

**Institut Arbeit und Technik**

im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen

**Jahrbuch 2006**

**Inhaltsverzeichnis****Claudia Braczko**

Die Neuorganisation des Instituts Arbeit und Technik ..... 5

**Stephan von Bandemer, Elke Dahlbeck  
und Anja-Sophia Middendorf**

Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft ..... 9

**Martin Brussig und Jürgen Nordhause-Janz**

Der Renteneintritt im Spannungsfeld von institutionellem Umfeld und  
Haushaltskontext ..... 23

**Martin Brussig und Oliver Schweer**

Neue arbeitsmarktpolitische Instrumente für Ältere: Lehren  
aus der Hartz-Evaluation ..... 41

**Anna Butzin, Dieter Rehfeld und Brigitta Widmaier**

Forschungs- und Entwicklungsdienstleister: Neue Schnittstellen im  
Innovationsprozess ..... 55

**Karin Esch, Elke Katharina Klaudy, Brigitte Micheel  
und Sybille Stöbe-Blossey**

Fünf Sterne für den Kindergarten... ..... 65

**Katja Fox und Christa Schalk**

Regionale Qualifizierungs- und Innovationsstrategien  
in der Medizintechnik ..... 79

**Thorsten Kalina und Claudia Weinkopf**

Einführung eines gesetzlichen Mindestlohnes in Deutschland – eine  
Modellrechnung für das Jahr 2004 ..... 97

**Steffen Lehndorff**

Das Politische in der Arbeitspolitik ..... 111

**Judith Terstriep**

Cluster der Informations- und Kommunikations-Technologie  
im europäischen Vergleich ..... 121

**Georg Worthmann**

Die Umsetzung des SGB II in Nordrhein-Westfalen ..... 143

**Bearbeitet von Nadine Trosien  
und Angelika von der Heide-Liesenberg**

Veranstaltungen 01.07.2005 – 31.10.2006 .....	159
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts Arbeit und Technik .....	165

**Bearbeitet von Nadine Trosien und Karin Weishaupt**

Veröffentlichungen aus dem Institut Arbeit und Technik .....	169
--	-----

*Stephan von Bandemer, Elke Dahlbeck und Anja-Sophia Middendorf*

## **Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft**

### **1 Einleitung**

Der Gesundheitssektor zählt mit rund 240 Mrd. € Umsatz (2003) und rund 4,2 Mio. Beschäftigten (2004/Angaben des Statistischen Bundesamtes) zu den größten und wachstumsstärksten Sektoren der deutschen Volkswirtschaft. Das deutsche Gesundheitssystem wie die medizinischen Kompetenzen gelten international als ausgesprochen leistungsfähig und nehmen damit durchaus eine internationale Spitzenposition ein. Die Medizintechnik-Branche oder die Pharmaindustrie sind international ausgerichtet und verfügen über entsprechend starke Akteure. Diese gute Position ist allerdings nicht selbstverständlich und muss im internationalen Vergleich immer wieder behauptet werden. Besonders der Gesundheitssektor zeichnet sich durch ein hohes Innovationstempo aus. Schrittmacher ist dabei u. a. der medizinisch-technische Fortschritt. Die Behauptung einer Spitzenposition erfordert mit diesem Innovationstempo mitzuhalten.

Bisher agiert der überwiegende Anteil der gesundheitswirtschaftlichen Unternehmen und Einrichtungen (noch) lokal, regional oder national. Dies gilt insbesondere für Akteure aus dem Bereich des klassischen Gesundheitswesens, die vorwiegend den personenbezogenen Dienstleistungen zuzuordnen sind. Internationalisierung bedeutet hier entweder „Patientenimport“, also die Behandlung von ausländischen Patienten in Deutschland oder aber den Export von Gesundheitsinfrastrukturen oder kompletten Gesundheitsdienstleistungspaketen, wie z. B. die Errichtung eines Krankenhauses im Ausland. Erste Internationalisierungsbemühungen werden in der letzten Zeit sichtbar.

Der Umfang dieser Internationalisierungsbemühungen, aber besonders die Strategien zur Internationalisierung von Dienstleistungen, sollen in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Verbundprojekt<sup>1</sup> systematisch analysiert, entwickelt und erprobt werden. Das Institut Arbeit und Technik (IAT) bearbeitet in diesem Rahmen das Projekt „Health Care Export“ gemeinsam mit dem Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum Gelsenkirchen (SWZ) sowie der VVA Health Marketing GmbH in Essen. Das Projekt hat eine Laufzeit von 3,5 Jahren und startete im November vergangenen Jahres.

Die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse, Analyse- und Gestaltungsansätze sowie Erfahrungen basieren auf dem seit etwa zehn Monaten laufendem „Health Care Export Projekt“. Zuerst werden die Chancen, die sich aus einer Internationalisierung ergeben können, kurz vorgestellt. Daran anschließend sollen die tatsächlich messbaren Patientenströme beispielhaft an Nordrhein-Westfalen aufgezeigt werden. Im Anschluss daran

---

<sup>1</sup> Das BMBF fördert in Rahmen des Verbundprojektes „Exportfähigkeit und Internationalisierung von Dienstleistungen“ fünf thematisch verschiedene Fokusgruppen, denen insgesamt 25 Projekte untergeordnet sind. Das IAT hat die Gesamtkoordination der Fokusgruppe „Export in der Gesundheitswirtschaft“ inne mit insgesamt fünf Projekten. Diese sind: Health Care Export (IAT), New Market Intelligence (Universität Potsdam), ProDiMed (Ruhr Universität Bochum), Medical Export (Forschungsinstitut für Rationalisierung (FIR) e.V. Aachen, GESA (AWO Pflegedienst GmbH, Bremerhaven).

wird ein im Rahmen des Projektes entwickeltes Analyseraster vorgestellt, mit dem die Internationalisierungsstrategien systematisch eingeordnet und bewertet werden können. Der Ausblick skizziert weiterführende Gestaltungsansätze, die im Rahmen des Projektes verfolgt werden sollen.

## **2 Welche Vorteile bringt eine Internationalisierung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen?**

Innovationen im Gesundheitssektor resultieren in der Regel aus einem engen Zusammenspiel von interdisziplinärem medizinischem Know-how, der medizinischen Vorleistungs- und Zulieferindustrie, organisatorischen Lösungen und den Patienten. Solche komplexen Netzwerke bilden eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Innovationen (vgl. Bandemer/Belzer 1998).

Von diesen Innovationen profitieren nicht nur die im Wettbewerb stehenden einzelnen Einrichtungen, sondern Innovationen sichern auch eine gute flächendeckende allgemeine Versorgung. Nicht jedes Krankenhaus muss dabei an der Spitze der medizintechnischen Entwicklung stehen. Viele der diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind mittlerweile medizinischer Standard geworden und können von jedem Krankenhaus und immer häufiger auch von niedergelassenen Ärzten ambulant erbracht werden. Aber das Personal sollte dort aus-, fort- und weitergebildet werden, wo die neuesten Verfahren und Erkenntnisse bestehen, um diese in der Fläche zu verbreiten. Die Vernetzung und Kooperation von Anbietern der Grundversorgung und Anbietern der Maximalversorgung (oder mit besonderen Spezialisierungen und Schwerpunkten) trägt somit wesentlich dazu bei, dass das Gesamtangebot leistungsfähig ist und auch zukünftig bleibt.

Diese bislang vielfach regionalen Netzwerke verlagern sich verstärkt auf die internationale Ebene. Für Medizintechnikunternehmen sind die riesigen Märkte in Indien, China oder den GUS-Staaten als Absatzmärkte von hohem Interesse. Diese Entwicklung gilt aber nicht nur für Medizintechnik- oder Pharmaunternehmen. Aufgrund der engen Vernetzung des Innovationsgeschehens sind von der Internationalisierung z.B. auch Krankenhäuser betroffen, wenn sie ihre internationale Spitzenposition erhalten oder weiter ausbauen wollen. Ein erheblicher Anteil der Forschung und der klinischen Studien wird dort stattfinden, wo auch die entsprechende Nachfrage vorhanden ist. Dies ermöglicht Spezialisierungen, die Bildung von Kompetenzzentren, eine schnelle Verbreitung neuer Verfahren etc. Wer an der Entwicklung des Fortschritts in der Gesundheitswirtschaft teilhaben will, wird sich daher an der Internationalisierung beteiligen müssen.

Auch finanziell ermöglicht eine Internationalisierung eine bessere Positionierung. Einnahmen aus internationalen Aktivitäten erweitern die eigenen Spielräume und schaffen etwas Unabhängigkeit von nationalen Einflussfaktoren wie der Gesundheitsgesetzgebung. Die Beteiligung an internationalen Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht zudem, von internationalen Benchmarks zu profitieren, und damit im nationalen Kontext nicht nur die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern, sondern auch die bestmögliche Qualität einer flächendeckenden medizinischen Versorgung dauerhaft zu sichern.

Derzeit sind diese Anforderungen noch überwiegend Zukunftsmusik. Nach wie vor sind die Akteure im traditionellen Gesundheitswesen Deutschlands national orientiert. Le-

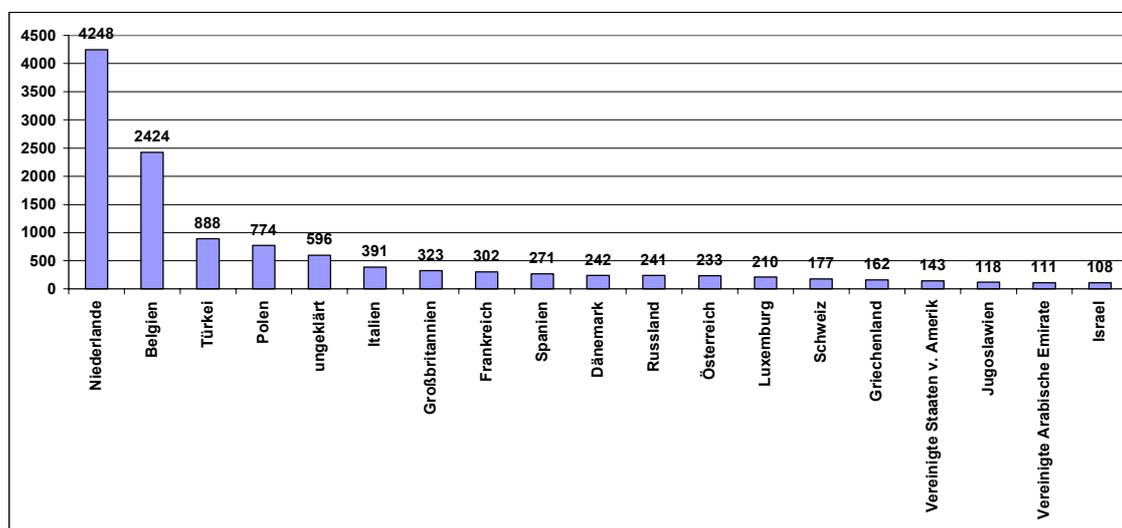
diglich wenige Akteure verfügen bereits über internationale Erfahrungen und andere Nationen wie etwa Großbritannien oder die USA erreichen im Bereich Internationalisierung einen leichten Vorsprung.

### 3 Patientenimport: Mehr Schein als Sein?!

Eine nahe liegende Form der Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen ist die Behandlung ausländischer Patienten (Patientenimport) hier vor Ort. Schätzungen gehen davon aus, dass bundesweit ca. 60.000 ausländische Patienten behandelt werden. In Nordrhein-Westfalen waren es im Jahr 2003 rund 13.300, also ein gutes Fünftel aller ausländischen Patienten, eine Zahl, die auch dem Bevölkerungsanteil NRWs an der Gesamtbevölkerung entspricht. Damit kamen bundesweit nicht einmal ein halbes Prozent der Patienten aus dem Ausland und dies, obwohl sich etliche Krankenhäuser, Patientenvermittler oder Institutionen wie das Kuratorium für deutsche Medizin im Ausland intensiv um ausländische Patienten bemüht haben (vgl. Braun 2004).

Bei einer genaueren Analyse der NRW-Daten werden die Ergebnisse noch ernüchternder. Nicht die vielfach beschworenen Vereinigten Arabischen Emirate oder die GUS Staaten stehen im Mittelpunkt der Internationalisierung, sondern die Nachbarländer Niederlande und Belgien, gefolgt von der Türkei und Polen, also angrenzende Nachbarländer oder aber Länder, mit einem relativ hohen Anteil an Bewohnern in NRW und mit langfristigen kulturellen und ethnischen Beziehungen.

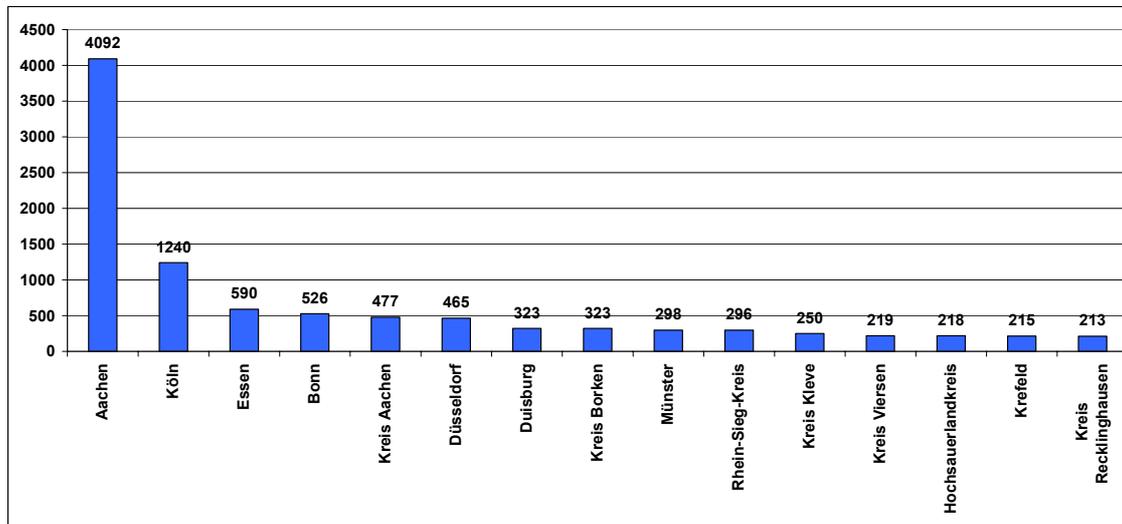
**Tabelle 1: Häufigste Herkunftsländer ausländischer Patienten in NRW 2003 (n=13.299)**



*Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Entlassungsstatistik 2003, eigene Berechnungen*

Es ist daher nicht überraschend, dass die Mehrzahl der ausländischen Patienten in den grenznahen Regionen behandelt wird. Die mit Abstand meisten ausländischen Patienten (über 4.000) wurden in Aachen behandelt, gefolgt von Köln mit 1.240 und Essen mit 590. Wirklich substantiell sind diese Zahlen, wenn man von Aachen absieht, sicherlich nicht.

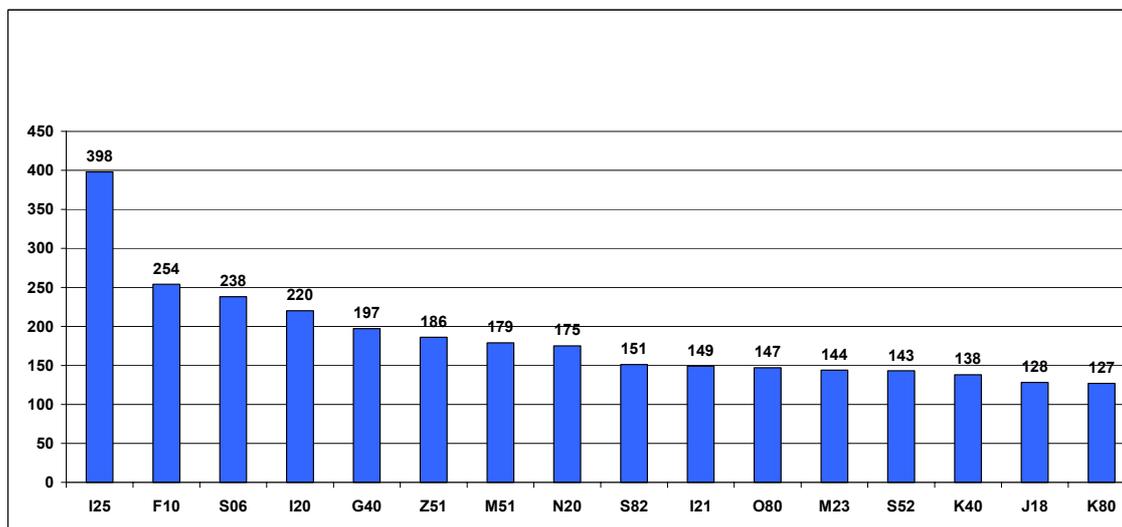
**Tabelle 2: Behandlungsorte ausländischer Patienten in NRW 2003 (n=13.299)**



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Entlassungsstatistik 2003, eigene Berechnungen

Berücksichtigt man zusätzlich die häufigsten Diagnosen der ausländischen Patienten, so zeigt sich, dass es sich bei einer beträchtlichen Anzahl der Diagnosen um Akutfälle handelt, die **ausdrücklich nicht** zu Therapiezwecken nach NRW gekommen sind.

**Tabelle 3: Diagnosen ausländischer Patienten in NRW 2003 nach ICD-10 (n=13.299)**



**Fortsetzung Tabelle 3:**

I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	398
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	254
S06	Intrakranielle Verletzung	238
I20	Angina pectoris	220
G40	Epilepsie	197
Z51	Sonstige medizinische Behandlung	186
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	179
N20	Nieren- und Ureterstein	175
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggel	151
I21	Akuter Myokardinfarkt	149
O80	Spontangeburt eines Einlings	147
M23	Binnenschädigung d. Kniegelenkes (internal derangement)	144
S52	Fraktur des Unterarmes	143
K40	Hernia inguinalis	138
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	128
K80	Cholelithiasis	127

*Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Entlassungsstatistik 2003, eigene Berechnungen*

Die in Tabelle 3 dargestellten Diagnosen<sup>2</sup> zeigen, dass es sich zwar bei der häufigsten Diagnose der in NRW behandelten Ausländer mit chronisch ischämischen Herzerkrankungen (ICD I25) um Patienten handelt, die eine längerfristige Krankheit haben und somit den Ort oder die Einrichtung ihrer medizinischen Behandlung frei wählen können. Bei den zweit- bis vierthäufigsten Diagnosen handelt es sich aber mit Störungen aufgrund von Alkoholeinfluss ((ICD F10), mit Kopfverletzungen (ICD S06) und mit akuter Angina Pectoris (ICD I20) um Fälle, die eine Akutbehandlung erfordern und bei denen der Behandlungsort bzw. die jeweilige Einrichtung oder der behandelnde Arzt nicht frei gewählt sind. Erst bei der Epilepsie (ICD G40) – an fünfter Stelle gelegen – handelt es sich um eine Diagnose mit überwiegend selbst gewählter Therapie. Bei der Mehrzahl der ausländischen Patienten scheint es sich also um Akutfälle zu handeln, die sich gerade in Deutschland aufhalten.

Von einer Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft kann vor dem Hintergrund dieser Zahlen zu Patientenströmen also noch nicht ernsthaft gesprochen werden. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch europäische Studien auf Basis der Krankenversicherungsdaten (vgl. Rosenmöller/McKee/Baeten 2006; Techniker Krankenkasse 2001). Bei näherem Hinsehen erweisen sich zudem viele Einzelfälle eher als sanierungsbedürftig und nicht sonderlich erfolgreich. Spektakuläre Meldungen über hohe Umsatzzahlen und Anteile von Patienten aus arabischen Ländern oder Russland streuen eher Sand in die Augen, weil die schmale Datenbasis durch die Fixierung auf Anteilsgrößen verschleiert wird, die Erhebungen nicht repräsentativ sind und Umsatzzahlen in Abfragen teilweise völlig überzogen werden (vgl. z. B. Juszczak/Nöthen 2006).

<sup>2</sup> Die Einordnung der Diagnosen erfolgt entlang der ICD-10 GM 2004, der International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (German Modification 2004). Die Ziffer 10 bedeutet die 10. Revision. Die Klassifikation wird von der WHO vorgenommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006)

Nach einer Welle der Euphorie hinsichtlich der Bedeutung der Patientenimporte kehrt in der Gesundheitslandschaft insofern mittlerweile ein gesunder Pragmatismus ein. Vermehrt setzen Krankenhäuser darauf, gemeinsam mit ausländischen Partnern Entwicklungsprojekte zu starten. Derartige Projekte bilden in der Regel im internationalen Maßstab das ab, was erfolgreiche Anbieter auch national organisieren: Die Vernetzung von Gesundheitsdienstleistungen, die internationale Bildung von Kompetenzzentren oder die Entwicklung neuer am Markt ausgerichteter Angebote zur Schließung von Versorgungslücken.

#### 4 Internationale Spezialisierung, Kooperation und Vernetzung

Wie auch in anderen Branchen erfordert eine Internationalisierung in der Gesundheitswirtschaft Strategien, die auf ein Geben und Nehmen der Partner setzen, langfristig stabile Zusammenarbeit etablieren und die Komplexität sowie die Wechselwirkungen der Kooperation berücksichtigen. Diese zunächst trivial erscheinenden Anforderungen sind in der Praxis durchaus nicht selbstverständlich. Die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft müssen hierfür erst Erfahrungen entwickeln und Ressourcen bereitstellen. Einen Beitrag dazu kann die Analyse bisheriger Erfahrungen liefern.

Dabei sind unterschiedliche Analysedimensionen zu berücksichtigen. Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt in der vertikalen Dimension die wichtigsten Grundlagen einer Spezialisierung und in der horizontalen ausgewählte Instrumente, so dass die einzelnen Felder als Schnittmengen wichtige Dimensionen eines Health Care Exports beschreiben können.

**Abbildung 1: Dimensionen des Health Care Exports**

	<b>Gesundheitsportale</b>	<b>Foreign Direct Investment</b>	<b>Qualifizierung und Personal-mobilität</b>	<b>Austausch von best practice</b>
<b>Regionale Nähe</b>				
<b>Ethno-kulturelle Bezüge</b>				
<b>Standortvorteile/ Medizinisch-technische Alleinstellungsmerkmale</b>				

*Quelle: IAT, SWZ, VVA*

##### **Gesundheitsportale**

Mit Gesundheitsportalen als Ansatzpunkten für den Health Care Export sind Angebote gemeint, die als Anlaufstelle für Patienten dienen, um diese gezielt an Anbieter zu vermitteln, die über besondere Kapazitäten oder Kompetenzen bei der Therapie verfügen.

Damit stehen internationale Kooperationen im Mittelpunkt, die dazu beitragen können eine Leistungsdiversifizierung zu erreichen. Gesundheitsportale unterstützen dabei insbesondere die Patientenwanderungen bzw. den Patientenimport und Patientenexport

So kann etwa zum Abbau einer regionalen Unterversorgung auf Basis einer Eingangsdiagnostik in einer Portalklinik eine gezielte Vermittlung zur Therapie in eine Nachbarregion erfolgen. Die Portalklinik kann aufgrund entsprechender Absprachen die Reduzierung von Wartezeiten gewährleisten und wird damit für Patienten attraktiv. Die kooperierenden Abnehmer wiederum profitieren von wachsenden Fallzahlen. Die Unterversorgung kann dabei rein quantitativer Natur sein wie auch regionale qualitative Spezialisierungen und entsprechende Kooperationen umfassen.

Als Anlaufstelle für eine kultursensible Versorgung können Gesundheitsportale dazu beitragen, die Unterschiedlichkeit der Patientenbedürfnisse systematisch aufzugreifen und Patienten dort hin zu vermitteln, wo ihren religiösen, ethnischen und kulturellen Anforderungen am besten Rechnung getragen wird. So kann davon ausgegangen werden, dass nicht jede Portalklinik in der Lage sein wird, der individuellen Verschiedenheit aller Patienten gerecht zu werden. Portalkliniken können in diesem Fall als Anlaufstellen beispielsweise für bestimmte ethnische Gruppen dienen und diese bei Bedarf in ihre Herkunftsländer vermitteln. Auch hier können die Portalkliniken und die Kooperationspartner von wachsender Nachfrage und die Patienten von einer kundengerechten Versorgung profitieren.

Die Spezialisierung auf bestimmte Gesundheitsdienstleistungen und Angebote kann ebenfalls durch Portalkliniken unterstützt werden, die dazu beitragen, die Patienten an die am besten ausgewiesenen Anbieter zu vermitteln. Der Standardfall wird dabei in der Regel von der Portalklinik selbst behandelt werden können. Durch die Kooperation mit Spezialisten wird jedoch einerseits die eigene Leistungsfähigkeit aufgewertet und andererseits das Angebot um besonders spezialisierte Leistungen im Rahmen der Kooperation ausgeweitet.

### **Foreign Direct Investment**

Beim Foreign Direct Investment erfolgt die Leistungserbringung nicht wie bei den Portalkliniken durch Kooperation und Überweisung, sondern durch den internationalen Auf- und Ausbau spezialisierter Infrastrukturen. Durch die direkte Beteiligung an der Erbringung entsprechender Dienstleistungen kann einerseits eine internationale Wertschöpfung erreicht und andererseits die internationale Zusammenarbeit verbessert werden. Beim Foreign Direct Investment werden damit nicht wie bei den Portalen die Patienten, sondern die Dienstleistungen bewegt. Dabei bietet sich allerdings die Verbindung von Foreign Direct Investment mit Portalkliniken an, um eine Optimierung der Leistungs- und Wertschöpfungsketten zu erreichen. Je nach Spezialisierungsgrad und Fallschwere können dann entweder die Leistungen oder die Patienten bewegt werden.

Bei regionaler Nähe tragen grenzüberschreitende Investitionen dazu bei, Spezialisierungen zu verbreiten sowie das Versorgungsgebiet und damit die Nachfrage zu erweitern. Der regionale Kontext bietet sich dabei aufgrund vorhandener Kenntnisse und Beziehungen sowie der einfachen Erreichbarkeit an.

Unter ethno-kulturellen Gesichtspunkten bietet sich das Foreign Direct Investment zur internationalen Verbreitung spezialisierter Leistungen an. Dabei können traditionelle Wurzeln wie beispielsweise ayurvedische oder traditionelle chinesische Medizin die Nachfrage auslösen, aber ebenso Rahmenbedingungen wie kulturelle und religiöse Anforderungen, zum Beispiel bei einer internationalen Verbreitung gynäkologischer Leistungen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesellschaftlichen Werte.

Die Verbreitung einer medizinisch technischen Spezialisierung kann auf internationaler Ebene zu erheblichen economies of scale beitragen. Gleichzeitig führt es zu einer internationalen Verbreitung von Innovationen im Gesundheitssektor und damit zum Nutzen für die Patienten. Aufgrund des großen Aufwandes von Innovationen gewinnt diese Verbreitung an Bedeutung, da sich einerseits die Investitionen in die Innovation erst im internationalen Kontext als wirtschaftlich tragfähig erweisen und andererseits die internationale Arbeitsteilung erforderlich ist, um bei begrenzten Ressourcen für die Patienten einen maximalen Nutzen zu erreichen.

### **Qualifizierung und Patientenmobilität**

Neben der Mobilität von Patienten und Infrastruktur spielt die Mobilität der Beschäftigten eine wichtige Rolle für die Entwicklung der internationalen Gesundheitswirtschaft.

Im Bereich grenzüberschreitender Personalmobilität entstehen auf den regionalen Arbeitsmärkten sowohl Chancen für die Beschäftigten aufgrund einer breiteren Nachfrage als auch Barrieren aufgrund der oft nicht abgestimmten Anerkennung von Qualifikationen. Für die Patienten ist die Personalmobilität eine Alternative zur Patientenwanderung und kann damit qualitative Vorteile mit sich bringen. Gleichzeitig bietet der grenzüberschreitende Know-how-Transfer systemübergreifende Lernmöglichkeiten für die Beschäftigten und damit eine Verbreitung von Wissen und Kompetenzen.

Die ethno-kulturelle Leistungsdiversifizierung kann durch mobiles Personal wesentlich erweitert werden. So fragen ausländische Patienten insbesondere solche Gesundheitsleistungen nach, die von Landsleuten erbracht werden. Vor diesem Hintergrund spielt das Diversity Management eine besondere Rolle, das darauf setzt, die ethno-kulturelle Unterschiedlichkeit der Beschäftigten zum Vorteil für die Gesundheitseinrichtungen zu nutzen, indem der Unterschiedlichkeit der Patienten möglichst optimal Rechnung getragen wird.

Spezialisiertes Wissen kann nur begrenzt durch die Mobilität der Know-how Träger internationalisiert werden, da deren Ressourcen in der Regel einen Knappheitsfaktor bilden. Allerdings bietet die Übertragung dieses Wissens durch Qualifizierungsangebote ein hohes Potenzial für eine Internationalisierung und Netzwerkbildung. So trägt beispielsweise das Angebot einer Facharztausbildung für ausländische Mediziner in der Bundesrepublik dazu bei, medizinische Kompetenzen international zu verbreiten, den Export von Medizintechnik zu fördern und die Ausweitung einer spezialisierten Behandlung ausländischer Patienten zu unterstützen.

Teilweise kritisch ist die internationale Personalmobilität aufgrund von Nachfrage- und Lohndifferenzierung zu sehen. Hier werden - teilweise durch internationale Personalmobilität - Ressourcen gerade in Regionen mit Personalmangel zusätzlich reduziert, so

dass eine internationale Verbreitung von Gesundheitsleistungen sogar verhindert wird. Insofern ist auf eine internationale Optimierung anstelle einer einseitigen Ausnutzung der Ressourcenverteilung zu achten.

Sowohl Personalmobilität wie auch Foreign Direct Investment können maßgeblich zur internationalen Verbreitung guter Lösungen sowohl für Dienstleistungen als auch für Technologien beitragen. Gerade in der Verbindung und internationalen Verbreitung der Entwicklung von Dienstleistungen und Technologien bestehen die eingangs erwähnten Chancen bzw. die Notwendigkeit, gesundheitswirtschaftliche Spitzenpositionen auszubauen und zu sichern. Dies erfordert eine entsprechende Zusammenarbeit von Gesundheitsdienstleistern mit Herstellern und Anbietern aus den Bereichen der Medizintechnik und der Pharmaindustrie.

Durch regionale Nähe können sowohl Lerneffekte und Synergien erzielt als auch Mengenvorteile durch eine Markterweiterung erreicht werden. Die grenzüberschreitende Übertragung guter Lösungen, die gemeinsame Ressourcennutzung oder abgestimmte Anerkennungs- und Zulassungsverfahren können für alle Beteiligten zu erheblichen Qualitäts- und Effizienzgewinnen führen. Die internationale Übertragbarkeit von Lösungen, die Kooperation etwa bei der Gerätenutzung oder die Koordination bei Zulassungsverfahren, hat dabei im Vergleich zu nationalen Entwicklungen etliche zusätzliche Hürden zu überwinden und muss entsprechend erarbeitet werden.

Unter ethnisch-kulturellen Gesichtspunkten bilden entsprechend angepasste Lösungen eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung für eine Verbreitung. Dabei spielt zum einen die Verbindung von Technologien und Dienstleistungen eine wesentliche Rolle. Zum anderen lassen kulturell abgestimmte und koordinierte Lösungen deutlich bessere Erfolgsaussichten erwarten. So ist etwa vorgesehen, im indischen Kerala eine Diagnoseeinrichtung aufzubauen, die modernste Magnet-Resonanz-Tomograph-Technologie mit ayurvedischer Diagnostik verbinden soll. Damit kann den unterschiedlichen Lebensgewohnheiten und Erfahrungen besser Rechnung getragen werden als mit einer bloßen Verbreitung technischer Geräte. Ethno-kulturelle Hintergründe sind auch zu berücksichtigen, wenn die Mitwirkungsbereitschaft von Patienten beispielsweise bei der Arzneimittelaufnahme gewährleistet werden soll.

Die internationale Verbreitung technischer Innovationen bildet schließlich eine entscheidende Voraussetzung für deren Finanzierbarkeit. Dabei werden nicht nur fertige Lösungen exportiert, sondern auch Forschung und Entwicklung, da zum Beispiel klinische Studien zunehmend international organisiert werden müssen. So werden technische Lösungen zur Unterstützung von Gesundheitsdienstleistungen auch der entsprechenden personellen Nachfrage folgen.

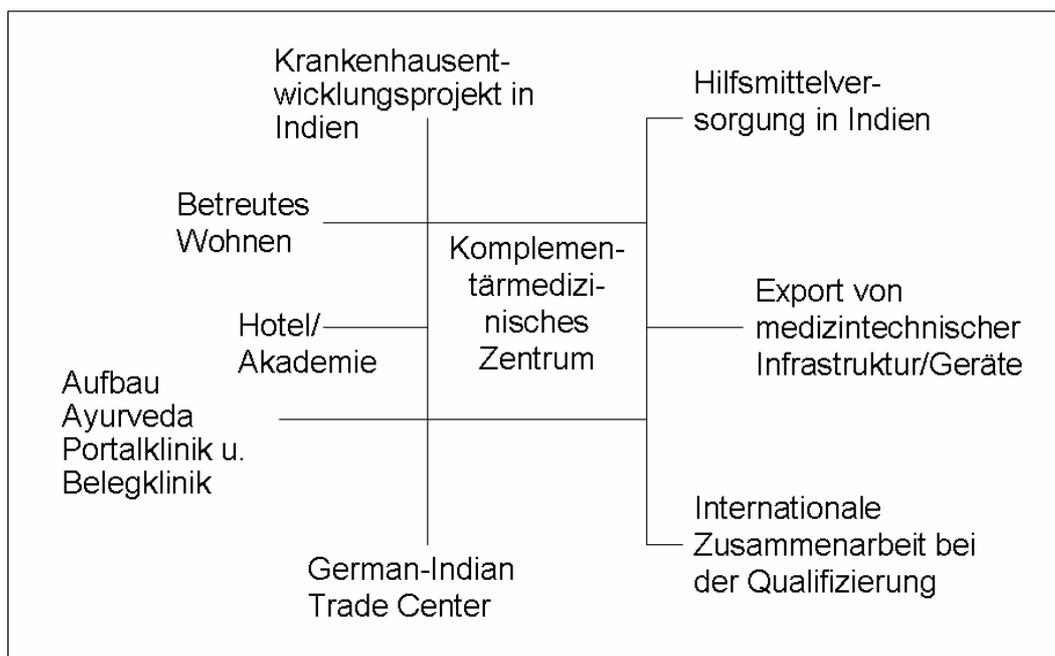
Damit ergänzen sich die Analysedimensionen von der Patienten- über die Personalmobilität bis zur Internationalisierung von Infrastruktur und Warenwirtschaft. Die Bündelung entsprechender Strategien wird als ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine Internationalisierung angesehen. Gerade hinsichtlich der regionalen und ethno-kulturellen Dimensionen wird dabei die Gegenseitigkeit der Austauschbeziehungen hervorzuheben sein.

## 5 Wechselseitigkeit und Vernetzung als Erfolgsfaktoren

Auch international stellen Leistungen in der Gesundheitswirtschaft komplexe Zusammenhänge aus Dienstleistungen und Produkten dar, die erst in ihrem Zusammenwirken die erwünschten Ergebnisse erreichen können. Insofern bildet die Organisation von Leistungsbündeln und untereinander abgestimmten Angeboten und Maßnahmen einen wichtigen Erfolgsfaktor für die Internationalisierung. Zudem ist gerade im internationalen Kontext die Verbreitung von Gesundheitsleistungen besonders aufwändig, so dass sich die Bündelung von Maßnahmen zur Erreichung von Synergien anbietet.

Nationale wie auch internationale Kooperationen von Unternehmen können nur dauerhaft bestehen, wenn alle beteiligten Akteure Vorteile aus dieser Zusammenarbeit ziehen können. Am Beispiel einer deutsch-indischen Zusammenarbeit, die im Rahmen des Projektes „Health Care Export“ begleitet wird, kann die Organisation dieser Voraussetzungen in den verschiedenen Analysedimensionen dargestellt werden. Einen Überblick hierzu gibt Abbildung 2.

**Abbildung 2: Deutsch-Indische Kooperation in der Gesundheitswirtschaft**



Quelle: IAT; SWZ, VVA

Den Ausgangspunkt dieser Kooperation bildet ein komplementär-medizinisches Zentrum, das von einem indischen Betreiber in der Bundesrepublik aufgebaut wird. Den Kern des Angebotes bildet eine Ayurvedaklinik, die als Portalklinik entwickelt wird. Dazu wird den jährlich rund 100.000 Patienten aus dem deutschsprachigen Raum, die sich in Indien ayurvedisch behandeln lassen, angeboten, die Eingangsdiagnostik in der Bundesrepublik in Abstimmung mit indischen Leistungsanbietern zu erstellen, eine gezielte Vermittlung an spezialisierte Anbieter in Indien zu organisieren, die abgestimmte Anschlussversorgung in der Bundesrepublik zu gewährleisten und die benötigten indi-

schen Heilmittel zur Verfügung zu stellen. Von der Leistung profitieren die Patienten ebenso wie die Portalklinik und die Kliniken in Indien.

Grundlage der Portalklinik sind entsprechende Absprachen zwischen den Leistungsanbietern. Diese reichen von den Qualifikationsvoraussetzungen der Ayurveda-Ärzte in der Bundesrepublik über Diagnose- und Therapiestandards, therapeutische Schwerpunkte in Indien bis hin zur Qualitätssicherung der Heilmittel. Die Qualifikation in der Bundesrepublik wird derzeit durch die Beschäftigung indischer Ärzte mit anerkannter Ayurveda-ausbildung gewährleistet. Die Diagnose- und Therapiestandards werden zwischen der Portalklinik und den indischen Anbietern vereinbart und mit der indischen Gesundheitsadministration abgestimmt. Auch hinsichtlich der einzusetzenden Produkte werden vergleichbare Absprachen getroffen und der Import qualitätsgesicherter Produkte organisiert. Damit kann nicht nur eine optimale Abstimmung von Diagnostik und Therapie zwischen der Bundesrepublik und Indien erreicht, sondern auch eine optimale Anschlussversorgung gewährleistet werden.

Angeschlossen sind ein Hotel sowie eine Ayurvedaakademie zur Ausbildung von Anwendern. Dieses begleitende Angebot ermöglicht die überregionale Inanspruchnahme und Verbreitung der Leistungen. Zur überregionalen Verbreitung gehört auch der Einsatz der Ayurvedaärzte an Kliniken in der Bundesrepublik, die ihrerseits wiederum Angebote für Indien entwickeln. Diese Dienstleistungen sollen Lücken im indischen Gesundheitssystem schließen helfen und werden gemeinsam von deutschen und indischen Gesundheitsdienstleistern aufgebaut. In Verbindung mit dem Aufbau von Dienstleistungen in Indien werden zugleich Medizintechnik und Hilfsmittel exportiert und nach Möglichkeit verbreitet. Die Verbreitung erfolgt dabei insbesondere über die indischen Kooperationspartner. Gleichzeitig wird im Rahmen des Dienstleistungsaufbaus in Indien angeboten, indischen Patienten eine Behandlung in der Bundesrepublik zu ermöglichen.

Auch im Bereich der Qualifizierung ist ein wechselseitiger Austausch erforderlich. Neben ayurvedischen Ärzten in der Bundesrepublik werden Anwender benötigt, die nach indischen Standards qualifiziert werden müssen. Gleichzeitig erfordert eine Übertragung deutscher Dienstleistungen eine entsprechende Anleitung für indische Mediziner, Pflegekräfte und Techniker. Entsprechende Ausbildungsangebote werden sukzessive aufgebaut bzw. organisiert.

Mit dem wachsenden Maße an Handel und Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft zwischen Indien und der Bundesrepublik bietet sich schließlich der Ausbau einer sektorspezifischen Handelsplattform an, die den Austausch zwischen beiden Systemen unterstützt und erleichtert. Damit können auch über die unmittelbaren Anwendungen hinaus Dienstleistungen angeboten und weiterentwickelt werden, die insgesamt die Austauschbeziehungen fördern.

Erfolgsvoraussetzung für die skizzierte Zusammenarbeit ist der gegenseitige Nutzen der Maßnahmen für die internationalen Partner und die wechselseitige Unterstützung und Vernetzung der Einzelmaßnahmen untereinander. Für die Diffusion ist darüber hinaus die Einbindung in weitere Maßnahmen und Zielregionen erforderlich, um so mittelfris-

tig eine Exportstruktur aufzubauen und die Internationalisierung des Gesundheitssektors zu fördern.

## 6 Ausblick: Grundlagen mit erheblichem Entwicklungs- und Verbreitungsbedarf

Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft noch nicht annähernd so weit fortgeschritten wie ihr zugeschrieben wird. Insofern besteht beträchtlicher Bedarf an Forschung, Entwicklung, Erprobung und Verbreitung guter Lösungen. Das Projekt „Health Care Export“ bietet eine außerordentliche Plattform, theoretische wie auch praktische Ansätze zu entwickeln und in der Praxis zu erproben. Die ersten Schritte wurden eingeleitet, jedoch stehen die aufgebauten Netzwerke und Kooperationen noch sehr weit am Anfang, so dass es für ein umfangreiches Resümee noch zu früh ist.

Erste Erfahrungen zeigen aber, dass die unterschiedlichen Dimensionen der Internationalisierung auf Gestaltungspotenziale im Bereich der Mobilität von Beschäftigten, Patienten, Waren und Infrastruktur weisen, an die sich gezielt anknüpfen lässt. Gesundheitsportale, Foreign Direct Investment sowie das gezielte miteinander und voneinander Lernen können dafür als Grundalge dienen. Die Gestaltung kann, wie das Beispiel Indien ansatzweise demonstriert, eine integrierte Strategie verfolgen, die win-win-Situationen schafft und auf langfristige Kooperationsstrukturen setzt. Damit lassen sich internationale Netzwerke aufbauen, die auch in anderen Branchen zu erfolgreicher Internationalisierung beigetragen haben. Die unterschiedlichen Zielregionen verfügen dabei selbstverständlich über eigenständige Ausprägungen und Schwerpunkte. Allerdings zeigt sich, dass die grundlegenden Strategien und Netzwerke auch auf andere Regionen übertragbar sind. Ansatzpunkte hierfür bestehen beispielsweise mit der Türkei, den Vereinigten Arabischen Emiraten, den GUS-Staaten oder Nachbarländern wie den Niederlanden.

Im weiteren Verlauf des Projektes sollen die aufgeführten Ansätze vertiefend analysiert und erprobt werden. Ziel ist es, nach Auslaufen der Förderung sich selbst tragende Netzwerke auf den Weg gebracht und etabliert zu haben, welche die Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen weiter vorantreiben und positive Impulse in allen beteiligten Regionen bewirken.

### Literatur

**Bandemer, Stephan von / Belzer, Volker**, 1998: Innovationsstrategien, Wachstum und Beschäftigung. In: Lehner, Franz u. a. (Hrsg.): Beschäftigung durch Innovation: eine Literaturstudie. München: Hampp, S. 155-195.

**Braun, Günther E. u.a. (Hrsg.)**, 2004: Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen. Strategien, Maßnahmen, Erfahrungen. München: Luchterhand

**Juszczak, Jens/Nöthen, Mirjam**, 2006: Ausländische Krankenhauspatienten: Studie zeigt - TOP-Service gefragt. Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 20 vom 19.5. 2006, S. A-1358/B-1154/C1110.

<http://www.deutschesaerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=51482>

- Rosenmöller, Magdalene u.a. (eds.)**, 2006: Patient Mobility in the European Union: learning from experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.iese.edu/en/files/6\\_22160.pdf](http://www.iese.edu/en/files/6_22160.pdf)
- Statistisches Bundesamt**, 2006: Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Fachserie 12, Reihe 6.2, Wiesbaden. [http://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur\\_vollanzeige.csp&ID=1018204](http://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur_vollanzeige.csp&ID=1018204)
- Techniker Krankenkasse**, 2001: Medizinische Leistungen im Ausland. Erfahrungen und Erwartungen der TK-Mitglieder. Hamburg. [http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s02\\_ueber\\_uns/s04\\_standpunkte/03\\_europabericht/europabericht.pdf,property=Data.pdf](http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s02_ueber_uns/s04_standpunkte/03_europabericht/europabericht.pdf,property=Data.pdf)