



# Potenzialstudie Medizintourismus Berlin- Brandenburg 2015

Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie

- 1. Berlin als Medizintourismusdestination**
  - 1.1. Ausgangssituation
  - 1.2. Zielstellung und Vorgehensweise
  
- 2. Medizintouristische Akteure in Berlin**
  - 2.1. Strukturübersicht der medizinischen Anbieter
  - 2.2. Strukturübersicht der touristischen Dienstleister
  - 2.3. Struktur eines Leistungskataloges der medizinischen und nicht-medizinischen Anbieter
  
- 3. Darstellung der wichtigsten Dienstleistungen bei der Behandlung internationaler Patienten**
  - 3.1. Schematische Darstellung des Dienstleistungsnetzes „Internationale Patienten“ mit den relevanten Angeboten aus Medizin und Tourismus
  - 3.2. Aufgaben und Erlöspotenziale einzelner Akteure
  - 3.3. Häufige Schnittstellenprobleme bei der Zusammenarbeit zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungsträgern
  
- 4. Markt und Wettbewerb**
  - 4.1. Identifikation und Analyse relevanter Quellmärkte
    - 4.1.1. VAE
    - 4.1.2. Saudi Arabien
    - 4.1.3. Kuwait
    - 4.1.4. Russland
    - 4.1.5. Ukraine und Kasachstan
    - 4.1.6. China
  - 4.2. Chancen-Risiken-Analyse in den Zielregionen
    - 4.2.1. GCC-Staaten
    - 4.2.2. GUS-Länder
  - 4.3. Darstellung des nationalen Wettbewerbs um internationale Patienten
    - 4.3.1. Kurzüberblick über den internationalen Wettbewerb
    - 4.3.2. Positionierung Berlins und Brandenburgs im nationalen Wettbewerb
      - 4.3.2.1. nach Bundesländern
      - 4.3.2.2. in den Zielmärkten GCC/GUS
    - 4.3.3. Identifikation der relevanten Benchmarks mit Best-Practice-Beispielen
  
- 5. E-Health**
  - 5.1. Leistungskatalog
  - 5.2. Schnittstellen
  - 5.3. Internationale Ausrichtung
  - 5.4. Schaffung einer digitalen Infrastruktur
  - 5.5. Schlussfolgerungen

## **6. Conclusion und Handlungsempfehlungen**

- 6.1. Angebotsentwicklung und Innovationen
- 6.2. Infrastrukturentwicklung
- 6.3. Qualitätsmanagement und Qualifizierung
- 6.4. Marketing und Vertrieb

## Vorwort

Das hier vorgestellte Dokument basiert auf einer detaillierten Recherche im Bereich des Medizintourismus Berlin.

Die vorliegenden Analysen enthalten Abschätzungen für die bisherige und zukünftige Entwicklung des Gesundheitstourismus. Die Zahlen lassen sich auf Grund der Fokussierung auf Berlin als Datengrundlage nicht ohne weiteres auf andere Bundesländer übertragen (z.B. der Index für Hotelpreise variiert substantiell entsprechend der Lokalität). Die spezifischen Schätzungen und Prognosen wurden auf der Basis von Stichproben erhoben. Des Weiteren sollte bei den Schlussfolgerungen vor Allem der internationale Kontext beachtet werden.

Obwohl äußerste Sorgfalt bei der Erstellung der Analysen vorgenommen wurde, kann keine Garantie oder Haftung für die Richtigkeit der Schlussfolgerungen übernommen werden. Eine Vervielfältigung dieses Dokumentes ist nur nach ausdrücklicher Zusage durch den Auftraggeber, Berlin Partner, möglich.

Das Team:

**KECK medical concepts and business management GmbH** ist spezialisiert auf Entwicklungs-, Optimierungs- und Vermarktungskonzepte gesundheits-orientierter Produkte und Dienstleistungen. In diesem Rahmen bietet KECK Medical Analysen, Strategieentwicklung und projektnahe Umsetzungsbegleitung an. Tätigkeitsfelder im Detail:

- Potenzialanalysen: Positionierungs- und Innovationsoptionen für Produkte oder Dienstleistungen auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Kenntnisse und wirtschaftlichen Entwicklungen.
- Strategieerstellung: Strategien für gesundheitsorientierte Produkte und Dienstleistungen, Vorgehen nach einem klar strukturierten und transparenten Prozess z. B. Neupositionierung einer Produktlinie, Kooperationen, Erschließung eines zum Unternehmen passenden gesundheitsorientiertem Geschäftsfeld.
- Implementierungsbegleitung: Aufbau von Strukturen und Prozessen z. B. Zusammenstellung und Management eines wissenschaftlichen Beirates, Erstellung von Standards, Schulungskonzeption, Begleitung der Marketing- und Vertriebskonzeption, Digitalisierung von Geschäftsprozessen
- Weitere Informationen unter [www.keck-medical.com](http://www.keck-medical.com)

**Dr. med. Andreas Keck** ist geschäftsführender Gesellschafter von KECK Medical und hat als Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie als Oberarzt langjährige sowohl medizinisch-fachliche als auch organisatorische Praxiserfahrung. Darauf aufbauend besitzt er eine langjährige Beratungserfahrung als

Management Consultant bei der Boston Consulting Group und als Geschäftsführer von KECK Medical und Leitung einer Vielzahl von Beratungsprojekten mit Schwerpunkten in der Entwicklung, Optimierung und Vermarktung selbstfinanzierter gesundheits-orientierter Produkte und Dienstleistungen.

**Justus Wolff** ist Berater bei dem Syte Institute, der e-Health Abteilung von Keck Medical. Nach einem Studium (BSc, MSc) in Finanzen und Strategie arbeitete er im M&A und Consulting in Deutschland, England und Brasilien. Während dieser Tätigkeiten eröffnete er unter anderem ein Lateinamerika Büro für Bayer in Sao Paulo und spezialisierte sich auf Investitionen und Wachstumssteigerung durch internationale e- Health Anwendungen.

**Projektleiter: Dipl. Kfm. Jens Juszcak (Nachunternehmer)**

Medizintouristische Beratungskompetenz bei Destinationen, Gesundheitsregionen und privaten Leistungsträgern.

Dipl.-Kfm. Jens Juszcak hat an der TU Dresden Betriebswirtschaftslehre studiert und ist seit 1999 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg mit Schwerpunkt Gesundheitsmarketing insbesondere für die Zielgruppe internationale Patienten.

Er ist neben seiner freiberuflichen Tätigkeit als Berater wissenschaftlicher Leiter des Forschungsbereiches Medizintourismus, der von der Initiative "Deutschland – Land der Ideen" die Auszeichnung „Ausgewählter Ort 2011“ erhielt. Regelmäßig veröffentlicht er die aktuellen Marktzahlen und -trends für Deutschland und die Schweiz auf diesem Gebiet. Seit vielen Jahren berät er Kliniken, Ministerien, Organisationen, Städte und Kommunen sowie Dienstleistungsunternehmen bei der Entwicklung sowie Umsetzung von Medizintourismusprojekten. Er ist zudem Initiator des Arbeitskreises „Internationale Patienten“ deutscher Universitäts- und Großkliniken. Herr Juszcak veranstaltet jährlich verschiedene Tagungen, Seminare und Workshops zum Medizintourismus und ist als Dozent für Krankenhausmarketing an verschiedenen Hochschulen und Weiterbildungs-einrichtungen tätig.

Er ist zudem Fachautor diverser Veröffentlichungen zum Gesundheits- und Medizintourismus und Mitglied des Kompetenz-Netzwerkes Gesundheit von Tourismus NRW.

**Project M GmbH**

PROJECT M ist eine Unternehmensberatung für die Tourismus- und Freizeitbranche: In den Bereichen Destinationsmanagement, Touristik sowie Freizeit- und Hotelanlagen zählt PROJECT M zu den marktführenden Unternehmen in Deutschland.

Dipl.-Volksw. Andreas Lorenz ist seit 2008 geschäftsführender Gesellschafter der PROJECT M GmbH. Seit 1991 hat er die Projektleitung in mehr als 500 touristischen Beratungsprojekten übernommen und ist ein ausgewiesener Experte für Destinationsmanagement, Gesundheitswirtschaft und -tourismus, Kurortberatung, barrierefreier Tourismus und Projektmanagement.

# 1. Berlin als Medizintourismusdestination

## 1.1. Ausgangssituation

Jedes Jahr entscheiden sich weltweit Millionen von Menschen für eine Behandlung in ausländischen Kliniken, da beispielsweise die medizinische Versorgung im Heimatland nicht gewährleistet bzw. mangelhaft ist, der Spezialist im Nachbarland näher liegt als im eigenen Land oder die Behandlung im Ausland deutlich preiswerter ist als zu Hause. Seit Jahren zählt Deutschland sowohl nach Anzahl der behandelten Auslandspatienten als auch nach Behandlungsqualität und Service zu einer der führenden Medizintourismusdestinationen weltweit.<sup>1</sup>

Eine hervorragende medizinische Versorgung zu vergleichsweise niedrigen Behandlungskosten findet sich flächendeckend so nirgendwo auf der Welt. Daher ließen sich 2013 rund 241.000 Patienten aus dem Ausland stationär oder ambulant in Deutschland behandeln<sup>2</sup> und bescherten dem deutschen Gesundheitssystem Einnahmen von fast 1,2 Mrd. Euro. Gemessen an den 19 Millionen stationären Krankenhauspatienten oder den 78 Mrd. Euro an Krankenhausausgaben pro Jahr mag der Anteil des Medizintourismus vergleichsweise gering erscheinen, die „Exporteinnahmen“ für medizinische Dienstleistungen werden jedoch durch die Ausgaben von Patienten und deren Begleitung für Transporte, Übernachtungen, Einkäufe etc. ergänzt, so dass das volkswirtschaftlich relevante Gesamtvolumen bei schätzungsweise drei Milliarden Euro liegen dürfte. Ein jährlich stabiler Zuwachs von sechs bis zehn Prozent bestätigt die positive Entwicklung des Geschäftsfeldes „Medizintourismus aus dem Ausland“.

Medizintourismus gilt dabei als „ein Subbereich des Gesundheitstourismus und bezeichnet die vorübergehende Ortsveränderung an einen Aufenthaltsort im In- oder Ausland, der kein dauerhafter Wohnort ist, zum Zweck einer geplanten medizinischen Behandlung (primäres Reisemotiv), welche kurativ, präventiv oder kosmetisch-operativ orientiert sein kann. In Anspruch genommene Leistungen werden vom Patienten selbst oder durch Kostenträger bezahlt. Synonyme sind Patiententourismus, Kliniktourismus, Operationstourismus, Kurtourismus.“<sup>3</sup> Nicht geplante Behandlungen von Touristen, durch Unfälle oder Erkrankungen während des Aufenthaltes in Deutschland, etwa 55 Prozent aller Fälle, zählen nach dieser Definition nicht zum „geplanten“ Medizintourismus, tragen aber einen nicht unerheblichen Anteil zum finanziellen Gesamtvolumen bei.

Für die Kliniken sind die internationalen Patienten nicht nur aufgrund der zusätzlichen Einnahmen interessant. Die Auslandspatienten helfen auch, wie zum Beispiel in Rehabilitationseinrichtungen, freie Kapazitäten auszulasten oder erhöhen die Fallzahlen bei Forschungsvorhaben an Patienten mit seltenen Erkrankungen. Für Städte mit einer hohen Klinikdichte (darunter viele Maximalversorger und Forschungseinrichtungen), wie Berlin, München oder Köln/Bonn, sind Patienten aus dem Ausland auch

---

<sup>1</sup>vgl. International Medical Travel Journal/Intuition Communications 2014, S. 7f.

<sup>2</sup> 45 Prozent davon geplant (entspricht 108.450 Patienten)

<sup>3</sup>Juszczak 2013, S. 151

aus diesen Gründen von Bedeutung. Hinzu kommen touristische Effekte wie Übernachtungen oder Konsum. Im ländlichen Raum sind die medizinischen Ressourcen unter Umständen deutlich stärker ausgelastet, so dass Auslandspatienten seltener mit dem Motiv der Kapazitätsauslastung eingeworben werden.

Berlin ist nicht nur die Hauptstadt der Bundesrepublik, sondern bezeichnet sich auch als „Health Capital“. Demzufolge müsste die Stadt sowohl bei den Übernachtungen von ausländischen Gästen als auch bei der Anzahl internationaler Patienten führend sein. Bei den internationalen Übernachtungen lag Berlin 2014 mit 12,5 Millionen deutlich vor München mit 6,6 Millionen Gästen.<sup>4</sup> Bei den stationären Auslandspatienten weist dagegen München mit knapp 10.000 Patienten in 2013 einen deutlichen Vorsprung vor Berlin mit 6.700 Patienten auf.<sup>5</sup> Wenn die touristische und medizinische Infrastruktur der bayerischen Landeshauptstadt nicht deutlich attraktiver für internationale Patienten im Vergleich zu Berlin sind, könnten die Gründe z.B. in der Tradition als Medizintourismusdestination, der touristischen Anbindung oder der Standortvermarktung als Medizintourismusdestination liegen. Während in Berlin über Botschaften, Konsulate und Auslandsvertretungen von Verbänden und Unternehmen per se viele Medizintouristen behandelt werden und sich die Vermarktungsleistung der Stadt primär auf seine Tourismusorganisation konzentriert, vermarktet sich München mit Unterstützung verschiedener Landeseinrichtungen und Vereinen auf vielen Kanälen.<sup>6</sup>

## 1.2. Zielstellung und Vorgehensweise

Diese Studie soll die Potenziale der Hauptstadt als Medizintourismusstandort feststellen und Alleinstellungsmerkmale der Region sowie die unterschiedlichen Segmente (Akteure, Zielmärkte, Strategien) des Medizintourismus herausarbeiten. Des Weiteren soll sie aufzeigen, welche Ansätze für eine bessere Vermarktung von medizintouristischen Angeboten in der Hauptstadtregion existieren.

Folgende Schwerpunkte sollen in der Analyse erbracht werden:

- Erstellung einer Strukturübersicht über medizintouristische Akteure in den relevanten Angebotsfeldern
- Erarbeitung der Struktur eines Leistungskataloges mit den wichtigsten Anbieterinformationen für internationale Patienten
- Darstellung eines Dienstleistungsnetzes im Medizintourismus mit den wichtigsten Kooperationsprozessen, Schnittstellen und Schnittstellenproblemen
- Quellmarktanalyse analog der Rahmenbedingungen mit Darstellung von Marktpotenzialen und -volumina

---

<sup>4</sup> vgl. Statistische Landesämter 2015

<sup>5</sup> vgl. Statistische Landesämter 2015

<sup>6</sup>vgl. Kap. 4.4.3 dieser Studie

- Analyse zur Positionierung der Region Berlin/Brandenburg im Wettbewerbsumfeld
- Aufzeigen von Handlungsempfehlungen zu Angebotsgestaltung, Infrastrukturentwicklung, Qualitätsmanagement sowie Marketing und Vertrieb

Für eine Strukturanalyse zu medizinischen Schwerpunkten, Zielmärkten und Organisation (z.B. International Offices) etc. wurden Berlin-Brandenburger Kliniken ausgewählt, die sich von der Größe, der Lage sowie der internationalen Ausrichtung für eine Vermarktung im Ausland eignen. Diese Akteure wurden mittels eines teilstandardisierten Fragebogens zu Marktausrichtung, Positionierung, interner Organisation, Ausstattung, Kooperationen etc. befragt. Exemplarisch wurde zudem aufgezeigt, welche weiteren medizinischen und touristischen Dienstleister relevant sind. In einer Arbeitsgruppensitzung mit wichtigen Marktteilnehmern aus Medizin, Tourismus und Politik wurden die Untersuchungsergebnisse sowie die Kriterien für einen Leistungskatalog diskutiert und ergänzt.

Sekundärstatistische Analysen von Daten der Statistischen Landesämter, des Statistischen Bundesamtes, des Auswärtigen Amtes sowie verschiedener Studien zu Zielmärkten, Wettbewerb und Positionierung bildeten die Grundlage für die Ausführungen zur Markt- und Positionierungsanalyse. In einem Ideenworkshop mit Teilnehmern aus den Bereichen Medizin, Touristik, Handel, Forschung und Dienstleistungen konnten die verschiedenen Handlungsempfehlungen erarbeitet und reflektiert werden.



## 2. Medizintouristische Akteure in Berlin

### 2.1. Strukturübersicht der medizinischen Anbieter

Die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg ist durch etwa 130 Kliniken mit 35.000 Betten, 70 Rehabilitationseinrichtungen und schätzungsweise 9.500 niedergelassene Ärzte und Zahnärzte gekennzeichnet.<sup>7</sup> Ca. 350.000 Personen sind in der Gesundheitswirtschaft, einschließlich Medizintechnik, Pharmaindustrie etc. beschäftigt.<sup>8</sup>

Für die Behandlung von internationalen Patienten kommen allerdings nicht alle medizinischen Anbieter in Betracht. Die Patienten aus den für die Kliniken sehr attraktiven Zielregionen arabische Golfstaaten/GCC oder den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion/GUS suchen oft weltweit nach der besten Behandlungsmöglichkeit. Medizinische Spitzenleistungen vor allem in den Fachbereichen Orthopädie und Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Innere Medizin, Stoffwechselerkrankungen (insbes. Diabetes), Onkologie und Pädiatrie sind stark nachgefragt.<sup>9</sup> Es ist nachvollziehbar, dass nicht jeder der über 8.300 Ärzte in den 81 Berliner Kliniken attraktive medizintouristische Angebote erstellen kann, denn neben einer entsprechenden Spezialisierung sind internationales Renommee, Forschungstätigkeiten, die neueste medizintechnische Ausstattung, kulturelle Aufgeschlossenheit und Sprachkenntnisse für die internationalen Patienten wichtig. Des Weiteren sollten Kliniken und Ärzte auch ein Interesse an diesem Geschäftsfeld haben und eine Investitionsbereitschaft in Personal und Marketing aufweisen.

Für eine Befragung zum Medizintourismus wurden 45 Kliniken in Berlin und Brandenburg ab einer Zahl von 100 Betten angeschrieben. Ausgenommen wurden Einrichtungen der Psychiatrie und der Geriatrie, weil die Nachfrage dort bei den Patienten aus den Zielregionen GUS und GCC sehr gering bzw. der Aufwand für entsprechende Angebote sehr groß ist. Weitere Ausschlusskriterien waren eine schlechte geografische Lage ohne Anbindung an internationale Verkehrswege (Flughafen, ICE-Bahnhof) sowie eine fehlende erkennbare internationale Ausrichtung oder Erfahrung mit internationalen Patienten. Die Rücklaufquote des teilstandardisierten Fragebogens zu Marktausrichtung, Positionierung, interner Organisation, Ausstattung, Kooperationen etc. lag bei 36 Prozent (16 Kliniken).

Diese Kliniken gaben an, im Jahr 2014 über 9.000 stationäre und ambulante Auslandspatienten behandelt zu haben. Dies deckt sich den Zahlen nach mit den Daten von visitBerlin 2013, allerdings deuten die, zum Teil verschiedenen Kliniken, bei denen die Zahlen erhoben wurden, auf eine höhere Gesamtzahl von Medizintouristen. Anhand von Berechnungen, aufgrund der Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg und der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, dürfte die Anzahl an internationalen

---

<sup>7</sup> vgl. Berlin Partner 2014

<sup>8</sup>vgl. Ostwald/Ransch 2007, S. 40

<sup>9</sup> Vgl. Juszczak/Beyer, 2014, S. 35; Juszczak 2007, S. 8

Patienten in Berlin zwischen 17.000 und 21.000<sup>10</sup> liegen. Die 16 Kliniken decken demzufolge etwa die Hälfte der Auslandspatienten ab und das, obwohl einige Kliniken mit internationaler Ausrichtung nicht an der Erhebung teilgenommen haben. Dies lässt den Schluss zu, dass sich die realistischen Patientenzahlen eher am oberen Rand des Spektrums bewegen.

Je nach Angebotsspektrum sind die Kliniken gleichermaßen attraktiv für Patienten aus dem Ausland. Spezialkliniken können dabei ebenso nachgefragt werden wie Maximalversorger. Allerdings haben Maximalversorger durch das umfangreichere Angebot und die Anzahl an Betten sowie Ärzten Größenvorteile. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat berechnet, dass Kliniken mit 600 und mehr Betten die drei- bis vierfachen Gesamterlöse für internationale Patienten im Vergleich zu Kliniken mit 300 bis 599 Betten haben.<sup>11</sup>

Die Kliniken in Berlin und Brandenburg weisen ein für die primären Zielmärkte GUS/GCC geeignetes Angebot auf. Nachfolgend sind einige Kliniken<sup>12</sup> mit ausgewählten Spezialisierungen angeführt:

- Bundeswehrkrankenhaus Berlin (Prostatazentrum Berlin-Mitte, Psychotraumazentrum)
- Charité (Comprehensive Cancer Center, Adipositaszentrum u.v.m.)
- Deutsches Herzzentrum Berlin (Angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie)
- Dominikus-Krankenhaus (Arthroskopiezentrum, minimal-invasive Bauchchirurgie)
- Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (Epilepsie, Urologie)
- Franziskus-Krankenhaus (Gefäßchirurgie, Kardiologie)
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (Onkologisches Zentrum)
- Havelklinik (Spezialklinik für Gelenksatz, Endoprothetikzentrum)
- Helios Kliniken (Onkologisches Zentrum, Traumazentrum u.v.m.)
- Immanuel Diakonie (Herzzentrum, Rehabilitation, Orthopädie)
- Jüdisches Krankenhaus Berlin (Zentrum für Multiple Sklerose, Gefäßzentrum)
- Kliniken Beelitz (Rehabilitation, Parkinson)
- Klinik für MIC (Adipositaszentrum, Reproduktionsmedizin)
- Klinik Sanssouci (Orthopädie, Plastische Chirurgie)
- Klinikum Brandenburg (Tumorzentrum, Gefäßzentrum)
- Klinikum Ernst von Bergmann (Tumorzentrum, Adipositaszentrum, CheckUp)
- Krankenhaus Bethel (Darmzentrum, Endoprothetikzentrum)
- Krankenhaus Walfriede (Brustzentrum, Gynäkologie)
- Medical Park (Diagnostik, Rehabilitation)
- Meoclinic (Diagnostik, Kardiologie)
- Oberlinklinik (Orthopädie)
- Paul Gerhardt Diakonie (Brustkrebs, Diabetes, Orthopädie u.v.m.)
- Paulinenkrankenhaus (Kardiologiezentrum)

---

10 davon mit geplante Behandlungen: 7.700 bis 9.500 Auslandspatienten

11vgl. DKI (Hrsg.) 2014, S. 11

12 in alphabetischer Reihenfolge

- Sankt Gertrauden Krankenhaus (Endoprothetikzentrum, Augenheilkunde u.v.m.)
- Schlosspark-Klinik/Park Klinik Weißensee (Diagnostik, Plastisch Ästhetische Chirurgie u.v.m.)
- St. Josefs-Krankenhaus Potsdam (Darmzentrum, Brustzentrum)
- Unfallkrankenhaus Berlin (Zentrum für Schwerbrandverletzte und Rückenmarksverletzte, Handchirurgie u.v.m.)
- Vivantes (Tumorzentrum, Pädiatrie, Orthopädie u.v.m.)

Da das medizinische Angebot und dessen Qualität durch die Patienten nur sehr schwer beurteilt werden kann, sind oft Serviceleistungen wie Internetseiten in verschiedenen Sprachen<sup>13</sup> oder ein International Office, welches sich um die Patientenfragen kümmert, entscheidend für die Auswahl der Klinik. Von den befragten Kliniken hatten 38,5 Prozent ein solches International Office mit durchschnittlich sechs Mitarbeitern, die vor allem Englisch, Russisch und Französisch sprechen. Diese speziellen Organisationseinheiten haben bundesweit nur etwa ein Fünftel aller Krankenhäuser.<sup>14</sup> Bei den auf die internationale Klientel spezialisierten Einrichtungen gehören diese Büros bei rund 64 Prozent zum Standard.<sup>15</sup> Die Erlöse mit Auslandspatienten fallen bei Kliniken mit International Offices etwa siebenmal so hoch aus wie bei Kliniken ohne eine solche Einrichtung.<sup>16</sup>

Insgesamt beurteilen die befragten Häuser die Nachfrage aus dem Ausland als positiv. Fast 70 Prozent verzeichneten in den vergangenen drei Jahren mehr Patienten, vor allem aus den Zielmärkten GUS und Golfstaaten. Kritisch zu betrachten ist die Nachfrageentwicklung bei den russischen Patienten: 39 Prozent der Kliniken signalisierten innerhalb des oben genannten Zeitraums bereits eine stagnierende Marktentwicklung; in der Marktanalyse der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg im Jahr 2013 waren es nur zwölf Prozent.<sup>17</sup> Die russischen Patienten sind aus Sicht der befragten Kliniken die wichtigste Zielgruppe (vgl. Abb. 1). In fast allen dieser Kliniken werden Patienten aus Russland oder der Ukraine behandelt.

---

<sup>13</sup> Nur 16 der 45 angeschriebenen Kliniken verfügen über englischsprachige Webseiten; 13 haben russische Seiten und zwei arabische

<sup>14</sup>vgl. DKI (Hrsg.) 2014, S. 18

<sup>15</sup> vgl. Juszczak/Beyer 2014, S. 36

<sup>16</sup>vgl. DKI (Hrsg.) 2014, S. 19

<sup>17</sup>Juszczak/Beyer 2014, S. 35

## Herkunftsregionen/-länder der Auslandspatienten

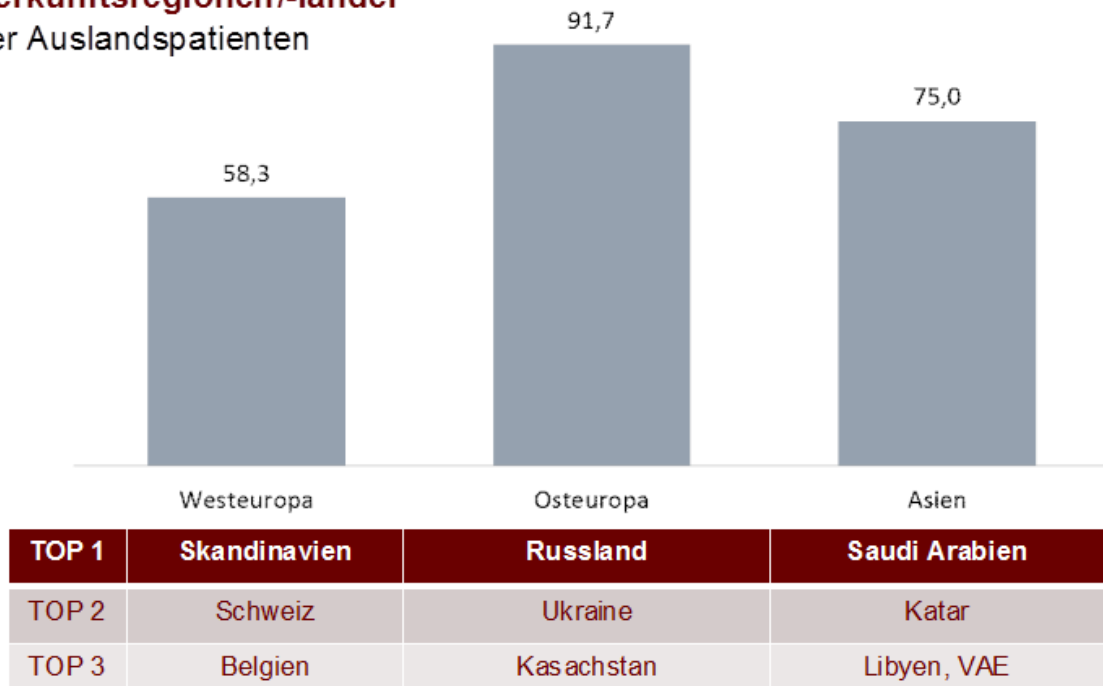
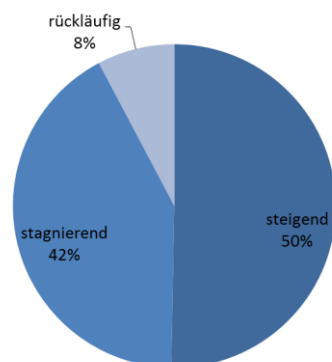


Abb. 1: Die wichtigsten Herkunftsländer der Auslandspatienten (in Prozent) der befragten Kliniken in Berlin und Brandenburg

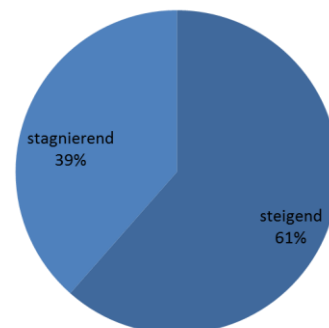
Die Anzahl erteilter medizinischer Visa ist 2014 für Russland um 20 Prozent und für die Ukraine um 28 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Der derzeitige Konflikt zwischen beiden Ländern sowie die Wirtschaftssanktionen der EU gegen Russland könnten sich mit einem Abschlag von bis zu 30 Prozent bei der Nachfrage auswirken, so dass die Patienten dann zur Behandlung in die Türkei oder nach Israel reisen.

## Nachfrageentwicklung

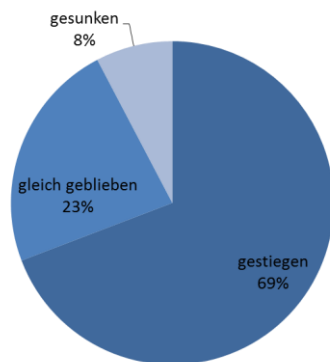
bei arabischen Patienten



bei russischen Patienten



Veränderung der **Patientenzahlen**  
in den letzten 3 Jahren



**Umsatzanteil** am Gesamtumsatz  
in den letzten 3 Jahren

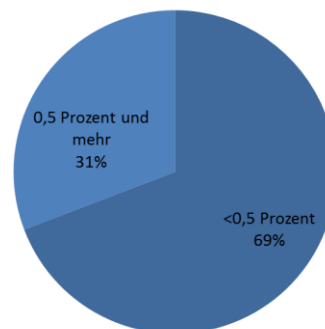


Abb. 2: Nachfrageentwicklung und Umsatzanteil im Geschäftsfeld „Auslandspatienten“ der befragten Kliniken in Berlin und Brandenburg

Beim Umsatzanteil des Geschäftsfeldes „Auslandspatienten“ gemessen am Gesamtumsatz bleiben die befragten Kliniken hinter den Zahlen einer vergleichbaren bundesweiten Befragung<sup>18</sup> zurück (vgl. Abb. 2). Dieser liegt bundesweit bei 0,7 Prozent. Nur 31 Prozent der Kliniken gaben einen Erlösanteil von 0,5 Prozent und mehr an, in der bundesweiten Untersuchung waren es fast doppelt so viele (vgl. Abb. 3).

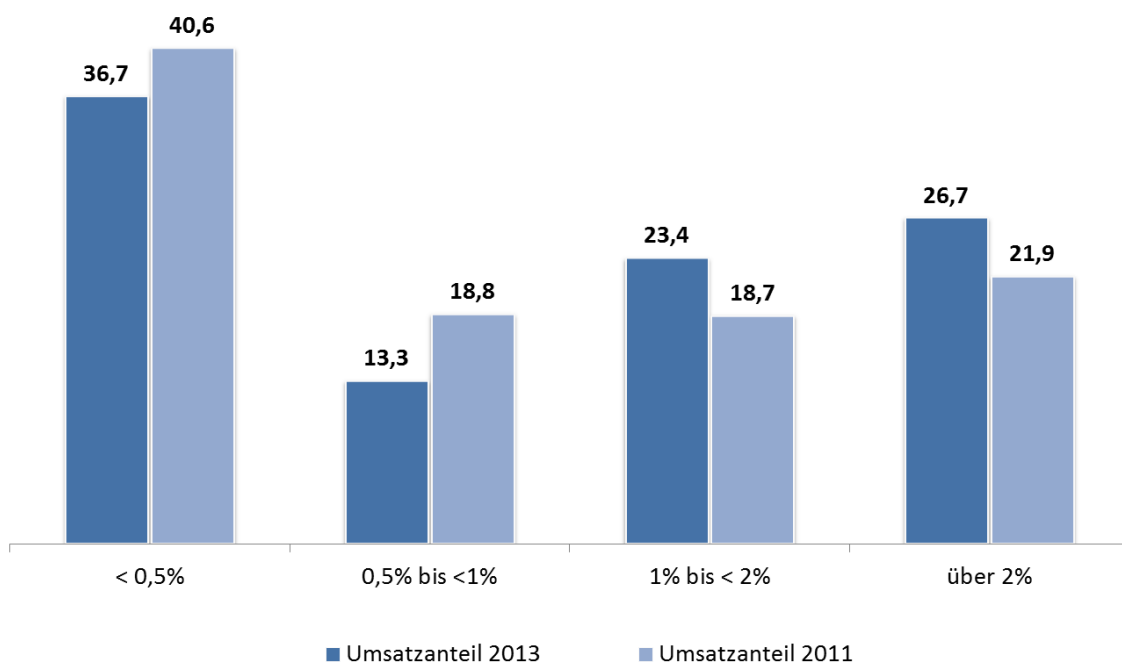


Abb. 3: Anteile am Gesamtumsatz der Kliniken

Quelle: Juszczyk/Beyer 2014, S. 32

Nicht zu beziffern ist die Bedeutung der internationalen Patienten für die niedergelassenen Ärzte. Es existiert keinerlei Zahlenmaterial zu Patientenzahlen aus dem Ausland, Umsätzen oder nachgefragten

<sup>18</sup> Ausgewählte Stichprobe basiert ebenfalls auf den Kriterien Bettenzahl, geografische Lage, internationale Ausrichtung etc.

Therapien. Einige Ärztezentren wie das MVZ Uhlandstraße oder das Ärztezentrum CityPraxen Berlin bieten in verschiedenen Fachbereichen Leistungen auch für internationale Patienten an, andere konzentrieren sich auf einzelne Bereiche wie

- Zahnheilkunde (Berlin Klinik, KU64, Zahnzentrum in Berlin Dr. Khalouf & Partner)
- Augenheilkunde (Augenärzte KuDamm 54)
- Innere Medizin (Praxis für Innere Medizin im Ärztehaus Pankow)
- Orthopädie (Praxis Ortho-Mitte)
- Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (Berlin Klinik, Belleza Praxis-Klinik)
- Gynäkologie und Geburtshilfe (Praxis Prof. Ebert , Praxis für Kinderwunschtherapie Berlin-Helle Mitte, Kinderwunschzentrum am Potsdamer Platz).

Dies deckt sich mit den häufigsten Thematiken der gesundheitstouristischen Eingriffe weltweit:

- Kosmetische Chirurgie (z.B. Brustvergrößerung, Facelifting und Fettabsaugung)
- Zahnmedizin (z.B. Implantate, Zahnersatz, Kronen, Bleaching)
- Kardiologie/Herzchirurgie (z.B. Bypass-Ventil und Ersatz)
- Orthopädische Chirurgie (z.B. Hüftprothesen, Resurfacing, Kniegelenkersatz und Gelenkchirurgie)
- Adipositaschirurgie (Magenbypass und Magen z.B. Streifenbildung)
- Fruchtbarkeit/Fortpflanzungssystem (zum Beispiel in-vitro-Fertilisation und Geschlechtsumwandlung)
- Organ-, Zell- und Gewebetransplantation (z.B. Organtransplantation und Stammzellen-Therapie)
- Ophthalmologische Verfahren (z.B. Laser-Augenchirurgie und Linsenimplantate)
  - Diagnose, Check-ups und andere Behandlungen.

In Berlin und Brandenburg gibt es zahlreiche niedergelassene Ärzte, deren Fremdsprachkenntnisse über Englisch hinausgehen und die ambulante Leistungen für ausländische Gäste anbieten könnten. Ein übergreifendes Ärztenetzwerk, welches die verschiedenen Anbieter mit internationaler Ausrichtung bündeln und vermarkten könnte, existiert allerdings nicht. Ebenso ist das Kliniknetzwerk von visitBerlin mit derzeit wenigen Teilnehmern noch ausbaufähig. Ergänzend zur Gesamtvermarktung medizinischer und touristischer Leistungen der Hauptstadt sollten die Netzwerke weitere wichtige Aufgaben, wie die Organisation von Veranstaltungen, den Ausbau von Delegationsreisen, die Weiterbildung sowie eine Unterstützung beim Forderungsmanagement/Inkasso übernehmen. Da ein besonderes Interesse an möglichst genauen Kennzahlen der gesamten Wertschöpfungskette der Medizintouristen besteht, könnten die Netzwerke ein Kennzahlensystem zum Medizintourismus aufbauen, welches neben den Patienten/Erlösen im medizinischen Bereich auch Gäste/Umsätze in der Hotellerie, dem Einzelhandel sowie weiteren Dienstleistungen erfasst und veröffentlicht.

Berlin profitiert außerordentlich stark vom Image der Hauptstadtregion. Der Hauptstadtstatus ist der wichtigste Wettbewerbsvorteil und sollte in der Kommunikation unter der bereits eingeführten Marke „HealthCapital“ herausgestellt werden. Bei der Vermarktung der medizinischen Leistungen steht die

Hochleistungsmedizin im Vordergrund. Vivantes als eines der größten europäischen Krankenhausunternehmen mit einem der leistungsfähigsten International Offices und - laut Befragung - auch den meisten Auslandspatienten sollte gemeinsam mit der Charité, Europas größtem Universitätsklinikum mit der wohl stärksten Markenbekanntheit im Ausland, sowie dem Deutschen Herzzentrum, der weltweit führenden Einrichtung in der Kunstherzforschung, im Zentrum der Kommunikation stehen. Eine durchschnittliche Bettenauslastung der Berliner Kliniken von 80 Prozent deutet auf freie Kapazitäten hin; vor allem in den Bereichen Orthopädie, Kinderheilkunde oder Strahlentherapie. Hier bietet sich eine Chance für neue Angebote und Produkte. Im Rahmen einer „Integrierten Versorgung“ auch für internationale Patienten sind Pakettlösungen und die Bündelung von Angeboten entlang der Schiene Vorsorge-Akutmedizin-Rehabilitation gefragt. Eine ineinandergreifende Zusammenarbeit bei der Betreuung der Patienten schließt zudem Bereiche wie E-Health oder die medizinische Forschung (z.B. das Max-Delbrück-Centrum für molekulare Medizin) ein.

## **2.2. Strukturübersicht der touristischen Dienstleister**

In vielen Bereichen ist Berlin bereits sehr gut an die internationalen Zielregionen angeschlossen. Am Berliner Hauptbahnhof laufen Schnellverbindungen aus allen wichtigen Städten Europas zusammen und der Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg sorgt für die lückenlose Anbindung der Region. Engpass sind derzeit die Kapazitäten des Flughafens Berlin-Tegel, die einen Ausbau der Direktverbindungen ins Ausland sowie eine Erhöhung der Flugfrequenzen nicht zulassen. Mit dem zukünftigen Flughafen Berlin Brandenburg Willy Brandt wird die Hauptstadtregion das Angebot an internationalen Flügen jedoch schnell erweitern können. Für die Mobilität in der Stadt sorgen neben den öffentlichen Angeboten diverse Autovermietungen sowie Niederlassungen von Autoherstellern, die neben der Vermietung an Selbstfahrer ebenfalls Limousinenservices vermitteln.

Touristisch profitiert die Region von einem reichhaltigen Freizeit- und Kulturangebot, dazu zählen unter anderem der Reichstag, die Museumsinsel, der Berliner Dom, der Gendarmenmarkt oder die historischen Sehenswürdigkeiten Potsdams. Stadtführungen werden in diversen Sprachen von den Tourismusgesellschaften angeboten. Entsprechende Informationen sind für Touristen beispielsweise über die Hotels einfach erhältlich.

Insbesondere für die russischen Gäste verfügt Berlin über eine ähnliche Anziehungskraft wie Baden-Baden. Die Vielzahl von Sehenswürdigkeiten wie das Brandenburger Tor, die Berliner Mauer, der Checkpoint Charlie, die Russische Kolonie Alexandrowka, das Schloss Cecilienhof, die beiden Sowjetischen Ehrenmale in Tiergarten und im Treptower Park sowie das Deutsch-Russische Museum Berlin-Karlshorst bilden gerade für die Begleitpersonen russischer Patienten attraktive Ausflugsziele und sollten explizit in der touristischen Vermarktung herausgestellt werden. Nicht fehlen dürfen Attraktionen wie der Filmpark Babelsberg oder Madame Tussauds sowie die gastronomischen Einrichtungen (Gourmetrestaurants und heimatliche Küche gleichermaßen).

Für die arabischen Gäste sind Parks sowie die Wald- und Seenlandschaft in Berlin und Brandenburg von besonderer Bedeutung, denn aus ihren Heimatländern kennen sie das in diesem Umfang nicht. Weitere Ausflugsziele sind oft Schlösser, Moscheen, das Botschaftsgebäude der Vereinigten Arabischen Emirate oder der Berliner Fernsehturm. Großes Interesse zeigen vor allem die gut betuchten Araber am Berliner Immobilienmarkt. Einkaufszentren (Mall of Berlin, Gesundbrunnen Center), Hotels (Hotel Grand Hyatt, Hotel Maritim, Waldorf-Astoria) oder Büro- und Wohnkomplexe (Quartier am Auswärtigen Amt, Palais am Alten Wall) sind bereits in Besitz arabischer Investoren und Makler sind bei Anfragen zum Erwerb von Immobilien neue Dienstleistungspartner auch im Medizin-tourismus.

Das Thema „Einkaufen“ ist für fast alle Medizintouristen aus den arabischen Staaten, Osteuropa und Asien von Bedeutung. Günstigere Preise als im Heimatland sowie keine Angst vor Imitaten sorgen für eine rege Nachfrage in den Einkaufsmeilen Berlins wie der Friedrichstraße, dem Kurfürstendamm, dem Hackeschen Markt oder dem Alexanderplatz sowie den Designer Outlets außerhalb der Stadtzentren. Führende Anbieter wie beispielsweise die Galeries Lafayette, das KaDeWe oder das KulturKaufhaus Dussmann wären wichtige Partner für Kliniken, Patientenbetreuer oder Hotels, da sie eigene Shoppingassistenten mit den gewünschten Sprachkenntnissen zur Verfügung stellen oder Sonderöffnungszeiten vereinbaren können.

Berlin verfügt über 800 gewerbliche Beherbergungsbetriebe, von denen 234 als Hotels (ohne Hotel garnis) geführt werden. Laut DEHOGA Berlin sind darunter derzeit zehn Hotels mit 5 Sternen sowie 94 Hotels mit 4 Sternen klassifiziert. Von den zehn Premiumbetrieben im 5-Sterne-Bereich führen acht den Zusatz „Superior“ und stellen somit Spitzenbetriebe dar. Auch aufgrund des relativ geringen durchschnittlichen Preises für ein Hotelzimmer von 96 Euro<sup>19</sup> sind die Aufenthaltskosten in Berlin günstiger als in vergleichbaren Metropolregionen. Bei den Hotels bietet sich insbesondere das Luxussegment als geeigneter Partner für Kliniken beim Aufenthalt von VIP-Patienten und deren Begleitung an, da diese Kategorie auch bei Geschäftsreisen oder Urlauben bevorzugt wird. In Berlin sind das folgende Einrichtungen:

- Regent Berlin
- Grand Hyatt Berlin
- Hotel Adlon Kempinski
- Schlosshotel im Grunewald
- The Ritz Carlton Berlin
- Hotel de Rome
- Sofitel Berlin
- The Mandala Hotel
- Brandenburger Hof Berlin
- Kempinski Hotel Bristol.

---

<sup>19</sup>vgl. hotels.com (Hrsg.) / 2005, S. 23



Aktuell sind rund 30 Hotels in und um Berlin im Relax-Guide als Wellness-Hotels gelistet. Hierbei handelt es sich vorrangig um Betriebe der renommierten Hotelketten im 4-5-Sternebereich, die über moderne und gut ausgestattete Spa- und Fitnessbereiche verfügen. Meist werden auch Anwendungen wie Massagen etc. und Personal-Fitnesstraining und Ernährungsberatung sowie Entspannungs-verfahren (Yoga etc.) mit qualifizierten Trainern angeboten. Mit den vorhandenen Hotels im 4-Sterne-Segment bietet die Stadt Potsdam noch eine für den Medizintourismus geeignete ergänzende Beherbergungsinfrastruktur im direkten Umland von Berlin.

Im wettbewerbsstarken Umfeld der 3- und 4-Sterne-Hotels können sich vor allem Häuser in unmittelbarer Nähe der medizinischen Einrichtungen positionieren oder Wellness- und Gesundheit-hotels wie zum Beispiel das Centrovital in Spandau. Das im Hotelkomplex integrierte Gesundheitszentrum bietet den Gästen vom Checkup bis zur ambulanten orthopädischen Rehabilitation ein für ein Hotel sehr breites medizinisches Leistungsportfolio, welches auch bei den internationalen Gästen Anklang findet. Medizinische Dienstleistungen in das Hotel zu holen, ist für Stadthotels eher ungewöhnlich. Eine engere Kooperation mit Kliniken oder niedergelassenen Ärzten könnte zu neuen Dienstleistungen und damit zu einer Differenzierung im Wettbewerb führen. Als Beispiel lässt sich das DeepSleep-Programm des swissotel am Kurfürstendamm benennen, welches mit einem Schlafmediziner für Gäste mit Schlafproblemen oder Stress entwickelt wurde.

Immer mehr Kliniken setzen auf eigene Gästehäuser und Komfortstationen und wollen so an Übernachtungen der Begleitpersonen partizipieren. So betreibt zum Beispiel die Charité direkt auf dem Gelände des Campus Virchow-Klinikum das Hotel garni Virchow-Gästehaus, das in 22 modernen Gästezimmern Patienten und deren Begleitpersonen Unterkunft bietet. Ebenfalls auf dem Gelände des Campus Virchow-Klinikum betreibt das Deutsche Herzzentrum Berlin das Hotel „Gästehaus Axel Springer“ mit 35 Zimmern. Weiterhin befinden sich auf dem Gelände des Unfallkrankenhauses Berlin zwei Gästehäuser, die in 15 Zimmern die Möglichkeit bieten, in direkter Nähe zum Unfallkrankenhaus zu übernachten. Vivantes hat an fünf Standorten sogenannte Komfortkliniken errichtet, die Patienten und Begleitpersonen einen Aufenthalt im Hotelambiente versprechen. Einzelne Hotels kooperieren bereits mit verschiedenen Kliniken und bieten Sonderkonditionen für die Patienten und Begleitpersonen oder weiterführende Dienstleistungen an. Folgende ausgewählte Kooperationen bestehen derzeit bzw. werden kommuniziert:

- Die Helios Kliniken Gruppe bietet unter „HELIOS healthcare international“ Serviceleistungen für Patienten aus dem Ausland an. Neben der Visa-Beantragung und einem Flughafen-Shuttle wird die Vermittlung von Hotels sowie Freizeitprogrammen angeboten. Zu diesem Zweck wurde ein Partnernetzwerk u.a. mit dem Ritz-Carlton und dem Marriot-Hotel aufgebaut. Patienten und Begleitpersonen erhalten vergünstigte Konditionen bei den Netzwerkpartnern.
- Das internationale Krankenhaus Berlin Klinik bzw. die internationale Zahnklinik am Leipziger Platz kooperieren mit dem Mandala Hotel und dem Ritz Carlton Berlin und bieten den Patienten besondere Konditionen an. Darüber hinaus beliefert ein Sterne-Restaurant auf Wunsch auch die stationären Patienten während ihres Aufenthalts in der Berlin Klinik.

- Auf dem Klinikgelände der Schlosspark-Klinik befindet sich das 4-Sterne-Schlossparkhotel. Vermittelt werden die Zimmer über den "International Medical Service" der Klinik.
- Die Park-Klinik am Weißensee bietet Medical-Check-up-Programme in Zusammenarbeit mit dem nahegelegenen 4-Sterne-Hotel Derag Livinghotel Königin Luise
- Im Rahmen der Adlon Health Care Programme kooperiert das 5-Sterne Haus mit der HELIOS-Gruppe und der Charité sowie den beiden Fluggesellschaften Emirates und Lufthansa. Die Programme richten sich an Gäste aus den Vereinigten Arabischen Emiraten und beinhalten neben der Übernachtung und den Flugtickets einen medizinischen Check-up.

Diverse Vermieter von Wohnraum stellen insbesondere den arabischen Gästen für die gesamte Aufenthaltsdauer Wohnungen zu hotelähnlichen Konditionen zur Verfügung. Dies ist oft problematisch, da damit nicht selten eine Zweckentfremdung von Wohn- und Büroräumen verbunden ist und es zudem auch zu Nachteilen für die Anwohner führt, wie Beispiele aus Bonn oder München zeigen. Die Wohnungsvermittler sind teilweise auch Patientenvermittler in Personalunion oder arbeiten eng mit diesen zusammen.

Patientenvermittler, -betreuer, Geschäftsbesorger oder Dolmetscher sind meist die wichtigsten Kooperationspartner von medizinischen Einrichtungen, vor allem dann, wenn diese über kein eigenes International Office verfügen. Im Schnitt arbeiten deutsche Kliniken mit rund zehn dieser Dienstleister zusammen und bekommen 45 Prozent aller Auslandspatienten über diesen - nach dem Internet den wichtigsten - Vertriebskanal.<sup>20</sup> Diese Unternehmen übernehmen für ihre Patienten Leistungen wie die Kontaktaufnahme zu Ärzten und Krankenhäusern, die Abwicklung aller organisatorischen und administrativen Voraussetzungen, Buchung der Flugtickets und der Unterkunft, Transfers, Dolmetschertätigkeiten, persönliche Betreuung sowie ein individuelles Rahmenprogramm für Begleitpersonen.

Der Markt der Patientenvermittler ist sehr heterogen und intransparent. Als Vermittler treten sowohl Einzelpersonen mit Auslandskontakten als auch professionelle Agenturen auf. Es existieren nahezu keine Informationen über Struktur, Größe oder Vermittlungsvolumen. In Deutschland sind schätzungsweise mehrere Tausend Vermittler tätig, in Berlin etwa 150 bis 200. Diese Personen oder Unternehmen können ihren Sitz auch in anderen Bundesländern oder dem Ausland haben. Die in Berlin und Brandenburg tätigen Vermittler sind primär auf den russischen Markt ausgerichtet.

Da die Hälfte der für diese Studie befragten Kliniken über kein Budget für internationales Marketing verfügt und bei den anderen Einrichtungen oft nur Publikationen, Internetseite und Messeauftritte realisiert werden können, bedarf es zur Vermarktung einer Medizindestination wie Berlin einer Kofinanzierung der Aufwendungen. Neben Geldern aus der Wirtschafts- und Tourismusförderung

---

<sup>20</sup>vgl. Juszczak/Beyer 2014, S. 40f.

könnten auch die angeführten touristischen Dienstleister stärker in die Angebotsgestaltung und Finanzierung einbezogen werden, da sie ebenfalls im starken Maße vom Medizintourismus profitieren.

### **2.3. Aufbau eines Leistungskataloges der medizinischen und nicht-medizinischen Anbieter**

Die Medizintourismusdestination Berlin-Brandenburg präsentiert sich derzeit primär über die Webseite [visitBerlin.de](http://visitBerlin.de) der Berlin Tourismus & Kongress GmbH sowie in geringem Umfang auch über [healthcapital.de](http://healthcapital.de). Zur Arab Health 2015 wurde zudem ein Booklet „'HealthCapital' Berlin Premium - Destination for International Patients“ mit neun medizinischen Dienstleistern herausgegeben. Die Informationen beschränken sich auf eine kurze Beschreibung des Anbieters und der Kontaktmöglichkeit.

In vielen Zielmärkten, wie dem GUS-Raum oder China, reicht eine Imagebroschüre in der Regel nicht aus, denn die potenziellen Patienten oder Multiplikatoren wollen möglichst viele Informationen erhalten, um eine Behandlungsmöglichkeit auszuwählen. Wenn die unter Kontaktmöglichkeiten angegebene Webadresse dann nur Informationen in deutscher Sprache bietet oder nur einen Einführungstext in englischer Sprache, ist der Nutzen für den internationalen Patienten minimal. In einem Leistungskatalog sollten daher deutlich mehr Informationen für die ausländischen Interessenten aufbereitet werden. Denkbar wären:

- eine Beschreibung der Klinik (Lage, ggf. konfessioneller Status, Anzahl an Ärzten, Anzahl an behandelten Patienten pro Jahr, Bettenzahl)
- die wichtigsten medizinischen Fachabteilungen, die möglichst deckungsgleich mit der Nachfrage aus dem Ausland sein sollten
- die vorhandene Ausstattung mit medizinischen Großgeräten wie Gamma Knife, OP-Roboter "da Vinci", Linksherzkathetermessplätze, CRT, MRT, PET etc.
- telemedizinische Angebote
- wichtige Serviceleistungen wie
  - Unterstützung bei der Visabeschaffung, der Reiseplanung, den Transfers, der Organisation touristischer Programme (auch für Begleitpersonen/Familienangehörige)
  - medizinische Dolmetscher
  - Mehrsprachigkeit bei Informationsmaterial, Behandlungsverträgen und Aufklärungsbögen, Befundung sowie Beschilderung in der Klinik
  - Angebot von koscheren, muslimischen, vegetarischen oder anderen speziellen Gerichten für internationale Patienten
  - Möglichkeiten zur Religionsausübung, z.B. Gebetsraum
  - Einzelzimmer mit entsprechend geeigneter Ausstattung
  - Unterbringung von Mitreisenden in der Klinik (Station, Gästehaus, Patientenhotel)

- Internationale Station
- Angaben zum internationalem Patientenmanagement/International Office
  - Anschrift
  - Ansprechpartner mit Sprachkenntnissen
  - Telefon/Fax/ICQ
  - Mailadresse des Ansprechpartners
  - Internationale Webseite
- Gütesiegel/Zertifizierungen, insbesondere JCI-Akkreditierung, ISO 9001, TÜV-Siegel, zertifiziertes medizinisches Zentrum, EFQM.

Für MVZ und Praxen müssen die Angaben entsprechend angepasst werden. Hinzu kommen allgemeine Informationen zur Stadt, zum Klima, zu touristischen Sehenswürdigkeiten, Möglichkeiten zur Religionsausübung, Einkaufsmöglichkeiten, der Mehrwertsteuerrückerstattung, zur Währung, zu Flughäfen und Airlines, Botschaften/Konsulaten sowie zur Visaerteilung. Wichtig sind zudem Angaben zu Übernachtungsmöglichkeiten in Kliniknähe. Hierbei sollten Kooperationspartner benannt werden, die sich entsprechend auf die Wünsche der internationalen Gäste eingestellt haben. Neben den üblichen Angaben zu Zimmergröße, Ausstattung, Preis etc. sollten Extras wie Kochgelegenheiten auf dem Zimmer oder spezielle Badezeiten für Frauen explizit herausgehoben werden. Ebenso enthalten sein müssen zuverlässige Dienstleister wie Übersetzungsbüros, Patientenbetreuer oder Chauffeur-services.

Bei der Gestaltung eines solchen Leistungskataloges sollte nach Zielmärkten differenziert werden. Umfang, Inhalt, Farbgebung, Bildmaterial sowie eventuell eingesetzte Testimonials müssen den kulturellen Anforderungen der Zielmärkte entsprechen.

### **3. Darstellung der wichtigsten Dienstleistungen bei der Behandlung internationaler Patienten**

#### **3.1. Schematische Darstellung des Dienstleistungsnetzes "Internationale Patienten" mit den relevanten Angeboten aus Medizin und Tourismus**

Der Behandlungsaufenthalt eines internationalen Patienten verläuft nicht nur an einem Ort, der Klinik, sondern schließt auch vor- und nachgelagerte Facharztconsultationen oder Rehabilitationsmaßnahmen ein. Hinzu kommen An- und Abreise, Transporte, Übernachtungen außerhalb der medizinischen Einrichtungen, Einkäufe und touristische Aktivitäten. Wie stark die Bedeutung von Handel und Tourismus für den einzelnen Medizintouristen ist, hängt davon ab, wie lange der Aufenthalt ist und ob Begleitpersonen mitreisen. Je nach Herkunftsland der Medizintouristen ist dies sehr unterschiedlich. Europäische Patienten reisen laut Experteninterviews beispielsweise in der Regel mit nur einer Begleitperson, arabische Patienten dagegen mit zwei oder mehr Personen. Auch bei der Dauer der Medizinreise gibt es Unterschiede zwischen EU- und Nicht-EU-Patienten, da Nicht-EU-Patienten, z.B. aus den Golfstaaten und der GUS, den Aufenthalt in der Regel mit einem Genesungsurlaub verbinden. Zudem dauert aufgrund der teilweise höheren Komplexität der Erkrankung auch der durchschnittliche Klinikaufenthalt länger. Während die europäischen Patienten nur wenige Tage bleiben, zieht sich der Aufenthalt von Patienten aus der Golfregion oft über Wochen und Monate hin. Die Gründe hierfür liegen zum Einen im Prozessablauf der Behandlung, denn zwischen einzelnen Facharztbesuchen liegen unter Umständen Wartezeiten, zum Anderen planen die Patienten gerade in den Sommermonaten von vorn herein einen längeren Aufenthalt, um dem heißen Klima im Heimatland zu entfliehen.

Ein Medizintourist ist neben der reinen medizinischen Behandlung auf weitere Akteure während seines Aufenthaltes angewiesen (vgl. Abb. 4). Wer diese Akteure auswählt, hängt davon ab, ob der Patient Selbstzahler ist oder ob die Behandlungskosten von einem institutionellen Kostenträger, wie einer Botschaft oder einer Versicherung, übernommen werden. In der Planungsphase erfolgen die Auswahl der Klinik, die Reiseplanung und die Buchungen von Flügen und Unterkunft. Für die Unterbringung stehen Hotels, Pensionen, Hotelstationen in den Kliniken oder private Unterkünfte zur Verfügung. Insbesondere die gehobene Kettenhotellerie sollte enger Partner der Kliniken sein, da sie außerhalb der stationären Aufnahmen bevorzugte Unterkunft für Patienten ist und zudem auch die Begleitpersonen beherbergt. Des Weiteren sorgen sie auch für die gastronomische Versorgung der Übernachtungsgäste. Die Befragung der Berliner und Brandenburger Kliniken ergab, dass bisher nur ein Drittel der medizinischen Einrichtungen bereits mit der Hotellerie kooperiert.



Abb. 4: Dienstleistungsnetz „Internationale Patienten“

Ebenfalls wichtige Partner sind Geschäftsbesorger/Vermittlungsagenturen sowie Dolmetscher. Diese Personen arbeiten nah am Patienten bzw. seinen Begleitpersonen und ihnen obliegt eine gewisse Nachfragesteuerung. Sie übernehmen auf eine Art Gatekeeper-Funktion für die Auswahl von Hotels, Restaurants, Geschäften oder Freizeiteinrichtungen.

Immer mehr an Bedeutung bei der Behandlung von internationalen Patienten gewinnt das Thema „Integrierte Versorgung“. Die Patienten oder diejenigen, die die Behandlungsreisen organisieren, mussten sich bisher alle Bausteine eines Behandlungsaufenthaltes oft mühsam selbst zusammensuchen. Internationale Wettbewerber wie die Türkei, Singapur, Ungarn oder Südkorea bieten Lösungen aus einer Hand. Diagnose, Behandlung und Rehabilitation, auch wenn sie in verschiedenen medizinischen Einrichtungen stattfinden, werden als zusammenhängende Leistung kalkuliert und angeboten. Hinzu kommen Leistungen von Sanitätshäusern oder Apotheken sowie die Reiseplanung einschließlich Übernachtungen und touristisches Rahmenprogramm. Für Kliniken ist eine solch übergreifende Organisation aus steuerlicher (Umsatzsteuerrelevanz) und rechtlicher Sicht (Tätigkeit als Reiseveranstalter) allerdings problematisch. Spezialisierte (Reise)Agenturen, möglichst mit Niederlassung in den Quellregionen, wären für die gesamte Reiseorganisation besser geeignet.

Eine Klammer für alle Bereiche einer Integrierten Versorgung von Patienten aus dem Ausland bilden E-Health-Anwendungen. Insbesondere eine einheitliche Plattform für die Übermittlung von Patienten-

daten, eine online Vorstellung der medizinischen Einrichtung, des behandelnden Arztes/Therapeuten und eine Einführung in das geplante Behandlungsprozedere sollten trotz einiger Investitionskosten eingerichtet werden. Dies würde einen deutlich strukturierteren Ablauf des Aufenthaltes und eine Optimierung der Behandlung auf Grundlage der vorherigen Behandlungen (Stichwort: Elektronische Fallakte) ermöglichen.

Des Weiteren spielt die Nachbetreuung eine wichtige therapeutische und psychologische Rolle. Eine standardisierte Nachbetreuung durch eine Videokonferenz sowie das Monitoring entscheidender Vitalparameter würden zu höherer Patientenzufriedenheit und somit einer direkten „Wertsteigerung“ beim Patienten führen. Es wird davon ausgegangen, dass sich somit auch deutlich effizienter weitere Patienten für den Medizintourismus in Berlin gewinnen lassen, denn die Nachsorge ist in den Behandlungskonzepten vieler GCC- und GUS-Ländern gar nicht vorgesehen, weil es diese im Heimatland oft ebenso wenig gibt, wie Präventionsmaßnahmen. Entsprechende E-Health-Angebote, die sich von Deutschland aus steuern und kontrollieren lassen, wären ein konkreter Wettbewerbsvorteil.

### **3.2. Aufgaben und Erlöspotenziale einzelner Akteure**

Aufgrund der schlechten Datenlage sind valide Aussagen über wirtschaftliche Effekte von internationalen Patienten sehr schwer zu formulieren. Schon die Bestimmung einer realistischen Anzahl der Medizintouristen ist nahezu unmöglich, weil die Daten entweder überhaupt nicht (ambulante Auslandspatienten) oder sehr ungenau (stationäre Auslandspatienten) erfasst werden. Je nachdem, wie geeignet das IT-Erfassungssystem ist und wie gründlich die Aufnahme erfolgt, differieren die an das Statistische Landesamt gemeldeten Zahlen. Häufig kommt es daher vor, dass, wenn die Rechnungsadresse eine Botschaft oder eine Vermittlungsagentur in Berlin ist, der internationale Patient zum deutschen Patient wird. Ebenso schnell werden aus einzelnen Behandlungsfällen Patienten, wenngleich die Fallzahl deutlich höher als die letztendlich kommunizierte Patientenzahl ist, da unter Umständen mehrere Fälle einem Patienten zugerechnet werden können. Daher erfolgt die Schätzung der Erlöspotenziale anhand von zwei Szenarien.

Szenario 1 basiert auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes sowie verschiedener nicht repräsentativer Befragungen wie der für diese Analyse durchgeführten Expertenbefragung. Szenario 2 liegen etwas realistischere Annahmen zu Grunde, was Anzahl der Patienten, Erlöse/Umsätze oder die Aufenthaltsdauer betrifft. Diese stammen aus regelmäßigen Befragungen der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg sowie der statistischen Analyse von Sekundärquellen im Rahmen von Kooperationen mit medizinischen Dienstleistern und Kostenträgern.

#### **Medizinische Einrichtungen**

Die primäre Aufgabe der medizinischen Einrichtungen im Geschäftsfeld „Medizintourismus“ ist die Planung, Durchführung und Kontrolle der stationären und ambulanten Versorgung der internationalen Patienten. Dies schließt Tätigkeiten wie Behandlungsanfragen bearbeiten, Kostenvoranschläge

erstellen, Kostenmonitoring, Endabrechnung und Übersetzung der Dokumente ein. Zusätzlich werden Aufgaben in Unterstützungsprozessen wie Marketing sowie der Zusammenarbeit mit Kostenträgern oder externen Dienstleistungen wahrgenommen.

<b>Szenario</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Anzahl stationärer Auslandspatienten	6.700	8.500
Anzahl ambulanter Auslandspatienten	10.000	12.700
<b>Erlöse medizinischer Einrichtungen</b>	81.000.000	102.000.000

Tab. 1a: Geschätzte Erlöse medizinischer Einrichtungen mit stationären und ambulanten Patienten in Berlin (in EUR, alle Zahlen gerundet)

Anm.: Durchschnittserlöse aufgrund von internen Berechnungen der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

<b>Szenario</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Anzahl stationärer Auslandspatienten	1.350	1.700
Anzahl ambulanter Auslandspatienten	2.000	2.500
<b>Erlöse medizinischer Einrichtungen</b>	16.000.000	20.000.000

Tab. 1b: Geschätzte Erlöse medizinischer Einrichtungen mit stationären und ambulanten Patienten in Brandenburg (in EUR, alle Zahlen gerundet)

Anm.: Durchschnittserlöse aufgrund von internen Berechnungen der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Je nach Szenario belaufen sich die Gesamterlöse mit internationalen Patienten aller medizinischen Einrichtungen in Berlin auf 80 bis 102 Millionen Euro. Je nach Klinik bzw. Praxis variieren die einzelnen Erlöse zwischen wenigen Tausend Euro und einem zweistelligen Millionenbereich. In Brandenburg dürften die Erlöse bei schätzungsweise zwischen 16 und 20 Millionen Euro liegen. Die durchschnittlichen Erlöse für stationäre Patienten sind mehr als viermal so hoch wie für ambulante Patienten.

### **Beherbergungsgewerbe**

Die internationalen Patienten und deren Begleitpersonen nutzen auf vielfältige Weise die vorhandenen Unterbringungsmöglichkeiten, das Spektrum reicht von der Komfortstation im Klinikum über Luxushotels bis hin zu privat vermieteten Unterkünften. Ein Großteil der Übernachtungen findet allerdings in der Hotellerie statt (ca. 70%). Daher erfolgen die Berechnungen auch ausschließlich für die Hotellerie. Herangezogen wird der durchschnittliche Preis für ein Hotelzimmer in Berlin von 96 Euro aus der aktuellen Studie „Hotel Price Index“. Es gibt sicherlich bei der Nutzung von Hotelstationen oder Pensionen günstigere Übernachtungspreise, aber mit Sicherheit auch teurere Angebote im 4- und 5-



Sterne-Segment der Hotellerie. Diese werden insbesondere von den Gästen aus den Golfstaaten und den GUS-Ländern genutzt.

Da schon recht ungenaue Informationen über die Anzahl der internationalen Patienten vorhanden sind, ist es nicht verwunderlich, dass dies bei den Begleitpersonen ebenso ist. Nach Untersuchungen der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg reisen über 70% der Patienten in Begleitung, die Experteninterviews mit den Berliner Kliniken ergaben einen Anteil von 40 Prozent. Allerdings ist anzuzweifeln, dass die Kliniken über die genaue Anzahl der Mitreisenden informiert sind.

<b>Szenario</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
stationäre Auslandspatienten	6.700	8.500
Durchschn. Aufenthaltstage	8	12
Anteil Begleitpersonen	40%	60%
Anzahl Begleitpersonen	2.700	5.100
Übernachtungen Begleitpersonen	21.600	61.200
<i>Umsatz Hotellerie</i>	<i>2.070.000</i>	<i>5.880.000</i>
Ambulante Auslandspatienten	10.000	12.700
Durchschn. Aufenthaltstage	2	3
Anteil Begleitpersonen	20%	30%
Anzahl Begleitpersonen	2.000	3.800
Übernachtungen Ambulante Auslandspatienten und Begleitpersonen	24.000	49.500
<i>Umsatz Hotellerie</i>	<i>2.300.000</i>	<i>4.750.000</i>
Summe Umsätze Hotellerie	4.370.000	10.630.000

Tab. 2.: Geschätzte Umsätze der Hotellerie mit ambulanten Patienten sowie Begleitpersonen in Berlin (in EUR)

Anm.: Durchschnittlicher Hotelübernachtungspreis in Berlin 96 EUR (nach HPI 2015)

Wie lange die Patienten in der Medizintourismusdestination verweilen, ist sehr vom primären Reisemotiv abhängig. Ist das Hauptmotiv die Behandlung (ohne anschließende Rehabilitation), sind es vielleicht nur wenige Tage; handelt es sich um mehrere Facharztkonsultationen während eines Gesundheits- oder Familienurlaubs, kann die gesamte Urlaubsdauer einige Wochen betragen. Unbestritten ist, dass der klassische Städtereisende im Schnitt 2,3 Tage in Berlin bleibt, der Medizintourist dagegen 8 bis 12 Tage oder länger vor Ort bleibt. Die genaue Aufenthaltsdauer ist auch vom Prozessmanagement der medizinischen Einrichtungen abhängig. Oft vergehen zwischen zwei Arztbesuchen mehrere Tage oder auch Wochen.

Etwa vier bis elf Millionen Euro an reinen Übernachtungskosten lassen sich dem Medizintourismus zurechnen. Hinzu kommen noch Ausgaben für Verpflegung oder andere Dienstleistungen wie PayTV. Für Brandenburg liegen leider keine nutzbaren validen Daten vor.

## Handel

Wofür und in welcher Höhe die internationalen Patienten und ihre Begleitpersonen im Handel Ausgaben tätigen, ist unbekannt. Anhand des Kaufverhaltens der ausländischen Touristen lassen sich allerdings einige Schlussfolgerungen ziehen. Bekleidung, Uhren und Schmuck sowie diverse Produkte aus dem Angebot der Kaufhäuser machen über 85% aller Einkäufe von Nicht-EU-Touristen in Berlin aus. Bei den Patienten und deren Begleitung dürften nur in wenigen Bereichen Abweichungen auftreten. Einer dieser Bereiche ist das Segment „Orthopädie, Hörgeräte, Augenoptik“. Der Anteil am Gesamtumsatz ist zwar mit zwei Prozent relativ niedrig, aber die Zuwächse innerhalb eines Jahres übersteigen alle Wachstumsraten anderer Segmente zum Teil um ein Vielfaches. Städte mit einer starken Ausprägung als Medizindestinationen weisen hier vergleichsweise hohe Werte auf (vgl. Tab.3). Die Durchschnittsausgaben in diesem Segment liegen in Berlin bei 459 Euro<sup>21</sup>, nach Uhren und Schmuck der zweithöchste Umsatz pro Kauf. Gekauft werden Mobilitätshilfsmittel wie Rollstühle oder Rollatoren, Bandagen und Orthesen, orthopädische Maßschuhe, Brillen oder Hörgeräte.

Stadt	Anteil am Gesamtumsatz	Zuwachs
Berlin	2,14	23,43
Bonn	6,63	13,90
Düsseldorf	1,00	11,62
Hamburg	1,55	9,84
Köln	0,74	13,42
München	1,72	17,75
Potsdam	0,71	-1,43

Tab. 3.: Umsatzanteile und Zuwächse im Segment „Orthopädie, Hörgeräte, Augenoptik“ 2013 – 2014 (in EUR)

Daten: Global Blue Deutschland 2015

Ein zweiter Bereich ist die Versorgung mit Medikamenten. In vielen Nicht-EU-Staaten ist die Gefahr groß, dass statt Originalpräparaten Imitate verkauft werden. Da diese oft nicht die gewünschten Wirkungen haben und unter Umständen sogar gesundheitsschädlich sind, decken sich die Medizintouristen gern noch am Behandlungsort mit ausreichend Medikamenten ein. Die Ausgaben belaufen sich dann oft auf mehrere Hundert Euro. Auf die ausländische Klientel spezialisierte Apotheken mit entsprechenden Sprachkenntnissen und Informationen zu Zollbestimmungen oder der Rückerstattung der Mehrwertsteuer sind für die Patienten hilfreich.

<sup>21</sup> Daten von Global Blue Deutschland 2015

Die Umsatzstatistik der Nicht-EU-Touristen in Berlin zeigt auch die Bedeutung der russischsprachigen Gäste für die Stadt. Touristen aus dem GUS-Raum haben mit über 42% den höchsten Anteil am Gesamtumsatz aller Nicht-EU-Touristen. Gäste aus den Golfstaaten kommen auf weniger als drei Prozent. Trotzdem sind die arabischen Medizintouristen nicht zu vernachlässigen, denn sie erhalten in der Regel von ihren Botschaften einen Barzuschuss von mehreren Hundert Euro pro Tag. Schätzungsweise 10 bis 15 Millionen Euro Umsatz pro Jahr in Berlin lassen sich direkt den Medizintouristen und der Begleitung zurechnen. Für fast immer anfallende Kosten wie Flug- und Transportkosten, Dolmetscher sowie Patientenbetreuer oder seltenere Ausgaben zum Beispiel in Spielbanken oder beim Immobilienerwerb lassen sich keine Aussagen treffen. Insgesamt dürfte der direkte wirtschaftliche Effekt des Medizintourismus in Berlin zwischen 100 und 150 Millionen Euro pro Jahr liegen. Folgt man den Berechnungen von Kostrzewski, läge die ökonomische Bedeutung sogar bei 180 bis 200 Millionen Euro.<sup>22</sup> Hinzu kommen noch indirekte medizintouristisch-induzierte Effekte in den Bereichen Medizintechnik, Know-how-Transfer, Krankenhausbau, Versorgung mit medizinischem Personal aus dem Ausland (Gastärzteprogramme) etc.. Für Brandenburg liegen leider keine nutz-baren validen Daten vor.<sup>23</sup>

### **3.3. Häufige Schnittstellenprobleme bei der Zusammenarbeit zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungsträgern**

Neben der Tatsache, dass viele Akteure im Medizintourismus gar nicht oder nur sehr unzureichend miteinander kooperieren, treten bei der Zusammenarbeit oft Probleme auf. Zum Einen basieren sie auf der Unkenntnis darüber, wie die Prozesse beim jeweiligen Partner ablaufen, zum Anderen ist die Kommunikation der Partner oft unzureichend, um Defizite bei den Kenntnissen auszugleichen. Die Kostenträger haben beispielsweise zu wenige Kenntnisse über die Notwendigkeit von einzelnen Behandlungsschritten, die internen Planungsabläufe in der Klinik oder die erbrachten zusätzlichen Aufwendungen und deren Abrechnung. Die Kliniken wiederum können teilweise mit den gelieferten medizinischen Daten wenig anfangen oder den Eingang von Teilzahlungen nicht den Einzelrechnungen zuordnen. In folgenden Bereichen treten am häufigsten Probleme auf:

- Kultur und Religion
- Erwartungen an die Behandlung und deren Ergebnisse
- Nachfrage und Angebotskapazitäten
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Preise, Abrechnung und Zahlung

---

<sup>22</sup>vgl. Kostrzewski 2011, S. 168ff.

<sup>23</sup> Die Berechnungen setzen einen hohen Anteil an Nicht-EU-Patienten voraus. 86 Prozent aller Auslandspatienten in Brandenburg kommen aus Europa; mehr als die Hälfte allein aus Polen. Gerade einmal 14 Prozent der Auslandspatienten stammen nicht aus Europa. Allein bei den GUS-Patienten ist der Anteil in Berlin rund 20mal so hoch wie in Brandenburg. Zudem unterscheiden sich die Umsätze in Großstädten sowie im ländlichen Raum und es ist eher ein Transfer von Umsätzen internationaler Patienten von Brandenburg nach Berlin realistisch. Daher sind die entsprechenden Berechnungen für Brandenburg weder durchführbar noch sinnvoll.

- Abweichungen zwischen Kostenvoranschlag und Endrechnung aufgrund unzureichender medizinischer Vorbefundung
- Prozessabläufe (vgl. Abb. 5).

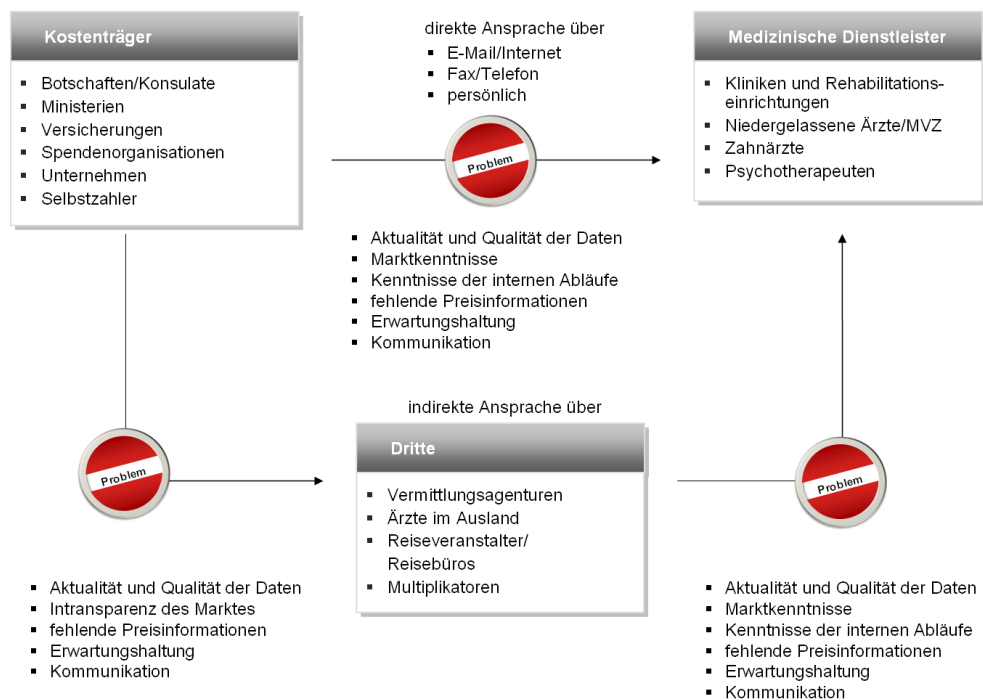


Abb. 5: Schnittstellenprobleme zwischen Kostenträgern und Dienstleistern

Da die zentrale Leistung für den Medizintouristen, die medizinisch-therapeutische Leistung, von den Kliniken erbracht wird, bieten diese meist auch die Vermittlung einer Unterkunft und stellen somit die Schnittstelle zu den Unterkünften dar. Als problematisch gestalten sich in diesem Zusammenhang das fehlende touristische Know-how und die zusätzliche Bindung von Kapazitäten in den Kliniken. Eine Vermittlung weiterer touristischer Aktivitäten wie z. B. Rahmenprogramme für Begleitpersonen kann meist nicht erfolgen. Neben den schon genannten Einschränkungen sind auch rechtliche Risiken (Tätigkeit als Reisevermittler, Haftung) oder umsatzsteuerliche Aspekte zu beachten. Erforderlich wäre daher die Schaffung einer zentralen Schnittstelle zwischen medizinischen und touristischen Anbietern, die idealerweise bei der Tourismusorganisation angesiedelt sein sollte und die einzelnen Akteure miteinander vernetzt. Das vorhandene Netzwerk von visitBerlin könnte dahingehend ausgebaut werden.

Eine Vermittlung von medizinischen Leistungen über die Unternehmenseinrichtungen gestaltet sich schwierig, da die erforderliche medizinisch-therapeutische Kompetenz nicht vorhanden ist. In diesem Fall wäre eine Zusammenarbeit mit einem festen Ärzteteam erforderlich. Das Hotel würde dann als Vermittler tätig, der Termine mit den betreffenden Ärzten vereinbart, was aus haftungsrechtlichen Gründen problematisch werden könnte.

Trotzdem vermarkten nicht-medizinischen Dienstleister, allen voran die Vermittlungs- oder Reiseagenturen, medizinische Leistungen. Grundlegende medizinische Kenntnisse, um beispielsweise einen geeigneten Arzt für einen Kostenvoranschlag auszuwählen oder die gewünschte Therapie in einer

Spezialklinik zu finden, sind dabei unabdingbar. Daneben sind medizin-ökonomische Kenntnisse von Vorteil, denn eine Prüfung des Kostenvoranschlages oder der Rechnungen ist nur möglich, wenn Abrechnungsgrundlagen wie der aktuelle G-DRG-Fallpauschalen-Katalog oder die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich der entsprechenden Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bekannt sind. Verfügen die Dienstleister über ein solches Wissen, verringern sich die Schnittstellenprobleme in der Kommunikation mit den Kliniken und mit den Patienten. Die Dienstleister können Kommunikationsdefizite bei den Kliniken und Medizinern abbauen, z.B. indem sie bei kulturellen oder religiösen Missverständnissen moderieren und aufklären. Wenn die Klinik nicht über eigene Übersetzer verfügt, fungieren sie als Dolmetscher.

## **4. Markt und Wettbewerb**

### **4.1. Identifikation und Analyse relevanter Quellmärkte**

Laut Vereinbarung steht der Nicht-EU-Quellmarkt im Zentrum der Potenzialanalyse, dabei insbesondere die beiden wichtigsten Regionen für die Patientenakquisition: der GUS-Raum und die GCC-Staaten. Patienten aus diesen Ländern sind zumeist Selbstzahler oder werden von institutionellen Kostenträgern wie Botschaften, Ministerien oder Versicherungen betreut. Sie liefern sowohl den zentralen Anteil an extrabudgetären Erlösen durch elektive Patienten der Kliniken als auch an den sonstigen Ausgaben dieses touristischen Segments, bspw. für Hotelübernachtungen oder im Handel.

Anhand der Anzahl der Patienten, die sich aus diesen Ländern in Deutschland behandeln lassen, erfolgt eine Konzentration auf die jeweiligen Top-3 Länder. Dies sind Saudi Arabien, die VAE und Kuwait sowie Russland, die Ukraine und Kasachstan. Diese Länder sind seit Jahren stabile Nachfrager nach medizinischen Leistungen in Deutschland. Aufgrund der positiven Entwicklung im chinesischen Tourismus-Incoming-Markt wird geprüft, ob Patienten aus China ebenfalls ein Marktsegment sein könnten.

Der Markt der EU-Patienten wird nicht betrachtet, da zum einen aufgrund von Krankheitsbildern und Abrechnungsmöglichkeiten die Erlöse für die Kliniken deutlich geringer ausfallen. Zum anderen werden weniger Ausgaben im nicht-medizinischen Bereich getätigt. Außerdem bereitet die Umsetzung der EU-Patientenrichtlinie in einem stark reglementierten europäischen Markt große Schwierigkeiten. Insbesondere negative Entwicklungstendenzen bei der Abrechnung und Vergütung von erbrachten Leistungen sind hierbei anzuführen. Deutlich längere Wartezeiten auf die Kostenerstattung bei der Behandlung von EU-Patienten sowie mögliche Zahlungsausfälle durch eventuelle höchstrichterliche Entscheidungen des EuGH zur Zahlungsverpflichtung von ausländischen Kostenträgern verringern die Chancen für eine erfolgreiche Marktbearbeitung beträchtlich.

#### **4.1.1. VAE**

Patienten der arabischen Halbinsel suchen bereits seit Jahrzehnten Kliniken in Deutschland auf. Ein hervorragendes Gesundheitssystem mit einer qualitativ hochwertigen Medizin, eine sehr gute medizinische und nicht-medizinische Infrastruktur sowie das im Vergleich zur Heimatregion angenehme Klima locken vor allem in den Sommermonaten tausende Medizintouristen aus den Golfstaaten in die deutschen Metropolen. Eine Konzentration der Patienten erfolgt dabei insbesondere in der Umgebung des Sitzes von Botschaften und Konsulaten, da diese sowohl das Patienten-management als auch die Kostenabwicklung vornehmen. Städte wie München, Berlin oder Bonn partizipieren deshalb in großem Maße vom Medizintourismus aus den GCC-Staaten. Schätzungsweise 17.000 stationäre und

ambulante Patienten aus der Golfregion kamen 2013 nach Deutschland, die meisten dabei aus den Vereinigten Arabischen Emiraten (vgl. Abb. 6).

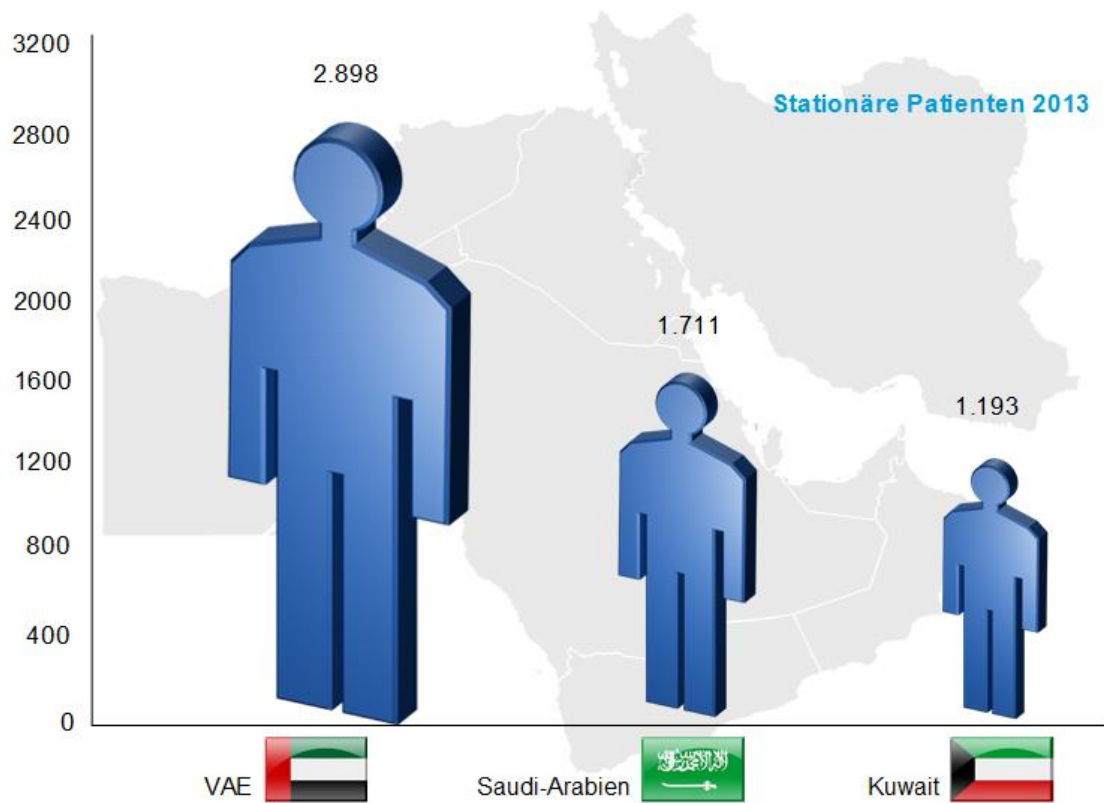


Abb. 6: Stationäre Patienten aus den Top-3-Golfstaaten

Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamtes 2015

Laut einer Studie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg gaben 68% der befragten Kliniken an, Patienten aus den Vereinigten Arabischen Emiraten zu behandeln.<sup>24</sup> Insbesondere die Emirate Dubai und Abu Dhabi zählen zu den primären Quellmärkten deutscher Krankenhäuser. Für die einheimische Bevölkerung (etwa 17% der Gesamtbevölkerung), übernehmen diverse staatliche Stellen über eine Krankenversicherung die medizinische Behandlung – auch im Ausland. Für diese Auslandsbehandlungen gibt die Regierung der VAE jährlich hunderte Millionen Euro aus. Neben Deutschland präferieren die Emiratis dabei Länder wie die Schweiz, die USA, Jordanien, die Türkei, Großbritannien sowie den südostasiatischen Raum.

Zwar bauen die VAE noch mehr als die meisten anderen Golfstaaten ihre medizinische Infrastruktur aus, aber der Mangel an Fachärzten sowie Pflegepersonal und dem damit verbundenen medizinischem Know-how bremst diese Entwicklung enorm.<sup>25</sup> Mittelfristig ist demzufolge nicht mit einem rapiden Rückgang der Behandlungszahlen im Ausland zu rechnen.

<sup>24</sup>Vgl. Juszczyk/Beyer 2014, S. 34

<sup>25</sup>vgl. Voigt 2009

Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Diabeteserkrankungen und damit verbundener Krankheitsbilder (z.B. Adipositas, Augenkrankheiten, kardiovaskuläre Erkrankungen) ist eher mit einer Zunahme an Behandlungsanfragen zu rechnen. Nahezu ein Viertel der Bevölkerung leidet unter Diabetes und 31% aller Todesfälle lassen sich bereits darauf zurückführen. Nachgefragt werden zudem die Bereiche Unfallchirurgie, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Zahnheilkunde, Urologie und Pädiatrie.<sup>26</sup> In den vergangenen Monaten sind onkologische Behandlungsanfragen stark gestiegen.

#### **4.1.2. Saudi Arabien**

Im bevölkerungsreichsten Land der Golfregion sind rund 60% der 30 Millionen Einwohner saudische Staatsbürger. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist durch einen Mangel an Fachkräften sowie eine nicht flächendeckende Krankenhausinfrastruktur gekennzeichnet. Zwar wurden in den vergangenen Jahren hunderte Rehabilitationskliniken, Notfallzentren und Krankenhäuser gebaut, dennoch sind sowohl die Kapazitäten als auch die Versorgungsqualität nicht mit Deutschland zu vergleichen. Insbesondere in den Bereichen Onkologie, Transplantationsmedizin, Orthopädie oder Neurologie mangelt es an medizinischen Angeboten, so dass die Patienten ins Ausland geschickt werden.<sup>27</sup> Dabei entsenden der saudische Staat sowie die rund 30 Krankenversicherungen bzw. kooperativen Versicherungsfonds ihre Patienten bevorzugt in die USA, nach Deutschland oder Großbritannien.

Die klassischen Zivilisationskrankheiten der arabischen Welt, Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck und Herzerkrankungen, nehmen auch in Saudi Arabien kontinuierlich zu. Hinzu kommen Atemwegserkrankungen, insbesondere Lungenerkrankungen durch Tabakkonsum, sowie Suchterkrankungen infolge verstärkten Alkohol- und Drogenkonsums (ebd., S. 39f.). Es ist daher anzunehmen, dass auch in den nächsten Jahren die Nachfrage nach Behandlungen im Ausland weiter steigt. Als problematisch haben sich in der Vergangenheit die Volatilität der Nachfrage (vgl. Abb. 7) sowie Zahlungsverzögerungen bzw. -ausfälle erwiesen. Hier sollten die medizinischen Leistungs-träger gegebenenfalls auf Sicherungsmechanismen, Vorkasse statt Kostenübernahmeerklärungen oder Diversifizierung auf andere Staaten zurückgreifen.

---

<sup>26</sup>vgl. Ozod-Hamad 2012

<sup>27</sup>vgl. ebd., S. 34



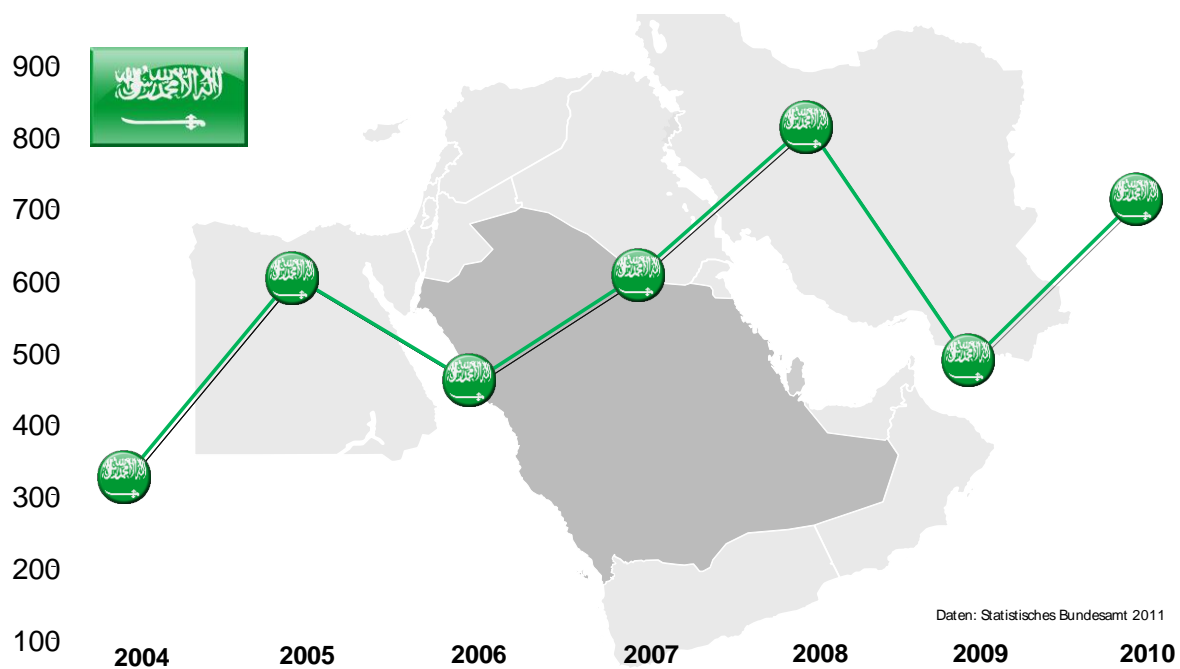


Abb. 7: Volatilität der Behandlungen saudischer Patienten (stationär)  
 Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamtes 2011

### 4.1.3. Kuwait

Im Emirat Kuwait leben etwa 3,5 Millionen Einwohner, davon sind allerdings nur 30 Prozent Einheimische, die auch den Großteil der Kaufkraft auf sich vereinen (vgl. Tab. 4). Trotz eines zufriedenstellenden Gesundheitssystems mit einem dichten Kliniknetz entsendet der kuwaitische Staat jährlich für fast eine Milliarde Euro Patienten zur Behandlung ins Ausland. Im Jahr 2010 übernahm die Regierung für etwa 3.000 Patienten die kompletten Kosten und weitere 8.000 Patienten waren Selbstzahler. Primäre Zielländer sind dabei die USA, Großbritannien, Frankreich und die Bundesrepublik.<sup>28</sup> Insgesamt stellte das Auswärtige Amt im Jahr 2012 mehr als 1.400 medizinische Visa für Kuwaiter aus. Dies entspricht einem Zuwachs von fast 40 Prozent innerhalb von zwei Jahren.

	Kaufkraft (in Intl.-\$)	Rel. Kaufkraft (in %)
<b>Kuwait</b>	84.800	195,1
<b>VAE</b>	56.390	129,7
<b>Saudi-Arabien</b>	49.940	114,9
<b>Deutschland</b>	43.470	100,0

Tab. 4: Bruttonationaleinkommen pro Kopf 2012

<sup>28</sup>vgl. Ozod-Hamad 2012, S. 43

Quelle: Weltbank, <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>

Ebenso wie in allen anderen Golfstaaten stehen die klassischen Zivilisationskrankheiten im Fokus der Gesundheitsversorgung. Fast zwei Drittel der Einwohner Kuwaits leiden laut WHO an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Übergewicht (43%) und Diabetes (30%). Ebenfalls stark zunehmend sind Krebserkrankungen.

Im Vergleich zu Deutschland hat Kuwait nicht einmal ein Viertel so viele Krankenhausbetten sowie etwa die Hälfte an Ärzten – jeweils pro 1.000 Einwohner. Eine stark steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird demzufolge auch in den nächsten Jahren noch auf ein nicht dafür ausgelegtes Gesundheitssystem treffen. Auch wenn enorme Investitionen in den Krankenhausneubau getätigt werden, ist zu bezweifeln, dass die personellen Kapazitäten ebenso schnell wachsen wie die technische Infrastruktur. Demzufolge ist mit einer Verringerung der Auslandsentsendung von Patienten, wenngleich dies Ziel der kuwaitischen Regierung ist, kaum zu rechnen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass trotz großer baulicher Anstrengungen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den meisten arabischen Staaten noch weit hinter den europäischen Industrienationen zurück liegt. Eine rasche Zunahme von Erkrankungen aufgrund falscher Ernährung und Bewegungsmangel sowie von onkologischen Krankheiten schafft eine große Nachfrage nach entsprechenden medizinischen Angeboten, welche in der Golfregion kaum gedeckt werden kann. Daher ist auch zukünftig eine steigende Zahl von Medizintouristen aus den Golfstaaten zu erwarten. Deren Verteilung erfolgt in der Regel über verschiedene Regierungsstellen. Die wichtigsten sind dabei die Büros der Gesundheitsministerien sowie der Verteidigungsministerien, die Herrscherhäuser und die Polizeidepartements. Während bisher vor allem die USA, Großbritannien und Deutschland als Behandlungsdestinationen präferiert wurden, könnten zukünftig die Türkei sowie südostasiatische Länder wie Thailand, Singapur, Indien, die Philippinen oder Südkorea häufiger ausgewählt werden. Die arabischen Regierungen erwarten immer mehr, dass sich die Behandlungsländer auch vor Ort engagieren, beispielsweise durch Investitionen in die nur sehr selten vorhandene Nachbetreuung von Patienten oder die Ausbildung und Entsendung von Klinikpersonal. Hierbei erhalten die Golfstaaten insbesondere aus den angeführten Ländern immer öfter Unterstützung.

#### **4.1.4. Russland**

Seit 2012 gilt Russland für deutsche Kliniken als der wichtigste Quellmarkt für ausländische Patienten. Mit etwa 11.000 stationären und 16.000 ambulanten Patienten kommen mittlerweile so viele Patienten aus Russland wie aus allen arabischen Staaten zusammen. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Patientenzahl um das 9fache erhöht (vgl. Abb. 8). Mit jährlichen Wachstumsraten im zweistelligen Bereich stieg die Nachfrage kontinuierlich.

Neben den Patienten aus den Golfstaaten sind die russischen Patienten ebenso stark umkämpft. Allerdings ist das potenzielle Marktvolumen deutlich größer. Es liegt schätzungsweise bei 4,5 Millionen

Patienten, einem Vielfachen des derzeitigen Patientenaufkommens. Deutschlands stärkste Wettbewerber sind Israel und die Türkei. Aber auch die Schweiz, Kuba, Großbritannien oder Zypern gelten als attraktive Behandlungsdestinationen für Russen (vgl. Abb. 9). Dabei verfügen einige Länder über schwer kopierbare Wettbewerbsvorteile. So benötigen russische Bürger für Israel kein Visum, die Schweiz und Großbritannien profitieren von Geldanlagemöglichkeiten und Deutschland vom zahlreichen russischsprachigen Personal durch die Spätaussiedler. Gerade die Sprachbarriere ist für Kliniken in Südostasien ein großes Hindernis, da Englisch von den russischen Patienten nur in geringem Maße gesprochen wird.

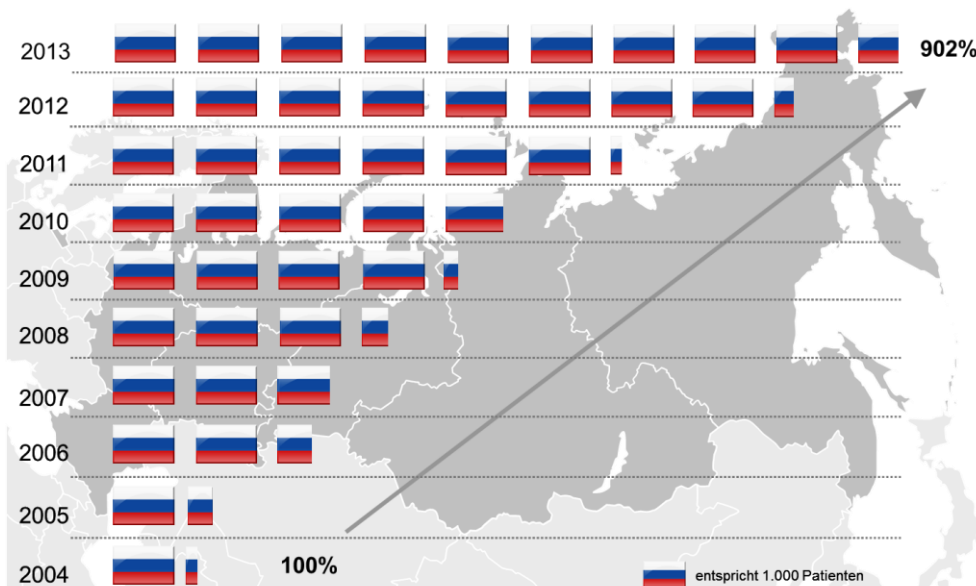


Abb. 8: In Deutschland stationär behandelte Patienten aus Russland  
Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamtes

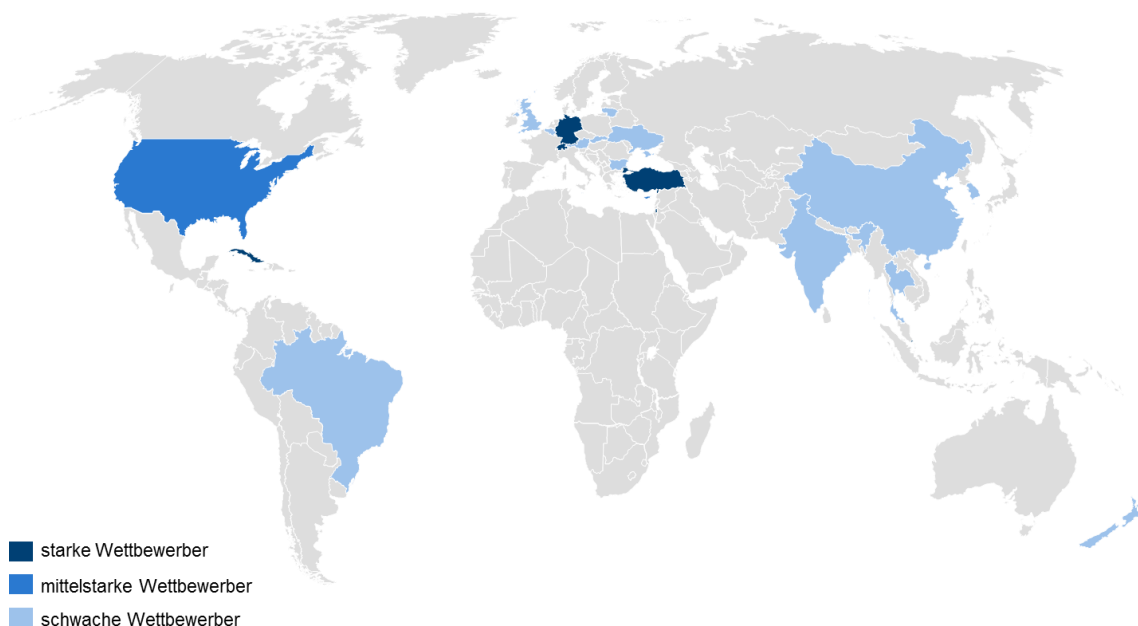


Abb. 9: Weltweiter Wettbewerb um russische Patienten

Die Gründe, warum sich russische Patienten im Ausland behandeln lassen, sind sehr vielfältig. Russland verfügt zwar in den Großstädten über eine ähnliche Grundversorgung wie in Deutschland, allerdings sind Behandlungsmöglichkeiten und -qualität deutlich eingeschränkt. Gerade Spezial-kliniken für schwere Erkrankungen des Nervensystems oder Krebs fehlen oft bzw. sind nicht modern ausgestattet. Große Defizite in der medizinischen Versorgung existieren in der Peripherie. Oft ist das nächste Fachmedizinzentrum in den östlichen Provinzen hunderte Kilometer entfernt. Anders als in den Golfstaaten gibt es kaum Investition in die medizinische Infrastruktur. Im Gegenteil, es werden staatliche Krankenhäuser im Zuge von Effektivitätssteigerungen geschlossen und auch der Rückzug des Staates aus der Finanzierung des Gesundheitswesens dürfte nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsleistungen beitragen. Die diese Differenz ausgleichenden Gelder der Pflichtkrankenversicherung dürften bestenfalls für eine Grundversorgung reichen, die wahrscheinlich noch weniger abdeckt als die bisherigen Leistungen. Eine fehlende Finanzierung bei Forschung und Ausbildung und die vergleichsweise schlechte Bezahlung des medizinischen Personals werden zu weiteren Abwanderungen von Ärzten und Pflegekräften ins Ausland führen. Insgesamt herrscht eine zunehmende monetäre Orientierung der Medizin vor. Russische Patienten müssen oft finanzielle Beiträge leisten, insbesondere für Ärzte oder nicht in Russland hergestellte Medikamente.

Die verhältnismäßig hohe Eigenbeteiligung der russischen Patienten macht eine Behandlung im Ausland attraktiv. Neben dem Glauben an bessere Behandlungsergebnisse in Deutschland spielt auch die Behandlung im Ausland selbst als Statussymbol eine wichtige Rolle, denn insbesondere die wachsende Mittelschicht in Russland zeigt so ihren gesellschaftlichen Erfolg.

Russische Patienten fragen vor allem onkologische Behandlungen nach. Bösartige Neubildungen des Dickdarms, des Magens und der Prostata stehen dabei im Mittelpunkt. Des Weiteren werden die Fachbereiche Kardiologie, Endokrinologie, Orthopädie, Urologie und Frauenheilkunde nachgefragt. Die meisten medizinischen Visa wurden für den Großraum Moskau erteilt (vgl. Abb. 10). Zweit-wichtigste Herkunftsregion ist Sankt Petersburg. Entsprechende Einreisevisa werden allerdings meist über die finnische Botschaft erteilt.

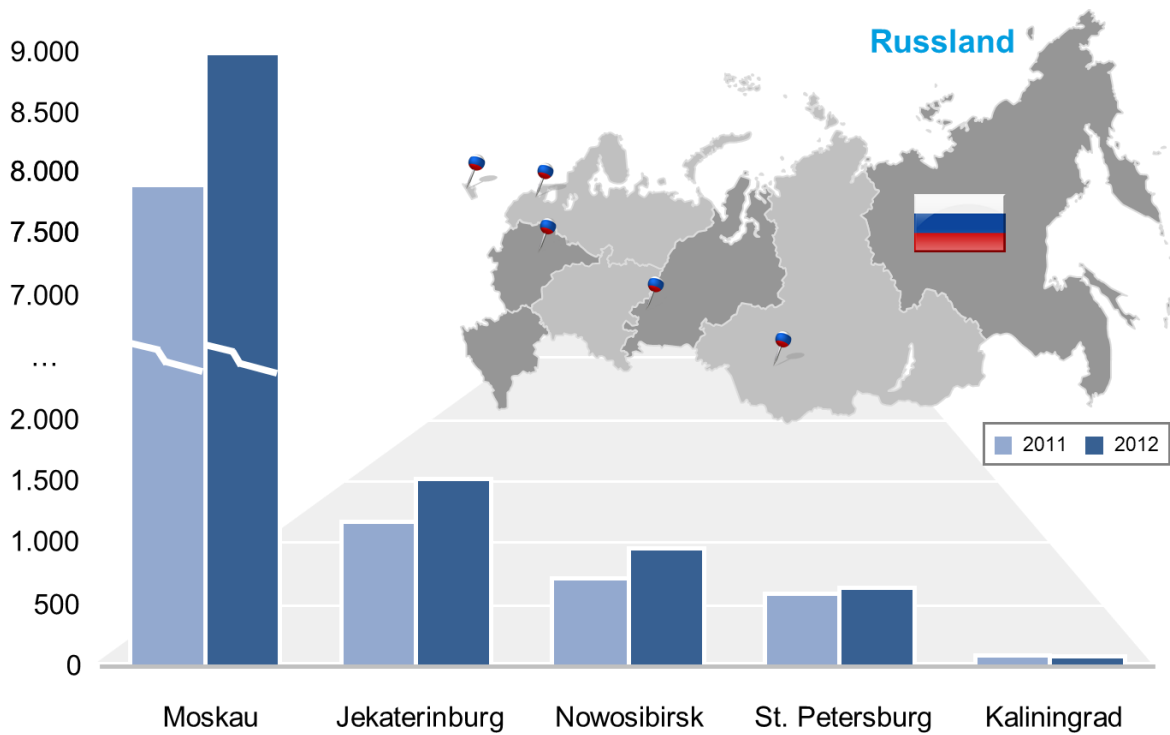


Abb. 10: Anzahl der erteilten medizinischen Visa für russische Patienten  
 Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Auswärtigen Amtes 2013



Abb. 11: Städte mit 1 Mio. und mehr Einwohnern (einschl. Umland)  
 Quelle: Eigene Darstellung

Anhand Abb. 11 ist zu erkennen, dass es eine Reihe von Millionenstädten gibt, die für eine weitere Markterschließung geeignet wären. Besonders die Erdölregion um Kasan sowie das Zentrum der russischen Schwerindustrie Novosibirsk weisen Potenzial auf.

Aufgrund des Russland-Ukraine-Konfliktes ist zu erwarten, dass temporär weniger Patienten nach Westeuropa und damit auch nach Deutschland reisen. Dies hat sowohl finanzielle als auch politische Ursachen. Zum einen verteuert die Entwicklung des Wechselkurses die Behandlung. Abgemildert wird dies allerdings durch den günstigen Euro und die zeitweilige Kurserholung des Rubels (vgl. Abb. 12). Zum anderen haben aufgrund der verhängten Wirtschaftssanktionen viele Russen derzeit ein eher negatives Meinungsbild über die EU, so dass bei Medizinreisen aktuell Israel oder die Türkei bevorzugt werden.



Abb. 12: Kursentwicklung des Rubels im Vergleich zum US-Dollar

<http://www.welt.de/finanzen/geldanlage/article139352979/Die-triumphale-Rueckkehr-des-Rubel.html>

#### 4.1.5. Ukraine und Kasachstan

In den vergangenen Jahren haben sich die Patientenzahlen aus der Ukraine und Kasachstan vervielfacht (vgl. Abb. 13). In beiden Ländern wachsen die Medizinreisen ins Ausland im Jahr zwischen 15 und 20 Prozent. Die häufigsten Erkrankungen sind, ähnlich wie in Russland, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumorerkrankungen. Rund zwei Prozent der Bevölkerung ist, wahrscheinlich mehrheitlich infolge der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl, an Krebs erkrankt. In der Ukraine nehmen Krankheiten der Atmungsorgane allerdings eine führende Rolle ein, insbesondere was Tuberkulose betrifft. Mit schätzungsweise 450.000 Tbc-Fällen ist das Land führend in Europa. Dies gilt laut UNAIDS auch für HIV-Neuinfektionen. Zwischen 400.000 und 500.000 der über 45,5 Millionen Ukrainer sind HIV-

infiziert. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation sind 1,6 Prozent der Ukrainer davon betroffen, zum Vergleich in Deutschland etwa 0,1 Prozent.<sup>29</sup> Bei der Behandlung von ukrainischen Patienten in deutschen Kliniken ist deshalb ein Test auf diese Infektionskrankheiten angeraten.

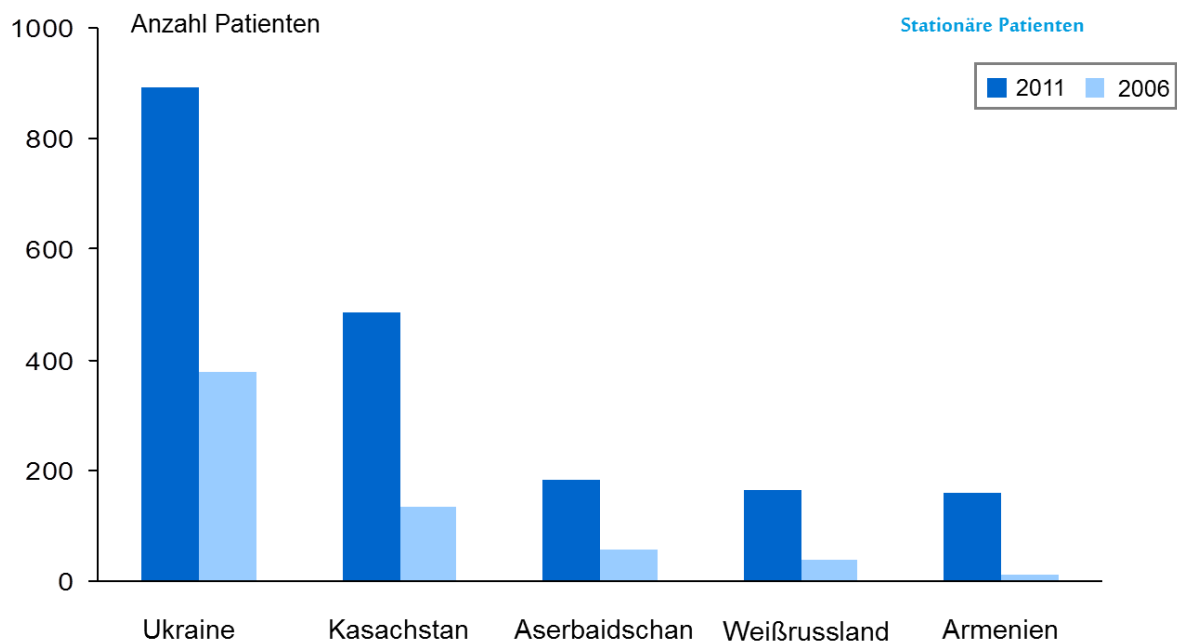


Abb. 13: Entwicklung der Patientenzahlen ausgewählter GUS-Länder

Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus Statistisches Bundesamt

Das ukrainische Gesundheitswesen ist seitens der öffentlichen Haushalte chronisch unterfinanziert. Viele medizinische Einrichtungen befinden sich in einem schlechten technischen Zustand. Neu gebaute und modern ausgestattete Privatkliniken, wie das von israelischen Investoren in der Nähe von Kiew errichtete onkologische Zentrum LISOD, sind rar und eine Behandlung ist dort für viele Ukrainer unerschwinglich. Derzeit existiert noch keine gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherungen werden nur wenig nachgefragt, da diese oft nur Basisleistungen abdecken. Ein Zugang zu medizinischer Versorgung ist daher vor allem von den finanziellen Möglichkeiten abhängig. Zahlungen aus der eigenen Tasche für Waren und Dienstleistungen während der Behandlung gelten als üblich. „Dabei kann es sich um formale Gebühren handeln, die von Regierungen oder Krankenhäusern entsprechend einer festgelegten Gebührenliste oder des ermittelten Marktwertes erhoben werden, oder es kann sich um informelle Zahlungen handeln, die vom medizinischen Personal oder den medizinischen Einrichtungen für Waren und Dienstleistungen erhoben werden.“<sup>30</sup> Da die Arzthonorare wie in den meisten GUS-Staaten offiziell nur zwischen 350 und 600 EUR liegen, machen „Bar-Honorare“ einen nennenswerten Anteil am monatlichen Verdienst aus. Zudem fehlen dem Land bereits jetzt rund 30.000 Ärzte. Der Mangel an qualifiziertem Fachpersonal betrifft vor allem die Bereiche Innere Medizin, Chirurgie, Traumatologie, Pädiatrie und Urologie.

<sup>29</sup><http://www.welt.de/gesundheit/article13606427/Odessa-gilt-als-Aids-Hauptstadt-Europas.html>

<sup>30</sup>Forschungsstelle Osteuropa an der Universität Bremen (Hrsg.) 2012

In einer repräsentativen Umfrage des Kiewer Gorshenin Institute<sup>31</sup> beurteilen die Ukrainer ihr Gesundheitssystem sehr schlecht. 80 Prozent der 1.000 Befragten zeigten sich mit der Qualität der angebotenen medizinischen Dienstleistungen unzufrieden. In den Top-10 der angeführten größten Probleme des ukrainischen Gesundheitswesens ist die Hälfte finanzieller Natur.

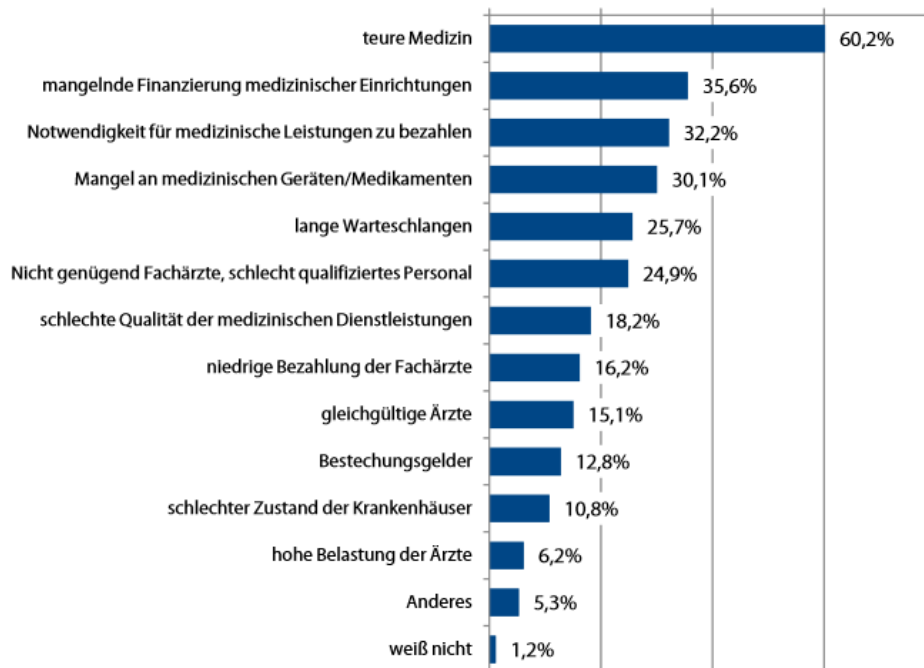


Abb. 14: Größte Probleme des ukrainischen Gesundheitswesens

Quelle: Forschungsstelle Osteuropa an der Universität Bremen 2012

Mit Ausbruch der Russland-Ukraine-Krise hat sich die medizinische Versorgung im Land drastisch verschlechtert. Es fehlt an Medikamenten und Verbandsmaterial, an Benzin für Krankenwagen, selbst an Essen in einigen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Ärzte und Pflegepersonal erhalten nur unregelmäßig ihre Gehälter. Eine drohende Staatspleite und damit der Zusammenbruch des Gesundheitssystems sind denkbar. Es ist daher zu erwarten, dass Ukrainer, die sich trotz des enormen Wertverlustes der Landeswährung Griwna eine Behandlung im Ausland leisten können, dies verstärkt wahrnehmen. Neben Deutschland sind vor allem Weißrussland, Israel und Polen Ziele der ukrainischen Medizinreisenden.

Die positive Wirtschaftsentwicklung Kasachstans ist vor allem durch den Reichtum an Bodenschätzen geprägt. Das Land fördert bereits jetzt mehr Erdöl als Katar oder der Oman und könnte mittelfristig sogar die Fördermengen von Kuwait oder den VAE erreichen. Zudem verfügt Kasachstan über bedeutende Gasreserven und gilt als weltweit wichtiger Uranförderer und Kupferexporteur. Die hohen Einnahmen wirken sich auch positiv auf das Gesundheitswesen aus. Im Zeitraum von 2004 bis 2012 haben sich die staatlichen Gesundheitsausgaben von knapp 1 Mrd. auf über 5 Mrd. US-Dollar verfünffacht.

<sup>31</sup> zit. n. Forschungsstelle Osteuropa an der Universität Bremen (Hrsg.) 2012



Bauprogramme sollen in den nächsten Jahren neue Kliniken, Ambulanzen und Gesundheitszentren schaffen, denn bisher entsprechen nur sehr wenige Kliniken westlichen Standards.

Der Staat garantiert für seine 17,7 Millionen Einwohner eine kostenlose medizinische Grundversorgung. Eine stationäre Versorgung und weiterführende Behandlungen sind ebenfalls kostenlos, wenn diese von einem Arzt angeordnet werden. Eine gesetzliche Krankenversicherung existiert nicht. Über die freiwillige Krankenversicherung der kasachischen Gesundheits- und Versicherungs-gesellschaft „Interteach“ sind bisher über zwei Prozent der Bevölkerung versichert. Wie in der Ukraine sind die Gehälter für Ärzte relativ niedrig, so dass informelle Zahlungen durchaus üblich sind. In Kasachstan gibt es keine klassische Facharztausbildung, nach einer drei- bis viermonatigen Weiterbildung im Anschluss an das Studium gilt man bereits als „Spezialist“ für eine Fachrichtung.

Die Lebenserwartung der Kasachen liegt bei durchschnittlich 68 Jahren. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit Abstand die häufigste Todesursache, gefolgt von Krebserkrankungen wie Leukämie, Speiseröhren-, Magen-, Leber- und Prostatakrebs. Es ist zu vermuten, dass Atomwaffentests der ehemaligen Sowjetunion im kasachischen Testareal in Semipalatinsk mit für die Zunahme an onkologischen Erkrankungen verantwortlich sind. Wie in der Ukraine tritt Tuberkulose sehr häufig auf und auch die Kindersterblichkeitsrate ist im Vergleich zu Deutschland um ein Vielfaches höher.

In dem Flächenstaat gibt es nur wenige Großstädte, die sich für Marketingaktivitäten deutscher Kliniken eignen. Dies sind Almaty (ehem. Alma-Ata), Astana, Schymkent und Qaraghandy. Eine Verknüpfung von medizinischen Dienstleistungen mit dem Export von Medizintechnik zur Markterschließung erscheint sinnvoll, da Deutschland mit einem Marktanteil von knapp 25 Prozent noch vor den USA und China als wichtigster Lieferant für medizinische Ausstattungen gilt.<sup>32</sup> Eine Plattform für eine solche Kooperation wäre beispielsweise die Kazakhstan International Healthcare Exhibition (KIHE), die Messe für Medizin- und Dentaltechnik in Almaty mit eigenem Medizin-tourismusforum. Neben deutschen Kliniken präsentieren sich dort vor allem die Türkei und die Schweiz mit Kliniken. Neben dem direkten Zugang zu potenziellen Patienten und Multiplikatoren ist auch ein Marktzugang über Regierungsstellen sowie Staatskonzerne wie KasMunaiGas (Öl- und Gasgesellschaft) oder private Unternehmen wie KAZ Minerals (Metallurgie) denkbar.

#### **4.1.6. China**

Eine medizinische Behandlung im Ausland ist, gemessen an der Gesamtbevölkerung, derzeit nur für sehr wenige Chinesen eine Option. Schätzungsweise 60.000 Patienten aus China suchten jährlich vor allem Kliniken in Taiwan, Südkorea, Japan oder den Vereinigten Staaten auf.<sup>33</sup> Im Fokus stehen dabei insbesondere die Plastische Chirurgie, Medical CheckUps sowie die Versorgung chronischer

---

<sup>32</sup> vgl. Germany Trade and Invest (Hrsg.) 2014, S. 4

<sup>33</sup>vgl. Chinese Medical Doctor Association 2011

Erkrankungen. Nach Deutschland kamen 2013 etwa 250 stationäre Patienten, etwa so viele wie schon vor fünf Jahren. Derzeit lässt sich daher noch nicht von einem attraktiven Quellmarkt sprechen. Hauptgründe für die geringe Nachfrage sind sprachliche Hürden sowie die geografische Entfernung. Potenzielle Interessenten aus China finden nur in den seltensten Fällen Informationen über medizinische Leistungsangebote in ihrer Landessprache. Selbst in englischer Sprache angebotene Informationen beschränken sich in der Regel auf allgemeine Angaben. In den Kliniken selbst sind chinesisch sprechende Mitarbeiter ebenfalls nur äußerst selten vorhanden. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass deutsche Kliniken bisher kaum in China werblich auftreten. Die südostasiatischen Nachbarländer kommunizieren dagegen sehr intensiv Vorteile wie räumliche Nähe, kaum Sprachbarrieren sowie Erfahrungen mit asiatischen Medizinreisenden.

Dennoch könnte der chinesische Markt aus verschiedenen Gründen mittel- bis langfristig auch interessant für deutsche Kliniken werden. Das bevölkerungsreichste Land der Erde erwartet laut der chinesischen National Population and Family Planning Commission (NPFPC) im Jahr 2029 seinen Scheitelpunkt in der Bevölkerungsentwicklung mit über 1,4 Milliarden Einwohnern<sup>34</sup>. Selbst ein verschwindend geringer Marktanteil von 0,01 Prozent entspräche dem 1,5fachen aller derzeitigen stationären internationalen Patienten in Deutschland. Bereits 2050 werden zudem 30 Prozent der Chinesen älter als 60 Jahre sein, bei einer ähnlichen Lebenserwartung wie in Deutschland. Doch bereits jetzt zeichnet sich ab, dass insbesondere die chronischen Atemwegserkrankungen ein zentrales Gesundheitsproblem der chinesischen Stadtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten werden. Durch die enorme Umweltverschmutzung ist zu erwarten, dass die Todesursache Nr. 2 (Anteil ca. 7%) immer größere Bedeutung erlangt. Auch Lungenkrebs als Todesursache hat bereits einen Anteil von 5,6% und die 5-Jahres-Überlebensrate ist nicht einmal halb so hoch wie die deutscher Krebspatienten.

Erkrankung	Prävalenz
Herz-Kreislauf-Erkrankung	13,6%
Erkrankung des Atemwegssystems	6,3%
Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems	5,6%
Erkrankung des Verdauungssystems	5,1%
Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	2,0%

Tab. 5: Häufigste Erkrankungen in China 2011

Quelle: Statistical Information Center of the Ministry of Health 2011

Die steigenden Krankheitsfälle treffen auf eine unterfinanzierte, z.T. nur freiwillige Krankenversicherung mit geringen Erstattungsanteilen und eine noch unzureichende medizinische Versorgung in China. Im Vergleich zu Deutschland stehen nicht einmal die Hälfte an Ärzte und Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner zur Verfügung. Steigende Preise sowie die Zunahme von Korruption im Krankenhaus

<sup>34</sup>vgl. National Population and Family Planning Commission 2007

verteuern zudem Behandlungskosten<sup>35</sup>. Insbesondere für vermögende Privatpersonen der chinesischen Stadtbevölkerung wird dadurch eine Behandlungsreise ins Ausland zur Option. Diese chinesischen Patienten zeichnen sich durch eine relativ hohe Preisbereitschaft aus - analog zum Einkaufsverhalten, wo chinesische Kunden bereits heute für die höchsten Pro-Kopf-Umsätze aller ausländischen Touristen sorgen.

Mittelfristig könnte eine Kopplung von touristischen Angeboten (Städte-, Geschäftsreisen) und Medical Check Ups diese Patientengruppen erschließen. Eine enge Kooperation mit Reiseveranstaltern oder Vermittlungsagenturen ist dabei zielführend.

## **4.2. Chancen-Risiken-Analyse in den Zielregionen**

Vor einem Engagement zur Einwerbung internationaler Patienten ist für die jeweiligen Zielregionen zu prüfen, welche Gegebenheiten eine erfolgreiche Markterschließung unterstützen oder verhindern können.

### **4.2.1. GCC-Staaten**

#### **Chancen**

In den meisten Golfstaaten verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch falsche Ernährung sowie mangelnde Bewegung. Diabetes, Adipositas und Herz-Kreislauf-erkrankungen nehmen stetig zu, ebenso bösartige Neubildungen. Ein flächendeckendes Angebot zur Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten existiert nicht.

Die steigende Nachfrage trifft auf nicht ausreichende Behandlungskapazitäten. Es werden zwar enorme Investitionen im Gesundheitssektor getätigt, diese decken aber vor allem die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ab. Kliniken der Maximalversorgung, welche auch die Behandlung hochkomplexer Erkrankungen ermöglichen, fehlen ebenso oft wie Fachkliniken oder spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen. Prestigeträchtige Bauvorhaben wie die 2002 gegründete „Dubai Health Care City“ (DHCC) sind in der ersten Entwicklungsphase steckengeblieben und decken allenfalls die Nachfrage in der ambulanten Versorgung.

Oft mangelt es an Fachärzten. Ein Großteil der Ärzte und des Pflegepersonals stammt aus dem Ausland und verfügt durch die heterogene Ausbildung in den verschiedenen Herkunftsländern nicht über gleichwertige medizinische Fachkenntnisse und Fertigkeiten.

---

<sup>35</sup> vgl. Yu 2014, S. 22

Das flächendeckende medizinische Angebot in Deutschland, mit seinen vielen Universitätskliniken, Fachkliniken und stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, bietet daher für Patienten aus den Golfstaaten eine mögliche Alternative zur Behandlung in den heimischen Kliniken. Die hervorragende Qualität, fachliche Spezialisierungen und Erfahrungen sowie ein attraktives Preis-Leistungsverhältnis sorgen für eine zunehmende Nachfrage nach Behandlungsmöglichkeiten. Hinzu kommt ein Netzwerk an Orthopädietechnikern, Sanitätshäusern oder Apotheken, welches in diesem Umfang im Ausland selten ist. Besonderen Wert legen die arabischen Patienten auf den Einkauf von Medikamenten, da im arabischen Raum ein Verkauf von Originalpräparaten nicht immer selbstverständlich ist.

Eine Vermarktung in den Golfstaaten ist aufgrund der wenigen Zentren vom logistischen Aufwand praktikabel. Da in den meisten Ländern der Staat die medizinischen Behandlungskosten für die einheimische Bevölkerung übernimmt, sind die entsprechenden Regierungsstellen Ansprechpartner für die Kliniken aus dem Ausland. Für die ausländischen Arbeitnehmer und deren Familienangehörige existiert in den meisten Golfstaaten mittlerweile eine Krankenversicherungspflicht. Allerdings deckt diese oft nur Basisleistungen ab und beinhaltet keine freie Arztwahl. Für Selbstzahler insbesondere aus den wohlhabenden Familienclans sind immer häufiger sogenannte Exklusivärzte für die Wahl der Behandlungsmöglichkeit im Ausland zuständig. Diese „Leibärzte“ sind oft westliche Mediziner, die in den Emiraten am Golf ihren Ruhestand genießen.

Nicht nur die kompetente medizinische Behandlung allein ist ausschlaggebend für die Auswahl einer Medizintourismusdestination, sondern Dinge wie Anonymität beim Behandlungsaufenthalt, das milde Klima in den Sommermonaten sowie die touristische Attraktivität und der hohe Freizeitwert sprechen für Deutschland. Trotz hoher Preisbereitschaft sind stabile Preise und ein im Vergleich zum Dollar oder Franken günstiger Eurokurs wichtig. Sie machen das Einkaufen - vor allem von Luxusartikeln – preiswerter als im Heimatland, mit dem positiven Nebeneffekt, dass man keine Angst vor Imitaten haben muss.

### **Risiken**

Das wohl größte Risiko im arabischen Raum ist die politische Instabilität. Es besteht eine latente Gefahr, dass politische Veränderungen auch in die Monarchien am Golf zu anderen Machtverhältnissen führen können. Allerdings ist diese aufgrund des Wohlstandes in den meisten GCC-Staaten eher gering. Problematisch hingegen sind oft wechselnde Ansprechpartner bei den Entscheidungsstellen für eine Auslandsentsendung in Ministerien und Botschaften. Kooperationen sind meist an gute persönliche Kontakte geknüpft. Gehen diese verloren, hat dies unter Umständen negative Auswirkungen auf das ganze Geschäftsfeld. Die Volatilität der Nachfrage kann sich zudem auf die personelle und finanzielle Planung bei den Anbietern auswirken, so dass Investitionen vermieden werden.

Des Weiteren kommt es häufig aus funktionalen und organisatorischen Gründen zu Zahlungsverzögerungen oder gar Zahlungsausfällen. Ein Wechsel von der Akzeptanz einer Kostenübernahme-

garantie hin zur Vorkasse erweist sich dabei als geeignete Methode zur finanziellen Absicherung der entstehenden Behandlungskosten.

Aus kulturellen oder religiösen Gründen können oft Missverständnisse auftreten, daher müssen sich die Leistungsträger beispielsweise durch Schulungen auf die arabischen Patienten vorbereiten. Kenntnisse über Essgewohnheiten, religiöse Verbote oder Kommunikationsregeln können einen reibungslosen Behandlungsaufenthalt unterstützen. In diesem Zusammenhang stehen auch hohe Ansprüche der Patienten an das Prozessmanagement und die Serviceorientierung. Lange Wartezeiten zwischen einzelnen Behandlungen, eine schlechte Zimmerausstattung in der Klinik oder fehlende Informationen sind regelmäßig Gründe für Beschwerden.

Der Medizintourismusmarkt Golfstaaten ist verglichen mit den GUS-Ländern relativ klein und stark umkämpft. Die Marktverteilung gilt als abgeschlossen und höhere Marktanteile können nur über Abwerbung von Multiplikatoren und Patienten erreicht werden. Hinzu kommt, dass neue Wettbewerber vor allem aus Südostasien verstärkt auch durch Investitionen vor Ort Vorteile gegenüber den starken etablierten Wettbewerbern (USA, Großbritannien, Deutschland, Schweiz) erlangen.

#### **4.2.2. GUS-Länder**

##### **Chancen**

In den meisten GUS-Ländern entspricht das Gesundheitswesen nicht westeuropäischen Standards und gilt als unterfinanziert und marode. Für die zunehmende Anzahl an Patienten fehlt es an ausreichenden Behandlungskapazitäten, insbesondere bei hochkomplexen Erkrankungen und der medizinischen Nachsorge. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist schlechter als in Deutschland. Vor allem Infektionskrankheiten treten verhältnismäßig häufig auf. Das medizinische Fachpersonal ist schlecht bezahlt und daher entweder häufig informellen Zahlungen gegenüber aufgeschlossen oder trägt sich mit dem Gedanken einer Abwanderung ins Ausland. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitssystem und die monetäre Orientierung bei Behandlungen sorgen für immer mehr Nachfrage nach einer Behandlung in Deutschland (vgl. Abb.15).

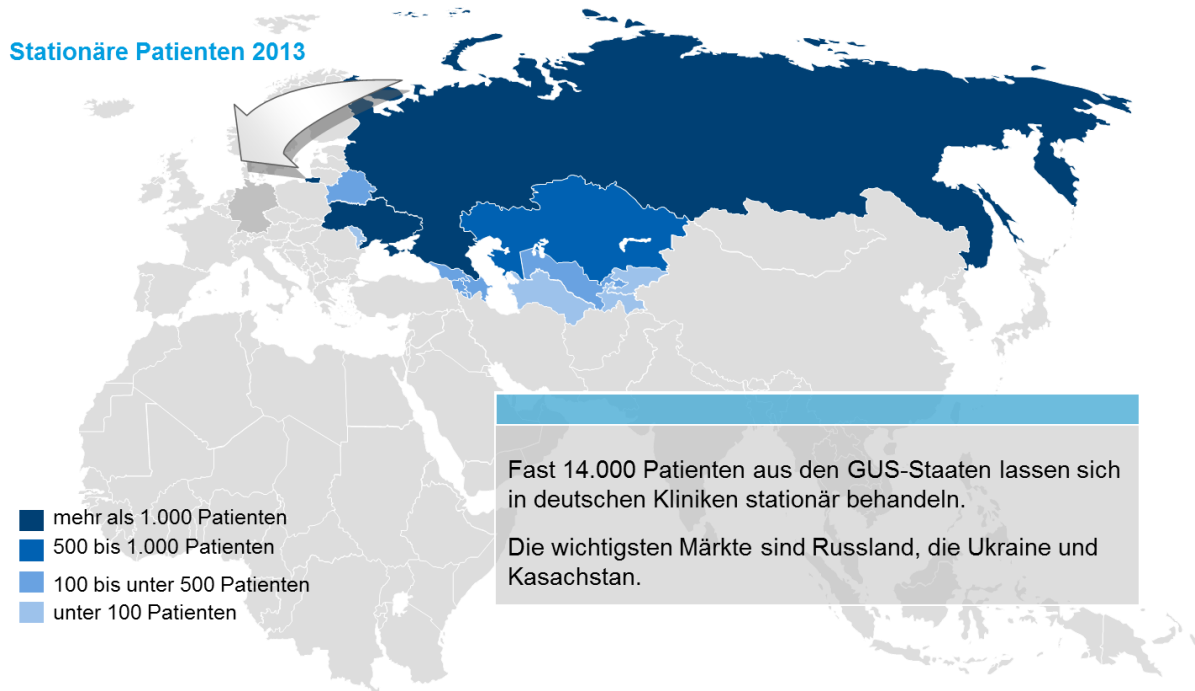


Abb. 15: Patientenbewegungen aus dem GUS-Raum nach Deutschland

Sowohl die Oberschicht der Oligarchen als auch die wachsende Mittelschicht versprechen sich von einem Medizinaufenthalt in Deutschland bessere Behandlungsergebnisse und sehen diesen auch als Statussymbol an. Nebeneffekt ist der Zugang zu Originalpräparaten in den Apotheken oder zu qualitativ hochwertiger Orthopädietechnik, der in den Herkunftsländern der Patienten meist nicht gewährleistet ist.

Die deutsche Medizin verfügt im russischsprachigen Raum über ein sehr gutes Image, vor allem die Berliner Charité ist als Marke bekannt. Das hervorragende medizinische Angebot im Akutbereich und in der Rehabilitation in Deutschland hat einen positiven Nimbus-Effekt. Universitäts- und Spezialkliniken sowie CheckUp-Zentren stehen besonders im Fokus der Nachfrage. Im Vergleich mit Wettbewerbern wie den USA oder der Schweiz verfügt Deutschland über ein sehr gutes Preis-Leistungsverhältnis, nicht nur im medizinischen Bereich. Die Kosten für Unterbringung oder Einkäufe sind teilweise geringer als in russischen Großstädten. Gerade beim Kauf von Luxusgütern haben Patienten und deren Angehörige auch keine Befürchtungen, Imitate zu erwerben.

Man schätzt Deutschland und hat bereits Erfahrungen mit Urlaubsreisen, durch Besuche bei Bekannten und Verwandten oder durch Militärstationierung in der ehemaligen DDR gesammelt. Eine hohe touristische Attraktivität, kulturelle Nähe und eine Vielzahl an Menschen, die die russische Sprache sprechen, sorgen für ein gutes Wohlbefinden der Gäste aus der GUS.

Der riesige Markt ist bisher kaum erschlossen. Wettbewerb unter deutschen Anbietern existiert nur in den Großstädten Moskau, Sankt Petersburg und Kiew. In vielen Regionen Russlands oder auch den ehemaligen sowjetischen Teilrepubliken bieten sich große Potenziale zur Gewinnung von Patienten. Von vielen deutschen Flughäfen sind bidirektionale Flüge per Billigflieger in die oben genannten

Metropolen möglich und bilden eine preiswerte Alternative zu den Flügen in die weiter entfernten Medizintourismusdestinationen in Asien oder Amerika. Mit Inbetriebnahme des Flughafens Berlin Brandenburg „Willy Brandt“ wird auch die Hauptstadtregion an diesem Reisesegment stärker partizipieren.

### **Risiken**

Die primären Zielländer für deutsche Medizintourismusvermarktung, Russland und Ukraine, befinden sich gerade in einer politischen und militärischen Auseinandersetzung. Aufgrund des Konfliktes zwischen beiden Ländern werden deutlich weniger Patienten nach Westeuropa reisen. Insbesondere das Embargo der EU sorgt für Verstimmungen bei vielen Russen, so dass für Medizinreisen derzeit eher die Türkei und Israel präferiert werden. Eine ohnehin schon schleppende Visavergabe bremst zudem das Wachstum.

Nicht nur politische Krisen können sich auf die Marktentwicklung negativ auswirken. Viele GUS-Länder sind als Rohstoffexporteure abhängig von den Weltmarktpreisen und daher sehr anfällig, was die Wirtschaftskraft betrifft. Sinken die Preise am Markt, gerät oft die Finanzierung der Wirtschafts- und Sozialsysteme in Gefahr. Eine negative Entwicklung der Wechselkurse zum Euro verteuert ebenso die Auslandsbehandlung. Ebenfalls nicht kalkulierbare Risiken sind die verbreitete Korruption oder Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie die Abwandlung des Föderalen Werbegesetzes im ersten Halbjahr 2014, die zu einem Werbeverbot der Gesundheitsleistungen in Russland führte.

Der GUS-Markt ist ein klassischer Selbstzahlermarkt. Es gibt kaum Krankenversicherungen und wenn, dann nur zur Absicherung einer medizinischen Grundversorgung. Auch eine Lenkung der Patientenströme über staatliche Stellen wie im arabischen Raum existiert nicht. Dies verteuert die Markterschließung, insbesondere wenn man in ländliche Regionen expandieren will. Direkte Flugverbindungen in alle Regionen sind meist nicht möglich, da die internationalen Flugrouten in der Regel über die Landeshauptstädte führen.

Ein Neubau von Privatkliniken in den Heimatländern, starke etablierte Wettbewerber in Großbritannien, der Schweiz und Israel sowie neue Marktteilnehmer vor allem aus Südostasien erschweren vor allem in den Metropolen die Vermarktung deutscher Medizindienstleistungen.

GUS-Patienten sind zwar nicht so anspruchsvoll wie arabische Patienten, erwarten aber dennoch funktionierende Prozesse und ein hohes Servicelevel. Oft sind sie von der Ausstattung (z.B. fehlendes, kostenfreies WLAN) und Organisation in den Kliniken enttäuscht. Ebenso vermissen sie Informationen über die Behandlung, das Krankenhaus und den Aufenthalt in Deutschland in ihrer Landessprache.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> vgl. Onyshchenko-Dubow/Shyklar 2014

## 4.3. Darstellung des nationalen Wettbewerbs um internationale Patienten

### 4.3.1. Kurzüberblick über den internationalen Wettbewerb

Rund 40 Länder sind weltweit im Segment Medizintourismus stark engagiert, weitere 60 Nationen verfügen über einzelne Kliniken mit einer Anziehungskraft für internationale Patienten (vgl. Abb. 16). Als führende Destination gilt Südostasien. Schätzungsweise zwei Millionen ausländische Patienten lassen sich jährlich in Thailand, Singapur, Indien und Malaysia behandeln. Davon sind allerdings nur rund 30% geplante Eingriffe. Ungefähr je 30.000 internationale Patienten reisen auf die Philippinen, nach Südkorea, Japan oder Hongkong. Zentrales Entscheidungskriterium für eine Behandlung im südostasiatischen Raum sind die vergleichsweise günstigen Behandlungskosten. Aufgrund des einwohnerstarken Einzugsbereiches - 60 Prozent der Weltbevölkerung leben auf dem asiatischen Kontinent - kommt der überwiegende Teil der Medizintouristen aus asiatischen Nachbarländern.

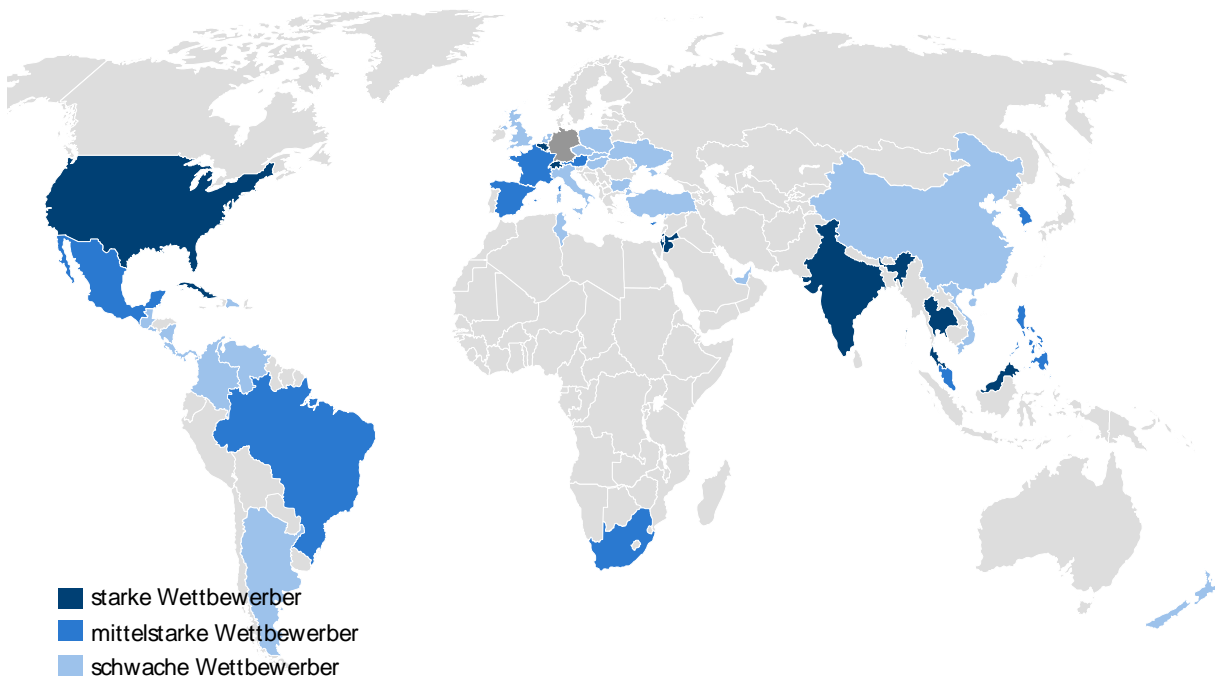


Abb. 16: Internationale Wettbewerber im Medizintourismus

Die Mehrzahl der Eingriffe in diesen Ländern sind den Bereichen plastisch-ästhetische Chirurgie, Lasik- und Zahnbehandlungen zuzuschreiben. Kombiniert mit einer Urlaubsreise lassen sich preiswerte Behandlungen, die in der Regel nicht von Krankenversicherungen getragen werden, im Paket buchen. Eine Vielzahl von Spezialreiseveranstaltern und Patientenvermittlern bietet Festpreis-arrangements an, die neben der medizinischen Behandlung oder Medical Check-Ups auch Flüge, Hotelunterkunft und touristisches Rahmenprogramm enthalten.



Die arabischen Länder der Golf- und der Maghreb-Region gelten primär als Quellmärkte. Einzig Jordanien mit fast 250.000 Auslandspatienten pro Jahr und Israel spielen als Zieldestinationen im regionalen Medizintourismus im arabischen Raum eine Rolle. Nach Israel kommen vor allem Patienten aus den GUS-Staaten, den Palästinensischen Autonomiegebieten, Zypern oder der Türkei. Den Vereinigten Arabischen Emiraten ist der Wandel vom Quell- zum Zielland, trotz gigantischer medizinischer Investitionsvorhaben wie der Dubai Healthcare City, bislang nicht gelungen.

Mehr als zwei Drittel aller internationalen Patienten reisen zur Behandlung in asiatische Länder. Der Rest verteilt sich etwa gleich auf Europa sowie Süd- und Mittelamerika. In den afrikanischen Staaten kann eine medizinische Maximalversorgung aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten oder technischer Ausstattung meist nicht gewährleistet werden. Nur einzelne Länder wie Tunesien, mit ca. 20.000 Auslandspatienten, oder Südafrika ziehen ein internationales Gesundheitsklientel an. So suchen rund zehntausende Patienten im Jahr wegen plastisch-chirurgischer Eingriffe, Zahnbehandlungen, Augenlaseroperationen, Pränataldiagnostik oder In-vitro-Fertilisation Ärzte vornehmlich in Johannesburg oder Kapstadt auf. Allerdings steht bei diesen Behandlungsreisen in der Regel auch das Urlaubsmotiv im Vordergrund.

Als ebenfalls preislich attraktiv gelten medizinische Behandlungsreisen nach Osteuropa. Mehr als Hunderttausend Patienten aus Westeuropa und Russland lassen jährlich in Polen, Tschechien, Ungarn, der Türkei oder der Ukraine ambulante Eingriffe in den Bereichen Schönheitschirurgie, Zahnmedizin und Augenheilkunde durchführen. Hinzu kommen die Kur- und Wellnessaufenthalte in diesen Ländern. Welchen Anteil die Medizinreisen mittlerweile am Tourismusmarkt haben, lässt sich schwer abschätzen. Allerdings lassen sich laut Auskunft der Tourismusämter in den jeweiligen Medizindestinationen bis zu einem Drittel aller Hotelübernachtungen dem Gesundheitstourismus zurechnen.

Der Reisestrom verläuft aber keineswegs nur in eine Richtung. Ärztemangel und schlechtere Behandlungsmöglichkeiten sorgen für einen kontinuierlichen Anstieg der Behandlungszahlen osteuropäischer Patienten in den westlichen Industrieländern wie Belgien, Deutschland, Frankreich oder Großbritannien. Zukünftig könnten noch mehr Mediziner aus Polen, Rumänien oder den Baltischen Staaten nach Westeuropa abwandern, denn tausende Stellen in Deutschland, England oder Skandinavien sind unbesetzt und die Verdienstmöglichkeiten im Ausland sind sehr viel höher. Dadurch verschlechtern sich die Behandlungsmöglichkeiten vor allem in den Kliniken im Heimatland, so dass der innereuropäische Medizintourismus weiter zunehmen wird.

Neben Osteuropäern suchen ebenso Patienten aus Großbritannien, Skandinavien oder den Niederlanden medizinische Hilfe im Ausland. In bestimmten Bereichen, wie der Orthopädie (Knie- und Hüftendoprothetik, Bandscheiben), der Kardiologie, der Radiologie oder der Augenheilkunde herrscht dort eine medizinische Unterversorgung. Daraus ergeben sich zum Teil Wartezeiten auf eine Behandlung von über einem Jahr. Zielländer sind beispielsweise Deutschland, Belgien, Frankreich, Zypern, Malta oder die Schweiz. Aufgrund der Krankheitsbilder und der Abrechnungsmöglichkeiten fallen die Erlöse innereuropäischer Patienten für die Kliniken deutlich geringer aus als die

außereuropäischer Patienten. Zudem werden auch deutlich weniger Ausgaben im nicht-medizinischen Bereich getätigt.

Die Richtlinie 2011/24/EU, auch Europäische Patientenrichtlinie genannt, vereinfacht zwar den Zugang zu anderen Gesundheitssystemen innerhalb der EU, aber deren Umsetzung bereitet in einem stark reglementierten europäischen Markt große Schwierigkeiten. Insbesondere die Abrechnung und Vergütung von erbrachten Leistungen sind hierbei anzuführen. Deutlich längere Wartezeiten auf die Kostenerstattung bei der Behandlung von EU-Patienten sowie mögliche Zahlungsausfälle durch eventuelle höchstrichterliche Entscheidungen des EuGH zur Zahlungsverpflichtung von ausländischen Kostenträgern schränken die Marktattraktivität beträchtlich ein.

Der Medizintourismus nach Süd- und Mittelamerika ist primär von Reisenden aus den Vereinigten Staaten geprägt. Etwa 46 Millionen Amerikaner haben keine Krankenversicherung und deren Anzahl wird auch durch Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht ab 2014 nur langsam sinken. Zudem gilt das Preisniveau für Gesundheitsleistungen in den USA als das höchste der Welt und die Zuzahlungen werden auch bei einer staatlichen Grundversicherung nicht unerheblich sein. Daher wählen viele Patienten den Weg in lateinamerikanische Staaten. Die günstige geografische Lage macht Mexiko zum Reiseland Nummer eins. Die Preise liegen etwa bei einem Viertel der Behandlungskosten in den USA. Immer mehr Versicherungen und Arbeitgeber empfehlen ihren Versicherten bzw. Angestellten aus Kostengründen Präventions- und Behandlungsreisen ins Ausland. Nach Schätzungen der Unternehmensberatung Deloitte könnten 2017 bereits 10 Millionen Amerikaner zur medizinischen Behandlung ins Ausland reisen.

Einige Zehntausend Auslandspatienten – vor allem aus Venezuela und der Karibik - reisen jährlich nach Kuba, dem Land mit der höchsten Ärztedichte der Welt. Gefragt sind Hüft- und Augenoperationen ebenso wie die Behandlung von Allergien oder Hautkrankheiten. Mit der Dominikanischen Republik versucht eine weitere karibische Insel den Gesundheitstourismus zu entwickeln. Regenerative Anti-Aging-Therapien aus embryonalen Stammzellen sollen Reisende anziehen, die biologische Alterung hinauszögern wollen. Zu den weiteren Staaten Mittelamerikas, die internationale Patienten anziehen, zählen Panama, Guatemala, Nicaragua, El Salvador und Costa Rica. Aufgrund sehr günstiger Arbeitskosten investieren internationale Gesundheitskonzerne wie Johns Hopkins International oder die Cleveland Clinic in Krankenhäuser in diesen Ländern. In Südamerika dominiert die Schönheitschirurgie. Nirgends werden weltweit mehr plastisch-chirurgische Behandlungen durchgeführt als in Brasilien, Argentinien, Venezuela und Kolumbien.

Die weltweite Zunahme an grenzüberschreitenden Behandlungen zieht nicht nur positive Effekte nach sich. Insbesondere die Entwicklung medizinischer Angebote wie Stammzellentherapie, Leihmutter-schaft oder alternative Methoden in der Krebstherapie mit höchst umstrittenen Behandlungserfolgen ist aus ethischen Gründen bedenklich, ebenso die Zunahme der Nachfrage nach Transplantations-chirurgie im Ausland. Organtransplantationen sind in Kolumbien oder China mit Genehmigung durch die nationalen Gesundheitsbehörden auch an Ausländer möglich. Neben der Herkunft der Organe ist auch die Verteilung z.B. an gut zahlende Medizintouristen intransparent.

## 4.3.2. Positionierung Berlins und Brandenburgs im nationalen Wettbewerb

### 4.3.2.1. nach Bundesländern

Sowohl bei einer kurzfristigen als auch einer langfristigen Betrachtung ist Berlin im oberen Mittelfeld der Bundesländer platziert. Nach Bayern, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg nimmt Berlin den vierten Rang gemessen an der Anzahl der stationären Auslandspatienten ein. Es ist allerdings das einzige Bundesland mit stabilen Zuwachsraten im zweistelligen Bereich. Im Jahr 2013 lag diese fast beim Vierfachen des Bundesdurchschnitts (vgl. Abb. 17).

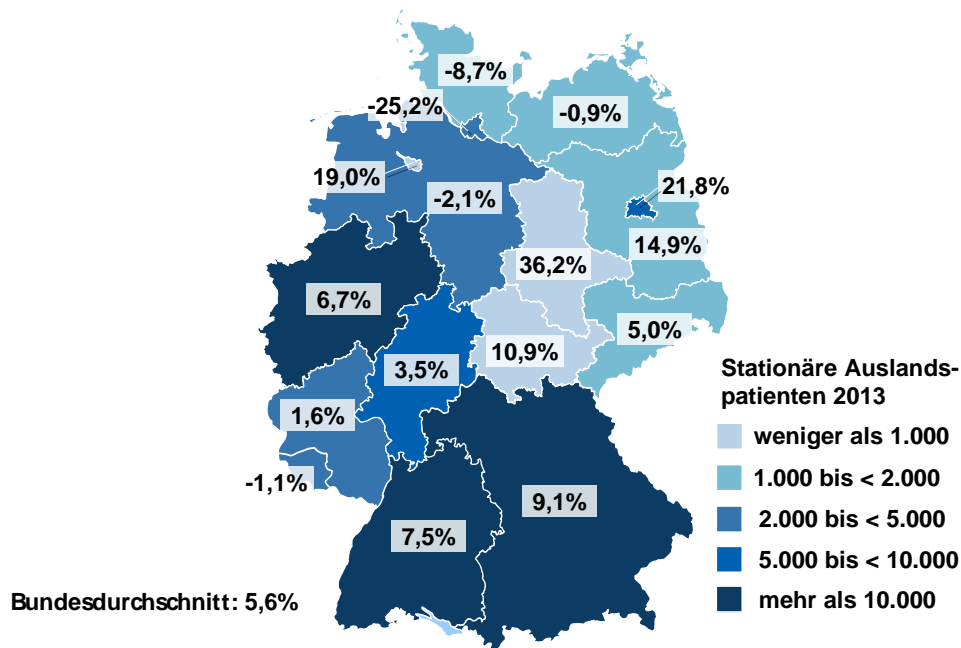


Abb. 17: Stationäre Auslandspatienten nach Bundesländern und deren Zuwachsraten in 2013

Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamtes 2015

Dieser Zuwachs bleibt auch bei einer 10-jährigen Betrachtung stabil. Von allen Bundesländern hat Berlin die höchste Wachstumsrate (vgl. Abb. 18). Brandenburg zieht vergleichsweise weniger Patienten an und stand 2013 auf Rang 11 aller Bundesländer. Aktuell weist Brandenburg zwar eine Wachstumsrate von fast 15% auf und liegt damit im oberen Drittel der Bundesländer, in einer langfristigen Betrachtung ist diese allerdings unterdurchschnittlich. Die Nachfrage nach stationärer Behandlung aus dem Ausland in Brandenburg ist sehr volatil und bewegt sich in der Regel in einem Korridor von 950 bis 1.200 Patienten pro Jahr.

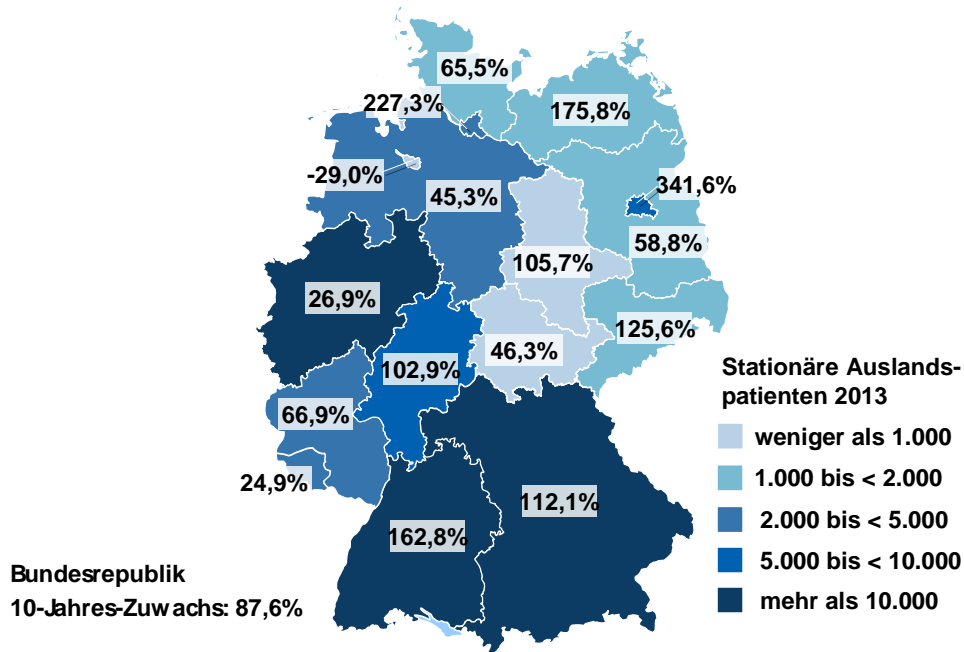


Abb. 18: 10-Jahres-Zuwachsrate bei stationären Auslandspatienten nach Bundesländern (2004-2013)  
Quelle: Eigene Berechnung anhand teilweise korrigierter Daten des Statistischen Bundesamtes

Aus der sehr guten Entwicklung der Patientenzahlen in Berlin über diesen langen Zeitraum lässt sich auch einen positiven Trend für die Zukunft ableiten. Bei gleichbleibenden Zuwachsraten sind mittelfristig zwischen 15.000 und 20.000 stationäre sowie 25.000 bis 30.000 ambulante Auslandspatienten in Berlin-Brandenburg denkbar.

#### 4.3.2.2. in den Zielmärkten GCC/GUS

Berlin ist in beiden Zielmärkten gut aufgestellt. Im GUS-Segment hat Berlin nach Bayern die meisten Patienten. Ebenso wie in Hamburg haben aktuell die Patienten aus der GUS einen Anteil von über 35 Prozent und stellen die mit Abstand wichtigste Auslandspatientengruppe dar (vgl. Abb. 19). Brandenburg weist einen Anteil von acht Prozent auf und befindet sich im unteren Mittelfeld. Als vorteilhaft für die Region erweisen sich die zahlreichen Verbindungen noch aus der DDR-Zeit wie Auslandsstudium, bevorzugtes Urlaubsland oder die damalige Stationierung russischer Truppen. Sie haben bei den ehemaligen Sowjetbürgern Erfahrungen mit dem Standort Berlin/Brandenburg geschaffen, die sich heute bei einer Entscheidung für einen Behandlungsort positiv auswirken. Auch die starke russischsprachige Gemeinde sowie die Sprach- und Kulturkenntnisse der deutschen Bevölkerung unterstützen diese Entwicklung.

Da sich der Markt in der Vergangenheit ausgezeichnet entwickelt hat, konnte Berlin von der steigenden Nachfrage profitieren. Allerdings birgt die relativ große Abhängigkeit von nur einem Quellmarkt auch ein gewisses Risiko. Sollte es aufgrund der derzeitigen politischen Situation zu einem anhaltenden

Rückgang der Patientenzahlen aus Russland und der Ukraine kommen, würde dies sich entsprechend stark auf den Standort auswirken.

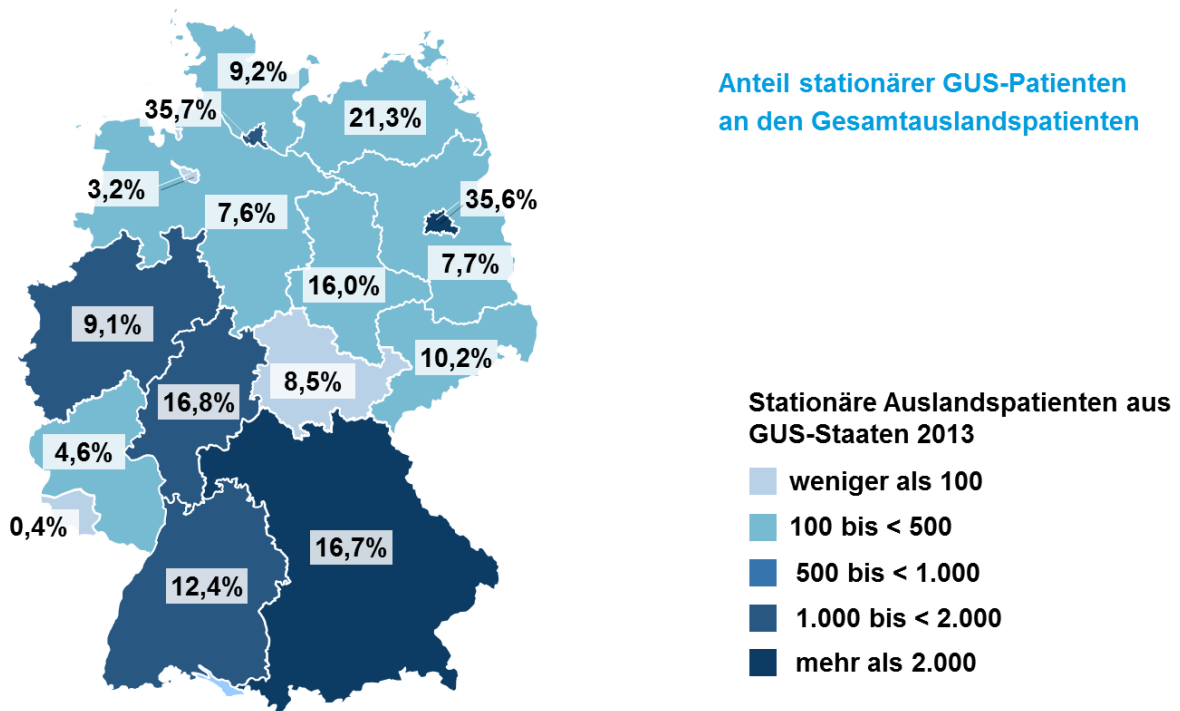


Abb. 19: Stationäre Auslandspatienten aus der GUS nach Bundesländern und deren Zuwachsrate in 2013

Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamtes 2015

Auch wenn die mediale Berichterstattung es teilweise anders vermuten lässt, kommt eine vergleichsweise geringe Anzahl von Patienten aus der Golfregion zur Behandlung nach Deutschland. Diese konzentrieren sich zudem auf wenige Bundesländer bzw. Städte. Wie in Kap. 4.1.1. bis 4.1.3. bereits beschrieben, organisieren Botschaften und Konsulate die meisten Behandlungsaufenthalte. Städte, in denen sich solche Einrichtungen befinden, weisen demzufolge auch eine hohe Anzahl an arabischen Patienten auf. München, Berlin, Bonn und Frankfurt am Main zählen zu diesen Medizintourismusdestinationen.

Nur rund sechs Prozent aller Auslandspatienten in Berlin kommen aus den GCC-Staaten (vgl. Abb. 20). Der Anteil ist aber doppelt so hoch wie der in NRW. Berlin zählt zur Spitzengruppe im bundesweiten Vergleich, denn in Bayern und Baden-Württemberg verteilen sich die Patienten auf mehrere Großstädte. Brandenburg partizipiert dagegen an diesem Markt kaum.

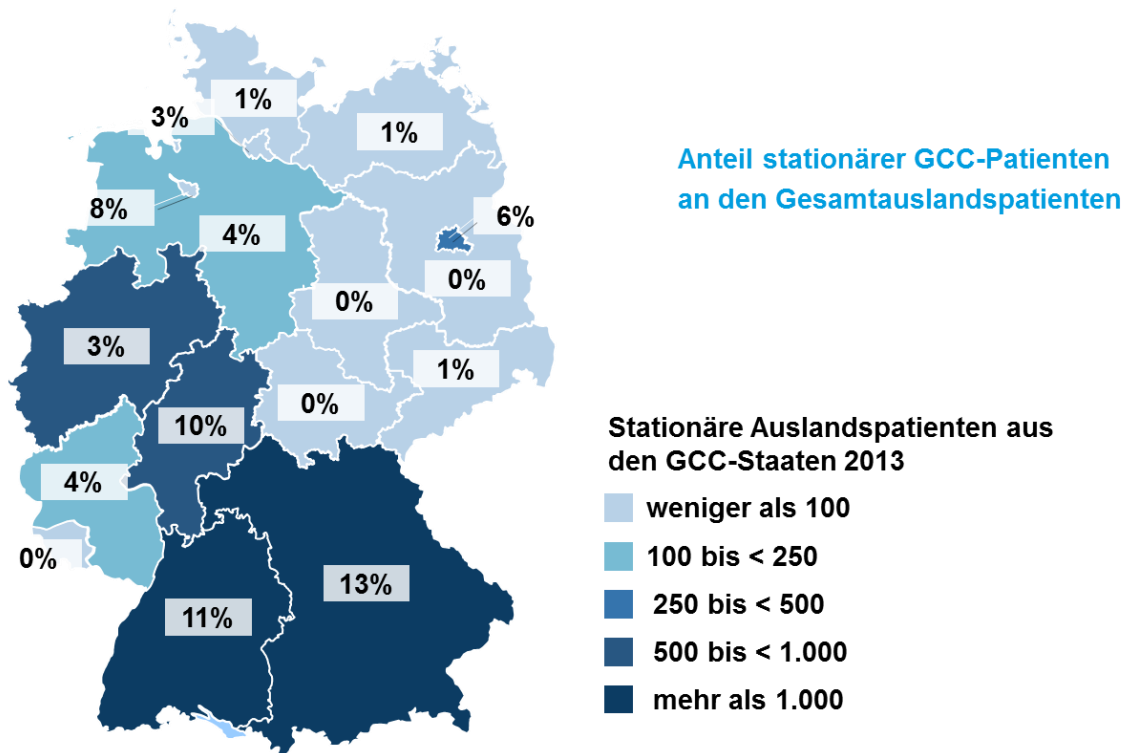


Abb. 20: Stationäre Auslandspatienten aus den GCC-Staaten nach Bundesländern und deren Zuwachsrate in 2013

Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamtes 2015

#### 4.3.3. Identifikation der relevanten Benchmarks mit Best-Practice-Beispielen

Der Benchmark für alle Bundesländer ist Bayern, mit fast vier Mal so vielen Auslandspatienten wie Berlin. Die wichtigsten Wettbewerber für Berlin sind allerdings die Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg, insbesondere was eine Vermarktung in den Zieldestinationen auf politischer Ebene betrifft. Stabile Wachstumsraten und ein höherer Markterschließungsgrad sind auch ein Ergebnis kontinuierlicher Maßnahmen seitens der Landespolitik in diesem Geschäftsfeld. Hierbei sind die drei genannten Bundesländer besser als Berlin aufgestellt. Insbesondere die Unterstützung, welche die bayrischen Kliniken durch die Landespolitik erfahren, gilt als beispielhaft.

Seit Jahren haben Bayern International und das Bayerische Wirtschaftsministerium auf der Arab Health einen eigenen Pavillon, wo neben den Hauptthemen „Medizintechnik“ und „Pharmazie“ auch immer das Thema „Medizintourismus“ gesetzt ist. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege führt seit Jahren ein Projekt „Bavaria – A better state of health“ durch, bei dem explizit internationale Patienten eingeworben werden sollen. Zwischen 2010 und 2013 wurden für den Besuch von nationalen und internationalen Medizinmessen und -kongressen, die Herausgabe von Werbebroschüren in verschiedenen Sprachen, Anzeigen in internationalen Fachzeitschriften oder den Empfang und

Betreuung von internationalen Gesundheitsdelegationen fast 350.000 EUR aufgewandt.<sup>37</sup> Zusätzlich unterstützen Vereine wie die BAVARIA - International Health Association oder Health Care Bayern e.V. mit dem Arbeitskreis Europa/Internationales die Einwerbung von Patienten aus dem Ausland, ebenso wie die Tourismusmarketinggesellschaften des Landes und der Städte.

Berlin hat allerdings von allen Bundesländern das höchste Marktpotenzial. Zum Einen sorgt der Status „Hauptstadt“ durch die vielen Botschaften, Konsulate, internationalen Unternehmen und Einrichtungen für einen stetigen Nachfragefluss aus dem Ausland, zum Anderen verfügt Berlin über ausgezeichnete medizinische und touristische Rahmenbedingungen.

Betrachtet man Berlin nicht als Bundesland, sondern als Großstadt, so sind die Städte München oder die Region Köln/Bonn/Düsseldorf wichtige Benchmarks (vgl. Tab. 6). Eine vergleichbare Klinikdichte und Infrastruktur sowie eine starke internationale Ausrichtung bilden die Grundlage dafür.

Stadt	Zuwachs an Auslandspatienten 2012 auf 2013
Köln	51%
Berlin	22%
Bonn	21%
Düsseldorf	16%
München	11%
<i>Bundesdurchschnitt</i>	8%
Essen	3%
Aachen	1%

Tab. 6: Zuwachs an Auslandspatienten ausgewählter Städte (2012 auf 2013)

Quelle: Eigene Berechnung, Daten der Statistischen Landesämter 2015

Von 2012 bis 2014 förderten das Land NRW und die Europäische Union mit 1,5 Millionen Euro ein Modellprojekt zur medizintouristischen Vermarktung der Region Köln-Bonn-Düsseldorf. In den drei Jahren wurden unter anderem mehrere thematische Broschüren entwickelt, in denen 90 Angebote nach medizinischen Fachabteilungen aufbereitet und um touristische Dienstleistungen ergänzt wurden. Vermarktet wurden die medizinischen Exzellenzen der Region über eine Internetplattform, Social Media Kanäle, Anzeigen und redaktionelle Berichte in zahlreichen in- und ausländischen Medien oder Werbung an öffentlichen Plätzen, wie den Abfluggates am Flughafen Düsseldorf oder den Stellen zur Erstattung der Mehrwertsteuer. Je 20 Teilnahmen an Messen und Medizintourismuskonferenzen, der Aufbau und die Weiterführung von zwei eigenen Veranstaltungsformaten sowie ein Dutzend

<sup>37</sup> vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2014, S. 3

Delegationsgruppen von Ärzten, Klinikmanagern, Gesundheitspolitikern und weiteren Multiplikatoren zählten ebenfalls zu den Marketingmaßnahmen. Das als Blaupause für andere Regionen in NRW angedachte Projekt erwies sich als sehr erfolgreich, zeigt aber auch, dass für eine umfassende Vermarktung im Ausland Mittel in nicht unerheblichem Umfang vorhanden sein müssen.

Für Bundesländer mit überwiegend ländlicher Struktur ist eine primäre Ausrichtung auf akutmedizinische Dienstleistungen schwer umzusetzen. Wie man trotzdem ein für internationale Patienten attraktives Angebot vermarkten kann, zeigt die HealthRegion Freiburg. Ein stark auf Freizeit und Erholung fokussiertes Portfolio schließt Themen wie ästhetisch-plastische Chirurgie, Zahnmedizin, ganzheitliche Medizin, betriebliches Gesundheitsmanagement, Medical Wellness und Spa mit ein. Rehabilitationskliniken, private Fachkliniken und Arztpraxen, Kur- und Thermalbäder sowie Hotels zählen zu den Leistungsanbietern. Ergänzt wird das Programm durch Vermittlungsagenturen, Dolmetscherdienste und Touristiker. Brandenburg wäre in der Lage, ein ähnliches gesundheits-touristisches Angebot für internationale Patienten mit den Schwerpunkten Rehabilitation und Medical Wellness zu erstellen und als Ergänzung zu dem auf Akutmedizin ausgelegten Berliner Leistungsspektrum im Markt zu positionieren. Geeignete Akteure könnten die Brandenburgklinik in Bernau (kardiologische, orthopädische und neurologische stationäre Rehabilitation), die Neurologische Rehabilitationsklinik Beelitz (neurologische stationäre Rehabilitation) oder die Helios Klinik Hohenstücken (neurologische stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) sein. Im Rahmen einer Integrierten Versorgung für internationale Patienten sollte die Nachsorgeeinrichtung bereits beim Kostenvoranschlag von der Akutklinik in den Behandlungsplan einbezogen werden.



## **5. E-Health**

### **5.1. Leistungskatalog**

Der Aufbau eines Leistungskataloges schließt auch die Einrichtung von Sektor übergreifenden e-Health-Anwendungen in Berlin ein. Dementsprechend werden im Anschluss e-Health-Anwendungen definiert, und im Laufe des Dokuments weiter konkretisiert.

Generell wird e-Health in einen präventionsorientierten (Beispiel: Metabolomic Discoveries) und indikationsorientierten (Beispiel Diabetes: Mysugr, Myrehab, Goderma) Bereich untergliedert. Demzufolge können e-Health Anwendungen entweder für präventive Maßnahmen in der vor- und nachgelagerten Versorgung verwendet werden, oder um eine Behandlung direkt zu unterstützen. Die Bandbreite in beiden Anwendungsgebieten kann sich von der „einfachen“ Erinnerung zur Medikamenteneinnahme bis zur „komplexen“ genetischen Analyse der Wirkungsweise von pharmazeutischen Medikamenten für den individuellen Patienten erstrecken.

Berlin als „Start Up“-Hauptstadt Deutschlands besitzt eine im nationalen Vergleich hohe Anzahl an e-Health Unternehmen (10-20 Firmen) und eine herausragende Ausgangslage für deren Ausbau. Diese Position wird von DAX 30 Unternehmen wie z.B. Bayer oder Telekom („Grants for Apps Accelerator“, „Hubraum“) gefördert und auch durch staatliche Behörden unterstützt. Brandenburg profitiert von den start-up-freundlichen Rahmenbedingungen in Berlin und bietet ebenfalls Fördermöglichkeiten wie z.B. durch die ZAB. Im internationalen Vergleich fallen die in Deutschland negativen rechtlichen Bedingungen (Datenschutz, Pilotierung, Ethikkommissionen der Krankenhäuser etc.) auf, welche ein Aufschließen zu e-Health-Nationen wie den USA oder lateinamerikanischen Staaten erschweren. Diese Tatsache könnte für den Gesundheitstourismus in Berlin jedoch eine außergewöhnliche Chance sein, da sich Berlin im nationalen Vergleich mit Städten wie München oder Freiburg besser für Patienten mit e-Health-Anwendungen von ausländischen Institutionen aufstellen könnte.

Es ist wichtig zu beachten, dass e-Health im Patiententourismus grenzüberschreitend agiert und somit auch lokale rechtliche Anforderungen zeitnah überwinden kann. Es könnte z.B. ein „Fast Track to Internationalization“ für Start Ups in Berlin etabliert werden, der zwischen Indikation (langsam und strukturiert mit Kliniken) und Prävention (schnelle Anwendung durch Health Lifestyle Monitoring wie z.B. die Anwendung Noom) unterscheidet.

### **5. 2. Schnittstellen**

Des Weiteren ergibt sich Bedarf im e-Health-Segment, um Schnittstellen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses zu verbinden. Dies resultiert aus der Tatsache, dass e-Health als innovative Form der

Behandlung hohes Potenzial für Veränderungen in der gesamten Prozesskette des Gesundheitswesens mit sich bringt.

Die Anwendungen bedürfen einer Integration in den täglichen Klinikablauf auf operativer und strategischer Ebene. Dies schließt eine aufgeschlossene Haltung und ein Vertrauen gegenüber dem Thema seitens des Arztes und des Patienten ein. Beides lässt sich allerdings nur durch klare Regelungen hinsichtlich der Nutzung, Haftung und für die Abrechnung etablieren. Es wurden bisher sehr gute Erfahrung mit einer stufenweisen Einführung sowie einer Risikominimierung der e-Health Anwendungen gemacht. Dementsprechend könnte beispielsweise mit einer standardisierten Online-Video-Nachbetreuung von Patienten nach kosmetischen Eingriffen oder nach präventiven Umstellungen begonnen werden. Es wird somit eine Gefährdung durch missverstandene Empfehlungen minimiert (keine ernste Gefährdung im Vergleich zu z.B. Bypass Operationen) und eine strukturierte Diskussion mit dem Patienten begonnen. Eine genaue Aufgliederung möglicher Leistungen wird im Kapitel 5.4 vorgenommen.

### **5.3. Internationale Ausrichtung**

Der internationale Wettbewerb wird des Weiteren durch die Zunahme an e-Health Anwendungen signifikant beeinflusst. Obwohl Deutschland komplexe rechtliche Rahmenbedingungen für verschiedene Anwendungen aufweist, werden internationale Patienten mit dem Thema im Ausland konfrontiert und erwarten dementsprechend eine grenzüberschreitende Anwendung. Einige Publikationen haben sich mit der Einschätzungen zur Vereinbarkeit von e-Health und Tourismus auseinandergesetzt und zwei Kurzzusammenfassungen werden im Folgenden genannt:

1) Obwohl sich die Kombination von e-Health und Tourismus stark anbietet, gibt es aktuell immer noch keine einheitliche Antwort auf die Frage, welche Informationen die Menschen im Krankheitsfall im Ausland bereitstellen müssen und welche Medien geeignet sein könnten. Die Rolle des Internets wurde vielfach untersucht und es lässt sich eine zunehmende Akzeptanz für e-Health Anwendungen, deren mediale Nutzung und auch einer Zahlungsbereitschaft für medizinische Dienste im Ausland feststellen. Ein erster Schritt muss daher zentralisiert erfolgen und es sollte eine standardisierte Hard- und/oder Software verwendet werden.<sup>38</sup>

2) Dem klaren Trend der Versorgung von „World Travellers“ müssen entsprechende mobile Lösungen zur Verfügung gestellt werden. Der Export und Import von medizinischen Dienstleistungen wird dabei eine deutlich größere Rolle spielen. Dies betrifft sowohl Business- als auch Privatreisen, vor allem aber auch gezielte Gesundheitsreisen. Es werden vier Kategorien unterschieden:

1) Langzeitreisende die im Ausland leben (einschließlich Rentnern)

---

<sup>38</sup>vgl. Heuwinkel, 2008

- 2) Kurzbesucher wie z.B. Urlauber
- 3) „Outsourced patients“, welche im Ausland bessere Versorgung oder bestimmte Finanzierungsmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit ihrem heimischen System erhalten und
- 4) Selbstzahler, die eine günstige Behandlung suchen.

Die momentane Hauptherausforderung laut OECD<sup>39</sup> ist das Fehlen systematischer Daten zu der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen, der Durchführung der Behandlung und der Nachfrage der Patienten. Der Wissensaustausch der Ärzte ist also ein entscheidender Faktor. E-Health wird dabei für die langfristige Nachversorgung als sehr erfolgsversprechend angesehen. Eine Verbindung durch internationales Marketing ist dabei essentiell und wird auch durch Einrichtungen wie das International Journal of Healthcare Management unterstützt.<sup>40</sup>

Es lassen sich zudem klare Benchmarks aus dem e-Health Segment im Ausland analysieren. So hat z.B. Zypern einen „2012-2020 E-Health Action Plan“ entwickelt, der einen Fahrplan bereitstellen soll, um Patienten und medizinisches Personal bei der Vernetzung von Hardware und Technologien zu unterstützen. Des Weiteren sollen sich Forschungsinstitutionen darauf ausrichten, mehr in Richtung der personalisierten Medizin von morgen zu investieren. Für den Patienten bedeutet dies:

- Verständnis des Behandlungsprozesses und höheres Vertrauen,
- Interoperabilität,
- Medizinischer Zugang für auch abgelegene Regionen,
- Rechtsklarheit über die Datenerfassung und die Vergütungssysteme.<sup>41</sup>

Als ein weiteres Beispiel kann Indien genannt werden, welches versucht die Servicequalität im Gesundheitswesen deutlich zu verbessern, indem es sich auf zwei wichtige Segmente in der Telemedizin fokussiert:

1) Store and forward medicine: Die Aufzeichnung medizinischer Daten (medizinische Bilder, Biosignale usw.) und eine Online-Übermittlung dieser Daten zum Arzt, welche zu einem geeigneten Zeitpunkt für die Beurteilung offline abrufen werden können. Dermatologie, Radiologie und Pathologie sind häufig Spezialgebiete dieser Anwendung.

2) Remote monitoring: Das auch als "Selbstüberwachung" bezeichnete Verfahren, ermöglicht es Fachleuten, einen Patienten aus der Ferne mittels verschiedener technischer Geräte zu überwachen. Vor allem für das Management von chronischen Krankheiten und bei spezifischen Anforderungen wie z.B. Herzerkrankungen, Diabetes mellitus oder Asthma wird diese Lösung angeboten. Dies kann durch eine Echtzeit-Interaktion über Systeme wie Telefon- oder Videokonferenzen stattfinden und auch entsprechend erweitert werden. Viele Aktivitäten wie die Krankheitsgeschichte, die körperliche

---

<sup>39</sup> vgl. OECD, 2012

<sup>40</sup>vgl. Moreira, 2013

<sup>41</sup>vgl. Shizas, 2014

Untersuchung, psychiatrische Beurteilungen oder ophthalmologische Untersuchungen finden auf diese Weise statt.<sup>42</sup>

#### **5.4. Schaffung einer digitalen Infrastruktur**

Es sollten spezifische Anwendungen angeboten werden, um einen konkreten Wettbewerbsvorteil Berlins zu erhalten. Insbesondere eine einheitliche Plattform für die vorgelagerte Übermittlung von Patientendaten, eine Online-Vorstellung des behandelnden Arztes/Therapeuten und eine Einführung in das geplante Behandlungsprozedere sollten eingerichtet werden. Dies würde einen deutlich strukturierteren Ablauf des Aufenthaltes und eine Optimierung der Behandlung auf Grundlage der vorherigen Behandlungen (Stichwort: Elektronische Fallakte) ermöglichen.

Als zweites Ausbaufeld sollten Spezialdienstleistungen, wie zum Beispiel eine Genanalyse für Privatzahler zur Optimierung der Medikation oder des gesundheitsorientierten Lebensstils überdacht werden. Derartige Anwendungen können eine Leuchtturmwirkung des „Schaufenster Berlin“ erzeugen, sofern sie als exklusive Dienstleistung bei den Spezialkliniken eingebracht werden. Insbesondere russischsprachige und arabische Patienten können als Zielgruppe für derartig weltweit führende Anwendungen dienen, sofern ihnen der Mehrwert und die Einzigartigkeit der Dienstleistung klar vermittelt werden. Der Erfolg lässt sich an bisherigen Einsätzen in Präventivzentren abschätzen.

Des Weiteren spielt die Nachbetreuung eine wichtige therapeutische und psychologische Rolle. Eine standardisierte Nachbetreuung durch ein Videokonferenzsystem sowie das Monitoring behandlungsrelevanter Vitalparameter würde zu höherer Patientenzufriedenheit und somit einer direkten „Wertsteigerung“ der Behandlungserfahrung beim Patienten führen. Es wird davon ausgegangen, dass sich somit auch deutlich effizienter weitere Patienten für den Gesundheitstourismus in Berlin gewinnen lassen. Die Verbindung der genannten Alleinstellungsmerkmale mit dem bewährten „deutschen Qualitätssiegel“ könnten Investitionen in e-Health-Anwendungen durch langfristige Patientenströme bereits kurzfristig amortisieren.

Die bisherige Aufstellung und Entwicklungsmöglichkeiten durch die Implementierung von e-Health Anwendungen wurden in einer SWOT-Tabelle zusammengestellt:

---

<sup>42</sup> vgl. Asa, 2013

SWOT E-Health	Positiv	Negativ
<b>Interner Ursprung</b>	<u>Strengths</u> - E-Health Capital Berlin - International führende Kliniken - Hohe Bandbreite an Eingriffen (Geringes bis hohes Risiko) - Verbindung zu Partnern aus Industrie, Hotellerie und Kultur	<u>Weaknesses</u> -Komplexe Rechtslage - Keine klare strategische e-Health Ausrichtung - Fehlende Rolle eines Hauptinitiators
<b>Externer Ursprung</b>	<u>Opportunities</u> - E-Health-Anwendungen (vor, während und nach Behandlung) - Potenzielle Führungsrolle in Deutschland und Europa - Nutzung etablierter Partnerschaften mit Auslandskliniken	<u>Threats</u> -Verlust von internationalen Patienten an e-Health Kliniken innerhalb und außerhalb Deutschlands (Freiburg, London) - Verpassen des Anschlusses an globale Marktveränderungen

Abb. 21: SWOT Analyse im e-Health Bereich

Quelle: Eigene Darstellung

Es lässt sich schlussfolgern, dass Berlin eine sehr gute Ausgangsbasis für die Nutzung von Wachstumschancen mit e-Health besitzt. Es sollte durch konkrete Lösungen eine klare Abgrenzung vom nationalen und internationalen Wettbewerb eingerichtet werden.

Die beschriebenen Lösungen werden sowohl für die präoperative Behandlung als auch die Nachversorgung verwendet. Follow-up als eine der größten Sorgen für ausländische Patienten sollte dem Patienten somit automatisch angeboten werden. Ein einfaches 10-20 Minuten Training mit der Software sollte ausreichen, um dem Patienten die Idee zu vermitteln und ihm zu erklären, wie er Bilder versendet und die Verbindung mit Experten einrichtet. Diese Kundenbindung wäre einzigartig im Gesundheitstourismus und da die meisten Anbieter im Gesundheitswesen von Mund-zu-Mund-Marketing abhängen, würde eine Win-Win-Situation eintreten.

Als ein erfolgreiches Beispiel dient die „Teleassistierte Nachsorge für nierentransplantierte Patientinnen und Patienten“ der Universität Freiburg. Dabei werden Patienten, die am Freiburger Klinikum die Niere eines Spenders mit einer ungleichen Blutgruppe erhalten haben, in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. Bei auffälligen Befunden wird im Transplantationszentrum ein Alarm ausgelöst und außerdem können Patienten bei jeglichem Bedarf direkt Kontakt mit den Ansprechpartnern im Transplantationszentrum aufnehmen. Direktes Resultat sind Zeit und Kosteneinsparungen (Patient: Optimierte Behandlung; Krankenhaus: Entlastung der Einrichtung) sowie eine starke Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Die Lösung lässt sich direkt auf Auslandspatienten und weitere Anwendungsgebiete übertragen und zeigt, dass ein sehr zügiger und fokussierter Handlungsbedarf für e-Health Anwendungen besteht, um in Berlin eine Führungsrolle zu übernehmen.

## 5.5. Schlussfolgerungen

Im e-Health Segment lassen sich die folgenden Schlussfolgerungen ziehen:

- 1) Berlin kann von den komplexen rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland profitieren, indem es sich bewusst als e-Health Hauptstadt aufstellt. Dies schließt eigene Anwendungen, aber auch die Verbindung zu ausländischen Nutzern von Soft- und Hardware ein. Ein „Fast track to internationalization“ kann bewusst für internationale Start-Ups etabliert werden.
- 2) Es sollte mit einer stufenweisen Einführung sowie einer Risikominimierung der e-Health Anwendungen begonnen werden (z.B. Online-Video-Nachbetreuung von Patienten nach kosmetischen Eingriffen oder nach präventiven Umstellungen).
- 3) Auslandsbeispiele:
  - a. Zypern „2020 E-Health Action Plan“ für den Einsatz von Hard- und Software im Gesundheitstourismus sowie einer Fokussierung auf personalisierte Medizin.
  - b. Indien mit der Nutzung von „Store and Forward“- (Übermittlung Patientendaten) und „Remote Monitoring“- (Selbstüberwachung der Patienten) Systemen. Des Weiteren wird ein Fokus auf eine festgesetzte Strukturierung der Reise gelegt, um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.
- 4) Konkrete Anwendungsfelder in Berlin:
  - a. Vor der Behandlung: Einheitliche Plattform für die Übermittlung der Patientendaten und der Behandlungsstruktur
  - b. Während der Behandlung: Individuelle Spezialdienstleistungen aus existierenden Fachgebieten oder Neuentwicklungen wie genetische Analysen als besondere Präventivmaßnahmen
  - c. Nach der Behandlung: Standardisierte Nachbetreuung durch den Arzt und Aufnahme von behandlungsrelevanten Vitalparametern
- 5) Vermarktung: Aufstellung Berlins als „E-Health Capital“ mit dem Ziel, eine Win-Win-Situation für behandelnde Ärzte und Patienten aus dem Ausland zu schaffen. Eine mögliche zeitliche Abfolge könnte - wie im Folgenden dargelegt - stattfinden:



Abb. 22: Aufbaustufen für eine Aufstellung von Berlin als e-Health Capital

Quelle: Eigene Darstellung

## 6. Conclusion und Handlungsempfehlungen

### 6.1. Angebotsentwicklung und Innovationen

Die Gesundheitsstadt Berlin wird in den Publikationen gern als „HealthCapital“ bezeichnet. Für den Bereich Medizintourismus ist das Potenzial zwar vorhanden, aber eine führende Positionierung, vor allem was Angebote und Vermarktungsstrategie angeht, hat man noch nicht erreicht. Es gibt einige Kliniken, die hervorragend aufgestellt sind, wie Vivantes oder das Deutsche Herzzentrum, aber ein abgestimmter Auftritt als „Medizinhauptstadt Europas“ fehlt. Das Hauptstadtimage ist der nicht kopierbare Wettbewerbsvorteil, auf den auch die Angebote einzahlen müssen. Standardangebote, wie sie in jeder Stadt mit einer geeigneten medizinischen Infrastruktur erstellt werden können, unterstützen den Wettbewerbsvorteil wenig. Angebote der Hochleistungsmedizin wie Herzunterstützungssysteme, neuartige Tumortherapien oder endoskopische Operationsmethoden sowie neueste Medizintechnik (CyberKnife, Exoskelette etc.) dagegen schon. Diese medizinischen Exzellenzen sollten zusammengetragen werden und als Aushängeschild für die Einwerbung internationaler Patienten benutzt werden.

Das Thema e-Health kann eine sehr wichtige Rolle zur Differenzierung von Berlin im nationalen und internationalen Wettbewerb spielen. Nach der Festsetzung einer klaren strategischen Richtlinie könnten durch den verstärkten Einsatz von e-Health-Angeboten innovative Leistungsangebote entwickelt werden, wie

- Vorgelagert:
  - Die Verknüpfung von Voruntersuchungen sowie Nachsorge durch die Schaffung einer virtuellen, indikationsbezogenen Sprechstunde zu festen Zeiten für Patienten und betreuende Ärzte im Ausland
  - Der Einsatz von Livestreaming von Operationen und Therapien zur Veranschaulichung der zukünftigen Behandlungen oder die Entwicklung modularer Informationstools zur Angstreduktion vor Behandlungen in verschiedenen Sprachen
  - Der Auf- bzw. Ausbau des Zweitmeinungsangebotes mit Telediagnostik
  
- Während der Behandlung
  - Spezialdienstleistungen mit Leuchtturmwirkung wie z.B. genetische Analysen für präventive Maßnahmen
  - Begleitung des gesamten medizinischen und privaten Aufenthalts des Patienten durch mobile Softwarelösungen auf einem Smartphone



- Nachgelagert:
  - Die Nachbetreuung von z.B. Diabetespatienten durch Monitoring der Vitalparameter oder die telemedizinische Nachsorge von Implantatpatienten
  - Die Entwicklung von Trainingsangeboten basierend auf Unterhaltungselektronik (Kinect Technologie)
  - Die elektronische Mitnahme von Daten (Befunde, Bildgebung) auch auf mobilen Endgeräten

Im Sinne einer Integrierten Versorgung von internationalen Patienten müssen die Prozesse in allen Phasen der Behandlung und bei allen Leistungsträgern optimiert werden. Wichtig ist dabei ein Aufbau von Netzwerken mit Niedergelassenen, Praxisgemeinschaften/MVZs und Nachsorgeanbietern, um Angebote aus einer Hand abzugeben (z.B. für institutionelle Kostenträger). Für die Nachbetreuung kommen auch Kooperationen mit ambulanten Center of Excellence im Ausland in Frage. Die Prozessoptimierung schließt auch die bidirektionale Zusammenarbeit mit etablierten Unternehmen aus Patientenmanagement, Handel, Transport und Touristik ein. Gemeinsam mit den verschiedenen Akteuren lassen sich zudem neue Spezialdienstleistungen für internationale Patienten entwickeln, die es in ihren Herkunftsländern nicht gibt, wie z.B. eine Genanalyse für Privatzahler zur Optimierung der Medikation. Derartige Anwendungen können eine „Leuchtturmwirkung“ erzeugen, sofern sie als exklusive Dienstleistung bei den Spezialkliniken eingebracht werden. Diese Alleinstellungsmerkmale könnten unter dem deutschen Qualitätssiegel auch langfristig Patienten zu einer Reise im Gesundheitstourismus bewegen.

Verstärkt werden sollten zudem kooperative Angebote mit der Hotellerie. Die Zusammenarbeit beschränkt sich dabei nicht nur auf Funktionen wie Übernachtung, Gastronomie oder Betreuung, sondern sollte verstärkt medizinischer Natur ein. Ein Beispiel ist das Medical Expert Board des InterContinental in Düsseldorf, ein Netzwerk bestehend aus fast 20 Ärzten, welches die Betreuung der internationalen Hotelgäste gewährleistet. Damit wird das Hotel als Beherbergungsbetrieb insbesondere für Medizintouristen attraktiv.

## 6.2. Infrastrukturentwicklung

Der Ausbau des Geschäftsfeldes „Medizintourismus“ sollte sowohl auf medizinischer als auch auf touristischer Seite mit Infrastrukturmaßnahmen begleitet werden. Dafür müssen finanzielle und personelle Mittel bei den Akteuren in zum Teil erheblichem Umfang bereitgestellt werden.

### Kliniken und Arztpraxen

Um die Patienten adäquat zu betreuen, zählen bei Kliniken mit Auslandsambitionen mittlerweile International Offices zum Standard. Diese Einheiten können extern (als eigene Agentur oder über einen Dienstleister) oder intern in die Organisationsstruktur und die Prozesse eingebunden werden. Die Offices sind in der Regel mit drei bis fünf Personen besetzt, die Mehrzahl davon sind Case Manager.

Berliner Kliniken, die am Geschäftsfeld „Medizintourismus“ partizipieren wollen, sollten ein solches Office, am besten als Profitcenter, einrichten. Bei kleineren Kliniken oder niedergelassenen Ärzten ist ein gemeinsames Betreiben einer solchen Organisationseinheit zu empfehlen.

Damit die Kliniken nicht nur den Patienten einen möglichst angenehmen stationären Aufenthalt bieten, sondern auch zusätzliche Einnahmen aus der Unterbringung von Begleitpersonen erzielen, gelten Hotel- oder Komfortstationen bzw. Gäste/Boarding Houses als gute Optionen, um diese Ziele zu erreichen und die Servicequalität zu erhöhen. Besonders für Kliniken mit einem Aufkommen an stationären internationalen Patienten von mehr als 300 pro Jahr sind derartige Unterbringungsmöglichkeiten eine Alternative, um das Geschäftsfeld zu professionalisieren. Zudem profitieren auch die Inlandspatienten von den komfortableren Zimmern.

### **Hotellerie**

Wenn sich die Patienten aus den arabischen Staaten im Hotel wohlfühlen sollen, ist es empfehlenswert die Zimmer und den Service an deren Gewohnheiten anzupassen. Eingepackter Koran, Mekka-Pfeil, Kochgelegenheiten auf dem Zimmer, halal Speisen, arabische TV-Kanäle oder extra Badezeiten für Frauen sind in auf diese Klientel spezialisierten Häusern durchaus üblich. Eine Verbindung von Hotel und Medizin, zum Beispiel über eine internistische Praxis oder eine Schönheitsklinik im Hotel, ist dagegen vergleichsweise selten. Hotels, die eine gesundheitstouristische Ausrichtung zur besseren Profilierung im Wettbewerb anstreben und über die Flächenkapazitäten verfügen, hätten so die Gelegenheit, mehr als nur Medical Wellness anzubieten. Beispiele für eine solche Symbiose sind die Praxisgemeinschaft im CongressHotel am Stadtpark in Hannover oder die Privatklinik im Breidenbacher Hof in Düsseldorf. Letztere ist 500 Quadratmeter groß, hat drei Operationssäle, befindet sich im fünften Stock des Hotels und hat etwa drei Millionen Euro gekostet. Die internationalen Patienten sorgen nicht nur für Einnahmen in der Klinik, sondern ebenfalls für eine Steigerung der Zimmerauslastung um fünf Prozent und eine erhöhte Nachfrage nach Suiten. Es wäre wünschenswert, wenn die Berliner Hotellerie eine stärkere Zusammenarbeit mit medizinischen Anbietern suchen würde, um medizinische Dienstleistungen wie beispielsweise CheckUps ins Hotel zu holen.

### **Wirtschaftsförderung/Tourismuspolitik**

Bisher erfolgt die Vermarktung der Medizintourismusdestination Berlin primär über die Berlin Tourismus & Kongress GmbH und Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, in der Regel über das Webportal visitBerlin, Publikationen, Messen sowie Veranstaltungen und Delegationsreisen. Das aus wenigen Kliniken und Praxen bestehende Netzwerk kann allerdings nur einen Teil der für eine bessere Positionierung der Stadt notwendigen Leistungen erfüllen. Für eine ganzheitliche Abwicklung aller Facetten des Medizintourismus wäre eine zentrale Organisationsstelle, eine Agentur oder ein Netzwerk, besser geeignet. Externe Aufgaben einer solchen Einrichtung könnten sein:

- einheitliche, aktive Vermarktung der medizinischen und nicht-medizinischen Dienstleistungen der Kliniken und Krankenhäuser in Berlin-Brandenburg im Ausland
- Akquisition von Ministerien, Gesundheitseinrichtungen, Versicherungen und Unternehmen für den Abschluss von Versorgungsverträgen und die spätere aktive Steuerung der

Patientenströme, beispielsweise auch durch Niederlassungen in den Zielregionen im Ausland bei Botschaften oder Organisationen

- Positionierung der Einrichtung als zentrale Kontaktstelle für die Zielgruppen, Schaffung von Welcome-Points, z.B. am neuen Berliner Flughafen
- Bereitstellung der nicht-medizinischen Dienstleistungen, die außerhalb des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser und Kliniken liegen.
- Integration von Drittleistungsanbietern (Dolmetscher, Apotheken, Sanitätshäuser, Reiseveranstalter etc.)

Intern hätte eine solche Einrichtung Aufgaben wie:

- Schaffung und Implementierung einheitlicher Prozesse für die Behandlung der ausländischen Patienten (finanziell, organisatorisch und medizinisch)
- aktive Steuerung der beteiligten Glieder der Prozesskette
- Vereinheitlichung der Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen, wie z.B. Kliniken, Botschaften, Versicherungen, Vermittler etc.
- Beratung der Krankenhäuser, die sich international positionieren und vermarkten möchten
- Unterstützung bei Forderungsmanagement/Inkasso
- Schaffung und Kontrolle der einheitlichen Qualitätsstandards bei der Behandlung der internationalen Patienten, Organisation von Schulungen/Weiterbildungsveranstaltungen
- Schaffung und Implementierung des einheitlichen elektronischen Informations- und Organisationssystems
  - Erstellung von Vertragsmustern und gemeinsamen Dokumenten wie Anamnesebögen
  - Marktforschung/Aufbau eines Kennzahlensystems
- Abstimmung in Vermarktung und Vertrieb mit anderen Akteuren der Gesundheitswirtschaft wie Medizintechnik, Arzneimittelindustrie, Health-IT oder wissenschaftlichen Einrichtungen
- Unterstützung und Beratung der medizintechnischen Unternehmen des Landes bei der Kontaktaufnahme im Ausland
- Übergreifende Gewinnung sowie Steuerung der Aus- und Weiterbildung der ausländischen Ärzte in den Kliniken (Gastarztprogramme), Organisation von Veranstaltungen/Delegationsreisen
- Aufbau des Dienstleistungsnetzwerks.

Eine Finanzierung einer solchen branchenübergreifenden Einrichtung kann über ein PPP-Modell mit einer Beteiligung der Länder sowie von Organisationen, Unternehmen und medizinischen Einrichtungen erfolgen.

### 6.3. Qualitätsmanagement und Qualifizierung

Um einen reibungslosen Ablauf des Patientenaufenthaltes zu gewährleisten, ist eine optimale Prozessausgestaltung notwendig. Damit sich alle beteiligten Akteure an die gesetzlichen Rahmenbedingungen (z.B. Abrechnungsgrundlagen) oder an eigens für den Bereich aufgestellte Regelungen (z.B. für Transplantationen, Behandlung austerapiierter Patienten) halten, bedarf es eines Terms of Conduct oder eines Zertifikates zur Überprüfung des Qualitätsmanagements. Aufgrund der heterogenen Anbieterstruktur ist entweder eine nur sehr reduzierte Qualitätsrichtlinie möglich, oder man konzipiert Qualitätsmanagement-standards für die einzelnen Bereiche. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Standards sollten in regelmäßigen Abständen Audits von externer Seite durchgeführt werden. Das dabei vergebene Zertifikat kann von den Teilnehmern in der Kommunikation eingesetzt werden. Es wäre sogar denkbar, Einrichtungen im Ausland als Partner eines Netzwerkes ebenfalls zu zertifizieren.

Zur Unterstützung des Zertifizierungsprozesses sollten für die einzelnen Teilnehmer Schulungsmaßnahmen angeboten werden. Diese bestehen je nach Vorkenntnissen aus Basisschulungen zum Thema „Wie baue ich das Geschäftsfeld auf“ oder diversen Aufbau- und Spezialkursen (vgl. Abb. 23). Eine Basisschulung sollte folgende Themen beinhalten:

- Zahlen und Fakten zum Medizintourismus
- Informationen zu Ländermärkten und deren Entwicklung
- Chancen und Risiken bei einem Markteintritt
- Marktteilnehmer, Wettbewerb im In- und Ausland
- strategische Ausrichtung und Organisationsstruktur im Klinikum
- notwendige Serviceleistungen, Outsourcing von Dienstleistungen
- Umgang mit Patienten, Botschaften, Patientenvermittlern
- Trends und Perspektiven.

Die Aufbaukurse „Abrechnung von medizinischen Behandlungen“, „Rechtliche Rahmenbedingungen“ oder „Marketing und Controlling“ könnten folgende Inhalte haben:

#### Abrechnung

- Organisationsformen eines International Office
- Umgang mit Botschaften, Selbstzahlern und Dienstleistern
- Serviceleistungen für ausländische Patienten
- Prozessabläufe bei der Organisation medizinischer Behandlungen in einem International Office
- IT-Prozess- und Schnittstellenmanagement
- DRG-Grundlagen zur Abrechnung stationärer Behandlungen

- GOÄ-Grundlagen zur Abrechnung von Privatarztleistungen
- Methoden zur Erstellung von Kostenvoranschlägen
- praxisorientierte Risikokalkulation
- Grundlagen zur Erstellung von Gesamtabrechnungen
- Kostencontrolling und -monitoring

#### Rechtliche Rahmenbedingungen

- rechtlich verbindliche Abrechnungsgrundlagen
- geltende Rechtsgrundlagen für Kliniken mit Patienten, Vermittlern und Servicedienstleistern
- Rechtsstand bei Zahlungsverzug
- Forderungsabtretung und Inkassorecht
- Provisionsvereinbarungen und Patientenzuweisung
- Fälle der aktuellen Rechtsprechung

#### Marketing und Controlling

- Wege zu einer internationalen strategischen Marketingausrichtung
- Kommunikation via Web und Social Media
- Werberechtliche Aspekte der Präsentation eines Krankenhauses im Internet
- Qualifizierung von Anfragen, medizinische Befunde
- Einblick in die Werbe- und Kommunikationspsychologie
- Herausforderungen im Marketing für internationale Patienten
- Internationale Vermarktung von Medizinleistungen und Serviceleistungen
- (Erweiterter) Marketing-Mix-Instrumente im International Patients Management
- Erstellen von Kostenvoranschlägen / Preisangeboten
- International Offices als Profit-Center
- Trends

Spezialisierungsseminare sollten für die wichtigsten Zielgruppen angeboten werden. Inhalte der Seminare zur Vorbereitung auf die Patienten aus dem arabischen Raum sowie dem russisch-sprachigen Raum wären dann:

- Beschreibung der Zielgruppe
- Defizite in den Gesundheitssystemen der Zielländer
- Gründe für die Behandlung in Deutschland

- Wettbewerb um diese Patienten im In- und Ausland
- Organisation und Internes Marketing
- Cultural Awareness, Erwartungen, Wünsche
- Kulturelle Besonderheiten, auf die es zu achten gilt
- Werbe- und Vertriebskanäle (Messen, PR, Netzwerke etc.)
- Internetmarketing
- Serviceleistungen
- Prozessabläufe der medizinischen Behandlung
- Visabeschaffung
- Umgang mit Botschaften, Dolmetschern, Betreuern, Patientenvermittlern
- Abrechnung
- Telemedizin / Second-Opinion
- Typische Fragen, die die Patienten stellen

Das Basisseminar sowie die Aufbau- und Spezialkurse können auch als Inhouse-Trainings für Ärzte und Pflegepersonal angeboten werden.

Für Dienstleister, die nur in geringerem Maße an den medizinischen und organisatorischen Prozessen beteiligt sind, wie Apotheken, Sanitätshäuser, Verkaufsberater, Merchants und Retailer, kann in einem Kompaktworkshop vermittelt werden, was Medizintourismus ist, welche Bedeutung das Thema Shopping für Medizintouristen hat, wie Tax Free Shopping funktioniert und was die Besonderheiten beim Kauf- und Kulturverhalten der verschiedenen internationalen Gäste sind.

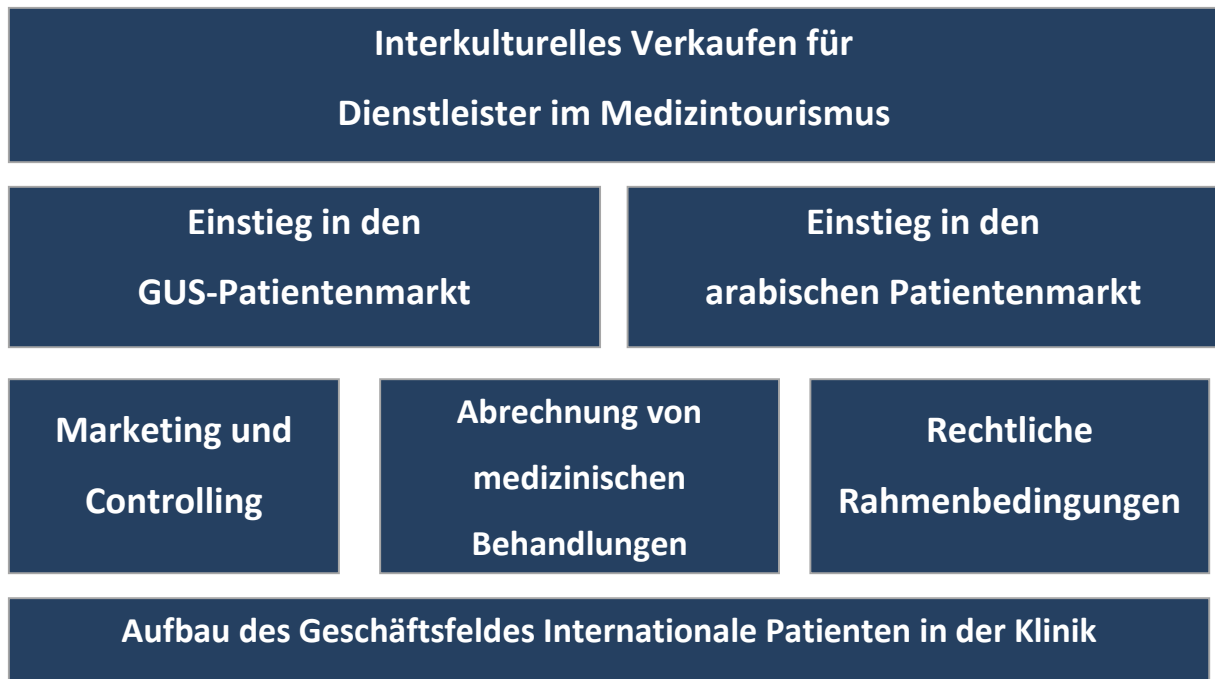


Abb. 23: Struktur eines Schulungsangebotes

Die Schulungen können sich über die Kostenbeiträge der Teilnehmer refinanzieren. Ein bundesweiter Anbieter aller Einzelmodule ist die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg in Zusammenarbeit mit Kliniken und Unternehmen aus dem gesamten Bundesgebiet.

## 6.4. Marketing und Vertrieb

Die medizinischen Kompetenzen der Hauptstadt (Operationsmethoden, Therapien, Forschung, Behandlungsqualität etc.) sowie die touristischen Möglichkeiten am Standort sollten in einem „Kompetenzschauenster“ herausgestellt werden. Dies kann eine Internetplattform sein, auf der sich Patienten, Kostenträger und Multiplikatoren in verschiedenen Sprachen über die Leistungsfähigkeit der medizinischen und touristischen Anbieter in Berlin informieren können. Die Seiten müssten ebenfalls für eine Medizintourismus App auf mobilen Endgeräten nutzbar sein. Die Endgeräte („Tablets“) könnten auch von den Kliniken mit verschiedenen Informationen über den Aufenthalt im Krankenhaus (Behandlungspläne, Übersicht über die Kliniken, Tools zur Veranschaulichung von Behandlungen, Trainingsvideos in der Rehabilitation, Speisepläne u.v.m.) bespielt werden und den Patienten leihweise oder zum Erwerb als Hardware zur Verfügung gestellt werden. Der Zugang zu einer elektronischen Patientenakte sollte ebenfalls darüber möglich sein.

Bei der Erstellung der webbasierten Informationen zur professionellen und zielgruppenfokussierten Vermarktung der Leistungen sollten unbedingt kulturspezifische Rahmenbedingungen (Bildwelten, Text/Bild-Verhältnis etc.) berücksichtigt werden. Zur Nachfragesteuerung sind Tools zur Suchmaschinenoptimierung (SEO) oder die Nutzung von Blogs/Foren oder anderen sozialen Netzwerken in den Quellländern zu empfehlen.

Die in Abb. 24 dargestellten Kommunikations- und Vertriebskanäle ergänzt um die klassisch mediale Werbung sollten vor allem mit den Kooperationspartnern entwickelt und ausgebaut werden. In den Flughäfen lassen sich sowohl an den An- und Abfluggates der russischen und arabischen Airlines als auch in den Lounges Werbematerialien auslegen. Bei den Hotelpartnern kann man gegebenenfalls auf die internationalen Vertriebskanäle der Hotelkette zugreifen oder das Hotel-TV zur Bewerbung von Angeboten nutzen. Eine innovative Werbemaßnahme wäre ebenfalls die Entwicklung eines Reiseführers „Medizintourismusdestination Berlin“, der im Ausland erhältlich ist und neben Informationen auch Checklisten oder Formulare enthält.



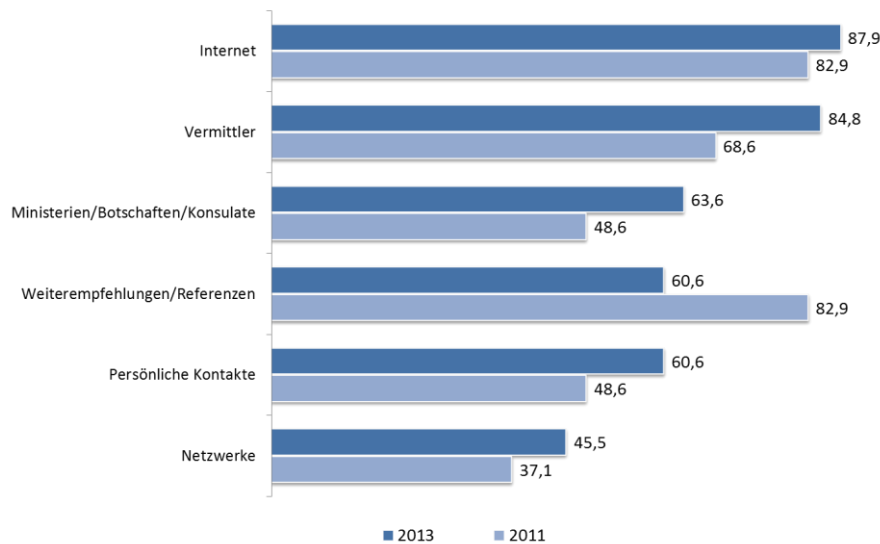


Abb. 24: Am häufigsten genutzte Kommunikations- und Vertriebswege zur Einwerbung internationaler Patienten (in Prozent)

Persönliche Kontakte schaffen auch Veranstaltungen wie Messen, Roadshows, Konferenzen oder Delegationsreisen. Die Gäste lernen die Leistungsfähigkeit der Anbieter vor Ort kennen und verbinden diese mit Personen. Aus diesen visuellen Kontakten entstehen leichter Geschäftsbeziehungen als über eine anonyme Informationsbeschaffung. Zudem gehören diese Formate zu den erwarteten Angeboten einer führenden Medizindestination. Nutzbare Plattformen für Veranstaltungen wären eine internationale Sonderveranstaltung im Rahmen des Hauptstadtkongresses oder das Deutsch-Arabisches Gesundheitsforum der Ghorfa. Die Facharztausbildung und Hospitation ausländischer Ärzte in Berlin lässt sich ebenfalls zur Gewinnung von Multiplikatoren und der Gewinnung von Partnerkliniken im Ausland nutzen.

Ein letzter wichtiger Punkt ist das interne Marketing. Nur wenn alle an der Prozesskette für den Behandlungsaufenthalt beteiligten Akteure wie Ärzte, Pflegepersonal, Casemanager, Dolmetscher und Patientenbetreuer zusammenarbeiten wollen und dies auch umsetzen, lässt sich eine Willkommenskultur für die internationalen Patienten etablieren.

## Zusammenfassung Potenzialstudie Medizintourismus

Es besuchen ca. 17.000 - 21.000 internationale Patienten jährlich Berlin (ambulant und stationär) und generieren einen Umsatz von ca. **100-150 Mio Euro** pro Jahr. Die Erlöse medizinischer Einrichtungen betragen 80-102 Mio Euro, die Umsätze der Hotellerie 4-11 Mio Euro und die des Handels 10-15 Mio Euro. Für die Kliniken sind die internationalen Patienten nicht nur aufgrund der zusätzlichen Einnahmen interessant. Die Auslandspatienten helfen auch, wie zum Beispiel in Rehabilitationseinrichtungen, freie Kapazitäten auszulasten. Für Städte mit einer hohen Klinikdichte, wie Berlin, München oder Köln/Bonn, sind Patienten aus dem Ausland auch aus diesen Gründen von Bedeutung. Hinzu kommen touristische Effekte wie Übernachtungen oder Konsum. Ein Vergleich zeigt: Trotz des bereits erheblichen Gesamtumsatzes ist noch eine **deutliche Steigerung möglich**. Bei den internationalen Übernachtungen lag Berlin 2014 mit 12,5 Millionen deutlich vor München mit 6,6 Millionen Gästen. Bei den stationären Auslandspatienten weist dagegen München im Vergleich zu Berlin rund ein Drittel mehr Patienten auf. Die Studie listet **Optionen** auf, den Gesamtumsatz weiter zu steigern. Vor Allem Angebote und Vermarktungsstrategie sollten ausgebaut werden, um einen Auftritt als „Medizinhauptstadt Europas“ zu etablieren:

- Hochleistungsmedizin wie Herzunterstützungssysteme, neuartige Tumortherapien oder endoskopische Operationsmethoden sowie neueste Medizintechnik sollten als klare Unterscheidungsfaktoren wahrnehmbar sein
- E-Health sollte als Infrastruktur- und Behandlungsoptimierungstool verwendet werden:
  - die Verknüpfung von Voruntersuchungen sowie Nachsorge durch die Schaffung einer virtuellen, indikationsbezogenen Sprechstunde
  - der Auf- bzw. Ausbau des Zweitmeinungsangebotes mit Telediagnostik
  - der Einsatz von Livestreaming von Operationen und Therapien zur Veranschaulichung und Angstreduktion vor Behandlungen
  - die Nachbetreuung von Diabetespatienten durch Monitoring der Vitalparameter über Telemedizin oder die telemedizinische Nachsorge von Implantatpatienten
  - die Entwicklung von Trainingsangeboten basierend auf Unterhaltungselektronik (Kinect Technologie, Serious Games)
  - die elektronische Mitnahme von Daten (z.B. Befunde) auch auf mobilen Endgeräten
- Integrierte Versorgungskonzepte sollten für internationale Patienten mit Netzwerken (Niedergelassenen, Praxisgemeinschaften/MVZs und Nachsorgeanbieter) und bidirektionalen Zusammenarbeiten von etablierten Unternehmen aus Patientenmanagement, Handel, Transport, Touristik etabliert werden
- Eine Leuchtturmwirkung kann durch den Aufbau von exklusiven Alleinstellungsmerkmalen wie z.B. die medizinische Hotellerie (siehe InterContinental Düsseldorf) erreicht werden

## **Handlungsempfehlungen**

### **Angebotsentwicklung und Innovationen**

Abstimmung der Module der medizinisch-therapeutischen und touristischen Dienstleistungskette: Die Prozesse für internationale Patienten sollten in allen Phasen der Behandlung und bei allen Leistungsträgern, auch unter Berücksichtigung der Schnittstellen mit ausgewählten Gesundheitsdienstleistern der Heimatstaaten, optimiert werden:

- Kooperationen mit medizinisch therapeutischen „Center of Excellence“ in den Heimatstaaten der internationalen Patienten (Partnerschaften „Hochleistungsmedizin“)
- Aufbau einer e-Health Plattform, in der Funktionalitäten für den Erstkontakt, Nachsorge und Expertenaustausch gebündelt sind (siehe obige Auflistung an Funktionalitäten)
- Aufbau von Netzwerken in der Region, um Angebote „aus einer Hand“ bieten zu können (z.B. für institutionelle Kostenträger)
- Weitere Anpassung der Angebote der Beherbergungsbetriebe an die spezifischen Bedürfnisse von Medizintouristen (spezifische Hotelangebote als Alleinstellungsmerkmale durch die Vernetzung mit medizinischen Leistungen z.B. Reha)

### **Infrastrukturentwicklung**

Ausweitung des Einsatzes von International Offices:

- Alle Kliniken, die am Geschäftsfeld „Medizintourismus“ partizipieren wollen, sollten ein solches Office, am besten als Profitcenter, einrichten
- Bei kleineren Kliniken oder niedergelassenen Ärzten ist ein gemeinsames Betreiben einer solchen Organisationseinheit zu empfehlen
- Weitere Anpassung der Einrichtungen der Hotellerie an die Gewohnheiten der internationalen Patienten v.a. des arabischen Raumes
- Einrichtung einer zentralen Organisationsstelle für eine ganzheitliche Abwicklung mit internen und externen Aufgaben

### **Qualitätsmanagement und Qualifizierung**

Aufbau eines Qualitätssystems:

- Externe Audits und Vergabe von Zertifikaten
- Angebot von Schulungsmaßnahmen zur Unterstützung des Zertifizierungsprozesses: Basisschulungen und Spezialkurse u.a. Marktübersicht, Abrechnungsmodalitäten, rechtlichen Rahmenbedingungen, Marketing und Controlling, spezielle Zielgruppen

### **Marketing und Vertrieb**

Gebündelte Darstellung der medizinischen Kompetenzen der Region sowie der touristischen Möglichkeiten in „Kompetenzschaufenstern“:

- Plattformen: Internet, App, Reiseführer für die Medizintourismusdestination
- Kontakte: Persönliche Kontakten auf Messen, Roadshows, Konferenzen und Delegationsreisen
- Internes Marketing: Enge Zusammenarbeit aller Akteure mit dem Ziel der Schaffung einer optimalen Willkommenskultur für die internationalen Patienten

## Literatur:

Asa & Associates LLP: A brief report on healthcare, telemedicine & medical tourism in India, Delhi 2013

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.): Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege v. 05.02.2014 auf die schriftliche Anfrage der Abgeordneten Kathrin Sonnenholzner SPD. 28.11.2013 zur Medizinische Behandlung von ausländischen Patient(inn)en und Patient(inn)en, Bayerischer Landtag, 17. Wahlperiode, Drucksache17/692, v. 14.03.2014  
Berlin Partner (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Prävention in der Hauptstadtregion Berlin-Brandenburg, Berlin 2014

Chinese Medical Doctor Association (Eds.): CHINA: Medical tourist demand from China, Online im Internet: <http://www.imtj.com/news/EntryId82=325408>, [03.12.2013]

DKI (Hrsg.): Krankenhaus Barometer 2014, Düsseldorf 2014

Forschungsstelle Osteuropa an der Universität Bremen (Hrsg.): Ukraine- Analysen, Nr. 106 v. 11.09.2012, Online im Internet: <http://www.laender-analysen.de/ukraine/pdf/UkraineAnalysen106.pdf> [14.04.2015]

Germany Trade and Invest (Hrsg.): Branche kompakt: Kasachstan – Medizintechnik, Berlin 2014

hotels.com (Hrsg.): Hotel Price Index 2014, Berlin 2015

Heuwinkel, K.: e-Health and Tourism, Saarbrücken, 2008

IMTJ/Intution Communication (Eds.): Medical Tourism Climate Survey 2014, Berkhamsted, 2014

Juszczak, J.: Internationale Märkte – Potenziale für deutsche Krankenhäuser, in: Debatin, J. F. et al . (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden, 2., akt. u. erw. Aufl., Berlin 2013, S. 151 – 157

Juszczak, J.: Internationale Patienten in deutschen Kliniken: Ansätze zur Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland, Schriftenreihe des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Bd. 8, Sankt Augustin 2007

Juszczak, J./Beyer, I.: Ergebnisse der 6. Marktstudie „Internationale Patienten in deutschen Kliniken“, in: Juszczak, J./Ebel, B. (Hrsg.): Einwerbung und Betreuung internationaler Patienten, Tagungsband zur 4. Konferenz Medizintourismus am 12. September 2013, Bd. 34, Sankt Augustin, 2014, S. 27 – 44

Kostrzewski, A.: Internationalisierung im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M. 2011

Moreira, P.: Medical tourism, international healthcare marketing and eHealth: when it all comes together, Lissabon, 2013

National Population and Family Planning Commission (Eds.): National Population Development Strategy Research Report 2007, Online im Internet: [http://www.gov.cn/gzdt/2007-01/11/content\\_493677\\_3.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2007-01/11/content_493677_3.htm), [15.03.2014]

OECD, Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications, Paris, 2012

Onyshchenko-Dubow, M./Shklyar, E.: Intensivseminar Einstieg in den GUS-Patientenmarkt, unveröff. Seminarunterlagen, Sankt Augustin 2014

Ostwald, D. A./Ransch, A.: Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, Berlin 2007, S. 40

Ozod-Hamad, M.: Erhebung zu arabischen Patienten und deren Betreuung: Eine Analyse der Prozessabläufe in einem externen international Office, unveröff., Sankt Augustin 2012

Shizas, C.: Cross border care – A challenge and an opportunity for Cyprus, Zypern 2014

Sommerfeldt, N./ Zschäpitz, H.: Die triumphale Rückkehr des Rubel, Online im Internet:  
<http://www.welt.de/finanzen/geldanlage/article139352979/Die-triumphale-Rueckkehr-des-Rubel.html>  
[14.04.2015]

Vogt, K.: Deutsche Luxus-Medizin für reiche Araber, Online im Internet:  
<http://www.welt.de/gesundheit/article4889353/Deutsche-Luxus-Medizin-fuer-reiche-Araber.html>,  
[06.11.2009]

Yu, S.: Empirische Untersuchung im Sinne der Einwerbung chinesischer Patienten, unveröff., Sankt Augustin 2014

Das **Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital** ist Teil der Gemeinsamen Innovationsstrategie der Länder Berlin und Brandenburg (innoBB). Das Clustermanagement liegt bei der Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH in Kooperation mit der ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH.

Ziel des länderübergreifenden Clustermanagements ist es, die regionalen Aktivitäten zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und klinischen Anwendern zu koordinieren und strategisch auszubauen, um die Spitzenposition der Hauptstadtregion in der Gesundheitswirtschaft und den Lebenswissenschaften auf nationaler und internationaler Ebene weiter voranzutreiben.

Weitere Informationen unter: [www.healthcapital.de](http://www.healthcapital.de)



**Herausgeber:**

Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH

Fasanenstr. 85 | 10623 Berlin

T +49 30 46302-500 | [info@berlin-partner.de](mailto:info@berlin-partner.de)

[www.berlin-partner.de](http://www.berlin-partner.de) | [www.businesslocationcenter.de](http://www.businesslocationcenter.de)