmaindustrie?

Autoren : Stephan v. Bandemer / Kinga Salewski / Robert Schwanitz

Auf den Punkt

- Die Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik ist bereits stark international ausgerichtet: Medizintechnik und Pharmaindustrie tragen mit einer Exportquote von rund 60 Prozent und einem Export von etwa 46 Mrd. Euro maßgeblich zum Exporterfolg der deutschen Volkswirtschaft bei.
- Die Exporterfolge konzentrieren sich bislang auf die westlichen Industrieländer und könnten durch die Erschließung der großen Nachfrage in den Schwellenländern deutlich gesteigert werden.
- Systemlösungen und übergreifende Wertschöpfungsketten bieten die Chance, die deutsche Gesundheits-Infrastruktur zu vermarkten, und ermöglichen neue Exportchancen speziell in aufstrebenden Schwellenländern.
- Der Markt ausländischer Patienten ist trotz einer Steigerung der Behandlungsfälle auf rund 59.000 (2007) im Vergleich zum Export in die ausländischen Märkte ein Nischenprodukt, das sich nur für wenige Krankenhäuser mit einer gezielten internationalen Ausrichtung rechnet.

Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft ist mit rund 4,8 Mio. Erwerbstätigen und einer Bruttowertschöpfung von etwa 224 Mrd. Euro (2007) die größte deutsche Wirtschaftsbranche. Sie wird seit Jahren als eine der viel versprechenden Gestaltungsfelder der Zukunft für innovative Produkte und Dienstleistungen gehandelt. Sowohl in Deutschland als auch weltweit wird ein vermehrtes Interesse an Gesundheit und eine steigende Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen, die die Gesundheit erhalten und wiederherstellen, registriert. Das deutsche Gesundheitssystem und die medizinischen Kompetenzen nehmen international eine Spitzenposition ein, so dass eine internationale Ausrichtung der Gesundheitswirtschaft unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ein wichtiger Gestaltungsansatz für die Entfaltung von Innovations-, Wachstums- und Beschäftigungspotenzialen ist. Auch gesamtwirtschaftlich ist es von großer Bedeutung, dass gesundheitswirtschaftliche Unternehmen dazu beitragen, die internationale Wettbewerbsfähigkeit einer exportorientierten Volkswirtschaft zu gewährleisten.

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft sind vor allem die Medizintechnik-Branche und die Pharmaindustrie bereits international stark ausgerichtet. Mit einem Exportvolumen von ca. 46 Mrd. € für die beiden Branchen im Jahr 2008 entspricht dies ca. 5% des gesamten deutschen Exportvolumens. Angesichts des hohen Innovationstempos müssen beide aber bei Forschung und Entwicklung auch zukünftig international mithalten, um sich gegen die zunehmende Konkurrenz – zum Teil aus Schwellenländern wie China oder Indien – behaupten zu können. Die Refinanzierung von kostenintensiven Entwicklungsleistungen in diesen Branchen ist hier zunehmend davon abhängig, wie stark die Produkte international vermarktet werden. Der große Aufwand von Innovationen in immer kürzer werdenden Zyklen erweist sich vor allem in Hinblick auf die Investitionskosten erst im internationalen Kontext als wirtschaftlich tragfähig. Dabei reicht es nicht aus, lediglich die bisherigen Hauptzielländer der Industriestaaten zu bedienen, sondern auch die bevölkerungsreichen Schwellenländer als Nachfrager und Abnehmer zu gewinnen. Hierfür sind allerdings weiter gehende Strategien notwendig, da in diesen Ländern Gesundheitsinfrastrukturen und qualifizierte Gesundheitsdienstleistungen weitgehend nicht oder nur unzureichend vorhanden sind, die Verbreitung von innovativen Produkten aber vielfach von der Verfügbarkeit spezieller Infrastruktur und qualifizierten Dienstleistungen abhängig ist.

Akteure und Einrichtungen des klassischen Gesundheitswesens in Deutschland sind hingegen immer noch überwiegend lokal, regional und national orientiert. In diesen Bereichen sind bisher eher punktuell Internationalisierungsbemühungen von einzelnen Akteuren der Gesundheitswirtschaft erkennbar, die sich in Form des so genannten „Patientenimports“ und des Exports von bestimmten Gesundheitsinfrastrukturen bzw. –dienstleistungen äußern, z.B. die Errichtung und Ausstattung eines Krankenhauses im Ausland.

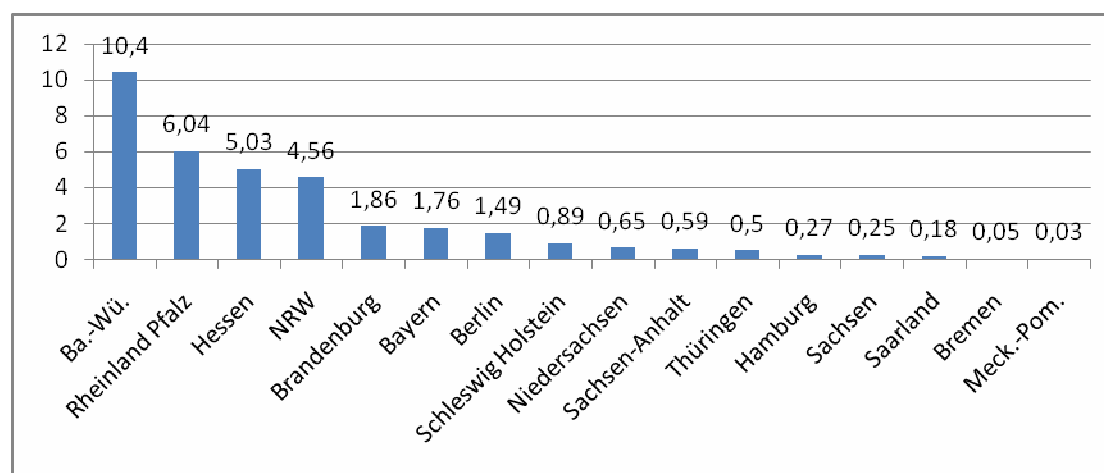
Für die Identifizierung von erfolgversprechenden Exportstrategien ist eine detaillierte Betrachtung der außenwirtschaftlichen Aktivitäten erforderlich. Dabei zeigt sich auch, dass die einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Aus entsprechend differenzierten Analysen lassen sich Strategien für eine außenwirtschaftliche Entwicklung ableiten, die dazu beitragen kann, die Gesundheitswirtschaft als Leitbranche der Volkswirtschaft zu etablieren.

Internationale Ausrichtung der deutschen Gesundheitswirtschaft

Die außenwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft hat sich in den letzten Jahren weiter erhöht. Im Jahr 2006 lag der Anteil am Export bei 4%, während das Jahr 2008 bereits einen Anteil von 5% aufweist¹. Insgesamt ist eine Steigerung um ca. 10 Mrd. € von 36 Mrd. auf 46 Mrd. € innerhalb von zwei Jahren zu verzeichnen.² Die Gesundheitswirtschaft ist damit einer der Exportmotoren der deutschen Volkswirtschaft.

Bei näherer Betrachtung der Warengruppen im Bundesländervergleich lassen sich klare Profile der Stärken und Schwächen in der Exporttätigkeit herausarbeiten. Baden-Württemberg nimmt insgesamt betrachtet die Spitzenposition mit 13,4 Mrd. € (3,7% Anteil am BIP) ein. Die Stärken liegen dabei insbesondere in den Pharma-Produkten. 10,4 Mrd. € werden in diesem Bereich exportiert. Rheinland Pfalz ist hier ebenfalls stark aufgestellt und folgt mit 6,04 Mrd. € auf Platz zwei (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Export pharmazeutische Produkte(in Mrd. €)



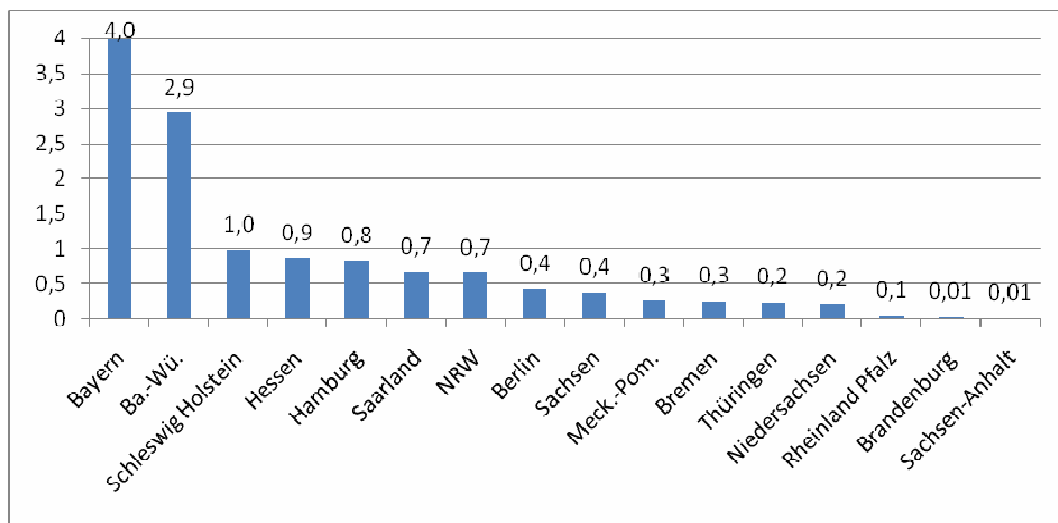
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008; eigene Berechnungen

Im Bereich der Medizintechnik bietet sich ein anderes Bild. Bayern ist mit seinen Medizintechnik Clustern (z.B. rund um Siemens in Erlangen) in diesem Bereich mit 4,0 Mrd. € führend (Abbildung 1). Baden-Württemberg folgt hier auf Platz zwei mit 2,9 Mrd. €. Bei der Medizintechnik lässt sich ein deutliches West-Ost-Gefälle ausmachen. Die neuen Bundesländer haben hier noch Nachholbedarf. Dies bestätigt sich für den Bereich der pharmazeutischen Produkte nicht in dieser Deutlichkeit. Länder wie Brandenburg und Berlin sind im bundesweiten Vergleich bereits im Mittelfeld angesiedelt.

¹ Gesamtausfuhr der Gesundheitswirtschaft in den genannten Warengruppen für das Jahr 2008: 45,9 Mrd. €, Gesamtexport in Deutschland für das Jahr 2008: 994,9 Mrd. € (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/03/PD09__113__51.psml)

² Vgl. Statistisches Bundesamt, 2008, eigene Berechnungen: Ausfuhr für pharmazeutische Grundstoffe, pharmazeutische Endprodukte und medizintechnische Produkte.

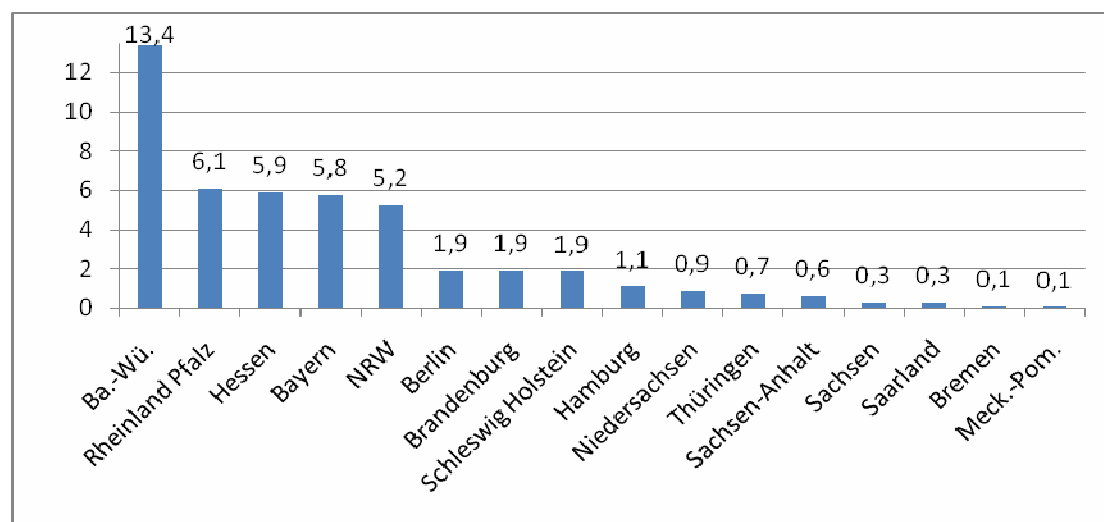
Abbildung 2: Export medizintechnische Produkte (in Mrd. €)



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008: eigene Berechnungen

Der Export von pharmazeutischen und medizintechnischen Produkten wird in Deutschland im Wesentlichen zwischen den Ländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hessen, Bayern und NRW aufgeteilt (Abbildung 2). Die übrigen Bundesländer spielen nur eine untergeordnete Rolle. Dabei sind die Anteile des Exports von Gesundheitsprodukten am BIP erheblich. Rheinland-Pfalz nimmt hier mit 5,7% Anteil die Spitzenposition ein, gefolgt von Baden-Württemberg mit 3,7%. Dies verdeutlicht, dass die Gesundheitswirtschaft eine Branche mit starker internationaler Bedeutung ist und mit dem Export einen erheblichen Beitrag zur Produktion von Wohlstand und Beschäftigung leistet.

Abbildung 3: Gesamtexport Pharmaprodukte und Medizintechnik (in Mrd.€)



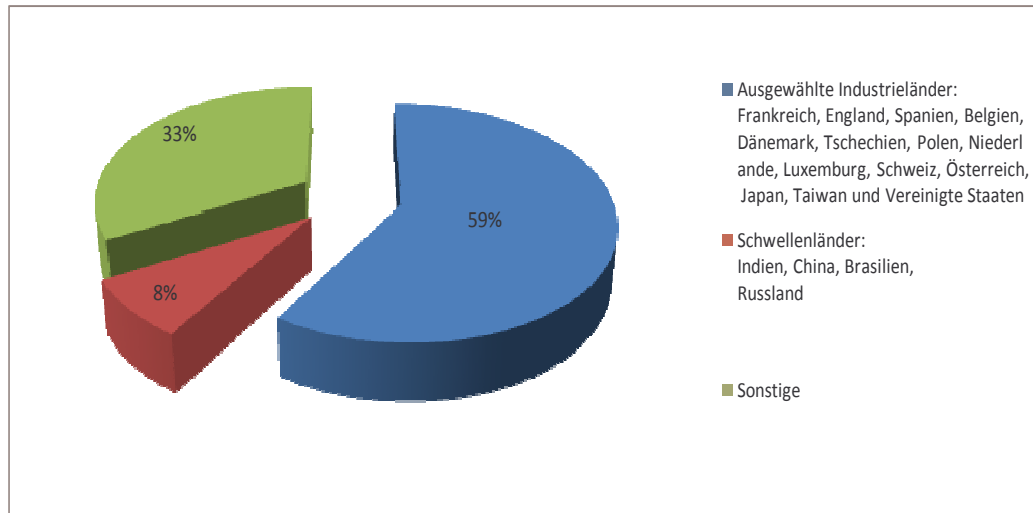
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008: eigene Berechnungen

Insgesamt sind die beiden Branchen Pharmaindustrie und Medizintechnik in erheblichem Umfang exportorientiert aufgestellt. Der Welthandelsanteil der Medizintechnik liegt immerhin bei 10%. Die Bundesrepublik ist damit auf Platz drei hinter den USA und Japan. In der pharmazeutischen Industrie beträgt der Anteil 3,5% am weltweiten Umsatz von 712 Mrd. \$. Die USA nehmen auf diesem Markt erneut die Spitzenposition mit einem Anteil von 43,5% ein, gefolgt von

Europa mit 31% (einschließlich BRD) und Japan mit 9%. Allein Pharmaindustrie und Medizintechnik erwirtschaften so mit dem Export einen erheblichen Anteil des BIPs, der im Vergleich zum Anteil der Gesundheitsausgaben von 10,6% (Jahr: 2007) am Bruttoinlandsprodukt zeigt, dass Exporte einen erheblichen Anteil der Umsätze der Gesundheitswirtschaft ausmachen.

Dabei sind diese Potenziale bei weitem noch nicht ausgeschöpft: Handelspartner der Pharmaindustrie und Medizintechnik sind bei 59% der Produkte die europäischen Nachbarländer und die USA sowie Japan und Taiwan (Abbildung 4).

Abbildung 4: Zielländer Gesamtexport (Pharmaindustrie und Medizintechnik) der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008: Eigene Berechnungen

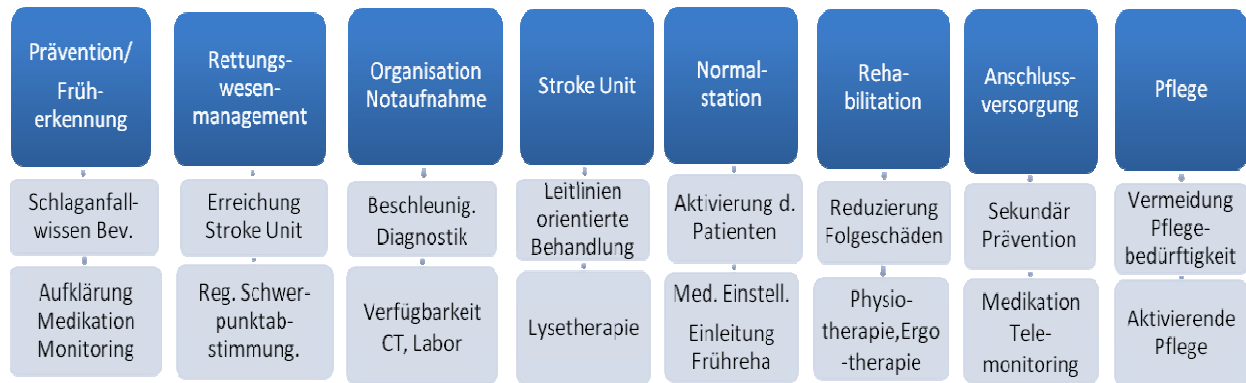
Lediglich 8% gehen in bevölkerungsreiche und wachstumsstarke Schwellenländer wie China, Indien, Brasilien und Russland mit annähernd der Hälfte der Weltbevölkerung. Diese Märkte spielen für andere Wirtschaftszweige (etwa die Automobilwirtschaft) bereits eine wesentlich größere Rolle und bieten auch für die Gesundheitswirtschaft erhebliche Wachstumspotenziale. Die Nachfrage der Schwellenländer übersteigt die derzeitigen Angebote jedenfalls deutlich und bietet erhebliches Wachstumspotenzial. So sind z.B. bereits heute ca. 1,6 Mio. Schlaganfälle in Indien zu versorgen, für die keine adäquate Infrastruktur besteht. Bei Diabetikern wird in Indien bis 2025 mit einem Anstieg auf 75 Mio. Fälle gerechnet. Entsprechende Situationen und Entwicklungen sind auch für andere Krankheitsbilder und Regionen zu verzeichnen.

Voraussetzung für die Erschließung dieser Potenziale ist allerdings, dass nicht nur einzelne medizintechnische oder pharmazeutische Produkte in diese Zielländer exportiert werden. Erforderlich ist vielmehr, komplette Systemlösungen und Wertschöpfungsketten anzubieten und in den Ländern zusammen mit lokalen Partnern aufzubauen, um so die Voraussetzung für die Versorgung und den Einsatz medizinischer Produkte zu schaffen.

Dies eröffnet auch erhebliche Potenziale für Gesundheitsdienstleister aus der Bundesrepublik. Im internationalen Vergleich verfügt das deutsche Gesundheitssystem über gut ausgebaute und integrierte Systemlösungen und Wertschöpfungsketten von der Prävention über die Notfall- und Akutversorgung, die Rehabilitation bis zur Pflege. Das Beispiel Schlaganfall zeigt, wie eine der-

artige Gesamtlösung gestaltet werden kann, die Dienstleistungen sowie medizintechnische und pharmazeutische Produkte systematisch integriert. Allein in Indien besteht ein Bedarf für den Aufbau von rund 2000 derartiger Angebote zur Schlaganfallversorgung, um das deutsche Versorgungsniveau zu erreichen.

Abbildung 5: Wertschöpfungskette Schlaganfallversorgung



Quelle: eigene Darstellung

Mit dem Aufbau derartiger Komplettlösungen in Form hybrider Produkte und Dienstleistungen kann das Exportpotenzial der deutschen Gesundheitswirtschaft zusätzlich deutlich gesteigert werden. Dabei bestehen neben der Versorgung auch im Bereich Forschung und Qualifizierung erhebliche Potenziale.

Ausländische Patienten in Deutschland

Neben dem Export von gesundheitswirtschaftlichen Produkten und Dienstleistungen ins Ausland bildet die Behandlung ausländischer Patienten in deutschen Krankenhäusern einen weiteren Baustein außenwirtschaftlicher Aktivitäten der Gesundheitswirtschaft. Krankenhäuser können seit 1998 die Behandlung ausländischer Patienten unter bestimmten Bedingungen außerhalb ihrer Budgets abrechnen und damit zusätzliche Einnahmen generieren.³ Etliche Krankenhäuser bemühen sich inzwischen um die Gewinnung von Gastpatienten, vor allem aus den Golfstaaten und Russland. Allerdings handelt es sich hierbei weiterhin um einen Nischenmarkt mit eher geringen Wachstumspotenzialen, der zwar für einzelne Standorte und Einrichtungen interessant sein kann, flächendeckend aber nur unwesentlich zur Finanzierung der deutschen Krankenhäuser beiträgt.

Die Zahl der Behandlungsfälle von Patienten mit Wohnort im Ausland ist zwar 2007 gegenüber 2006 um 9,4% auf insgesamt 58.765 Fälle angestiegen. Auch konnten die meisten Bundesländer eine Zunahme von ausländischen Patienten verzeichnen: vor allem Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein profitieren von einem Anstieg der Zahlen. Nordrhein-Westfalen konnte entgegen dem abnehmenden Trend in den letzten Jahren geringfügig wieder Fälle hinzugewinnen, wobei es sich mit einem Plus von rund 400 Behandlungsfällen um nur geringfügige Zuwächse handelt (vgl. Tabelle 1). Trotz des Zuwachses nehmen die Behandlungsfälle ausländischer Patienten weiterhin nur einen geringen Anteil an den insgesamt 17 Mio. Behandlungsfällen in Deutschland und damit nur einen Bruchteil der Leistungen deutscher Krankenhäuser ein. Legt

³ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

man für einen stationären Behandlungsfall in Krankenhäusern durchschnittlich Kosten bzw. Einnahmen in Höhe von etwa 3.300 Euro zu Grunde⁴, belaufen sich die Einnahmen aus den behandelten Fällen von ausländischen Patienten auf rund 177,3 Mio. Euro im Jahr 2006, während die Gesamteinnahmen deutscher Krankenhäuser 63,9 Mrd. Euro betrugen.

Tabelle 1: Stationäre Behandlungsfälle von ausländischen Patienten in Deutschland (2007)⁵

	2004	2005	2006	2007	Prozentuale Veränderung 2006 - 2007
Bayern	11738	12880	13800	15440	11,9
Nordrhein-Westfalen	13806	12543	12308	12711	2,3
Baden-Württemberg	5842	7643	6863	8517	24,1
Hessen	3160	3869	3697	4077	10,3
Saarland	3116	2991	3032	3282	8,3
Niedersachsen	3085	2996	2980	3375	13,3
Rheinland-Pfalz	2994	3661	2811	2651	-5,7
Berlin	1533	1847	2335	2529	8,3
Hamburg	908	1263	1205	1445	19,9
Schleswig-Holstein	1041	1105	986	1170	18,7
Brandenburg	869	881	1189	1074	-9,7
Sachsen	675	660	779	815	4,7
Mecklenburg-Vorpommern	396	480	514	557	8,4
Thüringen	508	407	386	417	-15,0
Sachsen-Anhalt	437	454	428	364	-17,8
Bremen	575	379	415	341	-8,0
Insgesamt	50683	54059	53728	58765	9,4

Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik 2004 – 2007, Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder, eigene Berechnung

Im Bundesländervergleich führt Bayern weiterhin die Tabelle mit den meisten Behandlungsfällen ausländischer Patienten an (Tabelle 1). Zusammen mit Baden-Württemberg haben die beiden südlichen Bundesländer den größten Zuwachs von jeweils 1.650 Behandlungsfällen gegenüber 2006 im bundesweiten Vergleich erfahren.

Obwohl die Zahl der ausländischen Patienten aus Russland, den Vereinten Arabischen Emiraten oder auch China insbesondere auch in diesen Bundesländern wächst, kommt nach wie vor der überwiegende Teil der ausländischen Patienten aus den Nachbarländern, angeführt von den Niederlanden mit 6.721 Fällen, gefolgt von Frankreich mit 5.601, Österreich mit 4.816, Polen mit 4.727 und Belgien mit 3.380 Fällen (Tabelle 2). 2007 kamen aber erstmals auch mehr ausländische Patienten aus Russland als aus anderen europäischen Staaten wie etwa Italien oder der Schweiz. Betrachtet man dabei die Behandlungsorte dieser Patienten, konzentrieren sich diese

⁴ Berechnet auf Grundlage der Gesamtausgaben für Krankenhäuser und der insgesamt behandelten Fallzahlen in Krankenhäusern 2006

⁵ In der Krankenhausentlassungsstatistik werden alle im Laufe eines Jahres vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern deutschlandweit erfasst. Neben demografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Wohnort melden die Krankenhäuser Verweildauer und Diagnose der Behandelten. Die Anzahl der Krankenhaus- bzw. Diagnosefälle dürfen allerdings nicht mit behandelten Personen gleichgesetzt werden, da im Falle mehrfacher Krankenhausaufenthalte eines Patienten entsprechend viele Fälle nachgewiesen werden.

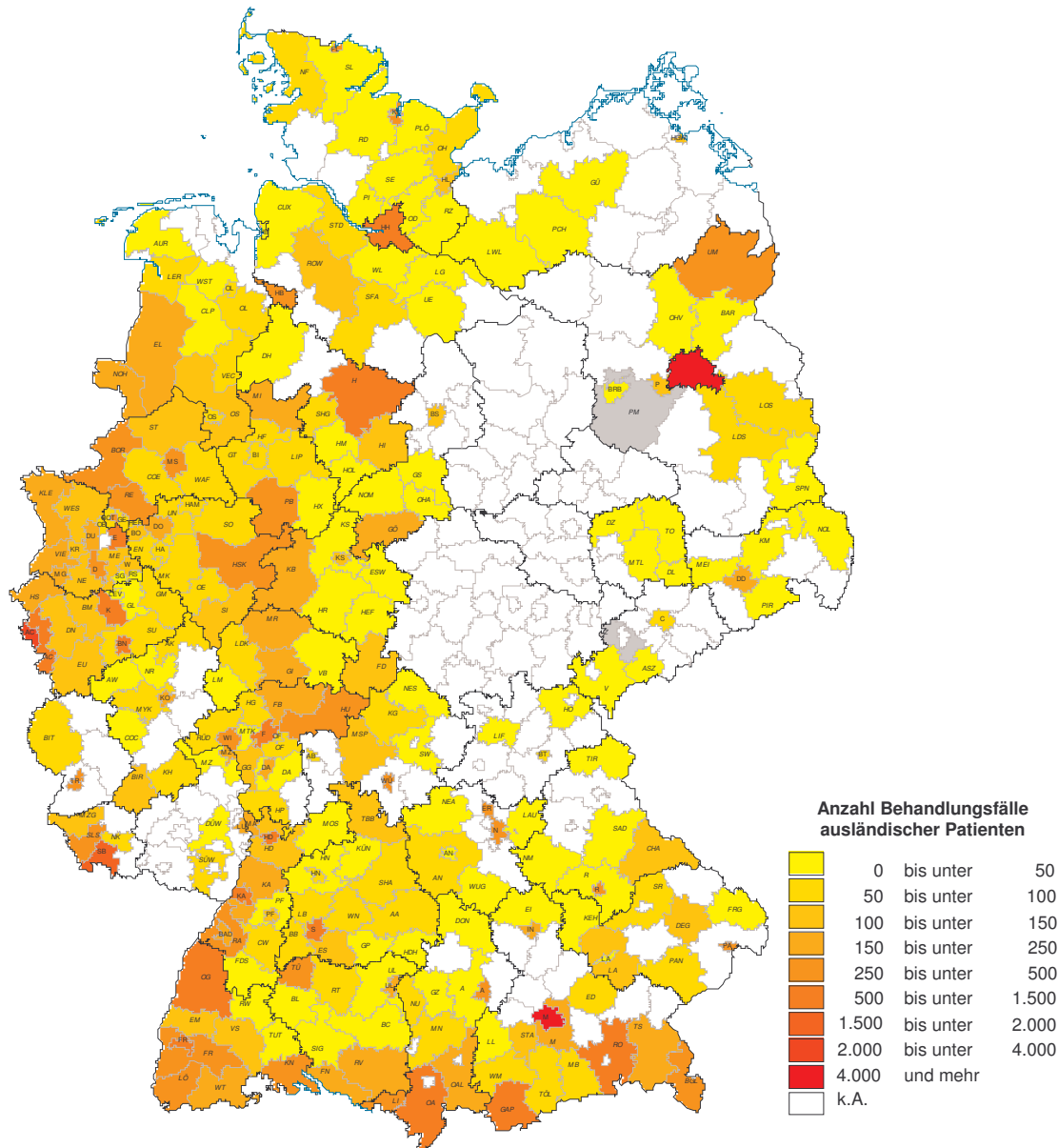
vorwiegend auf die Standorte München mit 516 Behandlungsfällen und Berlin mit 336 Behandlungsfällen, gefolgt von Hamburg (183 Fälle), Frankfurt (132 Fälle), Rastatt (120) und Heidelberg (119).

Tabelle 2: Herkunftsländer ausländischer Patienten (2007)

Herkunftsland	Zahl der Behandlungsfälle 2007
Niederlande	6.721
Frankreich	5.601
Österreich	4.816
Polen	4.727
Belgien	3.380
Russische Föderation	2.717
Schweiz	2.565
Italien	2.372
Vereinigtes Königreich	2.291
USA	1.849
Luxemburg	1.719
Spanien	1.416
Dänemark und Faröer	1.290
Türkei	1.118
Vereinigte Arabische Emirate	1.027
Griechenland	1.004
Rumänien	982
Kuwait	739
Schweden	729
Tschechische Republik	689
Ägypten	681
Saudi-Arabien	606
Ungarn	516
Ukraine	494
Bulgarien	462
Kroatien	411
Insgesamt	58.765

Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik 2007, Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder, eigene Berechnung

Auch insgesamt ist der Standort München bundesweiter Spitzenreiter bei der Behandlung ausländischer Patienten: mit 5.829 Fällen wurden 2007 insgesamt 1.005 Fälle mehr als 2006 in der Landeshauptstadt behandelt. Auch verzeichnen die Krankenhäuser in München 2007 mehr Behandlungsfälle von Patienten aus Russland, den Arabischen Emiraten und Ägypten als andere Standorte in Deutschland.

Abbildung 6: Behandlungsorte ausländischer Patienten in Deutschland (2007)⁶

Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik 2007, Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder, eigene Berechnung

Bei den Behandlungsorten mit den meisten Behandlungsfällen folgen auf München die Stadt Aachen mit 3.947, Berlin mit 2.529, Saarbrücken mit 1.746, Frankfurt am Main mit 1.457, Hamburg mit 1.445, Freiburg mit 1.136, Hannover mit 1.044 und Heidelberg mit 1.020 Behandlungsfällen (2007). Darüber hinaus gibt es deutschlandweit etliche Standorte, die zwischen 100 und 500 stationäre Fälle ausländischer Patienten behandelt haben. Allein rund 22.000 Behandlungsfälle von Ausländern verteilen sich auf über 100 Standorte, so dass man hierbei kaum von einer Spezialisierung auf die Behandlung von ausländischen Patienten sprechen kann. Der größte Anteil der Gastpatienten konzentriert sich dabei auf die grenznahen Regionen mit grenzüberschreitender Mobilität, aber auch entsprechenden Versorgungsangeboten.

⁶ In der Krankenhausentlassungsstatistik werden aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Mikrodaten für Kreise und kreisfreie Städte zur Verfügung gestellt, die über weniger als drei Krankenhäuser verfügen.

Tabelle 2: Häufigste Diagnosen bei Behandlungsfällen ausländischer Patienten 2007

ICD	Bezeichnung	Zahl der Behandlungsfälle
S06	Intrakranielle Verletzung	1.485
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.228
I20	Angina Pectoris	981
I21	Akuter Myokardinfarkt	942
Z38	Lebendgeborene nach Geburtsort	904
S82	Fraktur des Unterschenkels	835
G40	Epilepsie	831
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	787
R55	Synkope und Kollaps	690
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	687
N20	Nieren- und Ureterstein	663
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	597
A09	Gastroenteritis und Kolitis	592
S52	Fraktur des Unterarmes	561
R07	Hals- und Brustschmerzen	559
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	548
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	527
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	512
I63	Hirminfarkt	508
C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]	488

Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik 2007, Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder, eigene Berechnung

Betrachtet man zusätzlich die häufigsten Diagnosen ausländischer Patienten, so fällt auf, dass es sich bei den Diagnosen Kopfverletzungen (ICD S06), Störungen durch Alkoholeinfluss (ICD F10), akute Angina Pectoris (ICD I20), akuter Myokardeninfarkt (ICD I21) und vielfach auch Geburten (Z38) um Notfälle handelt, die eine sofortige Akutbehandlung erfordern. Erst bei der Epilepsie – in der Häufigkeit an siebter Stelle – handelt es sich um eine Diagnose mit selbst gewählter Therapie, bei der die Einrichtung sowie der behandelnde Arzt vom Patienten frei wählbar sind. Da die Fallzahlen auf eine Behandlung an Standorten mit großen Epilepsiezentren (z.B. Zentren in München, Berlin, Bonn oder das Epilepsiezentrum für Kinder- und Jugendliche in Rosenheim) hinweisen, kann man hier dem Großteil der ausländischen Patienten mit Epilepsie die Absicht einer elektiven Behandlung unterstellen. Bei der Mehrzahl der Patienten (ca. 4/5) handelt es sich jedoch um Akutfälle bei einem Aufenthalt in Deutschland, die nicht geplant waren. Hier profitiert die Gesundheitswirtschaft vom allgemeinen Tourismus bzw. internationaler Mobilität, ist aber nicht selbst ursächlich für die Gastpatienten.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen kann man zusammenfassend sagen, dass man beim Thema Gastpatienten nach wie vor nicht von einer flächendeckenden Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland sprechen kann. Auf Grund der geringen Nachfrage und des damit verbundenen Wettbewerbs um Patienten ist die bewusste Akquise ausländischer Patienten nur vereinzelt für wenige Krankenhäuser interessant und lukrativ. Die Statistik zeigt, dass durchaus einige Standorte mit Universitätskliniken, wie etwa München oder Hamburg, Erfolge bei der Anwerbung ausländischer Patienten in den letzten Jahren erzielen konnten und ihre Fallzahlen mit ausländischen Patienten gesteigert haben, was sich ebenfalls in steigenden Erlösen für die

Krankenhäuser äußert. Gleichwohl ist der Aufwand für die Behandlung und Unterbringung ausländischer Patienten und ihrer Begleiter enorm: der Service der Krankenhäuser reicht von mehrsprachigen Internetportalen und Broschüren über die Organisation von Unterkünften, Dolmetschern und Kulturprogrammen bis hin zu Gebetsräumen in den Kliniken (Deutsches Ärzteblatt 2009).

Einen Erfolg versprechenden Ansatzpunkt der Internationalisierung – insbesondere in Hinblick auf die stationäre Behandlung von ausländischen Patienten in „grenznahen“ Kliniken – können Konzepte einer grenzüberschreitenden Versorgung zweier Länder bieten. Dabei geht es weniger darum, kurzzeitige Versorgungsengpässe oder lange Wartezeiten in einem der Länder zu kompensieren, als vielmehr grenzüberschreitende Angebote insbesondere bei aufwändigen Diagnosen und Therapien strategisch zu entwickeln. So kann etwa die gemeinsame Nutzung von diagnostischen Großgeräten die Investitionskosten refinanzieren oder geringe Nachfrage – wie z.B. in der Pädiatrie – durch ein interdisziplinäres, länderübergreifendes Angebot in Grenzregionen kompensiert werden. Auch sollte bei aufwändigeren Therapien, die überwiegend in bestimmten Behandlungszentren durchgeführt werden, die Nähe zum Wohnort in Grenzregionen nicht nur innerhalb der eigenen Staatsgrenzen berücksichtigt werden, wenn im Nachbarland ebenfalls adäquate Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Im Mittelpunkt dieser Strategien steht somit nicht die einseitige Anwerbung von Gastpatienten, sondern eine kooperative Planung von Versorgungsstrukturen in Grenzregionen.

Ansatzpunkte für internationale Handlungsstrategien der deutschen Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland ist auf einem guten Weg ihre Chance für eine Internationalisierung und die damit verbundene Erschließung neuer Märkte zu nutzen. Die Medizintechnik und Pharmaindustrie belegen bereits heute eine internationale Spitzenposition und tragen mit den Exporten erheblich zum Handelsbilanzüberschuss der deutschen Volkswirtschaft bei. Vordringlich gilt es in diesem Bereich die wachsende Nachfrage der Schwellenländer durch die Organisation und Bereitstellung von Systemlösungen und Wertschöpfungsketten zu erschließen. Auch die internationale Forschung sowie die Personalentwicklung und Qualifizierung bieten hier erhebliche Wachstumspotenziale. Die Notwendigkeit hierfür besteht, da die Entwicklung und Vermarktung kapitalintensiver medizintechnischer und pharmazeutischer Produkte bereits heute international organisiert ist, um eine Rentabilität des Produkts zu gewährleisten. Die Voraussetzung einer Vermarktung in aufstrebenden neuen Märkten ist eine vorhandene Infrastruktur im Bereich des Gesundheitswesens, um höherwertige Produkte aufnehmen und anwenden zu können. Hier liegt eine Chance für die Infrastruktur des deutschen Gesundheitswesens. Systemlösungen und Wertschöpfungsketten als „best-practice“ Modelle aus Deutschland heraus anzubieten, kann diesen Prozess beschleunigen und gleichzeitig neue Vermarktungsmöglichkeiten bieten.

Für die Gesundheitsdienstleister in Deutschland bietet sich in deutlich begrenzterem, aber nicht zu vernachlässigendem Maße über die Gewinnung ausländischer Patienten eine Chance zusätzliches Wachstum durch Internationalisierung zu generieren. Durch die Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung ist dieses Patientengut zusätzlich attraktiv. Trotz der Bemühungen einiger Krankenhäuser ausländische Patienten zu gewinnen handelt es sich nach wie vor um einen begrenzten Nischenmarkt. Die vorliegenden Fälle sind zum großen Teil auf Notfälle zurückzuführen. Alleinstellungsmerkmale bei der medizinischen Versorgung, die Organisation grenzüberschreitender Angebote, aber auch langfristige Kooperationen bei Qualifizierung, Forschung und

Versorgung in den Heimatländern der Gastpatienten bilden hier jedoch Anknüpfungspunkte für den weiteren Ausbau des internationalen Engagements.

Literatur :

Bandemer, Stephan von 2009: Die deutsche Gesundheitswirtschaft – Defizite ihrer außenwirtschaftlichen Aktivitäten und wirtschaftspolitische Handlungsoptionen. Expertise im Auftrag des BMWI. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik

Bandemer, Stephan von, 2009: Fokusgruppe Export von Gesundheitsdienstleistungen: Systemlösungen und Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik

Bandemer, Stephan von / Breipohl, Winrich / Mavis-Richter, Canan, 2009: Internalisierung der Gesundheitswirtschaft. In: Hilbert, Josef / Goldschmidt, Andreas J. W. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche. Wegscheid: Wikom, S. 858-881

Bandemer, Stephan von / Kleinschmidt, Hiltrud / Stricker, Monika, 2008: Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz: Masterplan für die Weiterentwicklung eines Zukunftsmarktes. Mainz: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz

Bandemer, Stephan von, 2008: Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege: Europa sozial managen: Bericht über den 5. Kongress der Sozialwirtschaft vom 26. und 27. April 2007 in Magdeburg. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., S. 107-115

Deutsches Ärzteblatt 2009: Ausländische Patienten bescheren Kliniken Millionenerlöse, Nachrichten vom 29.07.2009, aerzteblatt.de

Forschungsdatenzentrum des statistischen Bundesamtes und der statistischen Landesämter: Krankenhausentlassungsstatistik 2007

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886, zuletzt geändert am 17.03.2009 (BGBl. I. S. 534)

Nusser, Michael/ Tischendorf, Anett (Hrsg.) 2006: Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland. Eine Studie im Auftrag von PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America), dem Branchenverband der forschenden Pharmaindustrie in den USA, und der deutschen LAWG (Local American Working Group). Karlsruhe: Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung.

Statistisches Bundesamt, 2008: Außenhandelsdaten der Pharmaindustrie und Medizintechnik

Autoren

Stephan von Bandemer, Kinga Salewski und Robert Schwanitz sind wissenschaftliche Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik.

Kontakt: bandemer@iat.eu; salewski@iat.eu; schwanitz@iat.eu

FORSCHUNG AKTUELL

ISSN 1866 - 0835

Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen

Redaktionsschluss: 03.11.2009

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko	-	Tel.	:	0209 – 1707 176
		Fax	:	0209 – 1707 110
		E-Mail	:	<u>braczko@iat.eu</u>

Institut Arbeit und Technik
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>