Exportpotenziale deutscher Gesundheitsprodukte in der EU

Studienbericht

© Alle Rechte vorbehalten

Exportpotenziale deutscher Gesundheitsprodukte in der EU

Richard Ochmann
Tilo Mandry
Hanna Hryhorova
Jan Gerlach
Sandra Hofmann

Studienbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi)

Berlin, April 2021

Autoren

Dr. Tilo Mandry
Dr. Richard Ochmann
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Jan Gerlach
Dr. Sandra Hofmann
Hanna Hryhorova
WifOR Institute GmbH
Rheinstraße 22
64283 Darmstadt

www.wifor.com

Zitierweise
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2021):
„Exportpotenziale deutscher Gesundheitsprodukte in der EU“ (Berlin/Darmstadt)

© Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

1. Hintergrund und Zielsetzung 8

2. Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen 9
2.1 Analyse des Marktpotenzials 9
2.2 Abgrenzung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft 9
2.3 Länderauswahl 12
2.3.1 Erste Stufe (15 aus 27 Ländern) 13
2.3.2 Zweite Stufe (5+2 aus 15 Ländern) 13
2.4 Experteninterviews 15

3. Indikatoren des Marktpotenzials 16
3.1 Marktgröße und Marktdynamik der Länder 16
3.1.1 System und Finanzierung der Krankenversicherung 16
3.1.2 Gesundheitsausgaben 19
3.2 Nachfragepotenziale 23
3.2.1 Bevölkerungsgröße 23
3.2.2 Vergangene demografische Entwicklung 24
3.2.3 Zukünftige demografische Entwicklung 25
3.3 Außenhandelspotenziale 26
3.3.1 Exportorientierte Gesundheitswirtschaft insgesamt 26
3.3.2 Exportorientierte Gesundheitswirtschaft nach Fokusgruppen 31
3.4 Rahmenbedingungen des Marktzugangs (Erstattungsregulierungen) 43

4. Ergebnis der Auswahl von Ländern 46
4.1 Erste Stufe: Auswahl von 15 Ländern 46
4.1.1 Ergebnis der Länderauswahl 47
4.1.2 Kurzanalyse der ausgewählten 15 Länder 48
4.2 Zweite Stufe: Auswahl von 5+2 Ländern 59
4.2.1 Ergebnis der Bewertung des Marktpotenzials 59
4.2.2 Ergebnis der Länderauswahl 61
4.2.3 Vertiefende Analyse der ausgewählten 5+2 Länder 62

5. Ergebnisse der Experteninterviews 72
5.1 Länderauswahl 72
5.2 Vorgeschlagene Maßnahmen 73
5.3 Kooperationsmöglichkeiten 77

6. Erstellung eines Länder-Rankings 78

7. Ableitung von Handlungsempfehlungen 81

Abbildungen 4

Tabellen 7

Abbildungen

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen bei der Länderauswahl 12

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Kostenträgern und Ländern (2018) 18

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Ländern (2018) 19

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Versorgungssektoren und Ländern (2018) 20

Abbildung 5: Veränderung der Gesundheitsausgaben pro Kopf zwischen den Jahren 2010 und 2018 nach Ländern 21

Abbildung 6: Vergleich Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und gesamtwirtschaftliches Wachstum (BIP) 22

Abbildung 7: Anzahl und Anteil der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter nach Ländern (2019) 23

Abbildung 8: Veränderung der Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter nach Ländern (2019/2010) 24

Abbildung 9: Vorausberechnung der Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter nach Ländern (2030/2019) 25

Abbildung 10: Exporte der exportorientierten Gesundheitswirtschaft der EU-27-Länder in den EU-Binnenmarkt im Jahr 2019 27

Abbildung 11: Importe der exportorientierten Gesundheitswirtschaft der EU-27-Länder aus dem EU-Binnenmarkt im Jahr 2019 28

Abbildung 12: Weltweite Importe der EU-27-Länder und der Anteil der außereuropäischen Importe im Jahr 2019 29

Abbildung 13: Deutsche Exporte der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in die EU-27-Länder im Jahr 2019 30

Abbildung 14: Deutsche Importe der exportorientierten Gesundheitswirtschaft aus den EU-Ländern im Jahr 2019 30

Abbildung 15: Importe der EU-27 aus Deutschland und Anteil am gesamten EU-27-Import des jeweiligen Landes im Jahr 2019 31

Abbildung 16: Entwicklung der deutschen Exporte von Arzneimitteln absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte 32

Abbildung 17: Jährliches Wachstum von exportierten Arzneimitteln aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 33

Abbildung 18: Anteil der Exporte von Arzneimitteln in außer- und innereuropäische Staaten 34

Abbildung 19: Entwicklung der Exporte von Medizinprodukten absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte 34

Abbildung 20: Jährliche Wachstum von exportierten Medizinprodukten aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 35

Abbildung 21: Anteil der Exporte von Medizinprodukten aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 36

Abbildung 22: Entwicklung der Exporte von Medizintechnik aus Deutschland absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte 36

Abbildung 23: Jährliches Wachstum von exportierter Medizintechnik aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 37

Abbildung 24: Anteil der Exporte von Medizintechnik aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 38

Abbildung 25: Entwicklung der Exporte von Biotechnologie aus Deutschland absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte 39

Abbildung 26: Jährliches Wachstum von exportierter Biotechnologie aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 40

Abbildung 27: Anteil der Exporte von Biotechnologie aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten 41

Abbildung 28: Entwicklung intra- und extraeuropäischer Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte von 2010 bis 2019 42

Abbildung 29: Anteil der intra- und extra-EU-Importe (Drittstaatenanteile) der Länder (in den Jahren 2010 und 2019) 48

Abbildung 30: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) von Importen aus dem außereuropäischen Raum (2010-2019) 49

Abbildung 31: Anteil der Importe aus Deutschland im Jahr 2010 (linke Abbildung) und im Jahr 2019 (rechte Abbildung) 50

Abbildung 32: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) der absoluten Werte der Importe aus Deutschland nach den Ländern (2010 - 2019) 51

Abbildung 33: Anteil der deutschen Exporte nach den Ländern im Jahr 2010 (linke Abbildung) und im Jahr 2019 (rechte Abbildung) 52

Abbildung 34: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) der absoluten Werte von deutschen Exporten (2010 - 2019) 53

Abbildung 35: Länderanteile am Produktionswert der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in ausgewählten EU-Staaten (2019) 54

Abbildung 36: Bruttowertschöpfung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in Mio. Euro nach Ländern im Jahr 2019 56

Abbildung 37: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) der Bruttowertschöpfung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft nach Ländern (2010 - 2019) 57

Abbildung 38: Bruttowertschöpfungsbeitrag der exportorientierten Gesundheitswirtschaft zum nationalen Bruttoinlandsprodukt nach Ländern im Jahr 2019 und 2010 58

Abbildung 39: Importabhängigkeiten in der 5+2 Länderauswahl (2019) 67

Abbildung 40: Bruttowertschöpfungsmultiplikatoren nach Ländern und deren Mittelwert im Jahr 2019 70

Abbildung 41: Ranking der ausgewählten 5+2 Länder 80

Abbildung 42: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Gesamt) inkl. Q1-Q3/2020 94

Abbildung 43: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Arzneimittel) inkl. Q1-Q3/2020 94

Abbildung 44: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Medizinprodukte) inkl. Q1-Q3/2020 95

Abbildung 45: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Medizintechnik) inkl. Q1-Q3/2020 95

Abbildung 46: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Biotech) inkl. Q1-Q3/2020 96

Abbildung 47: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Arzneimittel im Jahr 2019 97

Abbildung 48: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizintechnik im Jahr 2019 98

Abbildung 49: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizinprodukte im Jahr 2019 99

Abbildung 50: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Biotechnologie im Jahr 2019 100

Tabellen

Tabelle 1: Krankenversicherungssysteme der Länder 17

Tabelle 2: Deutsche gesundheitswirtschaftliche Exporte (2019) auf einen Blick 42

Tabelle 3: Auswahl von 5+2 Ländern für weitere Analysen 61

Tabelle 4: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für die exportorientierte Gesundheitswirtschaft im Jahr 2019 (in Mio. Euro) 63

Tabelle 5: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Arzneimittel im Jahr 2019 (in Mio. Euro) 64

Tabelle 6: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizintechnik im Jahr 2019 (in Mio. Euro) 65

Tabelle 7: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizinprodukte im Jahr 2019 (in Mio. Euro) 65

Tabelle 8: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Biotechnologie im Jahr 2019 (in Mio. Euro) 66

Tabelle 9: Bewertung der Länderauswahl durch Expertinnen und Experten 72

Tabelle 10: Themen, bei denen die Expertinnen und Experten Bedarf an Marktinformationen äußerten 73

Tabelle 11: Maßnahmen der politischen Flankierung, die die Expertinnen und Experten anführten 75

Tabelle 12: Themen, bei denen die Expertinnen und Experten Bedarf an Unterstützungsangeboten der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft äußerten 76

Tabelle 13: Aspekte für Kooperationsmöglichkeiten in den ausgewählten Ländern, die die Expertinnen und Experten anführten 77

Tabelle 14: Erwartungen der Expertinnen und Experten hinsichtlich einer Re-Orientierung der Exportbeziehungen auf Europa 77

Tabelle 15: Erfüllung der quantitativen Auswahlkriterien auf der ersten und zweiten Stufe der Länderauswahl 86

Tabelle 16: Weitere durch Expertinnen und Experten genannte Länder bzw. Regionen 89

1. Hintergrund und Zielsetzung

Die Exportinitiative Gesundheitswirtschaft des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) unterstützt Unternehmen in Deutschland dabei, weltweit Auslandsmärkte zu erschließen. Dabei konzentriert sich die Förderung auf kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) der Branchen Arzneimittel, Medizintechnik, medizinische Biotechnologie und digitale Gesundheitswirtschaft sowie auf Drittländer außerhalb Europas bzw. außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes.

Die Entwicklungen während der Covid-19-Pandemie haben einerseits gezeigt, wie eng verzahnt einzelne Volkswirtschaften und ihre Wertschöpfungsketten sind. Andererseits wurde deutlich, wie krisenanfällig internationale Lieferbeziehungen und Marktverhältnisse sind. Aus Sicht von KMU in Deutschland mit internationalen Handelsbeziehungen betrifft dies insbesondere Drittstaaten. Im Gegensatz dazu stellt der EU-Binnenmarkt einen verlässlicheren Rahmen für internationale Handelsbeziehungen dar, innerhalb dessen der freie Warenverkehr auch in Krisenzeiten aufrechterhalten werden kann. Kooperationen im Bereich der Gesundheitswirtschaft sind zudem auch für die beteiligten Partnerländer von Vorteil, da vor Ort Wertschöpfung entsteht, etwa durch Forschung, Fertigung oder Vertriebsleistungen. Aus diesem Grund sollen sich die Aktivitäten der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft zukünftig stärker (bis zur Hälfte) auf den Europäischen Wirtschaftsraum konzentrieren.

Vor dem dargestellten Hintergrund ist das Ziel dieser Studie – auf Basis einer Analyse der Gesundheitswirtschaft in Europa – die Ermittlung von mindestens fünf europäischen Ländern, die aus Sicht von KMU der Gesundheitswirtschaft in Deutschland ein hohes Marktpotenzial in Bezug auf Absatz (Exporte) und Kooperationsmöglichkeiten aufweisen. Die Studie konzentriert sich dabei auf die Bereiche Arzneimittel, Medizinprodukte, Medizintechnik und medizinische Biotechnologie.

Als Ergebnis der Analyse wurde ein Länderranking zur Erschließung europäischer Absatzmärkte in den genannten Bereichen erstellt. In Verbindung mit dem Länderranking wurden Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger abgeleitet. Darüber hinaus wurden praktikable Ansätze aufgezeigt, wie bestehende Formate der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft für die angestrebte Re-Fokussierung auf europäische Zielmärkte genutzt werden können.

2. Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Für die Auswahl der Länder wurde in dieser Studie eine Analyse des Marktpotenzials der einzelnen Länder vorgenommen.

2.1 Analyse des Marktpotenzials

Die Analyse des Marktpotenzials (Abschnitt 3) erfolgte datenbasiert anhand von Indikatoren, die wiederum gruppiert nach den folgenden Kategorien betrachtet wurden:

- Marktgröße und Marktdynamik (Abschnitt 3.1)
- Nachfragepotenziale (Abschnitt 3.2)
- Außenhandelspotenziale (Abschnitt 3.3)
- Rahmenbedingungen des Marktzugangs (Abschnitt 3.4)

Die einzelnen Indikatoren des Marktpotenzials wurden schließlich zusammen interpretiert, und das Marktpotenzial der Länder wurde bewertet (Abschnitt 4). Isoliert haben die einzelnen Indikatoren nur eine eingeschränkte Aussagekraft, da sie sich auch gegenseitig beeinflussen.

Der Analyse des Marktpotenzials wurden Daten aus diversen Quellen zugrunde gelegt:

- der Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zu System und Finanzierung der Krankenversicherungssysteme, Gesundheitsausgaben, Nachfragepotenziale/Demografie und Rahmenbedingungen des Marktzugangs,
- von Eurostat insbesondere zur Bevölkerungsentwicklung sowie zum Aufkommen von Produktions- und Handelsgütern und
- der Europäischen Kommission (European Observatory on Health Systems and Policies).

Diese Datengrundlagen wurden zudem bei der Abgrenzung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft (Abschnitt 2.2) zugrunde gelegt.

2.2 Abgrenzung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft

Zur Quantifizierung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft bedarf es im ersten Schritt einer fundierten Abgrenzung der Branche, sodass die darauffolgenden Berechnungen und Analysen der Handelsverflechtungen zwischen Deutschland und den ausgewählten EU-Ländern konsistent und entsprechend der gleichen Produktsystematik durchgeführt werden können.

Die Abgrenzung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft im vorliegenden Bericht folgt der Definition und Güterabgrenzung der vorhandenen Gesundheits-

wirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) des BMWi.[1] Die Erfassung der Gesundheitswirtschaft im Rahmen der GGR ist an die Definition der Nationalen Branchenkonferenz aus dem Jahr 2005 angelehnt.

Demnach umfasst die Gesundheitswirtschaft die „Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen".[2]

Da es sich bei der exportorientierten Gesundheitswirtschaft um Produkte der industriellen Gesundheitswirtschaft handelt, die u. a. die Bereiche wie Pharmazie oder Medizintechnik abdeckt, wird die Abgrenzung der Branche auf die Güter dieses Teilbereichs der Gesundheitswirtschaft bezogen. Folglich werden nur diejenigen Produkte in den zugrundeliegenden Statistiken herangezogen, die inhaltlich der GGR-Abgrenzungssystematik entsprechen.

Die Abgrenzung und die Einteilung von Produkten der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in die sogenannten Fokusgruppen Medizintechnik, Medizinprodukte, Arzneimittel und Biotechnologie sind zudem inhaltlich konsistent zu den schwerpunktmäßigen Themenbereichen der Exportinitiative des BMWi (Arzneimittel, Medizintechnik, medizinische Biotechnologie und digitale Gesundheitswirtschaft).

Konkret wurde im ersten Schritt so vorgegangen, dass die GGR-Güter mit den Produkten aus der europäischen Produktionsstatistik ProdCom[3] zunächst anhand der Produktcodes gefiltert wurden. Diese Statistik, differenziert nach ca. 3.900 unterschiedlichen Waren, erfasst die wert- und mengenmäßige Herstellung von Industrieerzeugnissen innerhalb der Europäischen Union und stellt somit eine Datengrundlage für die Exporte und Importe der EU-Länder dar.

Anschließend wurde die Auswahl dahingehend geprüft, ob die Bezeichnungen der ProdCom-Produkte, mit denen der GGR-Güter inhaltlich übereinstimmen. Final stand eine Liste der auf die GGR-Systematik abgestimmten ProdCom-Produkte für die exportorientierte Gesundheitswirtschaft fest.

Da die ProdCom-Statistik zwar die Daten u. a. zu Exporten und Importen der EU-Länder bereitstellt, jedoch keine Handelsverflechtungen zwischen den einzelnen Ländern angibt, bedarf es einer weiteren Datenquelle.

---

1 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), „Gesundheitswirtschaft - Fakten & Zahlen. Handbuch zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit Erläuterungen und Lesehilfen" (Darmstadt & Berlin, 2018), https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-handbuch.pdf?__blob=publicationFile&v=10.

2 BioCon Valley, „Konferenzbericht. Nationale Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft" (Rostock, 2015).

3 Vgl. https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/prodcom.

Eine differenzierte und detaillierte Abbildung des Handelsgeschehens zwischen den Ländern innerhalb und außerhalb des EU-Raumes bieten die Daten von Eurostat zum internationalen Warenhandel (s. hier: „EU Handel nach CN8 seit 1988“). Die darin genutzte Gütersystematik der „kombinierten Nomenklatur“ (KN bzw. CN, combined nomenclature) differenziert zwischen ca. 9.400 Handelswaren.[4]

Mithilfe der Statistik zum internationalen Handel können somit differenzierte Aussagen zu Handelsbeziehungen zwischen den einzelnen Ländern und deren Entwicklung in den vergangenen Jahren gemacht werden.

Da jedoch diese Statistik eine andere Produktsystematik verfolgt, bedarf es einer weiteren Abgrenzung, damit die anfänglich zugrunde gelegte GGR-Gütersystematik erhalten bleiben kann. Folglich wurde diese Statistik mithilfe der von Eurostat bereitgestellten Korrespondenztabellen, die die jeweiligen Gütersystematiken ineinander überführen, mit den bereits ausgewählten und geprüften ProdCom-Daten abgeglichen.[5] Somit konnte sichergestellt werden, dass die unterschiedlich erfassten Produkte vergleichbar sind.

Die abgeglichene Datenbasis zum internationalen Warenhandel konnte im nächsten Schritt für die Erfassung der relevanten Kennzahlen herangezogen werden. Die zugrunde gelegten Kennzahlen beziehen sich auf die für die Analyse der exportorientierten Gesundheitswirtschaft notwenigen Daten, wie Exporte und Importe der Länder sowie deren Handelsverflechtungen.

Entsprechend wurden für die 27 EU-Länder Daten zu Exporten und Importen der jeweiligen Länder insgesamt, aber auch differenziert danach, ob der Handel sich auf den innereuropäischen und außereuropäischen Raum bezieht, erhoben. Zudem konnten detaillierte Ergebnisse zu den Handelsverflechtungen der einzelnen Länder zu den jeweiligen 27 EU-Ländern aufgezeigt werden.

Bei der Betrachtung von Handelsverflechtungen im Spiegelvergleich kann es jedoch zu Abweichungen bzw. Asymmetrien in den Außenhandelsdaten kommen. Werden die Importe und Exporte der Partnerländer gegenübergestellt, lassen sich Unterschiede in den Werten erkennen. Es handelt sich dabei um ein bekanntes Problem, dessen mögliche Ursachen der Datenhalter (EUROSTAT) in eigenen Qualitäts- und Methodenberichten thematisiert.[6]

Aus deutscher Exportsicht beliefen sich im Rahmen der vorliegenden Studie die relativen Abweichungen der spiegelbildlichen Transaktionen für die gesamte exportorientierte Gesundheitswirtschaft in einem Korridor zwischen -37,8 Prozent relativer Unterschätzung der Exporte im Einfuhrland (hier Niederlande) und

---

4 Vgl. https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/international-trade-in-goods/methodology/classifications.

5 Vgl. https://ec.europa.eu/eurostat/ramon/.

6 Vgl. https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/international-trade-in-goods/faq; https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/9568307/KS-FT-19-002-EN-N.pdf/856f28e5-e9f6-4669-8be0-2a7aa5b1ee67?t=1549983805000.

18,9 Prozent Überschätzung der Exporte im Einfuhrland (hier Lettland). Dass es zu Asymmetrien in den europäischen Handelsdaten kommen kann war, den Autoren stets bewusst. Eine besondere Adjustierung, um Abweichungen zu korrigieren bzw. aufzulösen, ist nicht erfolgt. [7]

2.3 Länderauswahl

Die Auswahl von mindestens fünf Ländern aus den EU-27, die aus Sicht von KMU der Gesundheitswirtschaft in Deutschland ein hohes Marktpotenzial in Bezug auf Absatz (Exporte) und Kooperationsmöglichkeiten aufweisen, erfolgte in einer Kombination aus quantitativen, datenbasierten Analysen auf der einen Seite und qualitativen Experteneinschätzungen auf der anderen Seite (Mehrkomponentenanalyse) (Abbildung 1).

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen bei der Länderauswahl

Quelle: Eigene Darstellung IGES

Die quantitativen Analysen basieren auf Daten zur Marktgröße und Marktdynamik (Niveau und Entwicklung der Gesundheitsausgaben), dargestellt in Abschnitt 3.1, zu Nachfragepotenzialen (Abschnitt 3.2) und zu Handelsströmen (Import- und Exportverflechtungen), dargestellt in Abschnitt 3.3.

Die qualitativen Experteneinschätzungen umfassen die Expertise der IGES- und WifOR-Expertinnen und Experten zu Stand und Entwicklung der Märkte für die vier Fokusgruppen in den einzelnen Ländern (Technologien, Innovationspotenzial) sowie zu Sonderfaktoren im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie, dargestellt in Abschnitt 4.2.1.

Die Auswahl der Länder wurde in zwei Stufen vorgenommen. Auf der ersten Stufe wurden 15 Länder aus den EU-27 ausgewählt. Auf der zweiten Stufe wurden von

[7] Vgl. Qualitätsmerkmal Kohärenz - Zur Vergleichbarkeit von Außenhandelsdaten (destatis.de)

diesen 15 Ländern für die weitere, tiefergehende Analyse wiederum fünf Länder, noch ergänzt um zwei weitere Länder („5+2 Länder“), ausgewählt.

Die Kriterien und die Auswahl der Länder auf beiden Stufen wurden mit dem Auftraggeber diskutiert und abgestimmt. Das Ergebnis der Länderauswahl wird in Abschnitt 4 dargestellt.

2.3.1 Erste Stufe (15 aus 27 Ländern)

Auswahlkriterien

Folgende Auswahlkriterien wurden auf der ersten Stufe der Länderauswahl zugrunde gelegt:

1. Die Märkte der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in dem Land weisen eine überdurchschnittliche Marktgröße und/oder Marktdynamik auf.
2. Es bestehen bereits etablierte Handelsbeziehungen zwischen dem Land und Deutschland in Bezug auf die Fokusgruppen, auf denen aufgebaut werden kann.
3. Die Handelsbeziehungen mit Deutschland können noch ausgebaut werden.
4. Die Verfügbarkeit und der Zugang zu Informationen über das Gesundheitssystem sowie zur Struktur und Regulierung der relevanten Märkte der Fokusgruppen ist gegeben.

Gewichtung der Kriterien

Eine stark eingeschränkte Daten-Verfügbarkeit führte zum Ausschluss eines Landes (Ausschlusskriterium), sofern das Land nicht generell von besonderem Interesse für die weitere Analyse war. Die Handelsbeziehungen wurden über den Anteil an den deutschen Exporten sowie den Importanteil Deutschlands quantifiziert. Ansonsten wurden die Kriterien 1, 2 und 3 in etwa gleich gewichtet. Ein Land sollte mindestens zwei der ersten drei Kriterien erfüllen, um auf der ersten Stufe ausgewählt zu werden.

2.3.2 Zweite Stufe (5+2 aus 15 Ländern)

Auf der zweiten Stufe der Länderauswahl wurde für die 15 Länder eine Bewertung des Marktpotenzials durchgeführt, um auf dieser Basis das Potenzial für Kooperationen abschätzen zu können. Dafür wurden Bewertungskriterien festgelegt, die sich zum einen auf quantitative Analysen beziehen (quantitative Kriterien) und zum anderen auf qualitative Einschätzungen (qualitative Kriterien), und diese gewichtet. Anschließend wurden 5+2 aus den 15 Ländern für eine weitere Analyse ausgewählt.

Kriterien der Bewertung des Marktpotenzials

Für die Bewertung des Marktpotenzials auf der zweiten Stufe der Länderauswahl wurden folgende quantitative und qualitative Kriterien zugrunde gelegt:

Als quantitative Kriterien wurden zugrunde gelegt:

1. Das Niveau der Gesundheitsausgaben in dem Land ist überdurchschnittlich hoch (Marktgröße), und die Gesundheitsausgaben haben sich in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark zunehmend entwickelt (Marktdynamik).
2. Aus den Rahmenbedingungen der Marktentwicklung, vor allem der Bevölkerungsstruktur mit einem hohen Anteil älterer Einwohner sowie der demografischen Entwicklungen, ergeben sich überdurchschnittlich große Nachfragepotenziale.
3. Das Außenhandelspotenzial des Landes, gemessen an dem Anteil des Imports, der auf Drittländer außerhalb der EU entfällt, sowie dem Anteil an den Exporten Deutschlands, fällt überdurchschnittlich groß aus.

Als qualitative Kriterien wurden zugrunde gelegt:

1. Aus dem Stand und der bisherigen Entwicklung der Märkte des Landes (z. B. in Bezug auf Technologien) ergibt sich Kooperationspotenzial für deutsche KMU.
2. Die voraussichtliche zukünftige Entwicklung der Märkte (z. B. in Bezug auf Innovationen) deutet auf ein überdurchschnittlich großes Marktpotenzial hin.
3. Es besteht eine besondere Betroffenheit des Landes von der Covid-19-Pandemie.
4. Die verfügbaren Datengrundlagen zu den Indikatoren des Marktpotenzials des Landes sind hinreichend aussagekräftig.[8]

Gewichtung der Bewertungskriterien

Wenn die Aussagekraft der Datengrundlagen erheblich eingeschränkt ist, führte dieses Kriterium zum Ausschluss eines Landes (Ausschlusskriterium), sofern das Land nicht generell von besonderem Interesse für die weitere Analyse war. Darüber hinaus wurden die Kriterien in etwa gleich gewichtet. Für jedes der drei quantitativen Kriterien sowie für die ersten beiden qualitativen Kriterien wurden jeweils zwei bis drei Länder identifiziert, die diese Kriterien am weitestgehenden erfüllen. Das Kriterium der Pandemie-Betroffenheit wurde ergänzend berücksichtigt, führte allerdings zu keiner Veränderung des Länder-Rankings.

[8] Die Aussagekraft der Datengrundlagen bildet die Voraussetzung, dass die quantitativen Kriterien herangezogen werden können. Sie selbst wurde allerdings hier qualitativ bewertet, da keine unmittelbaren Daten vorlagen, anhand der die Aussagekraft der Datengrundlagen bewertet werden konnte. Daher wurde eine qualitative Einschätzung der Aussagekraft der Datengrundlagen vorgenommen.

2.4 Experteninterviews

Die Auswahl von 5+2 Ländern wurde anschließend durch die Einbeziehung von Institutionen sowie Expertinnen und Experten validiert. Dafür wurden Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von einzelnen, exportorientierten Unternehmen der Gesundheitswirtschaft der vier Fokusgruppen sowie von Unternehmens- bzw. Fachverbänden durchgeführt.

Neben der Validierung der Länder-Auswahl war das Ziel der Expertengespräche, Unterstützungsbedarfe und Voraussetzungen zur weitergehenden Markterschließung in den ausgewählten – sowie ggf. weiteren – Ländern aus Sicht der Befragten zu ermitteln. Gegenstand der Befragung waren u. a. folgende Aspekte:

- Nachvollziehbarkeit der Länderauswahl bzw. abweichende Einschätzungen,
- Bewertung der Auswahlkriterien (Aussagekraft, Vollständigkeit, weitergehende Aspekte, v. a. auch qualitativer Art),
- Voraussetzungen für weitergehende Markterschließung aus Sicht der Befragten und
- Ansatzpunkte für Kooperationsmöglichkeiten in den ausgewählten Ländern.

Es wurden insgesamt 14 Verbände und 256 Unternehmen kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch und per E-Mail. Je Unternehmen wurden bis zu vier Versuche der Kontaktaufnahme unternommen. Von den kontaktierten Unternehmen und Verbänden waren insgesamt 51 Expertinnen und Experten bereit, an einem Gespräch teilzunehmen. Es wurden semi-strukturierte Interviews geführt. Nicht alle Gesprächspartnerinnen und -partner haben zu allen Fragen Antworten gegeben. Dies hatte verschiedene Gründe:

- Die Frage wurde als irrelevant für das Unternehmen betrachtet.
- Für die Beantwortung fehlte der oder dem Befragten die Befugnis oder das Wissen innerhalb der Organisation.
- Die Beantwortung wurde ohne Angabe eines Grundes verweigert.

Geführt wurden letztlich insgesamt 50 semi-strukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten der Unternehmen bzw. Verbände von ca. 15- bis 90-minütiger Dauer. Die zehn Verbände, mit deren Expertinnen und Experten Gespräche geführt wurden, sind im Anhang in Abschnitt 8 aufgeführt. Den Unternehmen, die sich an der Befragung beteiligt haben, wurde eine Geheimhaltung ihrer Teilnahme zugesichert, weshalb sie nicht genannt werden. Die Unternehmen verteilen sich in etwa gleich auf die vier Fokusgruppen dieser Studie.

Für die Durchführung der Interviews wurde ein kurzer Leitfaden entwickelt (vgl. den Anhang in Abschnitt 8) und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Von den Ex-

pertengesprächen wurden Notizen angefertigt, die der Auswertung zugrunde gelegt wurden. Die Notizen wurden strukturiert ausgewertet und die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt (vgl. Abschnitt 5).

3. Indikatoren des Marktpotenzials

Die Analyse des Marktpotenzials erfolgte datenbasiert anhand von Indikatoren, die wiederum gruppiert nach Kategorien betrachtet wurden.

- Im Kontext der Marktgröße und Marktdynamik wurden u. a. das Niveau und die Entwicklung der Gesundheitsausgaben betrachtet (Abschnitt 3.1).
- Innerhalb der Kategorie der Nachfragepotenziale wurden die Altersstruktur der Bevölkerung und demografische Entwicklungen herangezogen (Abschnitt 3.2).
- Die Außenhandelspotenziale wurden anhand von Handelsverflechtungen innerhalb und außerhalb des Binnenmarktes bewertet (Abschnitt 3.3).
- Und schließlich wurden Erstattungsregulieren im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen des Marktzugangs dargestellt (Abschnitt 3.4).

Die Darstellung der Indikatoren der Marktgröße und Marktdynamik und der Nachfragepotenziale sowie der Rahmenbedingungen des Marktzugangs beschränkt sich überwiegend auf die 15 Länder, die auf der ersten Stufe der Länderauswahl ausgewählt wurden (vgl. Abschnitt 4.1). Als Vergleich wird stets Deutschland aufgeführt. Die Außenhandelspotenziale (Abschnitt 3.3) werden für alle EU-27-Länder dargestellt.

Da die Marktgröße und die Marktdynamik als Kriterium bereits auf der ersten Stufe der Länderauswahl zugrunde gelegt wurden, greift die Beschränkung der Darstellung auf die ausgewählten 15 Länder an dieser Stelle der eigentlichen Länderauswahl vorweg. Eine Bewertung der Auswahlkriterien für alle 27 Länder auf der ersten Stufe findet sich in Tabelle 15 im Anhang in Abschnitt 8.

3.1 Marktgröße und Marktdynamik der Länder

3.1.1 System und Finanzierung der Krankenversicherung

Zunächst werden mit dem System der Krankenversicherung und der Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung nach Kostenträgern zwei Indikatoren betrachtet, die als Hintergrundinformation für die Einordnung der gesamten Gesundheitsausgaben in den Ländern dienen, die im folgenden Kapitel 3.1.2 betrachtet werden. Diese Indikatoren selbst wurden nicht unmittelbar für die Länderauswahl herangezogen.

In Bezug auf das System und die Finanzierung der Krankenversicherung lassen sich die Länder in zwei Gruppen einteilen: Länder, deren Krankenversicherungssystem

– ähnlich zu dem deutschen System – überwiegend über eine Sozialversicherung finanziert wird (Österreich, Tschechien, Frankreich, Niederlande, Polen, Belgien und Rumänien), und Länder, die das Krankenversicherungssystem überwiegend aus Steuern finanzieren (Finnland, Dänemark, Schweden, Spanien, Ungarn, Portugal, Italien und Slowenien) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Krankenversicherungssysteme der Länder

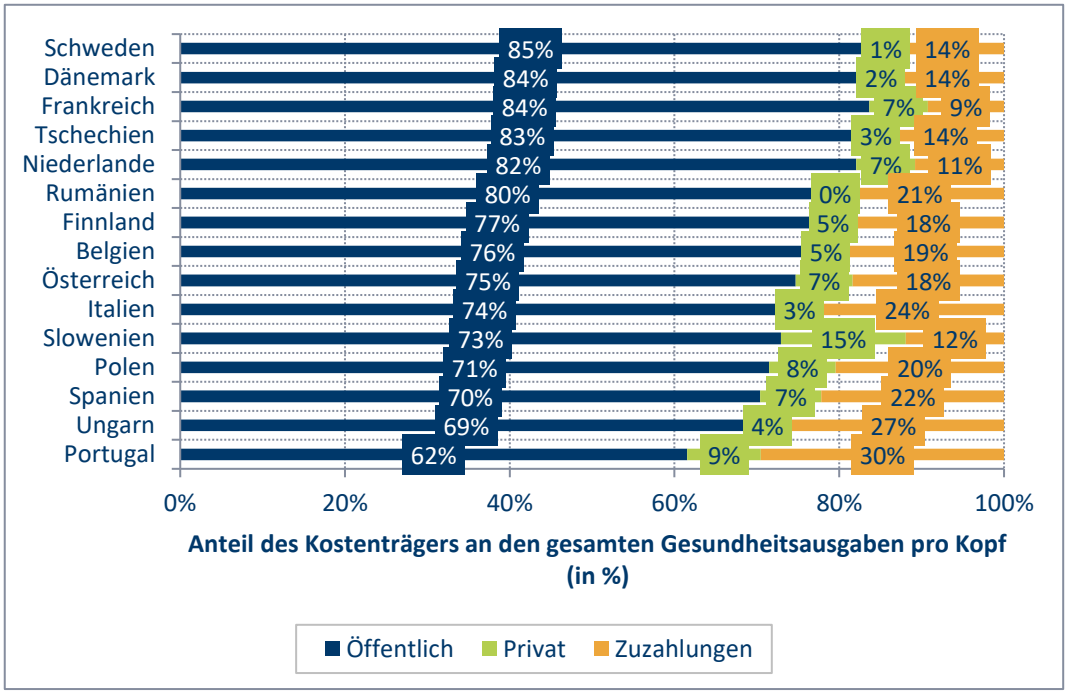
Land	Sozialversicherung*	Steuerfinanzierung*
Österreich	X	
Tschechien	X	
Frankreich	X	
Niederlande	X	
Polen	X	
Belgien	X	
Rumänien	X	
Finnland		X
Dänemark		X
Schweden		X
Spanien		X
Ungarn		X
Portugal		X
Italien		X
Slowenien		X

Quelle: IGES auf Basis von Europäische Kommission: European Observatory on Health Systems and Policies: Country Profiles 2019

Anmerkung: *Überwiegend umgesetztes System

Der überwiegende Teil (62 % bis 85 %) der Gesundheitsausgaben pro Kopf wird in den Ländern von öffentlichen Kostenträgern finanziert (Abbildung 2). Zuzahlungen von Selbstzahlern machen einen Anteil zwischen 9 % in Frankreich und 30 % in Portugal aus. Auf private Kostenträger entfällt in der Regel ein vergleichsweise geringer Anteil der Ausgaben. Als Vergleich: In Deutschland entfällt auf öffentliche Kostenträger ein Anteil von 85 %, auf Zuzahlungen 13 % und auf private Kostenträger 3 %.

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Kostenträgern und Ländern (2018)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD (Bezugsjahr 2018)

Anmerkungen: Gesundheitsausgaben pro Kopf in laufenden Preisen und laufenden Kaufkraftparitäten (in US-Dollar); Zuzahlungen in Rumänien beinhalten Ausgaben privater Kostenträger, keine separaten Daten verfügbar

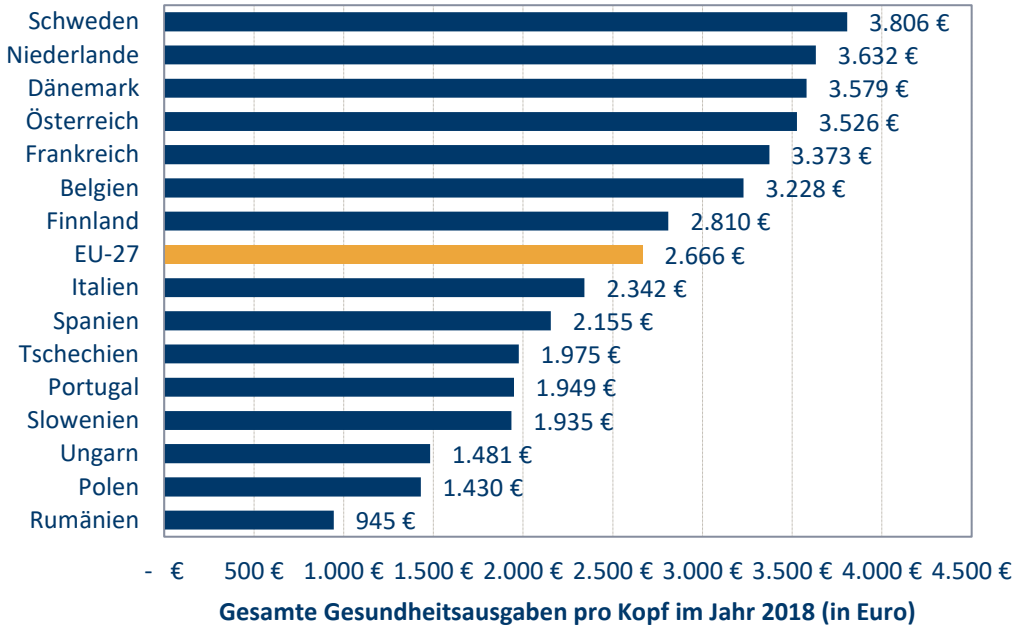
3.1.2 Gesundheitsausgaben

Niveau

Das Niveau der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben kann – neben der Bevölkerungsgröße – als ein Teilaspekt der Marktgröße interpretiert werden. Länder mit höheren Ausgaben für die Gesundheitsversorgung je Einwohner – lässt man andere Aspekte unberücksichtigt – stellen für die deutsche exportorientierte Gesundheitswirtschaft insofern größere Märkte dar, als dort potenziell höhere Preise bzw. Umsätze erzielt werden können.

Im Jahr 2018 lagen die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf im Durchschnitt der EU-27-Länder bei 2.666 Euro pro Jahr in konstanten Preisen und konstanten Kaufkraftparitäten (Basisjahr 2010) (Abbildung 3). Für die ausgewählten 15 Länder bewegten sie sich zwischen 945 Euro pro Kopf in Rumänien und 3.806 Euro in Schweden. Damit fielen die Gesundheitsausgaben in allen betrachteten Ländern geringer aus als in Deutschland (4.001 Euro pro Kopf).

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Ländern (2018)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD (Bezugsjahr 2018)
Anmerkungen: Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen und konstanten Kaufkraftparitäten mit Basisjahr 2010 (in Euro)

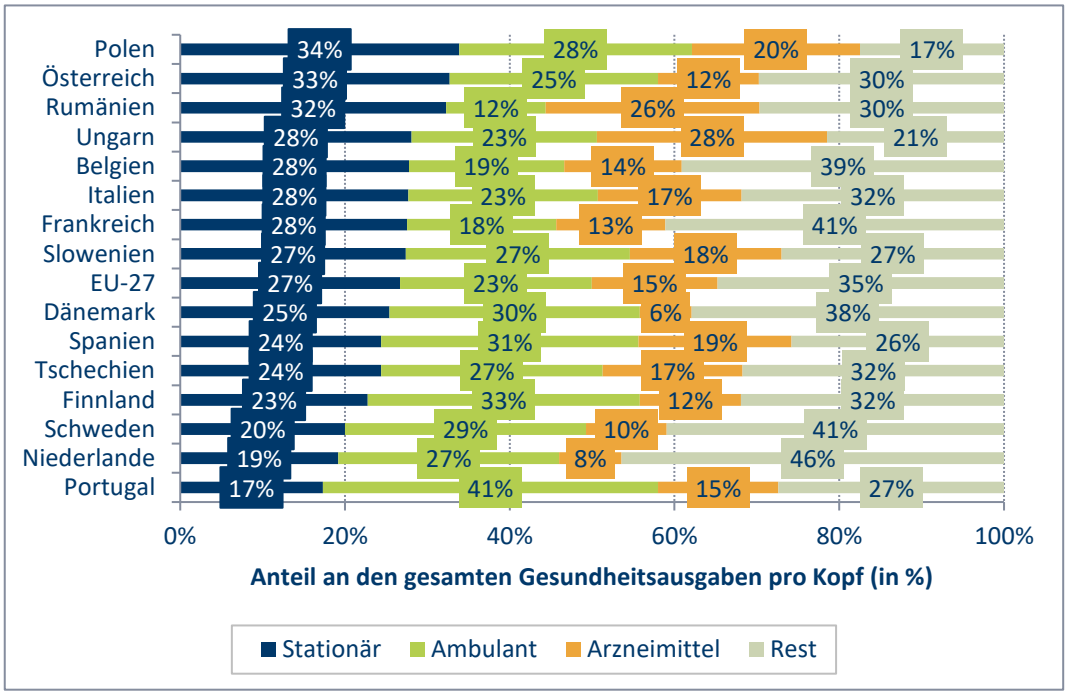
In der Gruppe der 15 ausgewählten Länder zeigen sich mitunter deutlich überdurchschnittlich hohe Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den skandinavischen Ländern (Schweden, Dänemark und Finnland) sowie den westeuropäischen Ländern

(Niederlande, Österreich, Frankreich und Belgien). Damit ergibt sich für diese Länder – nur in Bezug auf den Indikator der Marktgröße – ein im Vergleich zu den übrigen Ländern höheres Marktpotenzial.

Struktur

In der Darstellung der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben differenziert nach Versorgungssektoren (ambulant, stationär, Arzneimittel) zeigen sich Unterschiede zwischen den Ländern (Abbildung 4). Der Anteil der Ausgaben, der auf Arzneimittel entfällt, schwankte im Jahr 2018 zwischen 8 % in den Niederlanden und 28 % in Ungarn. In Deutschland machte der stationäre Sektor einen Anteil von 27 % der Gesundheitsausgaben aus, der ambulante 22 %, auf Ausgaben für Arzneimittel entfielen 14 % und auf weitere Bereiche 38 %.

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Versorgungssektoren und Ländern (2018)



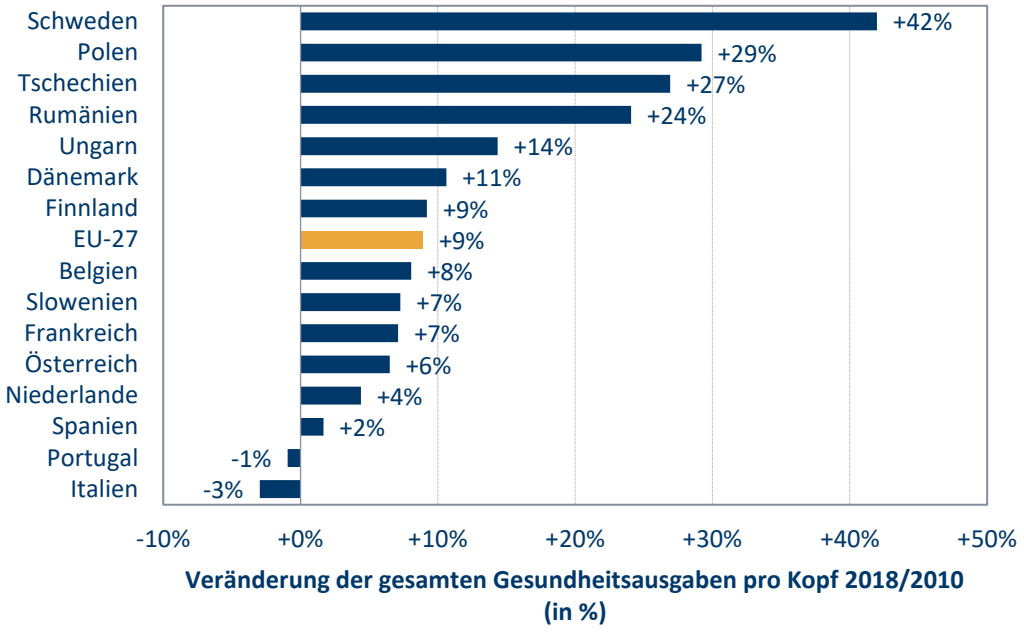
Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD (Bezugsjahr 2018)

Anmerkungen: Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen und konstanten Kaufkraftparitäten mit Basisjahr 2010 (in Euro)

Entwicklung

Die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf haben sich zwischen den Jahren 2010 und 2018 im Durchschnitt der EU-27-Länder um insgesamt 9 % erhöht (Abbildung 5). Während die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Italien über diesen Zeitraum insgesamt um 3 % zurückgegangen sind, zeigte sich in Schweden ein kräftiger Zuwachs um 42 %. In Deutschland haben die Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum um 17 % zugenommen.

Abbildung 5: Veränderung der Gesundheitsausgaben pro Kopf zwischen den Jahren 2010 und 2018 nach Ländern



Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD (Bezugsjahr 2018)
Anmerkungen: Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen und konstanten Kaufkraftparitäten mit Basisjahr 2010 (in Euro)

Legt man erneut die Interpretation der Gesundheitsausgaben als einen Teilaspekt der Marktgröße zugrunde, ergibt sich für die Länder mit einem überdurchschnittlich kräftigen Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben über den betrachteten Zeitraum – betrachtet man ausschließlich den Indikator der Marktdynamik – eine vergleichsweise überdurchschnittliche Marktgröße und damit ein hohes Marktpotenzial.

Vergleich zum gesamtwirtschaftlichen Wachstum

Vergleicht man das Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und das gesamtwirtschaftliche Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (BIP) über den Zeitraum der Jahre 2000 bis 2018 für die EU-27-Länder, zeigt sich, dass in den meisten Ländern die Gesundheitsausgaben insgesamt stärker gewachsen sind als die Gesamtwirtschaft (Abbildung 6; Länder oberhalb der blauen Linie). Im Durchschnitt über alle EU-27-Länder zeigt sich der lineare Zusammenhang, der mit der orangefarbigen Kurve eingezeichnet ist (lineare Regression). In Rumänien und Schweden beispielsweise sind die Gesundheitsausgaben deutlich stärker gewachsen als die Gesamtwirtschaft. In Ungarn hingegen sind die Gesundheitsausgaben weniger gewachsen als die Gesamtwirtschaft.

Abbildung 6: Vergleich Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und gesamtwirtschaftliches Wachstum (BIP)

Quelle: IGES auf Basis von OECD-Daten zu Gesundheitsausgaben und zur Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung

Anmerkungen: Länder, die oberhalb der blau eingezeichneten, diagonalen Linie liegen, haben ein im Vergleich zum BIP-Wachstum (horizontale Achse) kräftigeres Wachstum der Gesundheitsausgaben (vertikale Achse) erfahren. Für Länder unterhalb der blauen Linie gilt das Umgekehrte.
Die orange eingezeichnete, diagonale Linie stellt das Ergebnis einer linearen Regression dar.

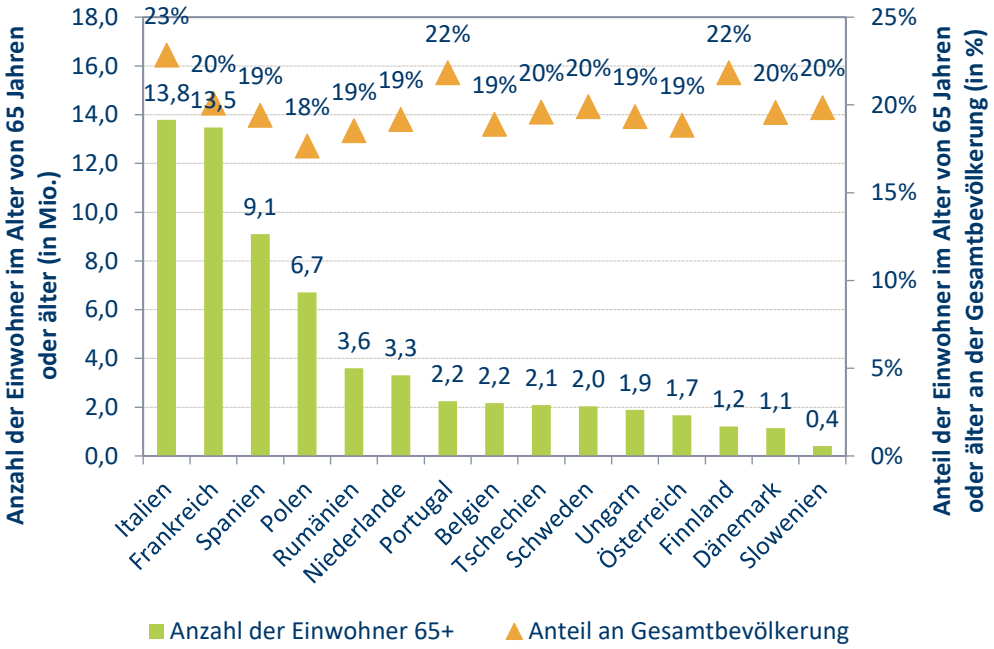
3.2 Nachfragepotenziale

3.2.1 Bevölkerungsgröße

Ein Indikator für Marktpotenziale, die sich auf der Seite der Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung ergeben, stellt die Bevölkerungsgröße eines Landes dar. Da die Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung im Durchschnitt bei der älteren Bevölkerung überproportional höher ausfällt als bei der jüngeren Bevölkerung, wurde der Indikator der für das Marktpotenzial relevanten Bevölkerung im Folgenden auf die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren oder älter bezogen. Auch von den jüngeren Altersgruppen geht grundsätzlich Nachfragepotenzial für die exportorientierte Gesundheitswirtschaft aus, es fällt jedoch im Durchschnitt vergleichsweise geringer aus.

Im Jahr 2019 lebten in Italien 13,8 Mio. Menschen im Alter von 65 Jahren oder mehr (Abbildung 7).

Abbildung 7: Anzahl und Anteil der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter nach Ländern (2019)



Quelle: IGES auf Basis von Daten von Eurostat zur Bevölkerung (Bezugsjahr 2019)

Zusammen mit Frankreich (13,5 Mio.) sind dies die bevölkerungsbezogen größten Märkte. In der EU-27 insgesamt lebten 90,5 Mio. Menschen in dieser Altersgruppe. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entsprach dies einem Anteil von 20 %. Über-

durchschnittlich groß fiel dieser Anteil in Italien (23 %), Portugal (22 %) und Finnland (22 %) aus. Zur Einordnung: In Deutschland lebten 17,9 Mio. Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter (22 % der Gesamtbevölkerung).

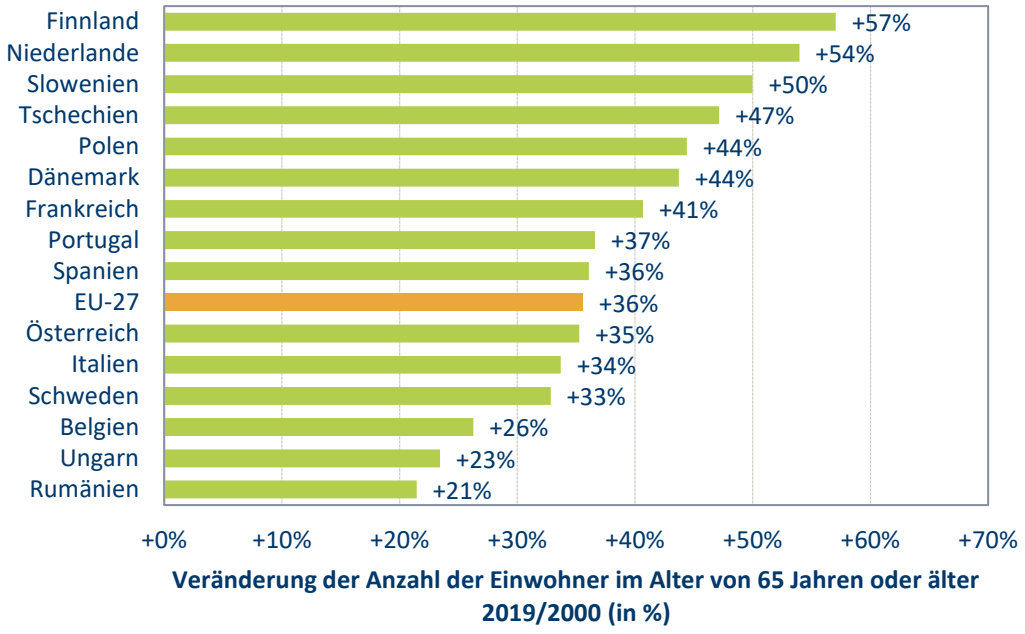
Der Indikator der Bevölkerungsgröße deutet – lässt man weitere Indikatoren außer Acht – auf ein hohes Marktpotenzial vor allem in Italien, Frankreich, Spanien und Polen hin.

3.2.2 Vergangene demografische Entwicklung

Die für das Nachfragepotenzial relevante demografische Entwicklung in den Ländern wurde für diese Studie anhand der Veränderung der Einwohnerzahl der älteren Bevölkerung (65 Jahre oder älter) dargestellt.

In den vergangenen zehn Jahren (2010 bis 2019) ist die Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in der EU-27 insgesamt um 36 % angestiegen (Abbildung 8). In Bezug auf die 15 betrachteten Länder bewegte sich der Anstieg zwischen 21 % in Rumänien und 57 % in Finnland. Zum Vergleich: In Deutschland nahm der Anteil der Einwohner in dieser Altersgruppe über den betrachteten Zeitraum um insgesamt 33 % zu.

Abbildung 8: Veränderung der Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter nach Ländern (2019/2010)

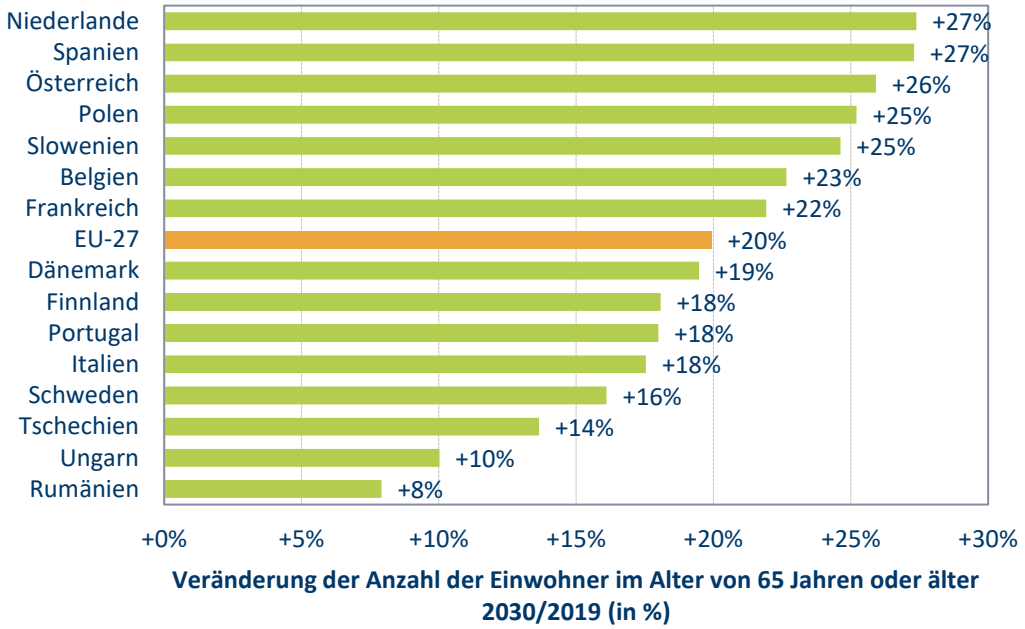


Quelle: IGES auf Basis von Daten von Eurostat zur Bevölkerung (Bezugsjahr 2019)

3.2.3 Zukünftige demografische Entwicklung

Betrachtet man die zukünftige demografische Entwicklung, die sich gemäß den Bevölkerungsvorausberechnungen voraussichtlich zeigen wird, ergibt sich ein unterschiedliches Bild zwischen den Ländern und auch im Vergleich zur vergangenen Entwicklung. In den kommenden zehn Jahren (2019 bis 2030) wird sich demnach die Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in der EU-27 insgesamt um 20 % erhöhen (Abbildung 9). In Bezug auf die 15 betrachteten Länder bewegt sich der prognostizierte Anstieg zwischen 8 % in Rumänien und 27 % in den Niederlanden. Zur Einordnung: Für Deutschland wird eine Zunahme der Einwohnerzahl dieser Altersgruppe bis zum Jahr 2030 um insgesamt 19 % vorausberechnet.

Abbildung 9: Vorausberechnung der Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter nach Ländern (2030/2019)



Quelle: IGES auf Basis von Daten von Eurostat zur Bevölkerung (Bezugsjahr 2019)

Nachfragepotenziale in Form einer besonders starken Alterung der Bevölkerung offenbaren sich, gemessen allein anhand der zukünftigen demografischen Entwicklung, in den Niederlanden, Spanien, Österreich, Polen und Slowenien.

3.3 Außenhandelspotenziale

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Darstellung jener Potenziale, die sich basierend auf den Außenhandelsverflechtungen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft ableiten lassen.

Im Fokus des Abschnitts 3.3.1 stehen die Außenhandelsverflechtungen der gesamten exportorientierten Gesundheitswirtschaft (d. h. die Summe der Werte in den vier Fokusgruppen). Ausgehend von einer Ländergruppierung, die zwischen den 27 Mitgliedstaaten der EU (INTRA-EU) sowie dem extraeuropäischen Ausland (EXTRA-EU) unterscheidet, wird aufgezeigt, welche Bedeutung dem gesundheitswirtschaftlichen Außenhandel (Export und Import) zukommt und wird entlang folgender Beziehungen dargestellt:

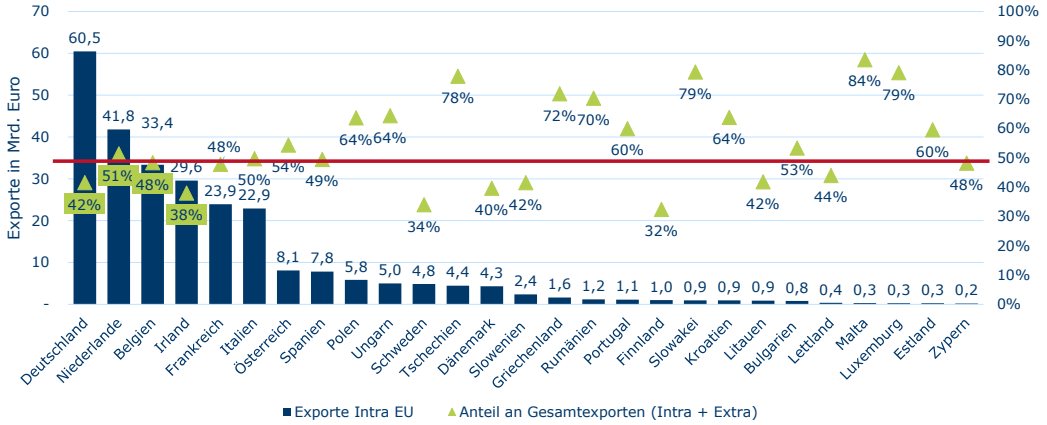
- Außenhandelsbeziehungen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft aller EU-27-Länder mit dem EU-Binnenmarkt und EU-Ausland,
- weltweite Einfuhren der exportorientierten Gesundheitswirtschaft aller EU-27-Länder und Anteil des EU-Auslands an diesen und
- Außenhandelsbeziehungen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft Deutschlands mit den EU-27-Ländern.

Darüber hinaus erfolgt im Abschnitt 3.3.2 eine Detailanalyse der deutschen Außenhandelsverflechtungen aufgeschlüsselt nach den unterschiedlichen Fokusgruppen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft.

3.3.1 Exportorientierte Gesundheitswirtschaft insgesamt

Das mit Abstand höchste intraeuropäische Exportaufkommen weist die deutsche Gesundheitswirtschaft auf. Im Jahr 2019 exportierte Deutschland in alle anderen EU-27-Länder Produkte der Gesundheitswirtschaft im Wert von 60,5 Mrd. Euro. Dahinter folgten die Niederlande mit 41,8 Mrd. Euro und Belgien mit 33,4 Mrd. Euro als weitere starke Exportnationen (Abbildung 10).

Abbildung 10: Exporte der exportorientierten Gesundheitswirtschaft der EU-27-Länder in den EU-Binnenmarkt im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

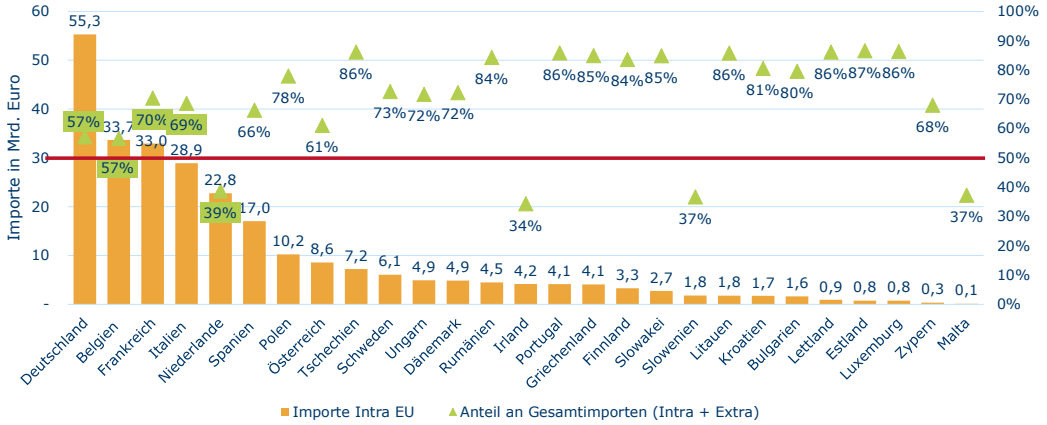
Auf den Rängen 4 bis 6 platzieren sich Irland mit 29,6 Mrd. Euro, Frankreich mit 23,9 Mrd. Euro und Italien mit 22,9 Mrd. Euro. Zusammengenommen ist diese obere Gruppe an Exporteuren für 80 % des gesamten Exportaufkommens innerhalb Europas verantwortlich.

Ein Blick auf den relativen Anteil an den weltweiten Exporten des jeweiligen Landes legt allerdings offen, dass die obige Ländergruppe größerer Anteile ihres Exportaufkommens eher im europäischen Ausland realisiert. Die Anteile an den Gesamtexporten liegen hier überwiegend unterhalb der Marke von 50 % (s. rote Trennlinie).

Demgegenüber weisen Länder wie Estland, Luxemburg oder Malta ein vergleichsweise geringes absolutes intraeuropäisches Exportaufkommen auf, das gleichzeitig auch für einen Großteil der gesamten Exporte der Gesundheitswirtschaft in diesen Ländern verantwortlich ist (s. Werte oberhalb der 50 % Marke).

Das mit Abstand erneut höchste intraeuropäische Importaufkommen weist die deutsche Gesundheitswirtschaft auf. Im Jahr 2019 importierte Deutschland aus allen anderen EU-27-Ländern Produkte der Gesundheitswirtschaft im Wert von 55,3 Mrd. Euro. Dahinter folgten Belgien mit 33,7 Mrd. Euro und Frankreich mit 33,0 Mrd. Euro als weitere bedeutende Importnationen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Importe der exportorientierten Gesundheitswirtschaft der EU-27-Länder aus dem EU-Binnenmarkt im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

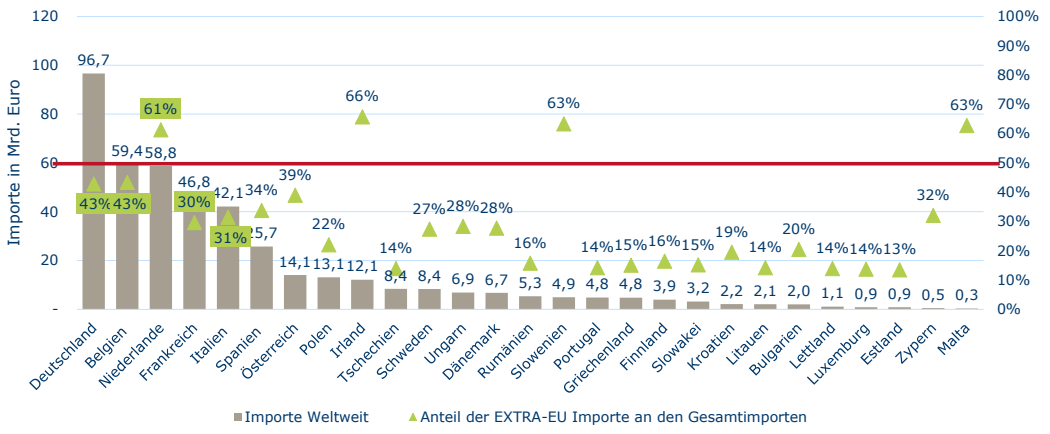
Auf den dahinter folgenden Rängen 4 bis 6 lagen Italien mit 28,9 Mrd. Euro, die Niederlande mit 22,8 Mrd. Euro und Spanien mit 17,0 Mrd. Euro. Diese obere Gruppe ist für 72 % des gesamten Importaufkommens innerhalb Europas verantwortlich.

Ein Blick auf den relativen Anteil an den weltweiten Importen (INTRA+EXTRA EU) des jeweiligen Landes legt offen, dass abgesehen von wenigen Ausnahmen, die EU-27-Länder den überwiegenden Anteil Ihrer Gesundheitswirtschaftsimporte aus dem europäischen Binnenmarkt beziehen (s. Werte oberhalb der roten Trennlinie).

Ausreißer in diesem Kontext sind die Niederlande mit einem Importanteil von 39 %, Slowenien und Malta mit jeweils 37 % sowie Irland mit lediglich 34 % (s. Werte unterhalb der roten Trennlinie).

Auch bei der Betrachtung des weltweiten Importaufkommens (EXTRA+INTRA europäisch) zeigt sich Deutschland als der mit Abstand größte Importeur von Produkten der Gesundheitswirtschaft innerhalb aller EU-27-Länder. Im Jahr 2019 importierte Deutschland weltweit Produkte der Gesundheitswirtschaft im Wert von 96,7 Mrd. Euro. Dahinter folgten Belgien mit 59,4 Mrd. Euro und die Niederlande mit 58,8 Mrd. Euro als weitere bedeutende Importnationen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Weltweite Importe der EU-27-Länder und der Anteil der außereuropäischen Importe im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Auf den Rängen 4 bis 6 platzieren sich Frankreich mit 46,8 Mrd. Euro, Italien mit 42,1 und Spanien mit 25,7 Mrd. Euro. Diese obere Gruppe ist für 75 % des gesamten gesundheitswirtschaftlichen Importaufkommens der EU-27 verantwortlich. Darüber hinaus sind diese Länder für 81 % aller extraeuropäischer Importe in den europäischen Binnenmarkt verantwortlich.

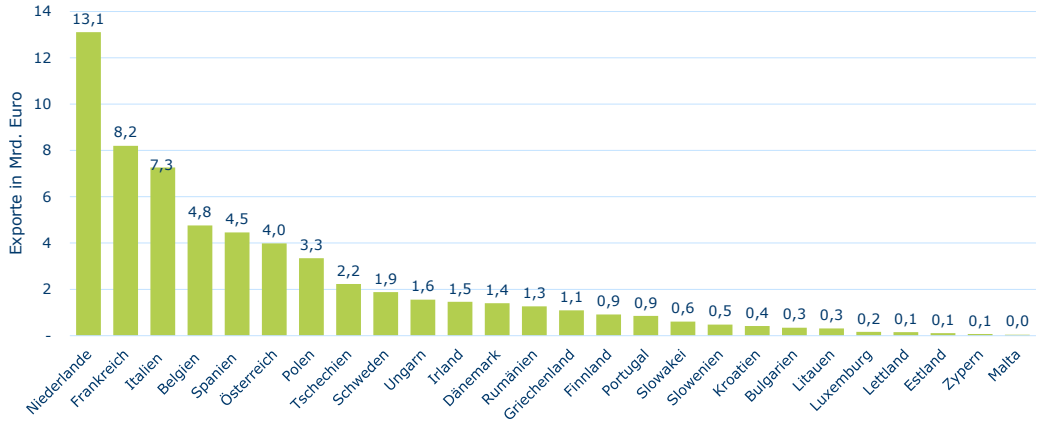
Ein Blick auf den relativen Anteil der extraeuropäischen Importe des jeweiligen Landes legt offen, dass erneut eine Gruppe von wenigen Ländern eine starke Verzerrung aufweist. So beziehen Irland mit 66 %, Slowenien und Malta mit jeweils 63 % und die Niederlande mit 61 % einen überdurchschnittlich hohen Teil ihrer Importe aus dem europäischen Ausland (s. Werte oberhalb der roten Trennlinie).

Nachdem in den vorangegangenen Grafiken die Handelbeziehungen ausschließlich auf den intra- oder extraeuropäischen Handelsraum bezogen wurden, wird nun der Blick auf die länderspezifischen Außenhandelsbeziehungen der deutschen Gesundheitswirtschaft gerichtet.

Betrachtet man zunächst die Exportstruktur der Gesundheitswirtschaft aus deutscher Sicht im Jahr 2019, zeigt sich, dass die Hauptexportdestinationen deutscher Gesundheitswirtschaftsprodukte die Niederlande mit einem Exportvolumen von 13,1 Mrd. Euro, Frankreich mit 8,2 Mrd. Euro und Italien mit 7,3 Mrd. Euro waren. Diese drei Länder allein sind für 47,3 % der gesamten deutschen Gesundheitsexporte in den europäischen Binnenmarkt verantwortlich.

Dahinter folgt Belgien mit 4,8 Mrd. Euro, Spanien mit 4,5 Mrd. Euro sowie Österreich mit 4,0 Mrd. Euro. Demgegenüber von eher niedriger Bedeutung waren zuletzt Exportdestinationen wie Malta, Zypern, Estland und Lettland (Abbildung 13).

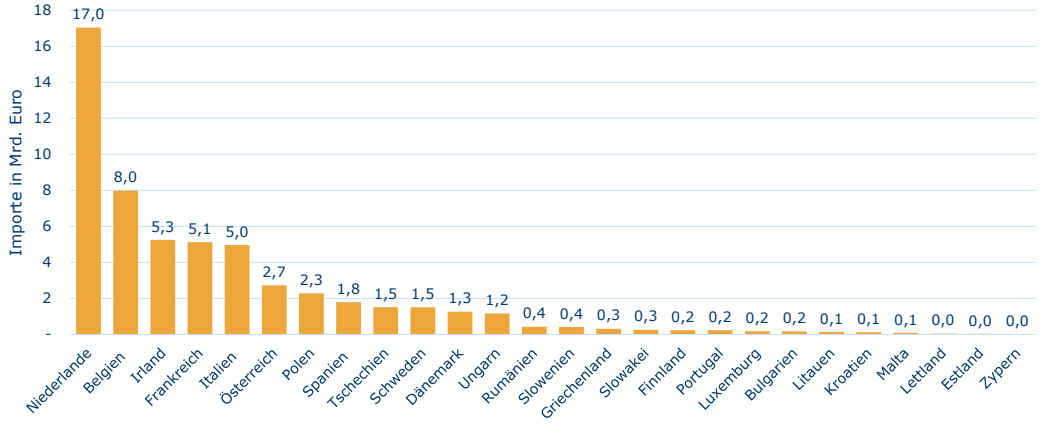
Abbildung 13: Deutsche Exporte der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in die EU-27-Länder im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Den Blick nun auf die Importstruktur der deutschen Gesundheitswirtschaft gerichtet verdeutlicht, dass die Niederlande der mit Abstand größte Lieferant von Produkten der Gesundheitswirtschaft sind (Abbildung 14).

Abbildung 14: Deutsche Importe der exportorientierten Gesundheitswirtschaft aus den EU-Ländern im Jahr 2019

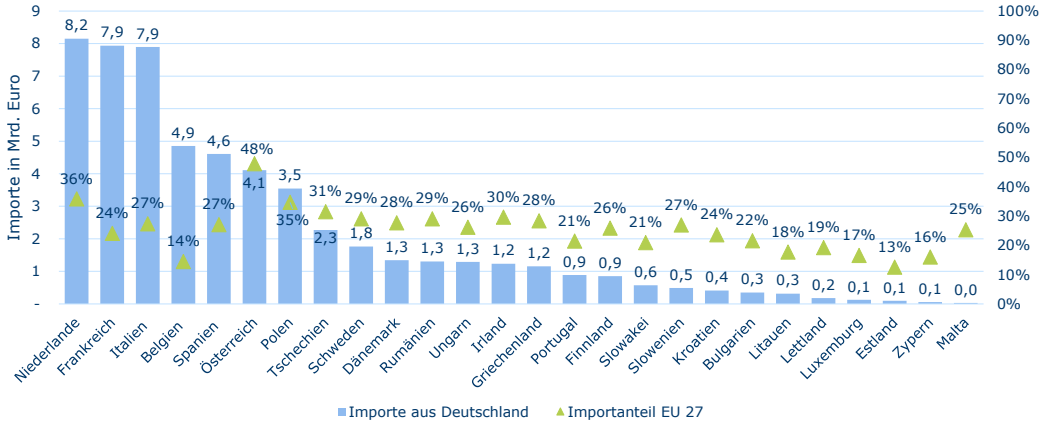


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Mit einem Importvolumen von 17,0 Mrd. Euro bezieht Deutschland allein aus den Niederlanden so viel wie aus den danach auf den Rängen 2-4 folgende Ländern Belgien (8,0 Mrd. Euro), Irland (5,3 Mrd. Euro) und Frankreich (5,1 Mrd. Euro). Diese drei Länder allein sind für 64,0 % der gesamten Gesundheitsimporte nach Deutschland verantwortlich. Demgegenüber erneut von eher geringerer Bedeutung war das Einfuhrvolumen aus Ländern wie Zypern, Estland, Lettland und Malta.

In einem letzten Schritt soll nochmal der Blickwinkel gedreht werden und gezeigt werden, welche Bedeutung die aus Deutschland bezogenen Importe der Gesundheitswirtschaft in den jeweiligen Ländern haben (Abbildung 15).

Abbildung 15: Importe der EU-27 aus Deutschland und Anteil am gesamten EU-27-Import des jeweiligen Landes im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Verglichen mit dem EU-27-Länderdurchschnitt von 21 %, repräsentieren gesundheitswirtschaftliche Importe aus Deutschland insbesondere in Österreich (48 %), den Niederlanden (36 %) und Italien sowie Spanien (27 %) einen besonders hohen Anteil an den gesamten intraeuropäischen Importen des jeweiligen Landes. Demgegenüber von unterdurchschnittlicher Bedeutung sind die Importe von Gesundheitswirtschaftsprodukten aus Deutschland in Ländern wie Belgien (14 %), Litauen (18 %), Estland (13 %) oder Zypern (16 %).

Dem Betrag nach unterscheiden sich die Importe der EU-27 aus Deutschland (Abbildung 15) aus methodisch-konzeptionellen Gründen von den Exporten Deutschlands in die Länder der EU-27 (Abbildung 13). Zur Erklärung s. Abschnitt2.2.

3.3.2 Exportorientierte Gesundheitswirtschaft nach Fokusgruppen

Neben den dargelegten intra- und extraeuropäischen Handelsverflechtungen ist es von Interesse, zu erfahren, wie sich das gesamte deutsche Exportvolumen der Gesundheitswirtschaft auf die vier Fokusgruppen Arzneimittel, Medizinprodukte, Medizintechnik und Biotechnologie verteilt. Dazu erfolgt eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Fokusgruppen ausgehend vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2019. Aufgrund der aktuellen Datenlage kann das Jahr 2020 nur für die drei ersten Quartale abgebildet werden und wird in der folgenden Betrachtung nicht berücksichtigt, kann jedoch dem Anhang in Abschnitt 8 entnommen werden.

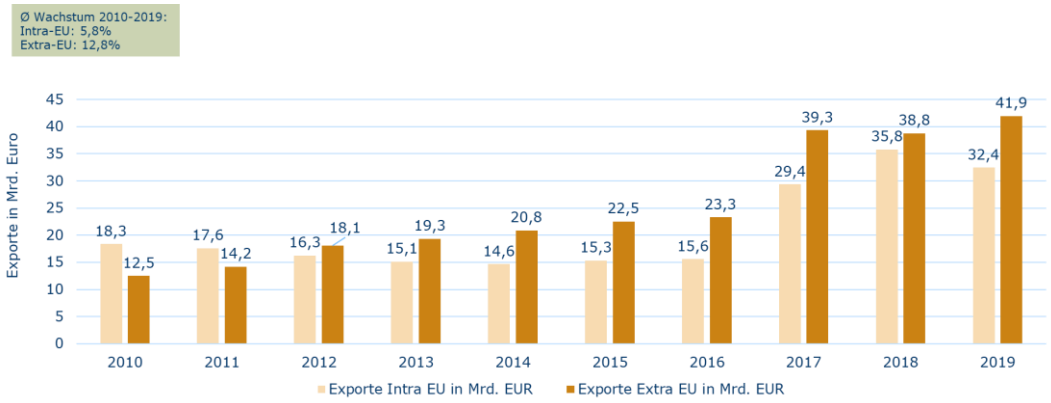
Neben den absoluten und relativen Werten der Exporte in das intra- und extraeuropäische Ausland werden die jährlichen Wachstumsraten der Exporte in der jeweiligen Fokusgruppe betrachtet.

Arzneimittel

Verglichen mit den anderen Fokusgruppen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft weist die Fokusgruppe Arzneimittel das größte Exportaufkommen sowohl in intra- als auch in extraeuropäische Staaten auf.

Die Exporte von deutschen Arzneimitteln in Länder der Europäischen Union sind von 18,3 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 15,6 Mrd. Euro bis zum Jahr 2016 gesunken, bevor sie im Jahr 2017 auf 29,4 Mrd. Euro stiegen und sich somit im Vergleich zum Vorjahr nahezu verdoppelten (Abbildung 16).

Abbildung 16: Entwicklung der deutschen Exporte von Arzneimitteln absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Der Anstieg der Exporte in außereuropäische Länder kann u. a durch eine gestiegene Nachfrage nach deutschen Arzneimitteln speziell aus dem asiatischen Raum erklärt werden.[9] Zudem spielen Freihandelsabkommen eine wichtige Rolle. Diese sind mit südafrikanischen Staaten im Jahr 2016 geschlossen worden, was zu einem höheren Exportaufkommen beigetragen haben könnten.[10]

Im Jahr 2019 betrug das Exportvolumen 32,4 Mrd. Euro. Eine ähnlich positive Entwicklung ist bei den Exporten von Arzneimitteln in Länder außerhalb der Europäischen Union zu beobachten. Der Wert der exportierten Arzneimittel in diese Länder lag im Jahr 2010 bei 12,5 Mrd. Euro und somit unter dem Wert der Exporte in

9 Vgl. https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/02/14/deutsche-pharmaprodukte-boomen-in-asien und https://www.exportberatung.de/deutsche-ausfuhren-nach-asien-profitieren-von-steigenden-investitionen/.

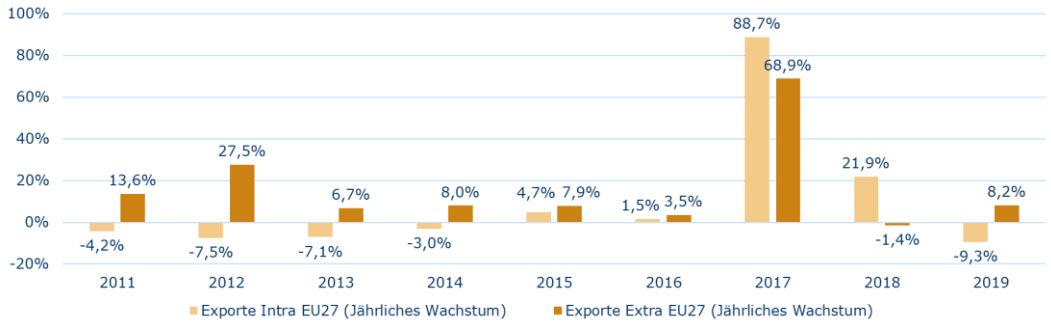
10 Vgl. https://www.gtai.de/gtai-de/trade/zoll/wirtschaftspartnerschaftsabkommen-der-eu-mit-laendern-der-49632.pdf.

den intraeuropäischen Absatzmarkt. Ab dem Jahr 2012 übersteigen die Exporte von Arzneimitteln in außereuropäische Länder mit 18,1 Mrd. Euro das Exportvolumen von Arzneimitten in die Länder der Europäischen Union.

Ein starker Anstieg der Exporte in außereuropäische Länder ist ebenfalls von 2016 (23,3 Mrd. Euro) auf 2017 (39,3 Mrd. Euro) zu verzeichnen. Im Jahr 2019 lag das Exportvolumen von Arzneimitteln in Länder außerhalb der EU bei 41,9 Mrd. Euro.

Die Entwicklung der Exporte von Arzneimitteln lässt sich durch die Hinzunahme der jährlichen Wachstumsraten genauer betrachten. Wie aus Abbildung 17 ersichtlich, nahmen die Exporte in Länder außerhalb der EU in den Jahren 2011 bis 2016 stark zu. Im Jahr 2017 sind die Exporte von Arzneimitteln in die Mitgliedsländer der EU um 88,7 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen – die Exporte in das außereuropäische Ausland um 68,9 %.

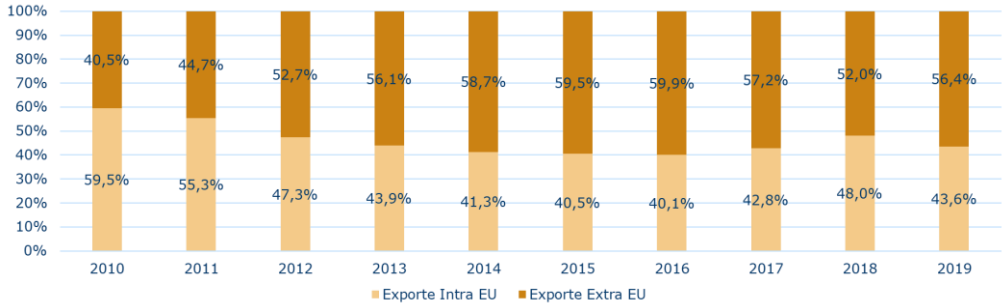
Abbildung 17: Jährliches Wachstum von exportierten Arzneimitteln aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Wie schon bei Betrachtung der absoluten Entwicklung erkennbar, ist der relative Anteil von Exporten der in Deutschland hergestellten Arzneimitteln in EU-Mitgliedsländer zurückgegangen. Betrug der relative Anteil im Jahr 2010 noch 59,5 %, waren es im Jahr 2019 43,6 %. Der starke Zuwachs an Ausfuhren in das außereuropäische Ausland führt dazu, dass 56,4 % des gesamten Exportvolumen für Arzneimittel auf diese Länder fallen (Abbildung 18).

Abbildung 18: Anteil der Exporte von Arzneimitteln in außer- und innereuropäische Staaten

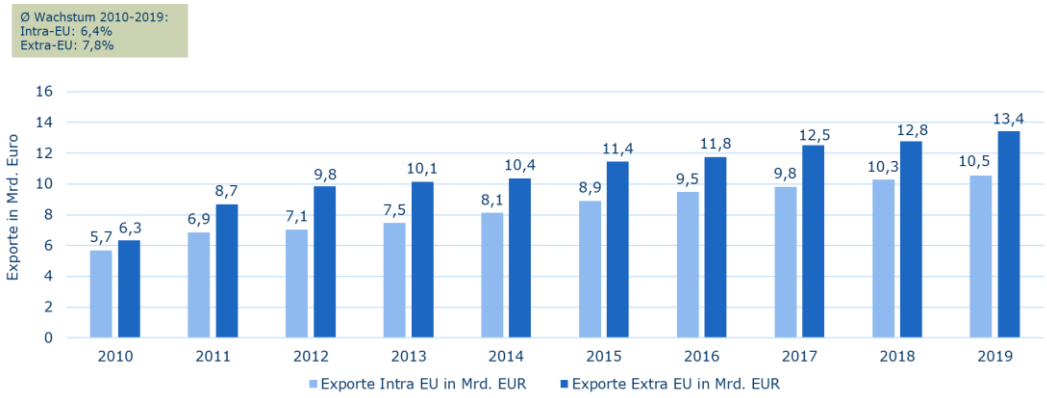


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Medizinprodukte

Die Exporte von in Deutschland hergestellten Medizinprodukten in das innereuropäische Ausland haben sich von 5,7 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 10,6 Mrd. Euro im Jahr 2019 nahezu verdoppelt. Ein ähnlich positives Wachstum lässt sich bei den Exporten in das außereuropäische Ausland beobachten. Diese stiegen von 6,3 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 13,4 Mrd. Euro im Jahr 2019 an (Abbildung 19).

Abbildung 19: Entwicklung der Exporte von Medizinprodukten absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte

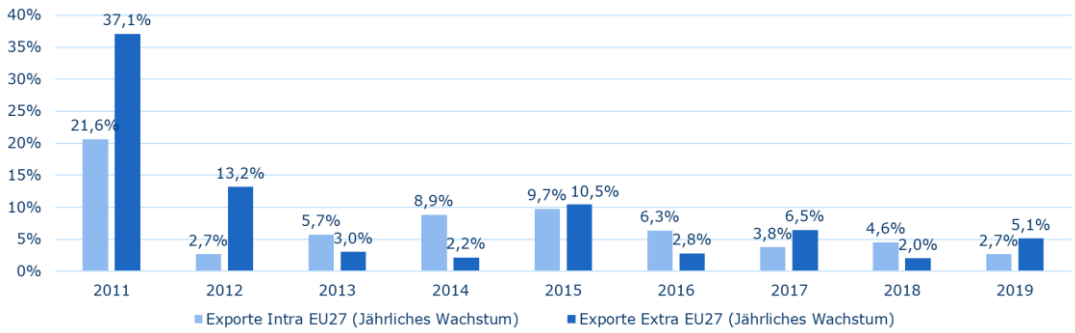


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Für den gesamten Betrachtungszeitraum von 2010 bis 2019 lässt sich ein positives Wachstum des Exportvolumens ausmachen. Das stärkste jährliche Wachstum innerhalb dieses Zeitraums ist vom Jahr 2010 auf 2011 zu beobachten: das Exportvolumen für Medizinprodukte stieg in diesen Jahren für EU-Mitgliedsstaaten um 21,6 % und für Länder außerhalb der EU um 37,1 % an. Starke Anstiege des Exports von Medizinprodukten in Mitgliedsstaaten der EU sind zudem in den Jahren 2014

mit 8,9 % und 2015 mit 9,7 % festzustellen. Im Jahr 2019 betrug das relative jährliche Wachstum 2,7 % (Abbildung 20).

Abbildung 20: Jährliche Wachstum von exportierten Medizinprodukten aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten



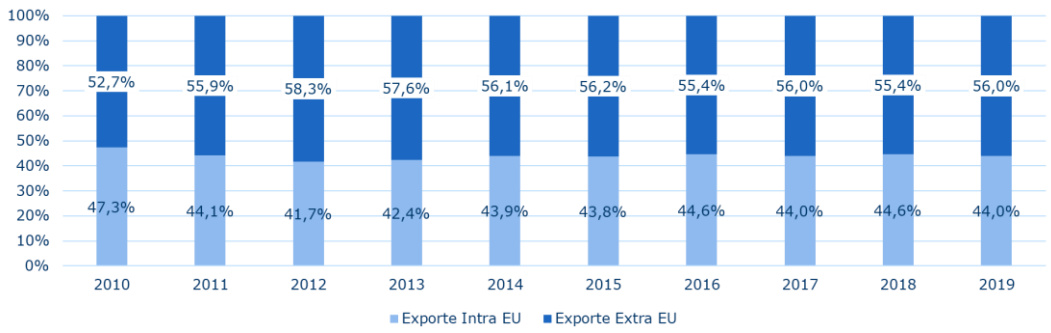
Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Der sinkende Gesamtanteil deutscher Exporte in das innereuropäische Ausland im Jahr 2019 spiegelt sich somit auch in der gesunkenen Ausfuhr von Medizinprodukten wider.[11]

Bei dieser positiven Entwicklung liegt der relative Anteil von exportierten Medizinprodukten in das außereuropäische Ausland im Betrachtungszeitraum von 2010 bis 2019 leicht über dem Exportaufkommen in die europäischen Mitgliedsstaaten. Während im Jahr 2010 der Anteil der exportierten Medizinprodukte in europäische Mitgliedsstaaten 47,3 % des gesamten Exports von Medizinprodukten aus Deutschland ausmachten, waren es im Jahr 2019 rund 44,0 %. Verglichen mit der Fokusgruppe Arzneimittel ist die Aufteilung der Exporte in außer- und innereuropäische Staaten im Jahr 2019 fast identisch (Abbildung 21).

[11] Der Anteil der Exporte mit den europäischen Staaten ist gegenüber 2018 auf 58,5%gesunken (2018: 59,1%). Vgl. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Aussenwirtschaft/fakten-zum-deuschen-aussenhandel.pdf?__blob=publicationFile&v=20.

Abbildung 21: Anteil der Exporte von Medizinprodukten aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten

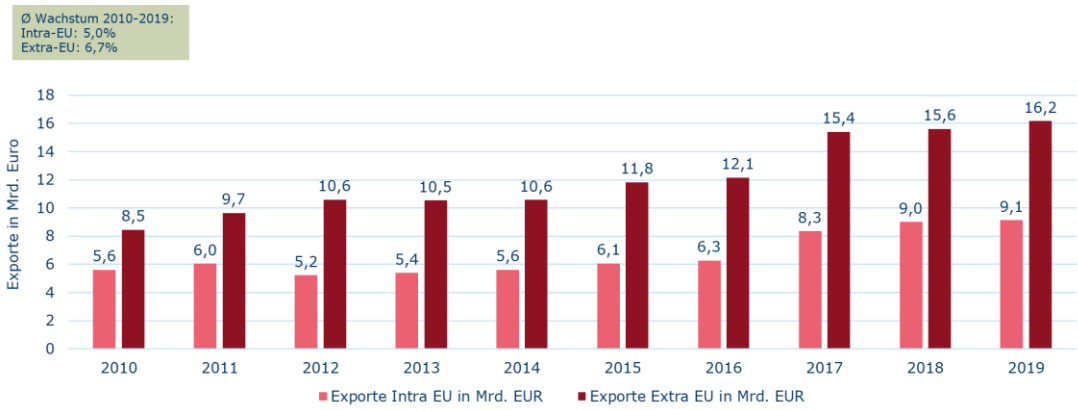


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Medizintechnik

Die deutsche Medizintechnikbranche genießt national wie international einen hervorragenden Ruf, was sich bei der Entwicklung der Exporte widerspiegelt. Das stetige Wachstum von exportierten Waren der Medizintechnik in die intra- und extraeuropäischen Länder führt dazu, dass sich das Exportaufkommen von 2010 bis 2019 nahezu verdoppelt hat. Betrug der Wert der Exporte im Jahr 2010 in die Mitgliedsländer der Europäischen Union noch 5,6 Mrd. Euro, waren es im Jahr 2019 9,1 Mrd. Euro. Das durchschnittliche Wachstum der Exporte in Länder der EU liegt bei 5,0 %. Im Jahr 2010 betrug das Exportaufkommen in Länder außerhalb der EU 8,5 Mrd. Euro, im Jahr 2019 16,2 Mrd. Euro (Abbildung 22). Das durchschnittliche Wachstum liegt leicht über dem der intraeuropäischen Exporte – bei 6,7 %.

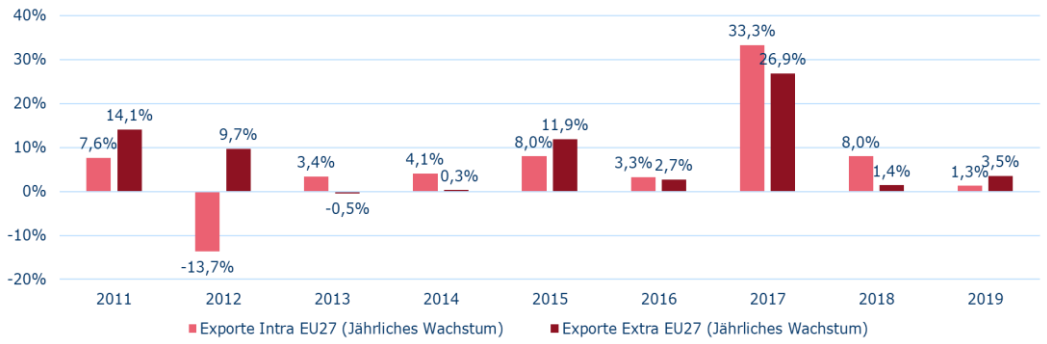
Abbildung 22: Entwicklung der Exporte von Medizintechnik aus Deutschland absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

In fast jedem Jahr verzeichnet das Exportaufkommen der Medizintechnik aus Deutschland ein positives Wachstum (Abbildung 23).

Abbildung 23: Jährliches Wachstum von exportierter Medizintechnik aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

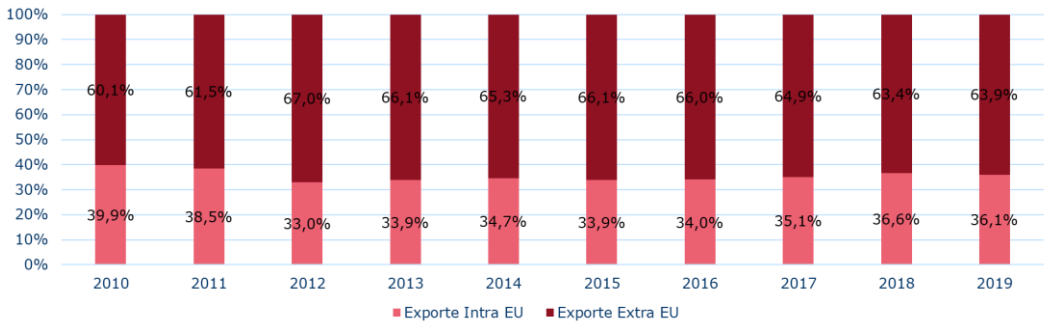
Lediglich von 2011 auf 2012 gingen die Exporte in Länder der EU-Mitgliedsstaaten um 13,7 % zurück. In den darauffolgenden Jahren ist jedoch wieder ein positiver Trend zu erkennen. Insbesondere im Jahr 2017 – die Exporte stiegen in diesem Jahr um 33,3 % an. Auch die Exporte in außereuropäische Länder sind im Jahr 2017 stark angestiegen – um 26,9 %. Ursächlich für einen Anstieg des Exportaufkommens könnte eine gestiegene Nachfrage insbesondere aus den USA, sowie verschiedenen asiatischen und afrikanischen Ländern sein. In diese Länder ist der Absatz deutscher Medizintechnik im Jahr 2017 stark angestiegen.[12] Zudem wurde im Jahr 2017 der Marktzugang für Medizintechnik in Indien, Japan, Russland und USA erleichtert.[13]

12 Vgl. https://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/EIG/Redaktion/DE/Kurzmeldungen/News/2017/2017-01-20-medizintechnik-usa.html sowie https://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/EIG/Redaktion/DE/Kurzmeldungen/News/2017/2017-07-13-asien-orthopaediegeraete.html und https://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/EIG/Redaktion/DE/Kurzmeldungen/News/2017/2017-08-31-afrika-medizintechnik.html.

13 Vgl. https://www.gtai.de/gtai-de/trade/zoll/studie/indien/marktzugang-fuer-medizinprodukte-zulassung-und-einfuhr-in-46322.

Der Anteil von exportierten Waren aus der Fokusgruppe Medizintechnik in Länder außerhalb Europas betrug 60,1 % im Jahr 2010 und erhöhte sich bis zum Jahr 2012 auf 67,0 %. Ab 2014 ist ein langsamer Rückgang des Exportaufkommens in außereuropäische Länder zu beobachten, bzw. ein steigendes Exportaufkommen in Mitgliedsstaaten der EU. Im Jahr 2019 betrug das intraeuropäische Exportaufkommen für Waren aus der Fokusgruppe Medizintechnik 36,1 % (Abbildung 24).

Abbildung 24: Anteil der Exporte von Medizintechnik aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

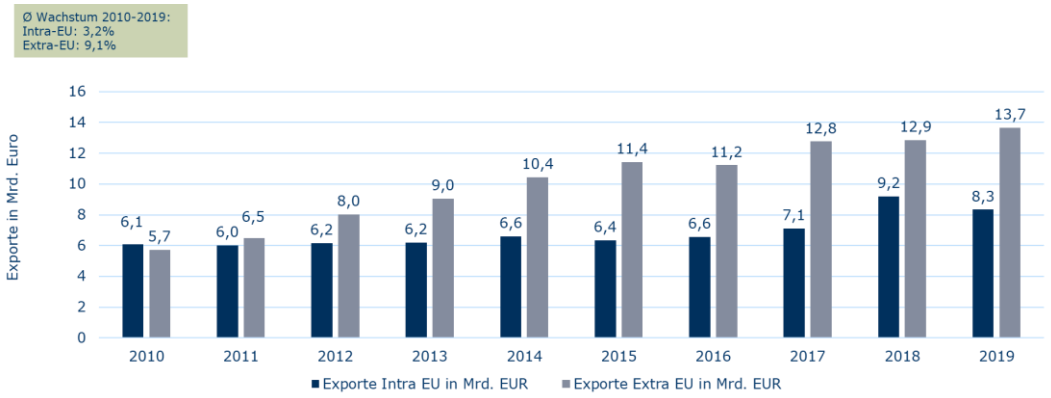
Verglichen mit den zuvor beschriebenen Fokusgruppen Arzneimittel und Medizinprodukte, lässt sich hier ein geringerer Anteil an Exporten in innereuropäische Länder beobachten.

Biotechnologie

Der Zugang zu innovativen Medikamenten ist ein wesentlicher Teil einer qualitativ hochwertigen und zukunftssicheren Gesundheitsversorgung. Die Arzneimittelbereitstellung erfolgt dabei zunehmend unter Verwendung biotechnologischer Verfahren. Die Biotechnologiebranche ist ein wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft, sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene.

Aus der in Abbildung 25 dargelegten absoluten Entwicklung der Exporte von Produkten der Fokusgruppe Biotechnologie, lässt sich erkennen, dass insbesondere der Export in Länder außerhalb der EU stark zugenommen hat. Im Zeitraum von 2010 bis 2019 beträgt das durchschnittliche Wachstum 9,1 %. Auch die Exporte in Länder innerhalb der EU-27 sind in diesem Zeitraum angestiegen. Von 6,1 Mrd. Euro im Jahr 2010 auf 8,3 Mrd. Euro im Jahr 2019. Dies entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 3,2 %.

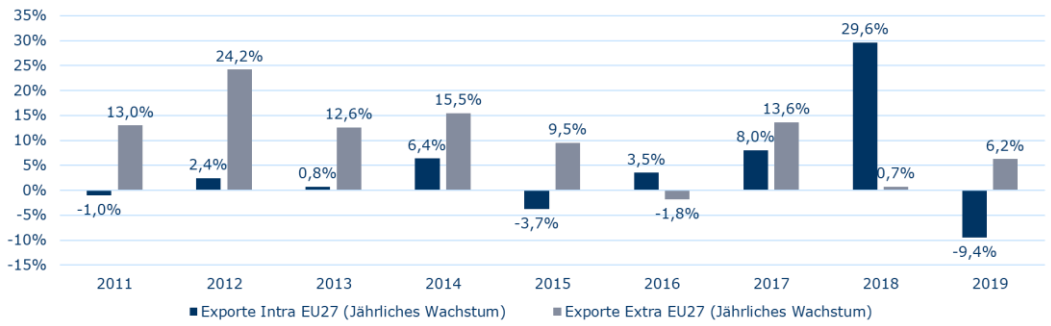
Abbildung 25: Entwicklung der Exporte von Biotechnologie aus Deutschland absolut in intra- und extraeuropäische Absatzmärkte



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Diese positive Entwicklung ist bei der jährlichen Wachstumsrate der exportierten Biotechnologie aus Deutschland ebenfalls erkennbar (Abbildung 26). Ein besonders hohes Wachstum der Exporte in EU-Mitgliedsstaaten kann im Jahr 2018 festgestellt werden, mit einer Steigerung von 29,6 % gegenüber dem Vorjahr. Im Jahr 2019 konnte dieses Wachstum nicht fortgesetzt werden. Die Exporte gingen um 9,4 % zurück. Dies könnte an einem generellen Exportrückgang von deutschen Produkten vom Jahr 2018 auf 2019 liegen. Der Anteil Deutschlands am Welthandel sank gegenüber dem Vorjahr leicht auf 7,1% (2018: 7,2%).[14] Folglich ist es möglich, dass speziell die Biotechnologie von dieser Entwicklung betroffen war. Wird das Wachstum der Exporte von Biotechnologie in außereuropäische Länder betrachtet, lässt sich feststellen, dass insbesondere im Jahr 2012 ein hohes Wachstum zu verzeichnen war (plus 24,2 % gegenüber dem Vorjahr). Im Jahr 2019 stieg der Export in außereuropäische Länder um 6,2 % an.

Abbildung 26: Jährliches Wachstum von exportierter Biotechnologie aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten

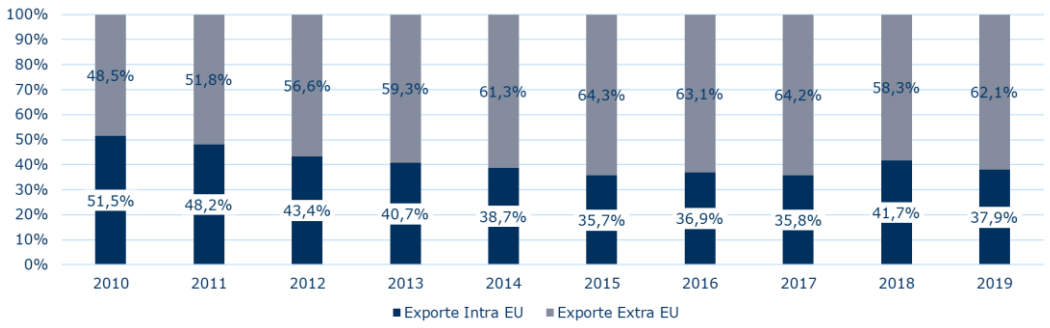


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

[14] Vgl. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Aussenwirtschaft/fakten-zum-deuschen-aussenhandel.pdf?__blob=publicationFile&v=20

Rund 48,5 % der aus Deutschland exportierten Waren der Fokusgruppe Biotechnologie wurden in Länder außerhalb der EU exportiert. Dieser Anteil ist im Jahr 2019 auf 62,1 % gestiegen. Folglich ist der Anteil der exportieren Biotechnologie in europäischen Mitgliedsstaaten gesunken. Der Anteil an Exporten in Staaten der EU-27 ist von 51,5 % im Jahr 2010 auf 37,9 % im Jahr 2019 zurückgegangen – was einem Minus von 13,6 % entspricht (Abbildung 27).

Abbildung 27: Anteil der Exporte von Biotechnologie aus Deutschland in außer- und innereuropäische Staaten



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Analyse der gesundheitswirtschaftlichen Exporte Deutschlands auf einen Blick

Wie bereits beschrieben, macht die Fokusgruppe Arzneimittel den größten Anteil an den Gesundheitsexporten aus. Die wird besonders deutlich, wenn die vier Fokusgruppen miteinander verglichen werden (Tabelle 2). Der Anteil an exportierten Arzneimitteln ist mit 74,4 Mrd. Euro höher als die drei Fokusgruppen Biotechnologie, Medizinprodukte und Medizintechnik zusammen.

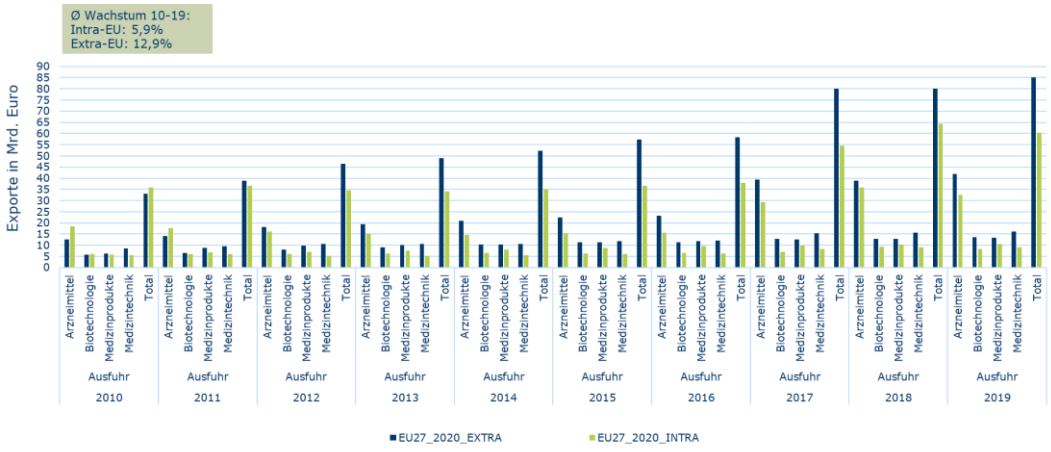
Tabelle 2: Deutsche gesundheitswirtschaftliche Exporte (2019) auf einen Blick

Destination	Arzneimittel	Biotechnologie	Medizinprodukte	Medizintechnik
Intra EU-27	32,4 Mrd. Euro / 53,7%	8,3 Mrd. Euro / 13,8%	10,5 Mrd. Euro / 17,4%	9,1 Mrd. Euro / 15,1%
Extra EU-27	41,9 Mrd. Euro / 49,2%	13,7 Mrd. Euro / 16,1%	13,4 Mrd. Euro / 15,7%	16,2 Mrd. Euro / 19,0%
Exporte gesamt	74,4 Mrd. Euro / 51,1%	22,0 Mrd. Euro / 15,1%	24,0 Mrd. Euro / 16,5%	25,3 Mrd. Euro / 17,4%

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT
Anmerkung: Abweichungen bei der Summe „Exporte gesamt“ aufgrund von Rundungsdifferenzen

Zudem fällt auf, dass in jeder Fokusgruppe der Exportanteil in außereuropäische Staaten höher ist als in innereuropäische Mitgliedsstaaten. Lediglich im Bereich der Arzneimittel zeigte sich zu Beginn des hier betrachteten Zeitraums im Jahr 2010 ein umgekehrtes Verhältnis mit einem höheren Export in innereuropäische Staaten (Abbildung 28).

Abbildung 28: Entwicklung intra- und extraeuropäischer Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte von 2010 bis 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Die Entwicklung des deutschen Exportaufkommens der vier Fokusgruppen ist aus Abbildung 28 ersichtlich. Das gesamte Exportvolumen der vier Fokusgruppen stieg vom Jahr 2010 mit 68,7 Mrd. Euro auf 145,7 Mrd. Euro im Jahr 2019 an. Davon wurden Waren im Wert von 85,2 Mrd. Euro in Länder der Europäischen Union und 60,5 Mrd. Euro in Länder außerhalb der Europäischen Union vertrieben. Diese Werte verdeutlichen den starken Anstieg der exportorientierten Gesundheitswirtschaft der letzten Jahre. Das durchschnittliche Wachstum von Exporten in extraeuropäische Staaten beträgt von 2010 bis 2019 durchschnittlich 12,9 %, in die intraeuropäischen Staaten 5,9 %.

3.4 Rahmenbedingungen des Marktzugangs (Erstattungsregulierungen)

Innovative Arzneimittel und Medizinprodukte werden in der EU zentral zugelassen bzw. zertifiziert. Damit sind diese grundsätzlich EU-weit verkehrsfähig und können in der gesamten EU verkauft werden. Nationale Zulassungsregeln bestehen nur noch für wenige Arzneimittel, insbesondere sogenannte Altprodukte, die vor dem Beginn der zentralen, EU-weiten Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) von den einzelnen Mitgliedsstaaten zugelassen wurden. Ebenso werden bestimmte Zelltherapien und Blutprodukte ebenfalls nach wie vor national zugelassen.

Die Erstattungsregularien für Gesundheitsprodukte hingegen sind in den einzelnen Ländern der Europäischen Union nicht harmonisiert: Die Bewertung, ob ein innovatives Arzneimittel wirtschaftlich ist, erfolgt durch die einzelnen EU-Mitgliedsstaaten. Dies bedeutet, dass beispielsweise ein innovatives Medikament zur Behandlung der Arthrose in der gesamten EU verschrieben werden kann, jedoch nicht in allen Ländern der EU durch die Krankenversicherungssysteme erstattet wird. Ist eine Erstattung in einem EU-Land durch das dortige Krankenversicherungssystem nicht vorgesehen, dann müssen die Patienten dort dafür entweder privat aufkommen oder auf die Behandlung verzichten.

Innerhalb der EU bestehen zwar seit ungefähr einem Jahrzehnt Bestrebungen, die Arzneimittelbewertung zu harmonisieren. Es ist jedoch nicht damit zu rechnen, dass dies in Kürze erfolgen wird. Ähnliches gilt ebenso für die Erstattung innovativer Medizinprodukte höherer Risikoklassen.

Die Hersteller dieser Produkte müssen sich daher mit den Erstattungsvoraussetzungen jedes einzelnen EU-Lands befassen, in dem sie einen Abverkauf beabsichtigen.

Die Bewertungsverfahren hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit für innovative Arzneimittel unterscheiden sich innerhalb der EU erheblich. So werden beispielsweise in Bezug auf Ergebnisse klinischer Studien ganz unterschiedliche Anforderungen gestellt. Regelmäßig wird der Vergleich der Behandlung des innovativen Arzneimittels mit dem Therapiestandard gefordert. Letzterer kann jedoch von EU-Land zu EU-Land höchst unterschiedlich sein.

Das Bewertungsverfahren bildet die Grundlage für das darauffolgende Verfahren zur Preisbestimmung, das sich ebenfalls von Land zu Land unterscheidet. Auch der Zeitpunkt, ab dem das Arzneimittel erstattet wird, unterscheidet sich zwischen den Ländern.

Viele kleinere EU-Länder verzichten auf eine eigene Bewertung und beziehen sich lediglich auf die Bewertungen anderer EU-Mitgliedsländer.

Aufgrund dieser komplexen Regeln sind die Hersteller innovativer Arzneimittel auf profunde Markt- und Erstattungskenntnisse angewiesen. Beispielhaft werden hier einige nationale Mechanismen in Frankreich, Italien und Spanien dargestellt, die die Komplexität veranschaulichen. Diese drei Länder weisen – nach Deutschland – die größten Gesundheitsmärkte innerhalb der EU auf. Die folgenden Mechanismen lassen sich in ähnlicher Form auch in anderen EU-Ländern wiederfinden.

Frankreich

Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit innovativer Therapien wird von der Haute Autorité de Santé (HAS) zentral durchgeführt. Diese bewertet sowohl innovative Arzneimittel als auch bestimmte innovative Medizinprodukte. Die Bewertung bildet die Grundlage für die späteren Erstattungsverhandlungen, die zwischen dem Comité économique des produits de santé (CEPS) und den Herstellern geführt werden.

Bei besonders schwerwiegenden Erkrankungen werden ausnahmsweise auch solche Therapien erstattet, für die keine Zulassung besteht (sogenanntes ATU-Verfahren: Authorisation Temporaire d'Utilisation). Voraussetzung ist, dass keine alternative zugelassene Therapie besteht und dass die bisherigen Studien einen signifikanten Behandlungserfolg erwarten lassen.

Italien

Für innovative Arzneimittel erfolgt eine zentrale Bewertung durch die AIFA (Agenzia Italiana Del Farmaco). Die Erstattung selbst erfolgt jedoch regional durch eine der 21 ASRs (Agenzia Sanitaria Regionale). Diese können die Entscheidung auch an eine der nachgelagerten ASLs (Aziende Sanitarie Locali) übergeben.

Spanien

Die nationale Agentur AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) führt eine zentrale Bewertung durch. Diese ist jedoch aufgrund der starken staatsorganisationsrechtlichen Stellung der Regionen nicht direkt bindend. Die Regionen verfügen über ein eigenständiges Gesundheitsbudget und treffen grundsätzlich selbst die Erstattungsentscheidung, wobei jedoch durch mehrere Mechanismen bewirkt werden soll, dass das Versorgungsniveau nicht zu sehr von Region zu Region abweicht.

Die Komplexität der Erstattungswege ist insbesondre für KMU eine Herausforderung, sie bietet jedoch auch Chancen:

- Die Verfahren honorieren echte Innovation und medizinischen Nutzen, so dass sich die Anbieter von hochwertigen und nachhaltigen Produkten im Wettbewerb abheben können.
- Lokale Partnerinnen und Partner sind bei der Antragstellung und dem Dialog mit den Erstattungsentscheidern wichtig, sodass Wertschöpfung vor Ort generiert werden kann.
- Die Erstattungsentscheidung wird regelmäßig für einen längeren Zeitraum getroffen, sodass für die Anbieter ein gewisses Maß an Planungssicherheit besteht.

4. Ergebnis der Auswahl von Ländern

Im Folgenden werden die Ergebnisse der zweistufigen Länderauswahl dargestellt. Zum methodischen Vorgehen vergleiche Abschnitt 2.3.

4.1 Erste Stufe: Auswahl von 15 Ländern

Eine stark eingeschränkte Daten-Verfügbarkeit führte zunächst zum Ausschluss der Länder Luxemburg, Malta und Zypern. Darüber hinaus wurden zwei Gruppen von Ländern gebildet.

„Etablierte“ Länder

In die erste Gruppe wurden Länder eingeordnet, die „etablierte“ Handelsbeziehungen aufweisen insofern, dass Deutschland mit ihnen bereits seit längerer Zeit ausgeprägte Handelsbeziehungen in Bezug auf die vier Fokusgruppen aufweist (enge Import-Export-Verflechtungen). Sie sind tendenziell gekennzeichnet von vergleichsweise großen Märkten und weisen hohe Gesundheitsausgaben im Vergleich der EU-27 auf. Die Länder, die als „etabliert“ betrachtet wurden, erfüllten mindestens drei der vier Auswahlkriterien (vgl. Abschnitt 2.3.1). Insgesamt zehn Länder wurden der Gruppe der „etabliert“ Länder zugeordnet.

„Optionale“ Länder

In die zweite Gruppe wurden Länder eingeordnet, die eher durch neuere Märkte gekennzeichnet sind, mit denen die deutschen Handelsbeziehungen bisher weniger stark ausgeprägt sind (geringere Import- und Exportanteile). Sie sind tendenziell durch kleinere Märkte gekennzeichnet und weisen niedrige Gesundheitsausgaben im Vergleich der EU-27 auf. Sie erfüllen markt-, kooperations- oder innovationsbezogene Sonderkriterien und erfüllen typischerweise zwei der vier Auswahlkriterien (vgl. Abschnitt 2.3.1). Von den insgesamt 17 „optionalen“ Ländern wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber mindestens fünf Länder ausgewählt.

Inwieweit die Länder im Einzelnen die Auswahlkriterien erfüllen, ist im Anhang in Abschnitt 8 dargestellt (Tabelle 15).

4.1.1 Ergebnis der Länderauswahl

Auf der ersten Stufe der Länderauswahl wurden alle zehn „etablierten“ Länder und fünf „optionale“ Länder ausgewählt.

Ausgewählt wurden die „etablierten“ Länder:

- Österreich,
- Tschechien,
- Dänemark,
- Spanien,
- Frankreich,
- Italien,
- Niederlande,
- Polen,
- Finnland und
- Schweden.

Ausgewählt wurden die „optionalen“ Länder:

- Belgien,
- Ungarn,
- Portugal,
- Rumänien und
- Slowenien.

Mit dieser Auswahl von 15 Ländern wurde der Fokus insgesamt auf solche Länder gelegt, die sowohl aufgrund der Beschaffenheit ihrer Absatzmärkte in Bezug auf die vier Fokusgruppen als auch aufgrund der Bedarfe im Bereich der Technologie- und Markterschließungskooperation besondere Chancen für deutsche Unternehmen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft bieten (markt- und kooperationsbezogener Ansatz der Länderauswahl).

Auf der ersten Stufe der Länderauswahl wegen einer vergleichsweise kleinen Marktgröße und/oder Einschränkungen bei der Verfügbarkeit geeigneter Daten nicht ausgewählt wurden – über Luxemburg, Malta und Zypern hinaus – Bulgarien, Estland, Griechenland, Irland, Kroatien, Lettland, Litauen und die Slowakei.

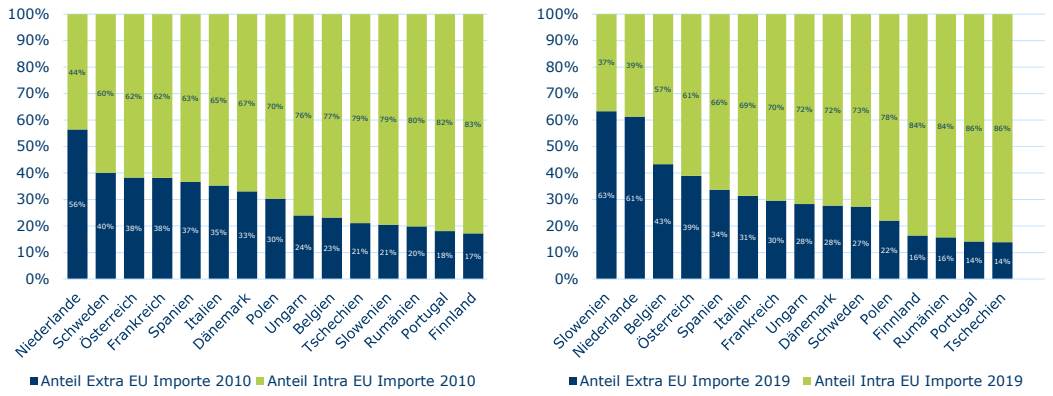
4.1.2 Kurzanalyse der ausgewählten 15 Länder

Die folgende Kurzanalyse der Länderauswahl zielt darauf ab, einzelne Indikatoren des Marktpotenzials vor dem Hintergrund der studienspezifischen Abgrenzung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft ausführlicher zu betrachten. Neben der Untersuchung der Handelsverflechtungen wird auch auf weitere volkswirtschaftlich relevante Kennzahlen wie den Produktionswert und die Bruttowertschöpfung eingegangen.

4.1.2.1 Handelsverflechtungen

In einem ersten Schritt erfolgt die Betrachtung der Importanteile von Gesundheitsprodukten für die getroffene Länderauswahl vor dem Hintergrund der Importanteile aus Staaten innerhalb und außerhalb der EU (Fokus Drittländeranteil) für die Jahre 2010 und 2019 (Abbildung 29).

Abbildung 29: Anteil der intra- und extra-EU-Importe (Drittstaatenanteile) der Länder (in den Jahren 2010 und 2019)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

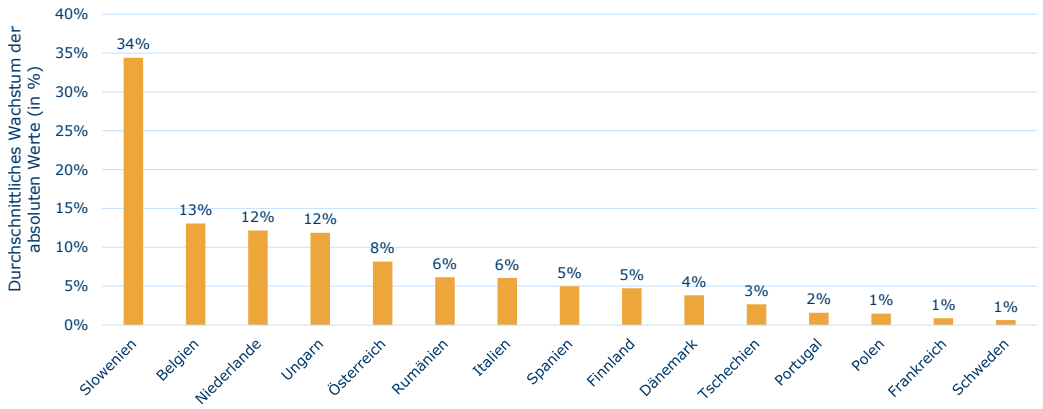
Werden die Daten aus dem Jahr 2010 betrachtet, zeigt sich, dass die Niederlande mit einem Anteil von 56 % einen besonders hohen Anteil an Gesundheitsprodukten aus Ländern außerhalb der EU bezogen hat – gefolgt von Schweden mit einem Anteil von 40 %, Österreich (38 %), Frankreich (38 %) und Spanien (37 %). Werden die Länder betrachtet, die einen hohen Anteil an Importen aus EU-Mitgliedstaaten aufweisen, steht Finnland mit einem Anteil von 83 % an erster Stelle, gefolgt von Portugal (18 %), Rumänien (29 %) und Slowenien (21 %).

Wies Slowenien im Jahr 2010 einen hohen Anteil an Importen aus EU-Mitgliedstaaten auf, zeigt sich im Jahr 2019 ein anderes Bild. Der Anteil der Importe von gesundheitsrelevanten Produkten aus EU-Mitgliedsstaaten ist auf 37 % gesunken. Dieser Anteil ist ebenfalls in Belgien von 77 % im Jahr 2010 auf 57 % gesunken. Eine entgegengesetzte Entwicklung ist u. a. in Schweden und Frankreich zu beobachten. Der Anteil der intraeuropäischen Importe ist in Schweden von 60 % im Jahr 2010

auf 73 % im Jahr 2019 sowie in Frankreich von 62 % im Jahr 2010 auf 70 % im Jahr 2019 angestiegen.

Die bereits beschriebene Entwicklung der Importe aus dem außereuropäischen Raum zeigt sich auch bei Betrachtung des durchschnittlichen jährlichen Wachstums der absoluten Werte (Compound Annual Growth Rate; CAGR) von 2010 bis 2019. Ein besonders hohes Wachstum ist diesbezüglich in Slowenien mit einem Anstieg von 34 % zu beobachten sowie in Belgien mit 13 %, den Niederlanden mit 12 % und Ungarn ebenfalls mit 12 % (Abbildung 30).

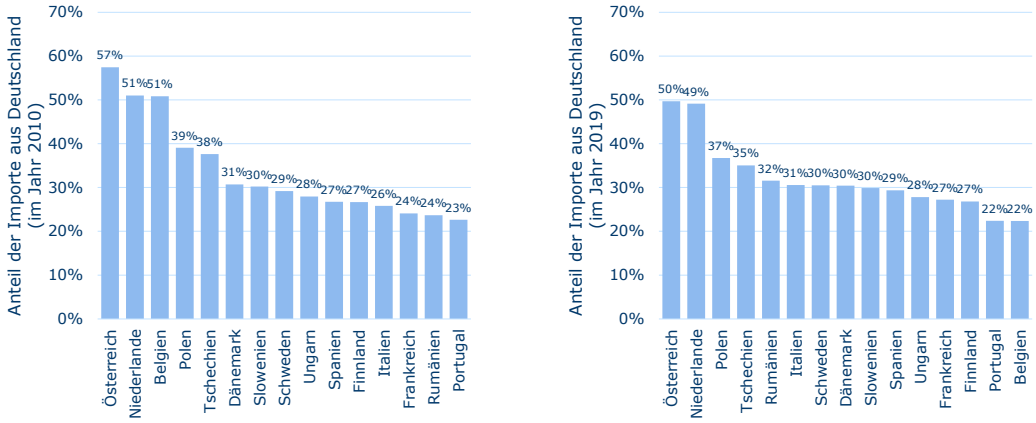
Abbildung 30: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) von Importen aus dem außereuropäischen Raum (2010-2019)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT
Anmerkung: CAGR = Compound Annual Growth Rate

Im Jahr 2010 machten die Importe an gesundheitsrelevanten Produkten aus Deutschland in Österreich 57 % aus (Abbildung 31). Einen Anteil von über 50 % machte der Importanteil der Branche ebenfalls in den Niederlanden und Belgien aus. In beiden Ländern lag der Importanteil von Gesundheitsprodukten aus Deutschland bei 51 %. Im Jahr 2019 lagen diese Werte für Österreich bei 50 % und für die Niederlande bei 49 %. Eine größere Veränderung gab es in Belgien. Der Anteil der Gesundheitsprodukte aus Deutschland machte 2019 nur noch 22 % der Importe in Belgien aus.

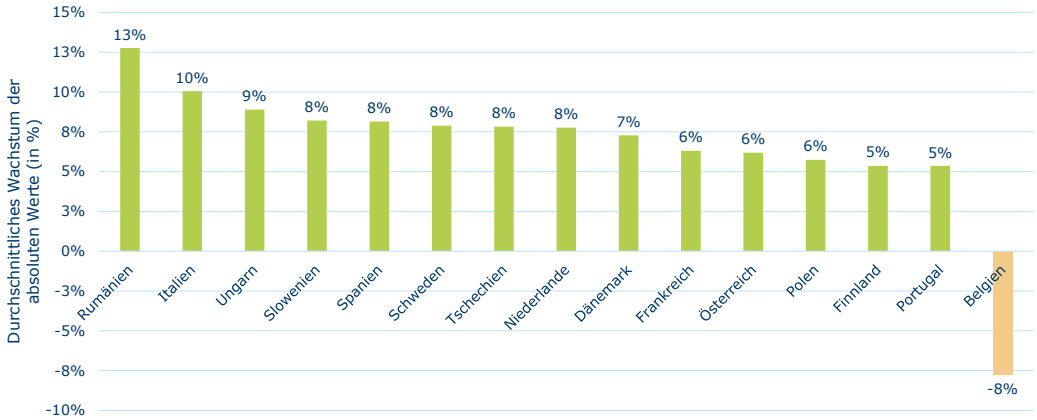
Abbildung 31: Anteil der Importe aus Deutschland im Jahr 2010 (linke Abbildung) und im Jahr 2019 (rechte Abbildung)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Diese Entwicklung lässt sich unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Wachstums der absoluten Werte der Importe aus Deutschland von 2010 bis 2019 ebenfalls erkennen (Abbildung 32). Die Importe aus Deutschland haben somit in diesem Zeitraum in Belgien um 8 % abgenommen, wohingegen in den anderen Staaten der Länderauswahl ein positives Wachstum erkennbar ist. Besonders der Anteil an Importen von deutschen Produkten aus dem Gesundheitsbereich in Rumänien ist von 2010 bis 2019 gestiegen (+13 %).

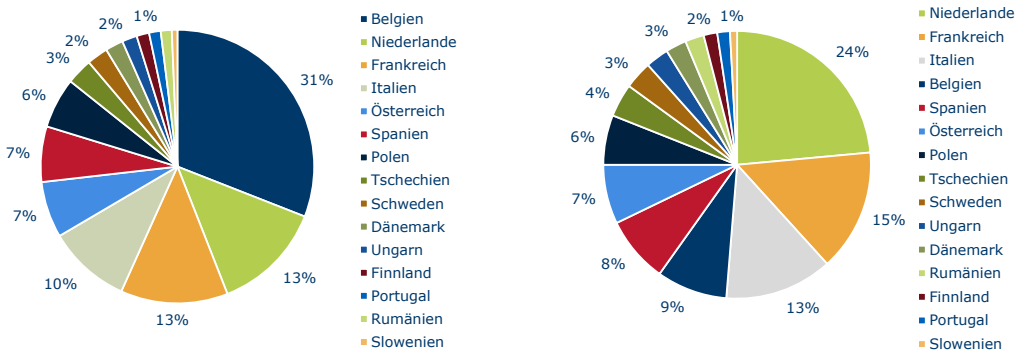
Abbildung 32: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) der absoluten Werte der Importe aus Deutschland nach den Ländern (2010 - 2019)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT
Anmerkung: CAGR = Compound Annual Growth Rate

Hinsichtlich der Exporte von Gesundheitsprodukten aus Deutschland in die ausgewählten EU-Mitgliedsländer fällt auf, dass der größte Anteil von Gesundheitsprodukten aus Deutschland 2010 mit 31 % nach Belgien exportiert worden ist (Abbildung 33). Anteile über 10 % machten zudem die Exporte in die Niederlande (13 %), nach Frankreich (13 %) und Italien (10 %) aus. Im Jahr 2019 wurden 24 % der deutschen Gesundheitsprodukte in die Niederlande exportiert, 15 % nach Frankreich und 13 % nach Italien.

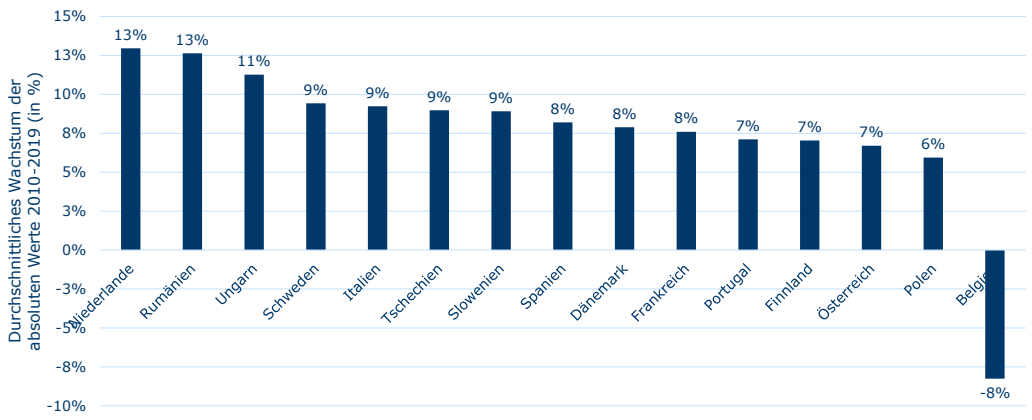
Abbildung 33: Anteil der deutschen Exporte nach den Ländern im Jahr 2010 (linke Abbildung) und im Jahr 2019 (rechte Abbildung)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Ein abschließender Blick auf das durchschnittliche Wachstum gesundheitswirtschaftlicher Exportprodukte im Zeitraum von 2010 bis 2019 zeigt, dass die Ausfuhr in Länder wie die Niederlande und Rumänien am stärksten zugenommen hat (Abbildung 34). In beiden Ländern betrug das durchschnittliche Wachstum 13 %. Ebenfalls starke Wachstumsmärkte waren Ungarn, Schweden und Italien. Hier lag das durchschnittliche Wachstum bei 11 % respektive jeweils 9 %. Mit Ausnahme von Belgien, das einen Rückgang der deutschen Exporte um durchschnittlich 8 % verzeichnete, ist für die gesamte Länderauswahl eine positive Entwicklung der Exporte erkennbar.

Abbildung 34: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) der absoluten Werte von deutschen Exporten (2010 - 2019)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT
Anmerkung: CAGR = Compound Annual Growth Rate

Folglich kann festgehalten werden, dass zum einen die Exporte der deutschen Gesundheitswirtschaft in Länder mit bereits einem hohen Exportanteil, wie Niederlande, Frankreich und Italien, gestiegen sind. Zum anderen konnten auch Staaten mit einem im Ländervergleich geringen Exportanteil, wie Ungarn, Rumänien und Slowenien, einen ähnlichen Zuwachs an Exporten aus Deutschland verzeichnen wie die bereits etablierten Abnehmer deutscher Produkte der Gesundheitswirtschaft.

4.1.2.2 Produktionswert

Um neben dem Außenhandel auch die Produktionstätigkeit der exportorientierten Gesundheitswirtschaft zu betonen, wird die Kurzanalyse der 15 Länder um den Produktionswert vervollständigt.

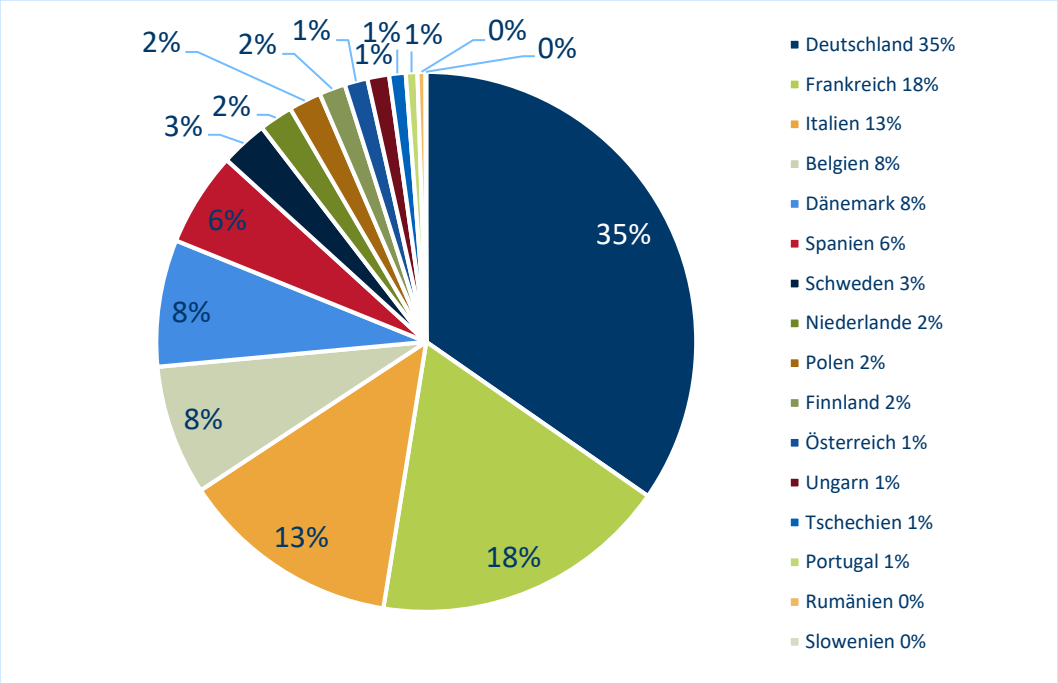
Als volkwirtschaftliche Kenngröße bezeichnet der Produktionswert die Summe aller produzierten Güter und Dienstleistungen innerhalb eines Jahres (hier 2019). Der Produktionswert setzt sich dabei aus den Komponenten der Vorleistungen und

der Bruttowertschöpfung zusammen. Anders ausgedrückt, repräsentiert der Produktionswert abzüglich der Vorleistungen, also der im Produktionsprozess verbrauchten, verarbeiteten oder umgewandelten Güter und Dienstleistungen, die Bruttowertschöpfung.

Auf die Wertschöpfungsbeiträge der exportorientierten Gesundheitswirtschaft wird in Abschnitt 4.1.2.3 eingegangen, wobei sowohl deren Entwicklung seit dem Jahr 2010 als auch die BIP-Beiträge im jeweiligen Land näher beleuchtet werden. Da die Bruttowertschöpfung, wie oben beschrieben, einen wesentlichen Bestandteil des Produktionswertes darstellt, besteht eine starke Korrelation zwischen diesen beiden Kenngrößen.

Die Verteilung des Produktionswertes der exportorientierten Gesundheitswirtschaft innerhalb der betrachteten 15 Länder (zzgl. Deutschland) verdeutlicht die Größenunterschiede der jeweiligen Märkte der Länder (Abbildung 35). Den – nach Deutschland – größten Anteil am Produktionswert weisen Frankreich (18 %) und Italien (13 %) auf.

Abbildung 35: Länderanteile am Produktionswert der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in ausgewählten EU-Staaten (2019)



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Die dargestellten Produktionswerte der exportorientierten Gesundheitswirtschaft stellen im Rahmen dieser Studie ein Zwischenergebnis dar. Für sich allein betrachtet kann der Indikator keine Aussage über das Markpotenzial geben. Er liefert jedoch eine quantitative Einordnung dazu, wie stark die Produktion der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in den einzelnen Ländern ausgeprägt ist. Setzt man

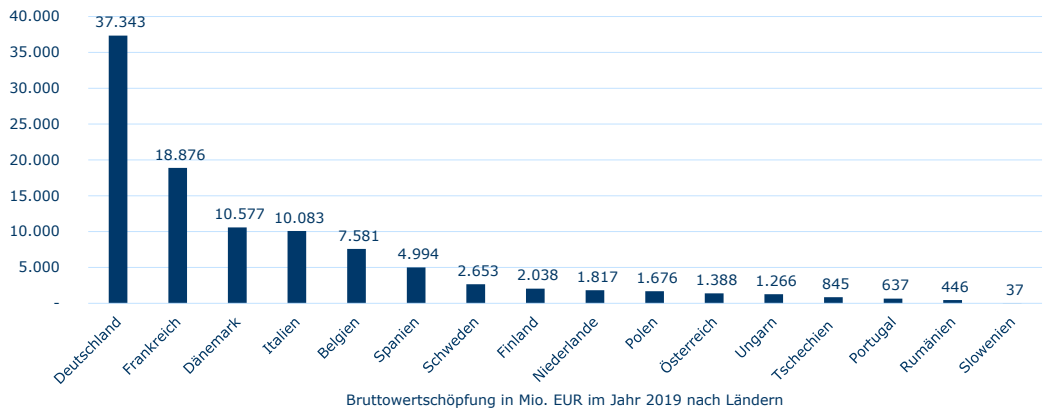
diesen Wert in das Verhältnis zu Handelsdaten (bspw. Import), ergeben sich neue Interpretationsmöglichkeiten (Abschnitt 4.2.3.2). Darüber hinaus repräsentiert der Produktionswert eine wesentliche Bezugsgröße zur Ermittlung der Bruttowertschöpfung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft. Mit der Ermittlung der Bruttowertschöpfung lässt sich darstellen, welchen Beitrag die Branche zur Gesamtwirtschaft in den Ländern leistet.

4.1.2.3 Bruttowertschöpfung

Zwar geben die Produktionswerte den Wert der produzierten Güter an, können aber als Maß für die wirtschaftliche Leistung nicht herangezogen werden, da in die Produktionswerte die Vorprodukte anderer Wirtschaftseinheiten und Länder einfließen. Die Bruttowertschöpfung (BWS) hingegen umfasst nur den im Produktionsprozess geschaffenen Mehrwert und ist somit eine zentrale Kennzahl für den wirtschaftlichen Beitrag der Branche zum BIP der jeweiligen Volkswirtschaft. Die BWS ergibt sich aus der Differenz zwischen der inländischen Produktion der jeweiligen Gesundheitswirtschaft und den hierfür bezogenen Vorleistungen.

In Abbildung 36 wird deutlich, dass im Jahr 2019 Frankreich mit 18,9 Mrd. Euro über den höchsten Wertschöpfungsbeitrag im 15-Ländervergleich verfügt hat und machte somit rund ein Drittel (29,1 %) der generierten BWS in allen 15 Ländern aus. Mit großem Abstand folgten Dänemark (10,6 Mrd. Euro), Italien (10,1 Mrd. Euro) und Belgien (7,6 Mrd. Euro) – diese machten über 10 % an der gesamten BWS der Länderauswahl aus. Während Spanien mit rund 5,0 Mrd. Euro 7,7 % an der gesamten BWS betrug, lag der Wertschöpfungsbeitrag der übrigen 10 Länder unter dem 5-%-Anteil. Hierbei bildete Slowenien mit rund 37 Mio. Euro BWS das Schlusslicht im 15-Ländervergleich.

Abbildung 36: Bruttowertschöpfung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in Mio. Euro nach Ländern im Jahr 2019

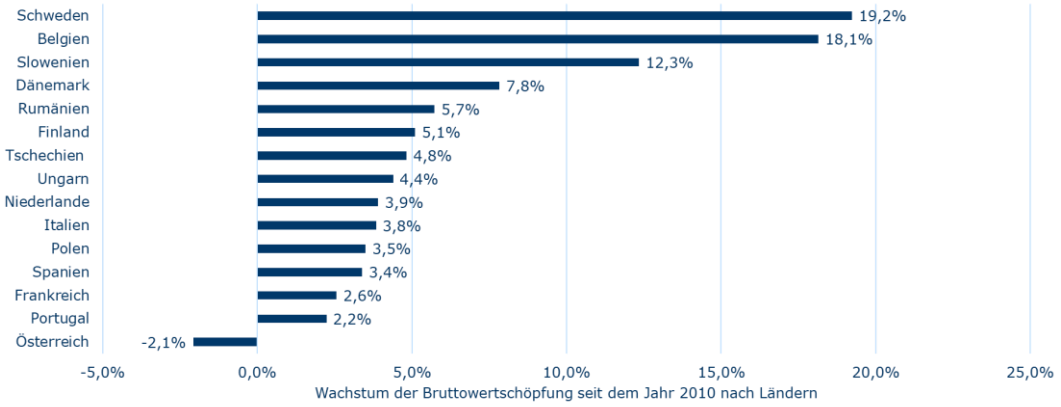


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Die hohen Wertschöpfungsbeiträge der fünf Länder – Frankreich, Dänemark, Italien, Belgien und Spanien – spiegeln den starken Produktionsschwerpunkt der jeweiligen nationalen Gesundheitswirtschaft und verdeutlichen die hohe Bedeutung der Branche in den Ländern. Hingegen wird insbesondere in den osteuropäischen Ländern, wie Rumänien und Slowenien, die geringe Produktion von gesundheitswirtschaftlichen Gütern und demnach auch geringerer Wertschöpfungsbeiträge deutlich.

Seit dem Jahr 2010 entwickelte sich die BWS in fast allen Ländern positiv – lediglich in Österreich konnte ein Rückgang des Wertschöpfungsbeitrags in Höhe von 2,1 % beobachtet werden (Abbildung 37). Dies lässt sich zum einen darin begründen, dass der Import gesundheitswirtschaftlicher Güter nach Österreich seit dem Jahr 2010 zunahm, sodass im Zeitverlauf tendenziell mehr importiert als inländisch produziert wurde. Zum anderen kann aber auch eine Verlagerung von Produktionsstätten ins Ausland den gesunkenen Wertschöpfungsbeitrag der Gesundheitswirtschaft in Österreich erklären.

Abbildung 37: Durchschnittliches Wachstum (CAGR) der Bruttowertschöpfung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft nach Ländern (2010 - 2019)

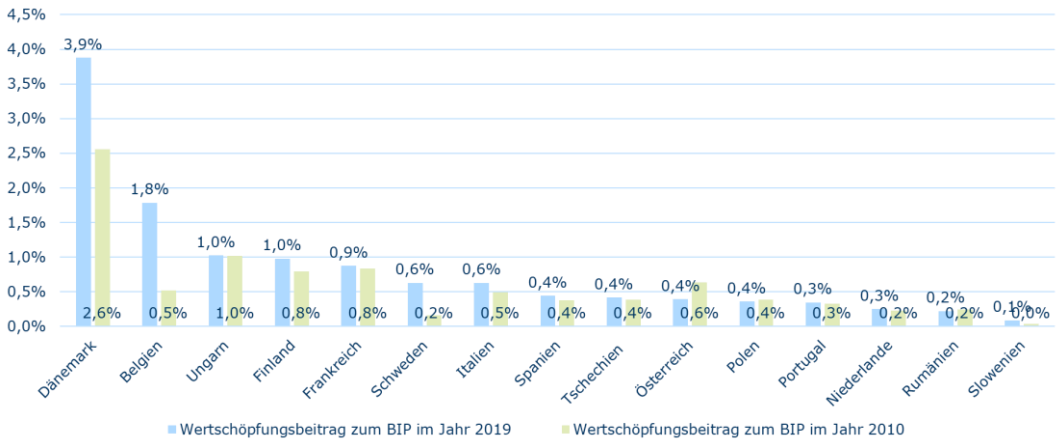


Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT
Anmerkung: CAGR = Compound Annual Growth Rate

Bei den positiven Wachstumsraten hingegen fallen insbesondere Länder wie Schweden (19,2 % p. a.) und Belgien (18,1 % p. a.) mit den im Abstand größten Wachstumsraten auf. Interessant ist auch, dass Slowenien mit einem durchschnittlichen Wachstum in Höhe von 12,3 % p. a. den dritthöchsten Platz im 15-Ländervergleich einnimmt und deutet, trotz der geringen absoluten BWS, auf eine Ausrichtung des Landes hin zur inländischen Produktion von gesundheitswirtschaftlichen Gütern hin.

Die jeweilige Entwicklung der Wertschöpfungsbeiträge in den 15 Ländern spiegelt den Beitrag der Gesundheitswirtschaft zum BIP der einzelnen Staaten. In Abbildung 38 wird ersichtlich, dass bis auf den Rückgang des BIP-Beitrags der Gesundheitswirtschaft in Österreich – von 0,6 % im Jahr 2010 auf 0,4 % in 2019 – die BIP-Beiträge der Wertschöpfung in den anderen Ländern in der letzten Dekade nahezu konstant geblieben bzw. gestiegen sind.

Abbildung 38: Bruttowertschöpfungsbeitrag der exportorientierten Gesundheitswirtschaft zum nationalen Bruttoinlandsprodukt nach Ländern im Jahr 2019 und 2010



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT
Anmerkung: CAGR = Compound Annual Growth Rate

Sowohl den höchsten BIP-Beitrag (3,9 %) im Jahr 2019 als auch die größte Steigerung dessen seit 2010 (1,3 %punkte) kann in Dänemark beobachtet werden. Damit bestärkt Dänemarks Gesundheitswirtschaft ihre Position als ein bedeutender und nachhaltiger Wertschöpfungsfaktor im Ländervergleich.

Der BIP-Beitrag von Slowenien im Jahr 2019 (0,1 %) ist zwar der niedrigste unter den 15 Ländern, entwickelte sich jedoch positiv seit 2010 (0,05 %punkte) und zeigte somit, wenn auch geringfügig, eine Tendenz hin zu einer steigenden Bedeutung der inländischen Gesundheitswirtschaft.

Insgesamt kann anhand der BIP-Beiträge nationaler Gesundheitswirtschaften beobachtet werden, dass diese stark in den 15 Ländern variieren. Diese Variation der Wertschöpfungsbeiträge spiegelt somit die unterschiedlich starken Produktionsschwerpunkte der jeweiligen Gesundheitswirtschaften und die inländische Bedeutung der Branche.

4.2 Zweite Stufe: Auswahl von 5+2 Ländern

Auch auf der zweiten Stufe der Länderauswahl wurden zwei Länder aufgrund des Ausschlusskriteriums ausgeschlossen. In Bezug auf die Niederlande und Belgien stellt sich die Aussagekraft der relevanten Datengrundlagen als wesentlich eingeschränkt dar. Die Handelsbeziehungen Deutschlands zu diesen beiden Ländern sind von einer speziellen Konstellation geprägt, die dazu führt, dass hohe Umsätze in den Handelsdaten verzeichnet werden, die jedoch überwiegend nicht zum Endverbrauch in diesen Ländern bestimmt sind. Vielmehr werden die Güter über Umschlagplätze, wie z. B. den Rotterdamer oder den Antwerpener Hafen, in andere Länder weiter ausgeführt. Ein Einbezug dieser Länder in die weiteren Analysen wäre mit erheblichen Einschränkungen verbunden, da die Handelsströme aufgrund der genannten Konstellation grundsätzlich nicht mit denen anderer Länder vergleichbar wären und eine Bereinigung der Daten in Bezug auf diese Verzerrung auch nicht ohne weiteres möglich ist. Daher wurden die Niederlande und Belgien von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

4.2.1 Ergebnis der Bewertung des Marktpotenzials

Für jedes der drei quantitativen Kriterien sowie der ersten beiden qualitativen Kriterien (vgl. Abschnitt 2.3.2) wurden jeweils zwei bis drei Länder identifiziert, die diese Kriterien am weitestgehenden erfüllen. Im Anhang in Abschnitt 8 ist ebenfalls dargestellt, inwieweit die Länder im Einzelnen die quantitativen Auswahlkriterien erfüllen (Tabelle 15).

Quantitative Kriterien

Frankreich, Italien und Spanien stehen im Ranking der Länder nach der Marktgröße und -dynamik ganz oben. Sie weisen den größten Anteil an den Exporten der exportorientierten Gesundheitswirtschaft Deutschlands auf, haben überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf, die in den vergangenen zehn Jahren mindestens durchschnittlich stark angestiegen sind.

Die Marktgröße ist auch für das Kooperationspotenzial von großer Bedeutung, denn gerade für Anbieter von Nischenprodukten ist es notwendig, dass ein Markt über eine gewisse Mindestgröße verfügt. Dies gilt etwa im Bereich der Entwicklung von innovativen biotechnologisch erzeugten Arzneimitteln für die Behandlung seltener Erkrankungen (sogenannte Orphan Drugs). Die Behandlung dieser seltenen Erkrankungen erfolgt regelmäßig in spezialisierten Zentren, die jedoch nur in größeren Ländern eingerichtet werden, da die Patientenzahlen in kleineren Ländern nicht ausreichen, um dafür ein solches Zentrum einzurichten. Ein innovatives Biotechnologieunternehmen wird regelmäßig eine klinische Kooperation mit einem solchen Zentrum eingehen, um das Produkt weiterzuentwickeln. Kleinere Länder scheiden aus, da es dort derartige Zentren nicht gibt. Vergleichbares gilt auch im Bereich der Vertriebskooperationen: So wird etwa ein kleines Medizintechnikunternehmen aus Deutschland, das ein Nischenprodukt vertreiben möchte, zunächst Partnerschaften in größeren Märkten prüfen, da die Wahrscheinlichkeit größer ist,

dort eine passende Partnerin oder Partner zu finden. Aus diesen Gründen steht ein großer Markt auch für mannigfaltige Kooperationsmöglichkeiten.

Österreich und Schweden erfüllen das Kriterium des Außenhandelspotenzials – abgebildet als Importanteil der Drittländer – tendenziell am meisten. Österreich weist einen überdurchschnittlich großen Anteil der Drittländer außerhalb der EU an den Importen auf, womit sich ein Potenzial ergibt, zukünftig die Handelsbeziehungen innerhalb der EU auszubauen. Schweden hatte zuletzt einen unterdurchschnittlich hohen Anteil der Drittländer an den Importen (vgl. Abbildung 29). Allerdings ist der Anteil in den vergangenen zehn Jahren stark zurückgegangen. Wenn dieser Trend zukünftig anhält, besteht die Möglichkeit, auch hier die Handelsbeziehungen innerhalb der EU auszubauen. Deutsche Unternehmen könnten Marktanteile ausbauen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich in der Pandemie gezeigt hat, wie durch lange Lieferketten (etwa Einfuhr von Masken aus der VR China) die Versorgung der Bevölkerung mit lebensnotwendigen Gesundheitsgütern erschwert wurde. Besonders mittelständische deutsche Anbieter mit kurzen Lieferketten und Produktion in Deutschland könnten hier profitieren. Darüber hinaus besteht auch – ungeachtet der generell bereits recht hohen Importanteile aus dem Binnenmarkt (vgl. Abbildung 29) – weiterhin die Möglichkeit, Kooperationen in diesen Ländern aufzubauen und bestehende zu pflegen.

Polen wurde aufgrund der Marktgröße sowie der Rahmenbedingungen der Marktentwicklung identifiziert. Gemessen an der Größe der älteren Bevölkerung ist Polen nach Frankreich, Italien und Spanien der viertgrößte Markt (vgl. Abschnitt 3.2.1). Es ist davon auszugehen, dass es zukünftig eine überdurchschnittliche Zunahme des Nachfragepotenzials nach Gütern und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung im Zuge einer kräftigen Alterung der Bevölkerung in den kommenden zehn Jahren (vgl. Abbildung 8) aufweisen dürfte.

Qualitative Kriterien

Die exportorientierte Gesundheitswirtschaft Deutschlands verfügt in Frankreich, Italien und Spanien bereits über etablierte Handelsstrukturen, auf denen zukünftig aufgebaut werden kann. Aufgrund dieser etablierten Handelsstrukturen können die deutschen Unternehmen hier bestehende Kooperationen ausbauen und gleichzeitig eine Wertschöpfung vor Ort betreiben: Auch KMU verfügen oft bereits über Technologie- oder Forschungspartnerschaften vor Ort, die nun ausgeweitet werden können. So sind beispielsweise durch die Pandemie Versorgungslücken offenkundig geworden, die aufgrund bereits bestehender Kooperationen mit einer lokalen Partnerin oder Partner vor Ort nun gemeinsam geschlossen werden können.

Gemessen am Stand und der bisherigen Entwicklung der Märkte der vier Fokusgruppen (z. B. in Bezug auf Technologien) lässt sich Dänemark in den Fokus nehmen. Dänemark verfügt über moderne Gesundheitssysteme. Besonders im Bereich der Digitalisierung bieten sich hier deutschen mittelständischen Unternehmen große Marktchancen, da Dänemark große Anstrengungen unternimmt, durch Vernetzung, Datenaustausch, Telemedizin und Gesundheits-Apps

sein Gesundheitssystem effizient und kostengerecht zu halten. Deutsche Unternehmen könnten auf diesen vorhandenen Strukturen aufsetzen und nicht nur Marktanteile ausbauen, sondern auch Markterfahrung für andere globale Märkte gewinnen.

Polen weist ein hohes Marktpotenzial auch im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Märkte (z. B. Innovationspotenzial) auf. Als Land des ehemaligen Ostblocks hat Polen in den Jahren nach seinem EU-Betritt zwar bereits überproportional in sein Gesundheitssystem investiert (vgl. die starke Zunahme der Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren, Abbildung 5), allerdings besteht nach wie vor großer Ausbaubedarf (vgl. das weiterhin deutlich unterdurchschnittliche Niveau der Gesundheitsausgaben pro Kopf, Abbildung 3). Dies gilt auch im Hinblick auf die in diesem Land große demographische Herausforderung, die sich in einer stark alternden Gesellschaft zeigt (vgl. Abbildung 9).

4.2.2 Ergebnis der Länderauswahl

Im Ergebnis wurden insgesamt 5+2 Länder auf der zweiten Stufe der Länderauswahl ausgewählt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Auswahl von 5+2 Ländern für weitere Analysen

Land	Auswahlkriterium des Marktpotenzials
Frankreich	Kooperationspotenzial, Marktgröße und -dynamik
Italien	Kooperationspotenzial, Marktgröße und -dynamik
Spanien	Kooperationspotenzial, Marktgröße und -dynamik
Österreich	Außenhandelspotenzial (Importanteil Drittländer)
Schweden	Außenhandelspotenzial (Importanteil Drittländer)
Polen	Marktgröße, Innovations- und Nachfragepotenzial
Dänemark	Stand und Entwicklung der Märkte

Quelle: IGES und WifOR

Zum einen wurden Frankreich, Italien und Spanien anhand des Kriteriums der Marktgröße und -dynamik ausgewählt. Österreich und Schweden wurden aufgrund ihres Außenhandelspotenzials im Hinblick auf einen Ausbau der Handelsbeziehungen innerhalb der EU ausgewählt. Und als weitere zwei Länder wurden Polen und Dänemark selektiert. Auf Polen fiel die Wahl aufgrund der

Rahmenbedingungen der Marktentwicklung (Nachfragepotenziale), des Innovationspotenzials sowie aufgrund der Marktgröße. Dänemark bietet Anhaltspunkte im Hinblick auf den Stand und die Entwicklung der relevanten Märkte, u. a. in Bezug auf einen hohen Stellenwert der Digitalisierung.

Wie bereits auf der ersten Stufe wurde der Fokus damit insgesamt auf solche Länder gelegt, die sowohl aufgrund der Beschaffenheit ihrer Absatzmärkte in Bezug auf die vier Fokusgruppen als auch aufgrund der Bedarfe im Bereich der Technologie- und Markterschließungskooperation besondere Kooperationsmöglichkeiten für deutsche Unternehmen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft bieten (markt- und kooperationsbezogener Ansatz der Länderauswahl).

Das Kooperationspotenzial kommt in allen aufgeführten Ländern zum Tragen, wird aber auch von den beiden zusätzlich ausgewählten Ländern Polen und Dänemark erfüllt:

- Polen hat aufgrund seines Aufholbedarfs besonders hohes Potenzial für die Zusammenarbeit zwischen deutschen und lokalen Unternehmen, da sich aufgrund des nach wie vor niedrigeren Lohnniveaus eine Fertigung vor Ort anbietet. Insbesondere vor dem Hintergrund einer Verkürzung der Lieferketten könnten sich derartige Kooperationen anbieten.
- Dänemark verfügt über eine innovative und mittelständisch geprägte Gesundheitsindustrie, die jedoch von Kooperationen mit deutschen Unternehmen (u. a. im Bereich der Forschung) durchaus profitieren kann, da deutsche Unternehmen in anderen Bereichen Stärke zeigen (wie im Bereich der optischen Medizintechnik, Endoskopie, biotechnologischen Lohnherstellung). Daher könnten sich die Unternehmen optimal ergänzen.

Auf der zweiten Stufe der Länderauswahl wurden aufgrund von Einschränkungen bei der Dateneignung Belgien und die Niederlande nicht ausgewählt. Des Weiteren wurden Finnland, Tschechien und Ungarn nicht ausgewählt, da ihre Marktgröße eher durchschnittlich ist und sich beim Anteil der Importe aus Drittländern im Vergleich zu den anderen Ländern geringere Potenziale zeigen. Slowenien wurde aufgrund einer vergleichsweise geringen Marktgröße nicht ausgewählt. In Bezug auf Portugal und Rumänien zeigen sich ebenfalls im Vergleich zu den anderen Ländern geringere Potenziale beim Anteil der Importe aus Drittländern. Zudem zeigt sich bei Rumänien eine unterdurchschnittliche zukünftige Entwicklung der Nachfragepotenziale im Zusammenhang mit der Demografie.

4.2.3 Vertiefende Analyse der ausgewählten 5+2 Länder

Die folgende vertiefende Analyse der Länderauswahl zielt darauf ab, einzelne Indikatoren des Marktpotenzials vor dem Hintergrund der studienspezifischen Abgrenzung der exportorientierten Gesundheitswirtschaft ausführlicher zu betrachten. Neben der Untersuchung der Handelsverflechtungen der Länderauswahl untereinander wird auf weiterführende volkswirtschaftliche Charakteristika wie

das Produktions- zu Importverhältnis und die Vorleistungsverflechtungen eingegangen.

4.2.3.1 Handelsverflechtungen nach Fokusgruppen

In den folgenden Tabellen werden die Handelsverflechtungen der Staaten der zweiten Stufe der Länderauswahl untereinander aus einer Exportperspektive dargestellt. Ausgehend von der absoluten Höhe des Exportvolumens zwischen den 5+2 Ländern kann aufgezeigt werden, zwischen welchen Ländern besonders hervorzuhebende Handelsbeziehungen bestehen.

In der folgenden Tabelle 4 erfolgt zunächst die Darstellung der Handelsverflechtungen für die gesamte exportorientierte Gesundheitswirtschaft.

Tabelle 4: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für die exportorientierte Gesundheitswirtschaft im Jahr 2019 (in Mio. Euro)

	Frankreich	Österreich	Deutschland	Dänemark	Spanien	Italien	Polen	Schweden
Frankreich		535	5.336	499	2.039	4.193	921	503
Österreich	1.306		2.581	92	154	584	584	262
Deutschland	8.197	3.982		1.399	4.457	7.260	3.347	1.879
Dänemark	184	37	752		93	167	178	297
Spanien	1.200	286	1.828	100		921	199	116
Italien	3.805	972	4.955	223	1.804		686	558
Polen	447	108	2.420	379	234	289		182
Schweden	544	167	1.543	394	212	241	78	

Legende: Oberes Drittel Mittleres Drittel Unteres Drittel

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Gemessen am absoluten Handelsvolumen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft resultiert der Großteil des Handels aufgrund von Beziehungen von Deutschland mit den anderen Ländern der Länderauswahl bzw. den anderen Ländern der Auswahl mit Deutschland. Die grünen Felder repräsentieren zu diesem Zweck das obere Drittel des Handelsvolumens.

Hervorzuheben in dieser Gruppe sind dabei die rot gerahmten Zellen. Diese bilden innerhalb der Spitzengruppe jene anderweitig relevanten Handelsverflechtungen, die ohne deutsche Beteiligung erfolgen. So ist einerseits der Export von Frankreich nach Spanien (2.039 Mio. Euro) und Italien (4.193 Mio. Euro) bedeutend. Andererseits ist jedoch auch der Export von Italien nach Frankreich (3.805 Mio. Euro) und Spanien (1.804 Mio. Euro) bedeutend. Ebenfalls zur Spitzengruppe zählt der Handel zwischen Österreich und Frankreich (1.306 Mio. Euro).

Neben der gesamten exportorientierten Gesundheitswirtschaft können die Verflechtungen aber auch für die einzelnen Fokusgruppen dargestellt und untersucht werden.

Arzneimittel

Für die Fokusgruppe der Arzneimittel lässt sich gemäß Tabelle 5 Folgendes festgehalten.

Tabelle 5: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Arzneimittel im Jahr 2019 (in Mio. Euro)

	Frankreich	Österreich	Deutschland	Dänemark	Spanien	Italien	Polen	Schweden
Frankreich		307	2.748	203	832	1.676	492	266
Österreich	447		1.505	48	79	417	421	227
Deutschland	4.200	1.924		718	2.331	3.973	1.644	951
Dänemark	65	12	318		30	86	57	109
Spanien	658	85	1.045	54		530	100	69
Italien	1.775	608	2.796	115	844		274	353
Polen	160	49	694	92	116	112		70
Schweden	251	124	1.026	155	122	144	31	

Oberes Drittel Mittleres Drittel Unteres Drittel

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Gemessen am absoluten Handelsvolumen der Arzneimittel, resultiert der Großteil des Handels erneut aufgrund von Beziehungen von Deutschland mit den anderen Ländern der Länderauswahl bzw. den anderen Ländern der Auswahl mit Deutschland.

Bemerkenswerte Abweichungen von diesem Muster (d. h. Handelsbeziehung ohne deutsche Beteiligung) finden sich in den Handelsbeziehungen von Frankreich und Italien mit der Länderauswahl.

So ist einerseits zunächst der Export von Frankreich nach Italien (1.676 Mio. Euro) bedeutend. Andererseits ist jedoch auch der Export von Italien nach Frankreich (1.775 Mio. Euro) und Spanien (844 Mio. Euro).

Medizintechnik

Für die Fokusgruppe der Medizintechnik lässt sich gemäß Tabelle 6 Folgendes festgehalten.

Tabelle 6: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizintechnik im Jahr 2019 (in Mio. Euro)

	Frankreich	Österreich	Deutschland	Dänemark	Spanien	Italien	Polen	Schweden
Frankreich		25	574	25	139	205	52	51
Österreich	57		202	5	18	35	25	9
Deutschland	1.249	591		214	695	964	545	349
Dänemark	29	6	77		26	29	34	31
Spanien	52	3	80	1		26	11	2
Italien	193	25	237	13	91		35	21
Polen	42	10	330	18	17	18		18
Schweden	36	11	105	48	14	19	17	

Legende: Oberes Drittel Mittleres Drittel Unteres Drittel

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Gemessen am absoluten Handelsvolumen der Medizintechnik, resultiert der Großteil des Handels erneut aufgrund von Beziehungen von Deutschland mit den anderen Ländern der Länderauswahl bzw. den anderen Ländern der Auswahl mit Deutschland.

Bemerkenswerte Abweichungen von diesem Muster (d. h. Handelsbeziehung ohne deutsche Beteiligung) finden sich in den Handelsbeziehungen von Frankreich und Italien mit der Länderauswahl.

So ist einerseits zunächst der Export von Frankreich nach Spanien (189 Mio. Euro) und Italien (205 Mio. Euro) bedeutend. Andererseits ist jedoch auch der Export von Italien nach Frankreich (193 Mio. Euro) und Spanien (91 Mio. Euro).

Medizinprodukte

Für die Fokusgruppe der Medizinprodukte lässt sich gemäß Tabelle 7 Folgendes festgehalten.

Tabelle 7: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizinprodukte im Jahr 2019 (in Mio. Euro)

	Frankreich	Österreich	Deutschland	Dänemark	Spanien	Italien	Polen	Schweden
Frankreich		114	838	34	583	621	184	75
Österreich	66		573	14	38	79	48	19
Deutschland	1.678	966		292	821	1.275	679	423
Dänemark	54	13	300		25	26	54	110
Spanien	204	11	159	7		123	41	17
Italien	903	85	778	54	473		139	102
Polen	191	41	718	183	66	113		42
Schweden	77	7	137	142	21	30	22	

Legende: Oberes Drittel Mittleres Drittel Unteres Drittel

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Gemessen am absoluten Handelsvolumen der Medizinprodukte resultiert der Großteil des Handels erneut aufgrund von Beziehungen von Deutschland mit den

anderen Ländern der Länderauswahl bzw. den anderen Ländern der Auswahl mit Deutschland.

Bemerkenswerte Abweichungen von diesem Muster (d. h. Handelsbeziehung ohne deutsche Beteiligung) finden sich in den Handelsbeziehungen von Frankreich und Italien mit der Länderauswahl.

So ist einerseits zunächst der Export von Frankreich nach Spanien (583 Mio. Euro) und Italien (621 Mio. Euro) bedeutend. Andererseits ist jedoch auch der Export von Italien nach Frankreich (903 Mio. Euro) und Spanien (473 Mio. Euro). Ebenfalls zur Spitzengruppe zählt der Handel zwischen Polen und Frankreich (191 Mio. Euro).

Biotechnologie

Für die Fokusgruppe der Medizinprodukte lässt sich gemäß Tabelle 8 Folgendes festgehalten. Gemessen am absoluten Handelsvolumen der Biotechnologie, resultiert der Großteil des Handels erneut aufgrund von Beziehungen von Deutschland mit den anderen Ländern der Länderauswahl bzw. den anderen Ländern der Auswahl mit Deutschland.

Tabelle 8: Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Biotechnologie im Jahr 2019 (in Mio. Euro)

	Frankreich	Österreich	Deutschland	Dänemark	Spanien	Italien	Polen	Schweden
Frankreich		89	1.176	237	485	1.692	194	111
Österreich	737		302	25	19	53	90	7
Deutschland	1.070	502		175	609	1.048	479	157
Dänemark	36	5	57		12	26	33	47
Spanien	287	187	544	38		242	48	29
Italien	934	254	1.143	42	396		239	81
Polen	53	9	677	86	34	47		52
Schweden	180	25	275	50	56	47	8	

Legende: Oberes Drittel Mittleres Drittel Unteres Drittel

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Bemerkenswerte Abweichungen von diesem Muster (d. h. Handelsbeziehung ohne deutsche Beteiligung) finden sich in den Handelsbeziehungen von Frankreich, Österreich und Italien mit der Länderauswahl.

So ist einerseits zunächst der Export von Frankreich nach Spanien (458 Mio. Euro) und Italien (1.692 Mio. Euro) bedeutend. Andererseits ist jedoch auch der Export von Italien nach Frankreich (934 Mio. Euro) und Spanien (396 Mio. Euro). Darüber hinaus fällt jedoch auch der Export von Biotechnologie aus Österreich nach Frankreich auf (737 Mio. Euro).

Eine alternative Form der Darstellung der Handelsverflechtungen kann dem Anhang in Abschnitt 8 (Abbildung 47 bis Abbildung 50) entnommen werden.

4.2.3.2 Importabhängigkeit

In der folgenden Abbildung 39 wird für die Fokusgruppen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft die Importabhängigkeit dargestellt. Der hierfür verwendete Indikator errechnet sich als Quotient aus Produktionswert und Importvolumen.

Abbildung 39: Importabhängigkeiten in der 5+2 Länderauswahl (2019)

Land	Arzneimittel	Medizintechnik	Medizinprodukte	Biotechnologie
Frankreich	0,89	1,90	0,74	0,71
Spanien	0,52	0,47	0,41	0,66
Italien	0,52	1,30	1,47	0,55
Dänemark	1,47	0,79	1,56	7,38
Österreich	0,22	0,55	0,33	0,10
Polen	0,36	0,25	0,49	0,27
Schweden	0,89	0,18	0,49	1,51

Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Der Indikator trifft damit zunächst eine Aussage, ob eine Fokusgruppe in einem Land vorwiegend produziert **(>1: tendenziell importunabhängig)** oder importiert wird **(<1: tendenziell importabhängig)**. Je niedriger der Wert dieses Quotienten, desto abhängiger ist ein Land vom Import der Fokusgruppe. An dieser Stelle muss einschränkend darauf verwiesen werden, dass es sich bei dem hier dargestellten Konzept der Import(un)abhängigkeit lediglich um einen rechnerischen Indikator handelt. Ziel des Indikators ist es, eine Aussage dazu zu treffen in welchem rechnerischen Verhältnis Produktionswert und Import zueinanderstehen. Für sich alleinstehend kann der Indikator somit keine Aussage zur realen Importabhängigkeit liefern.

Im Falle von **Frankreich** lässt sich somit die Aussage treffen, dass für die Fokusgruppen Biotechnologie, Medizinprodukte und Arzneimittel hin zu einer Importabhängigkeit tendieren. In den genannten Bereichen bewegt sich der Indikator in einem Korridor zwischen 0,71 und 0,89. Für die Fokusgruppe der Medizintechnik weist Frankreich einen Indikator von 1,90 aus, was eher auf eine Importunabhängigkeit oder Autarkie schließen lässt.

Betrachtet man demgegenüber die Importabhängigkeit der Fokusgruppen in **Spanien**, lässt sich festhalten, dass alle Fokusgruppen (Medizinprodukte, Medizintechnik, Arzneimittel und Biotechnologie) eher zu Abhängigkeiten vom Import tendieren. In den genannten Bereichen bewegt sich der Indikator in einem Korridor zwischen 0,41 und 0,66.

In **Italien** weist der Indikator ein ambivalentes Bild auf. Während die Fokusgruppen Arzneimittel (0,52) und Biotechnologie (0,55) eher eine Tendenz zur Importabhängigkeit aufweisen, lässt sich für die Fokusgruppen Medizintechnik (1,30) und Medizinprodukte (1,47) eher eine Tendenz zur Importunabhängigkeit feststellen.

Tendenziell unabhängig vom Import erscheinen die Fokusgruppen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in **Dänemark**. Eine Neigung zur Importabhängigkeit kann für die Fokusgruppe der Medizintechnik (0,79) abgelesen werden. Für die Fokusgruppen Arzneimittel (1,47), Medizinprodukte (1,56) und Biotechnologie (7,38) lässt sich hingegen eher eine Tendenz zur Importunabhängigkeit feststellen.

In den übrigen Ländern **Österreich**, **Polen** und **Schweden** deuten die Indikatoren überwiegend auf Importabhängigkeiten in den Fokusgruppen hin. Lediglich in Schweden kann für die Fokusgruppe Biotechnologie (1,51) eine Neigung zur Importunabhängigkeit festgestellt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der hier genutzte Indikator zur Darstellung des Konzeptes der Importabhängigkeit sich in einem breiten Korridor abtragen lässt. Wie eingangs erwähnt sollte die Höhe eines einzelnen Indikators jedoch nicht als abschließendes Indiz für eine (Un-)Abhängigkeit gewertet werden. Für sich allein genommen kann der Indikator diese Aussage nicht abschließend treffen.

Auch sollte die rechnerische Nähe verschiedener Indikatoren zueinander mit Hinblick auf ein mögliches Markpotenzial nicht überinterpretiert werden. So ergibt sich in der Fokusgruppe der Arzneimittel in Spanien und Italien ein identischer Indikator von 0,52 auf Basis unterschiedlicher Ausganglagen. Absolut betrachtet stehen nämlich in Spanien Importe i. H. v. 13,8 Mrd. Euro einem Produktionswert von 7,1 Mrd. Euro gegenüber, während in Italien 21,3 Mrd. Euro einem Produktionswert von 11,0 Mrd. Euro gegenüberstehen.

4.2.3.3 Vorleistungsverflechtungen

Die bisherigen Abschnitte zu Handelsverflechtungen haben eindrucksvoll die Beschaffenheit des Außenhandels Deutschlands sowie anderer europäischer Länder aufgezeigt. Insbesondere bei den Importen konnten Länder ermittelt werden, die über die höchsten Importanteile der deutschen Gesundheitswirtschaft verfügen (s. Abschnitt 4.1.2.1).

Die Importe lassen zwar darauf hindeuten, dass bestimmte Länder Produkte der deutschen Gesundheitswirtschaft gegenüber anderen Ländern bevorzugen, jedoch fehlt die Kenntnis darüber, ob die importierten Güter bspw. für die Weiterverarbeitung oder den Endverbrauch genutzt werden und welche Effekte es auf die gesamte Wertschöpfungskette der Branche hat.

Die Betrachtung von Vorleistungen ermöglicht einen differenzierten Blick auf die Verflechtungen zwischen Deutschland und den ausgewählten sieben EU-Ländern. Unter Vorleistungen wird der Wert von Waren und Dienstleistungen verstanden, die durch ein Land aus dem In- oder Ausland bezogen werden, um im inländischen Produktionsprozess verbraucht, verarbeitet oder umgewandelt zu werden.

Werden die in- bzw. ausländischen Vorleistungen vom inländischen Produktionswert, dem Wert der produzierten Waren und Dienstleistungen, abgezogen, ergibt sich die inländische Bruttowertschöpfung. Diese drückt den direkt in dem Produktionsprozess geschaffenen Mehrwert aus, vernachlässigt jedoch den indirekten Effekt. Dieser indirekte Effekt wird dadurch erzeugt, dass die bezogenen ausländischen Vorleistungen im Ausland wiederum produziert werden müssen und somit ebenfalls eine Bruttowertschöpfung generiert wird. Da diese Wertschöpfung im Ausland generiert wird, jedoch der Impuls dafür aus dem Inland stammte, wird diese als die indirekte Bruttowertschöpfung beschrieben.

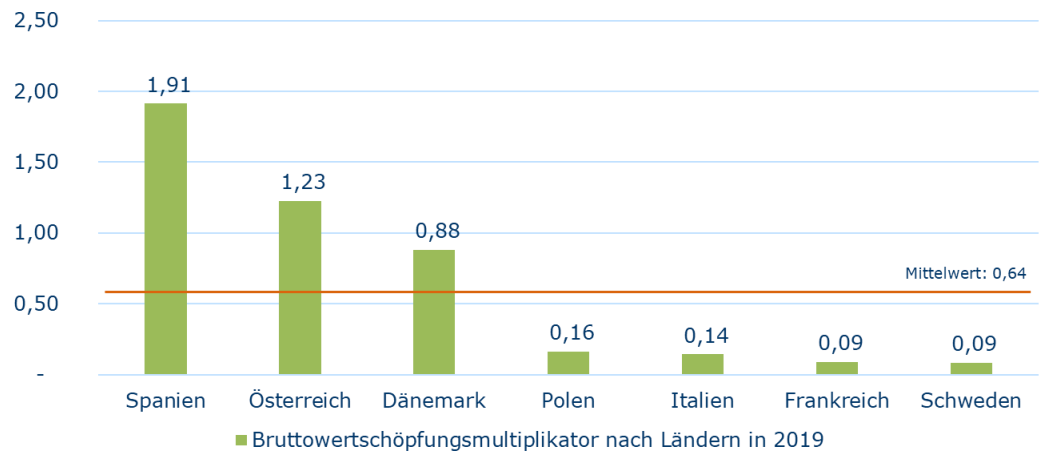
Das Verhältnis zwischen der indirekten ausländischen und der direkten inländischen Bruttowertschöpfung wird als der sog. Bruttowertschöpfungsmultiplikator bezeichnet. Dieser Multiplikator ermöglicht Aussagen darüber, wie viel Euro Bruttowertschöpfung generiert wird, indem das Inland Vorleistungen aus dem Ausland für die inländische Produktion bezieht und somit einen Impuls zur Schaffung von Wertschöpfung im Ausland gibt. Ein höherer Bruttowertschöpfungsmultiplikator bedeutet demnach, dass der indirekte Effekt in Relation zum direkten Effekt größer ausfällt und somit eine stärkere Verflechtung des Inlands mit dem Ausland festzustellen ist.

Unter der Prämisse der Kooperation zwischen Deutschland und den ausgewählten sieben EU-Ländern ermöglicht die Betrachtung der Bruttowertschöpfungsmultiplikatoren eine Ableitung von Erkenntnissen darüber,

- Gesundheitswirtschaften welcher Länder stärker mit der deutschen Gesamtwirtschaft verflochten sind bzw.
- für Gesundheitswirtschaften welcher Länder Deutschland ein wichtiger Zulieferer ist.

In Abbildung 40 wird erkennbar, dass die Bruttowertschöpfungsmultiplikatoren der Länder Spanien (1,91), Österreich (1,23) und Dänemark (0,88) im Jahr 2019 über dem Durchschnitt der sieben Länder (0,64) lagen und somit eine im Vergleich zu den anderen vier Ländern überdurchschnittlich hohe Verflechtung mit der deutschen Gesamtwirtschaft aufwiesen.

Abbildung 40: Bruttowertschöpfungsmultiplikatoren nach Ländern und deren Mittelwert im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der WIOD-Daten und der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Insbesondere in Spanien wird die tiefe Verflechtung der Gesundheitswirtschaft mit den anderen deutschen Branchen ersichtlich: Mit einem Euro Bruttowertschöpfung in der spanischen Gesundheitswirtschaft sind rund zwei Euro zusätzliche Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesamtwirtschaft verbunden. Ähnlich positiv und auch stabilisierend auf die Gesamtwirtschaft Deutschlands wirkt sich der Bezug der deutschen Vorleistungen durch die Länder Österreich und Dänemark aus: Hierbei bringt ein Euro Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft der jeweiligen Länder rund einen Euro zusätzliche Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesamtwirtschaft mit sich.

Die übrigen vier EU-Länder weisen einen unterdurchschnittlichen Bruttowertschöpfungsmultiplikator (zwischen 0,16 und 0,09) auf. Dies deutet darauf hin, dass die Vorleistungsverflechtung mit der deutschen Gesamtwirtschaft gering ist. Folglich ist das Produktionsprogramm der Gesundheitswirtschaft in den Ländern Polen, Italien, Frankreich und Schweden weniger stark auf den Zukauf von Vorprodukten aus Deutschland ausgerichtet.

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die obigen Ausführungen eine Erweiterung der Perspektive bezüglich der Handelsverflechtungen und der Betrachtung von Importen bzw. Exporten darstellen. Diese beziehen sich ausschließlich auf

- die Vorleistungsverflechtungen und sollten somit nicht losgelöst von anderen Kennzahlen, wie den Importen, betrachtet werden sowie
- die Beziehung zwischen Deutschland als Zulieferer und den sieben Ländern als Produzenten von Gütern der Gesundheitswirtschaft.

Folglich können nur Aussagen darüber getroffen werden, wie groß der indirekte Bruttowertschöpfungseffekt durch den Bezug von Vorleistungen aus Deutschland im Vergleich zu dem direkten Beitrag der Gesundheitswirtschaft in einem der sieben Länder ist. Auf dieser Basis konnten somit Länder wie Spanien, Österreich und Dänemark als diejenigen Länder identifiziert werden, die durch die für inländische Produktion gebrauchten Vorleistungen aus Deutschland eine starke Verflechtung mit der deutschen Gesamtwirtschaft aufweisen und für die Deutschland ein wichtiger Zulieferer ist.

5. Ergebnisse der Experteninterviews

Die Experteninterviews wurden semi-strukturiert geführt, dadurch bestand für die Expertinnen und Experten die Möglichkeit, sich auch außerhalb des Fragenkatalogs zu den Themen zu artikulieren und etwa produkt- oder branchenspezifische Schwierigkeiten bei dem Marktzugang zu benennen.

Die Gesprächsatmosphäre war über alle Interviews zusammen betrachtet vorwiegend neutral, die befragten Personen waren größtenteils unvoreingenommen. Da einige Aussagen ganz ähnlich von verschiedenen Befragten getätigt wurden, ist ein Abschnitt erstellt worden, in dem solche Aussagen als Zitate wiedergegeben und im Kontext erläutert werden.

5.1 Länderauswahl

Die getroffene Auswahl von 5+2 Ländern (vgl. Abschnitt 4.2.2) wurde von den Expertinnen und Experten weit überwiegend als „zutreffend“ oder „überwiegend zutreffend“ bewertet. Häufig wollten die Interviewpartnerinnen und -partner jedoch keine Bewertung treffen, weil beispielsweise ihr Unternehmen nur auf einen einzigen Auslandsmarkt fokussiert ist oder vorwiegend außereuropäische Märkte adressiert. (Tabelle 9).

Tabelle 9: Bewertung der Länderauswahl durch Expertinnen und Experten

Kategorie	Anzahl der Expertinnen und Experten
zutreffend	29
überwiegend zutreffend	7
weder zutreffend noch unzutreffend	-
überwiegend unzutreffend	-
unzutreffend	-
keine Aussage	14
Insgesamt	**50**

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)

Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass sich die Studie räumlich auf die Europäische Union beschränkt. Als weitere Länder, die ebenfalls für weitergehende Markterschließungen interessant sein könnten, wurden vor allem die Schweiz und Großbritannien genannt (Tabelle 16 im Anhang in Abschnitt 8). Es folgt mit Abstand Norwegen. Da diese Nennungen so häufig erfolgten, wurden sie aufgenommen. Außerhalb Europas liegende Länder wurden ebenso genannt, hier war jedoch keine Tendenz erkennbar, es wurden Länder auf allen Kontinenten genannt. Daher wurde darauf verzichtet, all diese aufzunehmen. Es erscheint jedoch

an dieser Stelle wichtig, darauf hinzuweisen, dass mehrfach Befragte darum baten, auch künftig Maßnahmen außerhalb der EU umzusetzen.

5.2 Vorgeschlagene Maßnahmen

Konkrete Vorschläge zu etwaigen Maßnahmen, die mit besonders hohem Nutzen verbunden sind, führten die Expertinnen und Experten eher selten in Bezug auf bestimmte Länder an. Ohne spezifischen Länderbezug wurden Maßnahmen zu folgenden relevanten Kernthemen für sinnvoll erachtet:

- Erstattung, Pricing und HTA: Informationsvermittlung (ad-hoc-Informationen, Newsletter), Seminare/Webinare etc. zum Thema Erstattung bezüglich einzelner EU-Länder, Endpunkte bei HTA, Entwicklung Erstattung UK (Post-Brexit),
- Öffentliche Ausschreibungen: Aktivitäten vor Ort, Gespräche mit Ausschreibungseinrichtungen, Lobbying für „Mehrwert Made in Germany“,
- Regulatorische Hürden: Keine klaren Tendenzen für spezifische Maßnahmen.

Marktinformationen

Am häufigsten äußerten die Expertinnen und Experten Bedarf an Marktinformationen in Bezug auf das Thema „Erstattung“ (Tabelle 10).

Tabelle 10: Themen, bei denen die Expertinnen und Experten Bedarf an Marktinformationen äußerten

Thema	Anzahl der Nennungen
Erstattung	29
Ausschreibungen	19
EU-HTA	17
Regulatorik	6
Pricing	4

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)
Anmerkung: HTA: Health Technology Assessment
Pricing: Preisfestsetzungs- und Preisfindungsmechanismen.
Regulatorik: thematisch nicht spezifischer bestimmt

Ebenfalls angeführt wurden „Ausschreibungen“, EU-HTA, Regulatorik (thematisch nicht genauer bestimmt) und Pricing. Die beiden Themen „Erstattung“ und „Pricing“ wurden folgendermaßen abgegrenzt: Pricing bezieht sich auf Marktpreise, z. B. bei Einführung eines neuen Produktes. Die Preisfestsetzung wird dabei durch

den Wettbewerb bestimmt. Die Erstattung bezieht sich auf die Verfahren, die darüber entscheiden, ob ein Produkt überhaupt von den öffentlichen Gesundheitssystemen bezahlt wird und legt die Grundlage für Preisverhandlungen. In Deutschland ist das beispielsweise bei innovativen Arzneimitteln das AMNOG-Verfahren. Dieses trifft eine Nutzenbewertung (und damit eine Erstattungsentscheidung), legt jedoch keinen Preis fest.

Vermarktung

Zum Thema „Vermarktung“ und der Frage „Soll die Leistungsfähigkeit der deutschen Gesundheitswirtschaft in den 7 Ländern stärker vermarktet werden und wenn ja, in welcher Form?“ ergaben sich bei der Befragung keine klaren Aussagen (weder dafür noch dagegen), die gewichtbaren Aussagen finden sich bei den Angaben zum Themenbereich „politische Flankierung“.

Ein Problem beim Thema „Mehrwert Made in Germany“ sprachen 14 Personen an. Es wurde von einigen Unternehmen gefordert, bei Ausschreibungen innerhalb der EU darauf hinzuwirken, dass stärker ökologische/ethische Aspekte berücksichtigt werden. Andererseits haben ebenso einige Unternehmensvertreterinnen und -vertreter gefordert, dass gerade durch den Nachweis eines solchen Mehrwerts Ausschreibungen zusätzlich verkompliziert würden. Diese Befragten lehnten es daher ab, etwa durch Lobbying diese Kriterien bei Ausschreibungen einzubringen. Die Produktion des Wirkstoffs in Europa/Deutschland wurde von einigen Unternehmen als wichtiges Kriterium herausgestellt, das bei Ausschreibungen berücksichtigt werden solle. Aber auch hier gab es ablehnende Stimmen. Unproblematisch hingegen wird es gesehen, die höheren Anschaffungskosten eines Produkts „Made in Germany“ durch eine Aufklärung über die höhere Produktlanglebigkeit, Wartungsarmut, Qualität etc. herauszustellen. Dieser Aspekt war nicht kontrovers, wurde aber seltener genannt.

Zusätzliche Messen sind grundsätzlich nicht gewünscht (deutliches Votum von 22 Expertinnen und Experten, die explizit sagten, keine Messen/Messeförderung zu benötigen), die bestehenden Maßnahmen seien ausreichend. Ebenso wurde kein Bedarf an vom Bund finanzierten Gemeinschaftsständen auf Messen geäußert. Auch hier waren die Aussagen deutlich. Eher würden medizinische Fachkongresse benötigt (8 Nennungen), ohne dass ein spezifischer medizinischer Fachkongress mehrfach genannt wurde. Außerdem wurde mehrfach ein Engagement auf dem Kongress „Bio Europe“ gewünscht (7 Nennungen), das bisherige Engagement war unbekannt bzw. wurde als zu gering empfunden.

Zu der Frage „Sind Sie in den o. g. 7 Ländern auf der Suche nach Kooperationspartnern?“ gab es keine eindeutigen Aussagen zu einzelnen Ländern (siehe unten). Ebenso gab es zu der Frage „Welche Länder sind das und wie kann bei der Suche unterstützt werden?“ keine gewichtbaren Aussagen zu einzelnen Ländern.

Form der politischen Flankierung der Interessen der deutschen Gesundheitswirtschaft

Zum Thema „Gespräche mit Ausschreibungseinrichtungen“ wurden verschiedene Aspekte benannt, beispielsweise das Lobbying für den „Mehrwert Made in Germany“, aber auch Informationsvermittlung und die Möglichkeit, bürokratische Hürden in einem solchen Gespräch auszuräumen.

In Bezug auf den Dialog mit den Gesundheitsministerien der jeweiligen europäischen Länder wurden vorwiegend Gespräche zu Erstattungs- und HTA-Themen gewünscht.

In Bezug auf Lobbying vor Ort und Gesprächen zwischen deutschen Unternehmensvertreterinnen und -vertretern sowie Kostenträgern in den jeweiligen Ländern stellen sich die Unternehmen eine stärkere gemeinsame Artikulation der Interessen der deutschen Gesundheitswirtschaft vor Ort vor. Dies könnte durch nationale Fachverbände, Auslandshandelskammern (AHK) oder Auslandsvertretungen durchgeführt werden. Insgesamt war aber keine klare Tendenz für ein Format erkennbar, lediglich das Botschafterfrühstück wurde klar benannt (Tabelle 11).

Das Thema „Berücksichtigung sozialer Faktoren, Einhaltung ethischer und ökologischer Werte sowie Wirkstoffherstellung in Deutschland als zusätzlicher Faktor bei europäischen Ausschreibungen“ wurde von den Expertinnen und Experten bei der Befragung sowohl positiv als auch negativ bewertet.

Tabelle 11: Maßnahmen der politischen Flankierung, die die Expertinnen und Experten anführten

Maßnahmen bzw. Themen	Anzahl der Nennungen
Mehrwert „Made in Germany“	14
Ethische und ökologische Werte „Made in Germany“	12
Medizinische Fachkongresse	8
Kongress „Bio Europe“	7
Wirkstoff aus Europa	4
„Botschafter-Frühstück“	3

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)

Anmerkungen: Ethische und ökologische Werte „Made in Germany“ beinhaltet auch negative (d. h. ablehnende) Nennungen.
Nur Expertinnen und Experten der Unternehmen, exkl. Verbände.

Ein Thema, bei dem die Expertinnen und Experten Bedarf an Unterstützungsangeboten der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft äußerten, ist der Bürokratieabbau (Tabelle 12). Einige Befragte waren recht deutlich und forderten, dass anstelle von Förderungsmaßnahmen die Bürokratie in Deutschland abgebaut werden solle. Diese würde die Unternehmen viel stärker belasten, als Fördermaßnahmen die Unternehmen unterstützen könnten.

Tabelle 12: Themen, bei denen die Expertinnen und Experten Bedarf an Unterstützungsangeboten der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft äußerten

Thema	Anzahl der Nennungen
Bürokratieabbau in Deutschland statt Fördermaßnahmen für Export in EU-Staaten	9
Entbürokratisierung bei gleichzeitigen Fördermaßnahmen für Export in EU-Staaten	7
allgemeine Skepsis ggü. staatlichen Fördermaßnahmen für Export in EU-Staaten	6

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)
Anmerkung: Nur Expertinnen und Experten der Unternehmen, exkl. Verbände.

Andere Befragte wünschten sich hingegen eine Entbürokratisierung, begrüßen aber ebenso eine Unterstützung durch staatliche Stellen bei der Erschließung europäischer Märkte.

Einige Unternehmensvertreterinnen und -vertreter waren insgesamt sehr skeptisch, was die Möglichkeiten und Wirksamkeit staatlicher Unterstützung der der Erschließung von Auslandsmärkten betrifft.

5.3 Kooperationsmöglichkeiten

Die Expertinnen und Experten nannten als Aspekte bzw. Themen für Kooperationsmöglichkeiten in den ausgewählten Ländern die Findung von Vertriebspartnern (21 Nennungen), Innovationspartnern (5) und Partnern für die klinische Forschung (5) (Tabelle 13). Die gewünschte Form ist jedoch wenig konkret, ggf. Partneringbörsen. Unterstützung durch Maßnahmen erscheint nicht unbedingt nötig, viele Befragte gaben an, dass sie Partner durch eigene Anstrengungen oder etablierte kommerzielle Formate gut identifizieren könnten.

Tabelle 13: Aspekte für Kooperationsmöglichkeiten in den ausgewählten Ländern, die die Expertinnen und Experten anführten

Aspekt bzw. Thema	Anzahl der Nennungen
Vertriebspartner	21
Innovationspartner	5
Klinische Forschung	5

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)

Die Expertinnen und Experten erwarten hinsichtlich einer zukünftig stärker ausgeprägten Re-Orientierung der Exportbeziehungen auf Europa, dass es mehr Zulieferer und eine stärkere Diversifizierung geben wird (Tabelle 14). Hierbei streben die Unternehmen an, sich durch eine größere Anzahl von Zulieferern im Krisenfall unabhängiger zu machen. Dabei wird aber oft kein Fokus auf Europa gelegt, sondern lediglich darauf geachtet, die Zulieferer zu diversifizieren. Nicht selten gehen die Befragten davon aus, dass es zu keiner stärkeren Re-Orientierung auf Europa kommen wird. Dieses Wirtschaftssegment sei global aufgestellt und das würde sich auch in Zukunft nicht ändern.

Tabelle 14: Erwartungen der Expertinnen und Experten hinsichtlich einer Re-Orientierung der Exportbeziehungen auf Europa

Re-Orientierung verstärkt?	Anzahl der Nennungen
Zukünftig stärkere Re-Orientierung zu erwarten (z. B. mehr Zulieferer, Diversifizierung)	15
Keine stärkere Re-Orientierung zu erwarten	11

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)

6. Erstellung eines Länder-Rankings

Frankreich, Italien und Spanien erfüllen das Auswahlkriterium der Marktgröße und Marktdynamik am weitestgehenden (vgl. Tabelle 3 in Abschnitt 4.2.2). Sie vereinen den größten Anteil an den Exporten Deutschlands auf sich und haben überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf, die in den vergangenen zehn Jahren mindestens durchschnittlich stark zugenommen haben. Österreich und Schweden können mit einem hohen Außenhandelspotenzial im Hinblick auf einen Ausbau der Handelsbeziehungen innerhalb der EU hervorgehoben werden. Polen weist ebenfalls hohes Außenhandelspotenzial in Bezug auf Handelsbeziehungen auf und zudem ein hohes Innovationspotenzial. Von den betrachteten Ländern stellt es den viertgrößten Markt dar und ist von steigenden Nachfragepotenzialen aufgrund der Demografie gekennzeichnet. Dänemark bietet Anhaltspunkte im Hinblick auf den Stand und die Entwicklung der relevanten Märkte.

Für die Erstellung eines Rankings der ausgewählte 5+2 Länder wurden maßgeblich die Erkenntnisse aus der vertiefenden Analyse der Handelsbeziehungen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft der Länder untereinander (Abschnitt 4.2.3) sowie die Ergebnisse der Experteninterviews zugrunde gelegt (vgl. Abschnitt 5). Es ergibt sich folgendes Ranking (vgl. auch Abbildung 41):

1. Frankreich
2. Italien und Spanien
3. Schweden und Dänemark
4. Österreich und Polen

Die drei Länder der mit Abstand größten Märkte sollten oben stehen, da sich aufgrund der Größe auch das größte Potenzial für den Ausbau von Maßnahmen und den Aufbau von Kooperationen ergibt. Aufgrund ihrer Größe sind diese Länder auch ein wichtiger Absatzmarkt für Nischenprodukte, die in Deutschland oft von KMUs hergestellt werden.

Die dort bereits vorhandenen Strukturen (Aktivitäten der dt. Industrie, Kongresse, Fachverbände, Beziehungen zu diesen, Auslandsvertretungen) geben an dieser Stelle einen weiteren Ausschlag.

Die Analyse der Handelsverflechtungen der Länder (Abschnitt 4.2.3.1) zeigt zudem, dass die Unternehmen der exportorientierten Gesundheitswirtschaft in Frankreich, Italien und Spanien nicht nur mit Deutschland, sondern auch untereinander stark ausgeprägte Handelsverflechtungen aufweisen. Das gilt für jede der betrachteten Fokusgruppen (Arzneimittel, Medizinprodukte, Medizintechnik und medizinische Biotechnologie) in ähnlicher Ausprägung. In Bezug auf den Umfang der Exporte im Bereich der medizinischen Biotechnologie zeigt sich eine besonders

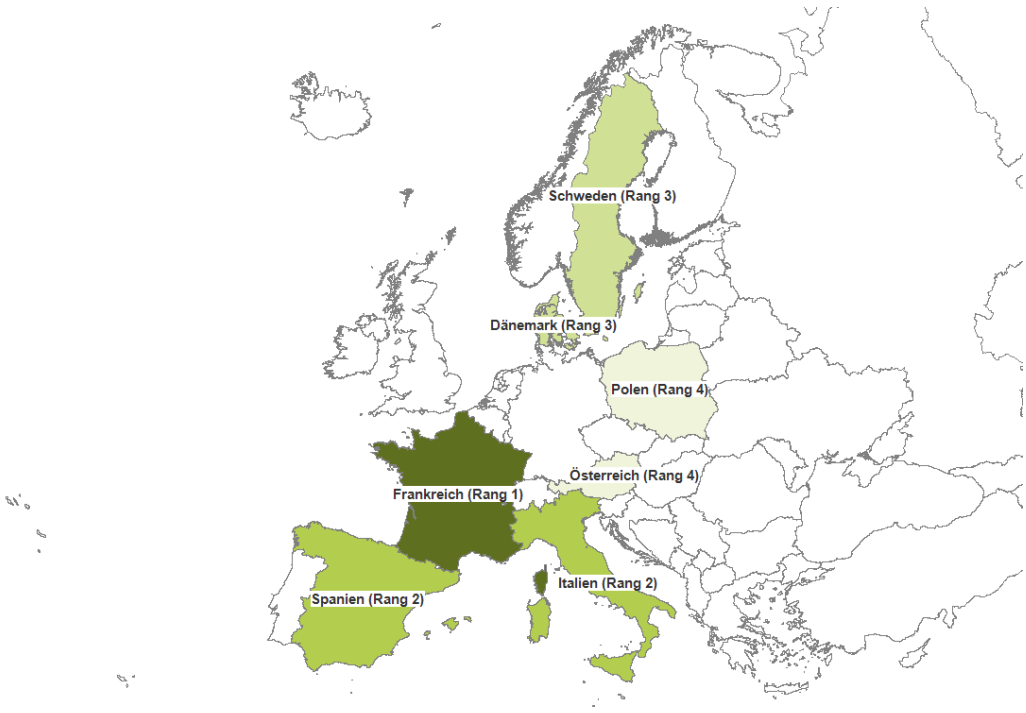
starke Position Frankreichs, insbesondere die Verflechtung mit Italien. Diese Erkenntnisse könnten dafür sprechen, die drei großen Länder beim Ausbau von Maßnahmen gemeinsam in den Fokus zu nehmen.

Frankreich stieß bei den Interviewpartnerinnen und -partnern auf die größte Resonanz und steht deshalb ganz oben. Es verfügt von allen ausgewählten Ländern über den größten Markt und die größte Einwohnerzahl. In Bezug auf Spanien zeigt sich im Rahmen der Analyse der Vorleitungsverflechtungen (Abschnitt 4.2.3.3) eine stark ausgeprägte Verflechtung der spanischen Gesundheitswirtschaft mit der deutschen Wirtschaft insgesamt.

Schweden und Dänemark mit ihrem Innovationspotenzial überzeugten die Interviewpartnerinnen und -partner. Sie könnten daher in der Gruppe der kleineren Märkte hervorgehoben werden. Hingewiesen sei hier etwa die Technologieschnittstellen E-Health und Telemedizin. Die Analyse der Vorleitungsverflechtungen ergab eine vergleichsweise hohe Verflechtung der dänischen Gesundheitswirtschaft mit der deutschen Gesamtwirtschaft.

Österreich und Polen weisen zwar auch attraktive Aspekte auf – das Außenhandelspotenzial im Hinblick auf einen Ausbau der Handelsbeziehungen, in Bezug auf Österreich eine vergleichsweise hohe Verflechtung über Vorleistungen, zudem die Deutschsprachigkeit. Sie stießen bei den Interviewpartnerinnen und -partnern allerdings auf vergleichsweise geringe Resonanz – bei Polen wurden vereinzelt Bedenken im Hinblick auf Bürokratie-Hürden geäußert, und bei Österreich wurde von Befragten das Erstattungssystem als wenig innovationsfreundlich bemängelt.

Abbildung 41: Ranking der ausgewählten 5+2 Länder



Quelle: IGES auf Basis der Länderauswahl (Abschnitt 4) und der Ergebnisse der Experteninterviews (Abschnitt 5)

7. Ableitung von Handlungsempfehlungen

Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen basieren auf der Auswertung der volkswirtschaftlichen Daten und Handelsströme sowie der Befragung der Expertinnen und Experten. Sie zielen grundsätzlich auf alle ausgewählten 5+2 Länder (Frankreich, Italien, Spanien, Schweden, Dänemark, Österreich und Polen) ab und sind an der Gewichtung der Länder orientiert.

Da die Experteninterviews semi-strukturiert durchgeführt wurden, kamen Hinweise und Anregungen, die auch außerhalb des eigentlichen Themenbereichs des Projekts lagen. Hierzu folgenden Hinweise:

- Bei der Befragung wurde durch die Expertinnen und Experten mehrfach darauf hingewiesen, Maßnahmen außerhalb Europas nicht zu vernachlässigen. In die folgenden Ausführungen wurden jedoch nur Maßnahmen mit Europabezug aufgenommen. Angaben der Expertinnen und Experten zu außereuropäischen Maßnahmen haben wir nicht erfasst und den Interviewpartnerinnen und -partnern auch mitgeteilt, dass dies nicht Teil der der Analyse sei.
- Das Vereinigte Königreich und die Schweiz wurden ebenfalls in den Maßnahmenkatalog aufgenommen, da diese Länder häufig bei der Befragung angegeben wurden und geographisch zu Europa gehören.

Darüber hinaus wurden bei den Experteninterviews weitere Beobachtungen gemacht, die wir hier darstellen wollen:

- Das Thema „Berücksichtigung sozialer Faktoren, Einhaltung ethischer und ökologischer Standards sowie Wirkstoffherstellung in Deutschland als zusätzlicher Faktor bei europäischen Ausschreibungen“ wurde von den Expertinnen und Experten bei der Befragung sowohl positiv als auch negativ bewertet. Positiv wurde von den Befragten etwa angeführt, dass die Berücksichtigung dieser Faktoren geringe Mehrkosten (bspw. des Umweltschutzes) rechtfertigen würden und Billiganbieter (z. B. aus Asien), deren Produkte unter ungenügenden ethischen und ökologischen Bedingungen hergestellt wurden, ausschlösse. Andere, ebenfalls in Deutschland und Europa produzierende Unternehmen hingegen führten an, dass der Nachweis dieser Faktoren zu einem hohen bürokratischen Aufwand führen würde, der erhebliche Mehrkosten mit sich brächte und letztlich zu einem Wettbewerbsnachteil für kleine Anbieter führen würde. Andere Stimmen wiederum befürchten, dass die Berücksichtigung solcher Faktoren in Europa dazu führen dürfte, dass nichteuropäische Länder diese als protektionistisch auslegen würden und verlangen könnten, dass bei Ausschreibungen lokal produzierte Produkte bevorzugt würden, was letztlich negativ auf die exportorientierten deutschen Unternehmen zurückfallen würde. Zwar wurde dieses Thema oft benannt, da es aber weder eine einheitliche Befürwortung noch eine einheitliche Ablehnung gab, schlagen wir vor, dieses Thema weiter im Blick zu behalten und etwa innerhalb der

Arbeitskreise der Exportinitiative zu evaluieren. Aus diesem Grunde wurde es nicht zu den Maßnahmen hinzugefügt.

- Bestehende Maßnahmen der Exportinitiative sowie Förder- und Informationsangebote zum Export durch staatlich finanzierte Initiativen auf Bundes- und Landeseben sind den Interviewpartnerinnen und -partnern bisweilen nicht bekannt bzw. werden aus verschieden Gründen nicht genutzt. Hier schlagen wir vor, auf die bestehenden Programme hinzuweisen bzw. zu untersuchen, warum diese nicht ausreichend bekannt sind beziehungsweise aus welchen Gründen diese nicht genutzt werden.

Die Maßnahmen im Einzelnen:

Ausschreibungen

Die Expertinnen und Experten äußerten Unterstützungsbedarf bei Ausschreibungen in verschiedener Form:

Ausschreibungsinformation

Hier wünschen sich die Unternehmen mehr Informationen über europäische Ausschreibungen. Dabei geht es sowohl darum, zügig und zielgerichtet von relevanten Ausschreibungen zu erfahren. Außerdem werden Informationen über die Bedingungen der Teilnahme an Ausschreibungen gewünscht.

Eine denkbare Maßnahme wäre, die bestehenden Ausschreibungsdatenbanken der EU beziehungsweise wichtiger europäischen Länder zunächst einmal darzustellen und den Unternehmen außerdem Kenntnisse über die Nutzung dieser Datenbanken zu vermitteln. Dies könnte in einem Webinar geschehen. Denkbar wären auch gezielte Informationen zu den Ausschreibungen in einzelnen EU-Ländern.

Ausschreibungsdialog („Mehrwert“)

Die Expertinnen und Experten wünschen sich einen direkten Dialog mit Ausschreibungseinrichtungen. Ziel dieses Dialogs soll es sein, den Ausschreibenden zu vermitteln, künftig stärker Werthaltigkeit bei Ausschreibungen zu berücksichtigen, nicht nur den Preis. Ein denkbares Vorgehen wäre:

- Identifizierung geeigneter Referenzprojekte, die den Mehrwert der Produkte „Made in Germany“ belegen. Darstellung und Modelrechnung solcher Referenzprojekte. Dies könnte gemeinsam mit den in den Arbeitskreisen der Exportinitiative engagierten Fachverbänden erfolgen.
- Gespräche in den Zielländern mit den dortigen Ausschreibungsbehörden mit Unterstützung durch lokale Fachverbände, die AHK und deutschen Auslandsvertretungen. Bei diesen Gesprächen könnte der Mehrwert der Produkte „Made in Germany“ direkt anhand der o. g. Referenzprojekte veranschaulicht bzw. belegt werden.

Bio Europe

Dieser Kongress wurde von den Expertinnen und Experten als sinnvolle Plattform benannt. Hier könnte eine Informationsveranstaltung mit Schwerpunkt Kooperation mit deutschen KMUs durchgeführt werden, etwa in den Bereichen klinische Forschung. Außerdem könnte ein (eigener) Infostand genutzt werden.

Botschafterfrühstück

Dieses Format wurde von den Befragten positiv hervorgehoben. Es könnte beispielsweise ein Botschafterfrühstück mit einem Schwerpunkt „Mehrwert deutscher Gesundheitsprodukte“ durchgeführt werden, bei dem die Qualität und Wirtschaftlichkeit deutscher Innovationen den Botschaftern dargestellt wird. Andere Themen wären etwa Ausschreibungen oder mit dem Brexit verbundene Fragen des Marktzugangs.

Erstattungsinformationen

Die europäischen Gesundheitsmärkte werden von öffentlichen bzw. staatlichen Gesundheitssystemen geprägt. Diese Treffen auf der Grundlage komplexer Regelungen eine Entscheidung darüber, ob ein Produkt zu Lasten ihrer Systeme erstattet werden kann. Die Erstattungssysteme der einzelnen europäischen Länder unterscheiden regelmäßig hinsichtlich der verschiedenen Produktgruppen sowie hinsichtlich der Erstattung im ambulanten und im stationären Bereich: so werden Arzneimittel normalerweise nach anderen Regeln erstattet als Medizinprodukte oder digitale Gesundheitslösungen. Daher sollte Informationsvermittlung ebenso produktgruppenspezifisch erfolgen. Darüber hinaus könnte es sich auch anbieten, für sehr kleine Unternehmen, die mit Erstattung wenig Erfahrung haben, besondere Formate anzubieten. Folgende Maßnahmen kämen in Betracht:

Informationsvermittlung zum Thema Erstattung

Darstellung der Grundsätze der Erstattung in den großen europäischen Märkten für Arzneimittel, Medizinprodukte und digitale Gesundheitsprodukte. Dies könnte in Form der Erstellung einer Website oder von Printprodukten (auch als Download) geschehen. Printprodukte könnten in der Form von Leitfäden erstellt werden, um den Unternehmen die Voraussetzungen, Abläufe und zeitliche Planung bei der Erstattung strukturiert darzustellen. Denkbar wäre auch eine Website, die den Unternehmen nach Eingabe einiger Eckdaten zielgerichtete Kurzinformationen vermittelt.

Für die folgenden Länder und Segmente könnten Informationsprodukte erstellt werden:

- Arzneimittel und Biotechnologie: Hier würde sich eine Fokussierung auf die großen Märkte – Frankreich, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich (mit Post-Brexit-Informationen) – anbieten. Möglicherweise könnten auch Österreich und die Schweiz einbezogen werden. Es sollten

sämtliche Produktgruppen abgedeckt werden: Innovative Biopharmazeutika und patentgeschützte Small Molecules, Generika, Orphan Drugs sowie spezielle Erstattungswege.

- Medizintechnik & Medizinprodukte: Auch hier erscheint eine Fokussierung auf die großen Märkte – Frankreich, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich (mit Post-Brexit-Informationen) – sinnvoll. Es sollten alle Produktgruppen eingeschlossen werden, jedoch könnten die Erstattungswege für Investitionsgüter nur kurz dargestellt werden. Medizinprodukte, die gleichzeitig digitale Gesundheitsprodukte darstellen, sollten separat behandelt werden (siehe unten).
- Digitale Gesundheitsprodukte: Hier erscheint eine Fokussierung auf Frankreich, das Vereinigte Königreich und ggf. Österreich und die Schweiz ausreichend, da in Italien und Spanien in diesem Bereich kaum Erstattungsmöglichkeiten bestehen. Die deutschen Unternehmen in diesem Bereich verfügen oft über nur sehr geringe Erfahrung mit Erstattungsmechanismen, sodass es auch sinnvoll seine könnte, das deutsche Erstattungssystem durch das DVG (Digitale Versorgungsgesetz) als Beispiel heranzuziehen und die Erstattungswege etwa in Frankreich und dem Vereinigten Königreich daran zu messen. Es dürfte für die Unternehmen besonders hilfreich sein zu erfahren, welche Anforderungen an klinische Studien in diesem Bereich gestellt werden.

HTA-Monitor

Für das Segment Arzneimittel / Biotechnologie könnten die Entscheidungen der Health Technology Assessment Agenturen (also beispielsweise in Frankreich die Haute Autorité de Santé (HAS), in England das Nation Institute for Care and Health Excellence (NICE) etc.) zur Bewertung innovativer Arzneimittel übersichtlich dargestellt werden. Diese könnten zusätzlich kommentiert werden. Da hier eine laufende Beobachtung sinnvoll wäre, bietet sich die Einrichtung einer Website an. Zur Verständlichkeit und besseren Einordnung sollten auch die Entscheidungen aufgenommen werden, die die deutsche HTA-Behörde (der Gemeinsame Bundesausschuss) anlegt.

Kooperation Vertrieb

Hier ist zu prüfen, ob es zusätzlicher Maßnahmen bedarf oder ob es möglicherweise zielführender ist, auf die bestehenden Programme (beispielsweise das Markterschließungsprogramm des Bundes) stärker hinzuweisen. Die befragten Expertinnen und Experten äußerten keinen Wunsch nach spezifischen Programmen.

Kooperation Innovation und klinische Forschung

Ebenso hier könnte in einem ersten Schritt geprüft werden, ob die bestehenden Programme (auch die des Bundesministeriums für Bildung und Forschung) verstärkt dargestellt werden. Denkbar wäre, diese im Rahmen eines Webinars vorzustellen.

8. Anhang

In Tabelle 15 wird dargestellt, inwieweit die Länder im Einzelnen die quantitativen Auswahlkriterien auf der ersten und der zweiten Stufe der Länderauswahl erfüllen.

Das Kriterium der Marktgröße wurde gemessen über die Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter im Jahr 2019. Die Marktdynamik wurde abgebildet über die Veränderung der gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf zwischen den Jahren 2010 und 2018. Die etablierten Handelsbeziehungen zu Deutschland wurden über das Handelsvolumen quantifiziert. Das Handelsvolumen wurde dabei aus einer Kombination aus dem Anteil der einzelnen Länder an den Exporten der deutschen Gesundheitswirtschaft und dem Anteil Deutschlands an den Importen der Gesundheitswirtschaft der einzelnen Länder abgebildet. Die Entwicklung der Nachfragepotenziale wurde dargestellt anhand der Entwicklung der Anzahl der Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter. Dabei wurden sowohl die vergangene Entwicklung der Einwohnerzahl zwischen den Jahren 2000 und 2019 als auch die zukünftige voraussichtliche Entwicklung bis zum Jahr 2030 herangezogen. Die Importe aus Drittländern wurden gemessen über den Anteil von Drittländern (außerhalb der EU) an den gesamten Importen der einzelnen Länder.

Die Ausschlusskriterien „Datenverfügbarkeit“ und „Dateneignung“ wurden qualitativ verwendet, vgl. das Vorgehen in den Abschnitten 2.3.1 und 2.3.2. Nicht in Tabelle 15 dargestellt sind die qualitativen Auswahlkriterien, vgl. dazu die textlichen Ausführungen in den Abschnitten 4.1.1 und 4.2.2.

Für Länder, die bereits auf der ersten Stufe der Länderauswahl nicht ausgewählt wurden (unteres Panel in Tabelle 15), sind die Kriterien der 2. Stufe nicht angewendet worden, die entsprechenden Stellen in Tabelle 15 sind freigelassen worden.

Tabelle 15: Erfüllung der quantitativen Auswahlkriterien auf der ersten und zweiten Stufe der Länderauswahl

Land	Kriterien auf Stufe 1+2				Zusätzliche Kriterien auf Stufe 2		
	Markt-größe	Markt-dynamik	Han-delsvo-lumen	Daten-verfüg-barkeit	Nachfra-gepoten-ziale	Importe Dritt-länder	Daten-eignung
Länder, die auf der 2. Stufe ausgewählt wurden							
Dänemark	0	+	+	+	0	0	+
Frankreich	++	0	++	+	++	+	+
Italien	++	0	++	+	0	+	+
Österreich	0	0	++	+	+	++	+
Polen	+	+	++	+	++	0	+
Schweden	0	++	+	+	0	+	+
Spanien	++	0	++	+	+	++	+
Weitere Länder, die auf der 2. Stufe nicht ausgewählt wurden							
Belgien	+	0	++	+	+	++	-
Finnland	0	0	+	+	0	--	+
Niederlande	+	0	++	+	++	++	-
Portugal	+	0	0	+	0	--	+
Rumänien	+	+	+	+	--	--	+
Slowenien	-	0	+	+	++	++	+
Tschechien	0	+	+	+	0	--	+
Ungarn	0	+	+	+	-	-	+
Weitere Länder, die auf der 1. Stufe nicht ausgewählt wurden							
Bulgarien	0	++	0	-			
Estland	--	++	0	-			
Griechenland	+	--	+	-			
Irland	-	0	+	+			
Kroatien	-	-	0	+			
Lettland	-	++	0	-			
Litauen	-	++	0	-			
Luxemburg	--	--	0	-			
Malta	--	++	0	-			
Slowakei	-	0	0	+			
Zypern	--	0	0	-			

Quelle: IGES auf Basis der Datengrundlagen, vgl. Abschnitt 2

Leitfaden für Experteninterviews

Hintergrund der Studie

Das IGES Institut und das WifOR Institute führen im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) eine Studie zu den Exportpotenzialen der deutschen Gesundheitswirtschaft durch. Die Studie untersucht, inwieweit sich im EU-Binnenmarkt für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft Marktpotenzial in Bezug auf Absatz (Exporte) und Kooperationsmöglichkeiten identifizieren lässt und welche europäischen Länder sich dahingehend am besten eignen.

Auf Basis einer quantitativen, datenbasierten Analyse und einer qualitativen Einschätzung wurde eine Bewertung der EU-Mitgliedsländer vorgenommen. Diese ergab eine Auswahl der folgenden 7 Länder, die ein besonders hohes Marktpotenzial aufweisen:

- Frankreich, Italien und Spanien (wurden anhand des Kriteriums der Marktgröße ausgewählt).
- Österreich und Schweden (wurden aufgrund ihres Außenhandelspotenzials im Hinblick auf einen Ausbau der Handelsbeziehungen innerhalb der EU ausgewählt).
- Polen (wurde aufgrund des Außenhandelspotenzials in Bezug auf Handelsbeziehungen und Innovationspotenzial sowie aufgrund steigender Nachfragepotenziale ausgewählt).
- Dänemark (wurde aufgrund des Kooperationspotenzials im Hinblick auf Technologie- und Markterschließung ausgewählt).

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie sollen neue Unterstützungsmaßnahmen für deutsche Unternehmen der Gesundheitswirtschaft geplant werden, die sodann durch die Exportinitiative Gesundheitswirtschaft (eine Initiative des BMWi) umgesetzt werden sollen.

Ziel der Befragung ist, die Sicht der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft aufzunehmen, um künftige Maßnahmen passgenau auf die Bedürfnisse der Unternehmen auszurichten.

Gegenstand der Befragung

Die Befragung wird als semistrukturiertes Gespräch durchgeführt, um zu gewährleisten, dass auch Aspekte berücksichtigt werden können, die nicht aktiv abgefragt werden oder sich erst im Gesprächsverlauf ergeben. Daher wird auf einen fest vorgegebenen Fragebogen verzichtet.

Länderauswahl

- Wie bewerten Sie die Länderauswahl?
- Gibt es weitere bzw. andere Länder, die Ihnen wichtig erscheinen, und falls ja, warum?

Notwendige Maßnahmen

- Haben Sie konkrete Vorschläge zu etwaigen Maßnahmen bezüglich der identifizierten Länder?
- Welche Maßnahmen hätten für Sie den größten Nutzen?
- Wo haben Sie Bedarf an Unterstützungsangeboten der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft? Welche europäischen Messen sind für Sie wichtig?

Mögliche Kooperationsmöglichkeiten

- Welche Kooperationsmöglichkeiten sehen Sie in den genannten Ländern und wie könnten diese konkret ausgestaltet werden?
- Erwarten Sie eine stärkere Re-Orientierung auf Europa?

Ansprechpartner

Die Befragung wird von Herrn Dr. Tilo Mandry, Bereichsleiter (Telefon …, E-Mail: …) und Herrn Dr. Richard Ochmann, Projektleiter (Telefon …, E-Mail: …) durchgeführt. Beide stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Ihre Teilnahme an der Befragung trägt wesentlich zum Erkenntnisgewinn bei.

Teilnehmende (Fach-)Verbände

Mit Expertinnen und Experten folgender (Fach-)Verbände wurden Gespräche geführt:

- Bio Deutschland
- Bundesverband der Arzneimittelhersteller
- Bundesverband Gesundheits-IT
- Bundesverband Medizintechnologie
- Bundesverband der pharmazeutischen Industrie
- Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie

- German Health Alliance
- Spectaris
- Verband forschender Arzneimittelhersteller
- Vereinigung deutscher Biotechnologieunternehmen

Ergebnisse der Experteninterviews in Bezug auf weitere genannte Länder

Tabelle 16: Weitere durch Expertinnen und Experten genannte Länder bzw. Regionen

Land bzw. Region	Anzahl der Nennungen
Großbritannien	15
Schweiz	13
Norwegen	5
Finnland	3
Tschechien	2
Skandinavien	3
Niederlande	2
Rumänien	2
Belgien	2

Quelle: IGES auf Basis der geführten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 2.4 zum Vorgehen)
Anmerkung: Nur Länder bzw. Regionen, die mindestens zweimal genannt wurden

Großbritannien

Die Expertinnen und Experten benannten Großbritannien regelmäßig aus folgenden Gründen:

- Brexit/Post-Brexit: Hier wünschen sich die Expertinnen und Experten detaillierte Informationen zur Marktentwicklung. Wie wird sich die Ausfuhr nach Großbritannien branchenspezifisch entwickeln?
- Erstattung: Wie erstatten die britischen Systeme Arzneimittel, Medizinprodukte und digitale Innovationen („App auf Rezept“)? Dabei liegt ein Fokus auf England (Erstattungsregeln des National Health System bzw. des National Institute for Health and Care Excellence). Die Unternehmen haben viele Detailfragen und ein unterschiedliches Grundwissen. Dies erstreckt sich von Unternehmen, die bereits stark im Vereinigten Königreich engagiert sind, das Erstattungsverfahren gut kennen, aber Detailinformationen wünschen (etwa zu Endpunkten die der Bewertung von klinischen

Studien im HTA (Health Technology Assessment)-Verfahren). Andere wiederum wünschen eher ganz grundsätzliche Informationen über die HTA-Verfahren und die Beteiligten.

- Brücke in die USA: Die Expertinnen und Experten sehen eine Markterschließung der USA auch über Großbritannien und wünschen dazu Informationen.

Schweiz

Die folgenden Gründe sprechen aus Sicht der Befragten dafür, Maßnahmen für die Schweiz zu entwickeln:

- Hochpreismarkt: Die Produkte können mit relativ hohen Gewinnmargen verkauft werden.
- Relativ einfacher Marktzugang: Es bestehen keine großen Hürden, besonders innovative Produkte können relativ leicht im Markt etabliert werden.
- Leitmarkt: Andere Länder blicken auf die Schweiz und bewerten Produkte, die sich dort bewähren, als gut.
- Innovationsfreundlichkeit: Schweizer Krankenhäuser und Patienten gelten als aufgeschlossen gegenüber innovativen Produkten.
- Gute Kooperationsmöglichkeiten: Besonders im Forschungsbereich (Klinische Studien, universitäre Forschung) wird die Schweiz positiv bewertet.

Skandinavische Länder

Die skandinavischen Länder sind aus Sicht der Expertinnen und Experten aus diesen Gründen interessant:

- Hochpreismarkt: Die Produkte können mit relativ hohen Gewinnmargen verkauft werden.
- Innovationsfreundlichkeit: Die Patientinnen und Patienten gelten als technologieaffin, besonders im Bereich digitaler Lösungen. Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte herrschen dort gute Bedingungen für innovative telemedizinische Lösungen.

Hohe Rechtssicherheit: Besonders bei öffentlichen Ausschreibungen von Medizinprodukten wird die Transparenz und Verbindlichkeit der Verfahren positiv herausgestellt.

Ausgewählte Zitate / O-Töne aus den Experteninterviews

Im Folgenden werden exemplarisch Aussagen dargestellt, die Unternehmensvertreterinnen und -vertreter bei der Befragung äußerten und die in ähnlicher Art von verschiedenen Befragten getätigt wurden. Diese Aussagen verdeutlichen, welche Beweggründe zu der Beantwortung von Fragen geführt haben. Darüber hinaus können diese Aussagen auch helfen, bei der Planung neuer Maßnahmen die Bedürfnisse der Unternehmen zu berücksichtigen. Aussagen von Verbandsvertreterinnen und -vertretern werden hier nicht dargestellt, da die Verbände sich bei der Exportinitiative engagieren und im Dialog mit den Bundesministerien stehen.

Unterstützung insgesamt/Befragung zu Unterstützungsmaßnamen:

Regelmäßig haben sich die Befragten zu der Studie insgesamt und den Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung durch staatliche und halbstaatliche Einrichtungen geäußert. Außerdem haben sie mitgeteilt, welchen Herausforderungen sie aufgrund der Pandemie bei der Planung von Maßnahmen zur Gewinnung von europäischen Partnern/Neukunden gegenüberstehen. Diese und vergleichbare negative Aussagen wurden geäußert:

- „Es wird viel zu viel gemacht.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Fangen Sie doch in Deutschland an [gemeint ist die Entbürokratisierung].“ (Biotechunternehmen)
- „Lassen Sie da bloß Ihre Finger weg [von Maßnahmen der politischen Flankierung].“ (Anbieter digitaler Gesundheitslösungen)

Es wurden aber auch positive Aussagen wie diese gemacht: „Wir werden so oft angefragt, aber das ist nun wirklich einmal eine sinnvolle Umfrage.“ (Pharmaunternehmen)

Folgende Kommentare verdeutlichen die gegenwärtige Lage der befragen Unternehmen:

- „Wir wissen nicht, wie es nach der Krise aussieht.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Bestandskunden halten wir, aber neue Kunden können wir in der Pandemie nicht gewinnen. Ich kann Ihnen nicht sagen, wie es weitergeht.“ (Biotechunternehmen)

Vorgeschlagene Maßnahmen

Bei der Befragung nach Themen und Maßnahmen wurden diese Aussagen gemacht:

- [Zum Thema Erstattung] „Das ist ein politisches Thema und da kann eine vom deutschen Staat geförderte Maßnahme etwas erreichen.“ (Pharmaunternehmen)
- „Erstattung ist eigentlich das einzig wichtige Thema in Europa.“ (Biotechunternehmen)

- „Zölle gibt‘s nicht mehr und das CE Kennzeichen gilt überall [in Europa], geblieben ist nur noch die Erstattung.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Naja, das können Sie sich ja selbst beantworten: Wir haben einen gemeinsamen Markt und eine EMA-Zulassung, nur die Erstattung und das Pricing machen die EU-Länder noch selbst. Und da blickt keiner mehr durch.“ (Pharmaunternehmen)
- „Wir stehen beim Thema Erstattung ganz am Anfang. Wir wüssten gerne, wie das in Europa geht.“ (Anbieter digitaler Gesundheitslösungen)
- „Wenn Sie die Ausschreibungsverfahren transparenter machen könnten, dann würde uns das helfen.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Stellen Sie den Mehrwert von „Made in Germany“ heraus: ethisch und ökologisch hochwertig. Das wird bei Ausschreibungen aber nicht berücksichtigt.“ (Pharmaunternehmen)
- „Wenn ein Arzneimittel nicht geliefert werden kann, weil der Wirkstoffhersteller in Indien Probleme hat, dann ist das Geschrei groß. Unser Generikum wird in Deutschland hergestellt und der Wirkstoff kommt aus Europa. Da kostet die Packung 10 Cent mehr als der Wettbewerber. Das hilft uns aber nur in Schweden, da wird das bei der Ausschreibung berücksichtigt.“ (Pharmaunternehmen)
- „Machen Sie bloß nicht die Ausschreibungen komplizierter. Wenn ich auch noch nachweisen muss, woher ich meine ganzen Sachen beziehe und ob der Zulieferer alle Ökostandards erfüllt, dann wird das unglaublich aufwändig. Das lohnt sich dann für uns als kleines Unternehmen nicht mehr.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Das Botschafterfrühstück war wirklich prima. Davon haben wir [die anwesenden deutschen Unternehmen] lange gesprochen.“ (Medizintechnikunternehmen)

Messeprogramme

Informationen zu Messen und (zusätzliche) Messeprogramme werden von den Unternehmen nicht gewünscht. Diese Aussagen verdeutlichen dies:

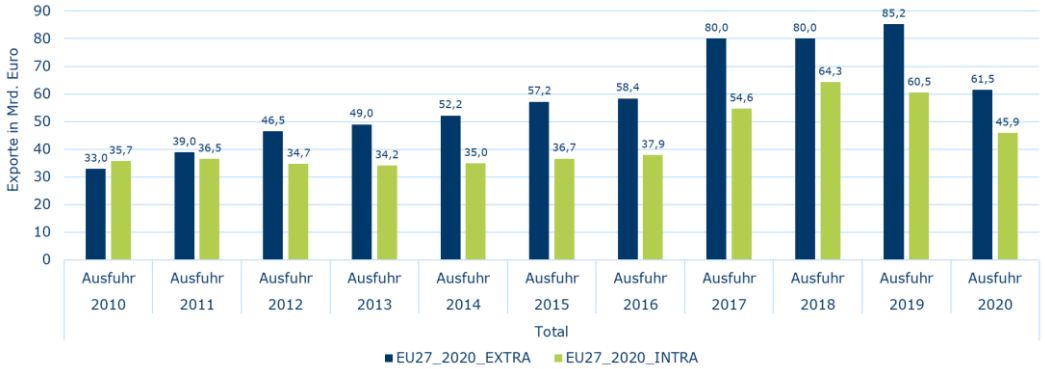
- „Diese Programme sind doch völlig durcheinander. Die eine Stadt fördert dies, das Land das. Eine total unsinnige Förderung. Wenn ich mich irgendwo anmelde [bei einem Messeprogramm], dann muss ich das bei einem anderen Antrag angeben, obwohl gar nicht feststeht, ob ich beim ersten Antrag genommen werde.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Das [bestehende] Auslandsmesseprogramm reicht völlig aus.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Wir werden von den Verbänden informiert und das reicht.“ (Pharmaunternehmen)

- „Wir brauchen eigentlich keine Förderung, wir nutzen diese Programme nicht.“ (Pharmaunternehmen)
- Diese Programme spielen für uns in Europa keine Rolle – wir gehen in Europa nur auf medizinische Fachkongresse.“ (Biotechunternehmen)
- „Wir können eh nicht reisen, daher kann ich Ihnen zu Messen auch nichts sagen.“ (Anbieter digitaler Gesundheitslösungen)
- „Außerhalb Europas sind diese Programme prima. Wenn ich mir zum Beispiel den Markt Vietnam ansehen will, dann lohnt sich die Teilnahme. Aber hier in Europa brauchen wir das nicht.“ (Medizintechnikunternehmen)
- „Messen bringen uns in Europa nichts. Nur die Bio Europe ist für uns relevant. Da könnte die Initiative etwas machen, zum Beispiel uns kleine Unternehmen besser herausstellen.“ (Biotechunternehmen)

Intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte differenziert nach Fokusgruppen und ergänzt um das Jahr 2020

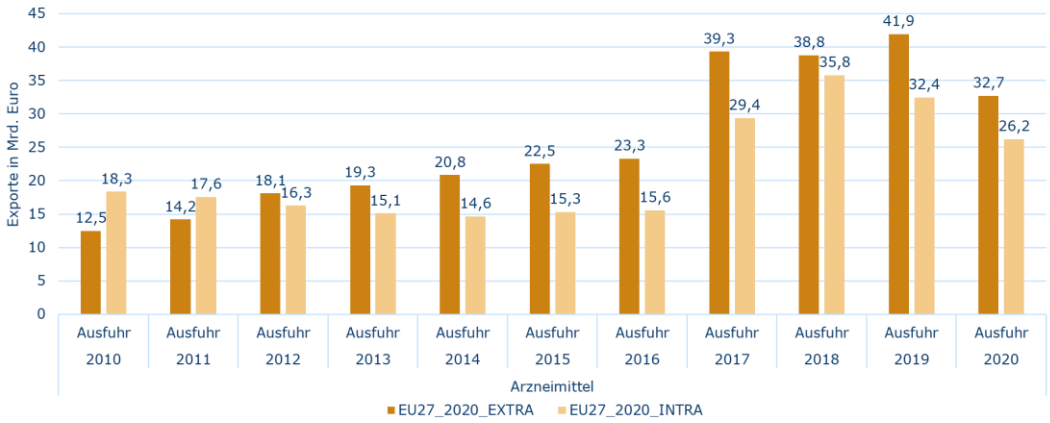
Bei den folgenden Abbildungen handelt es sich um die Vervollständigung der Zeitreihen zu intra- und extraeuropäischen Absatzmärkten deutscher Gesundheitsexporte aus dem Abschnitt 4.2.3.1. Hierbei wird der Betrachtungsraum um das Jahr 2020 erweitert, jedoch zum Zeitpunkt der Studienerstellung nur für die ersten drei Quartale des Jahres.

Abbildung 42: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Gesamt) inkl. Q1-Q3/2020



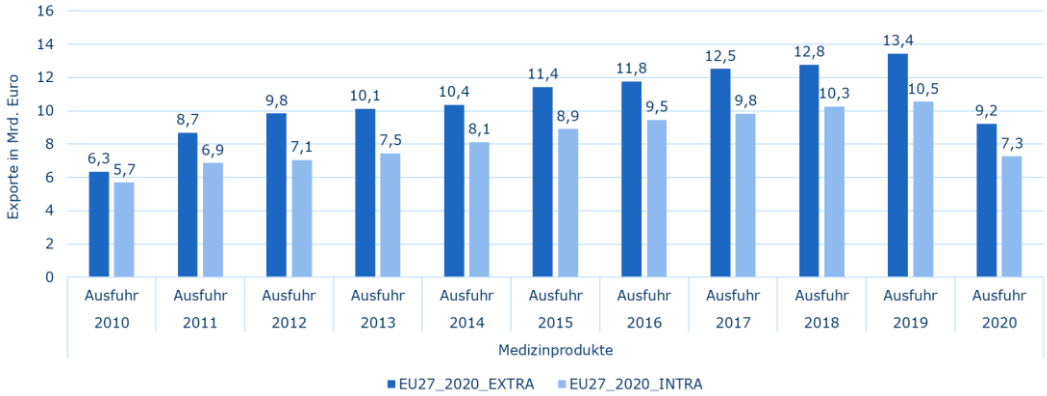
Quelle: WifOR auf Basis der WIOD-Daten und der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 43: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Arzneimittel) inkl. Q1-Q3/2020



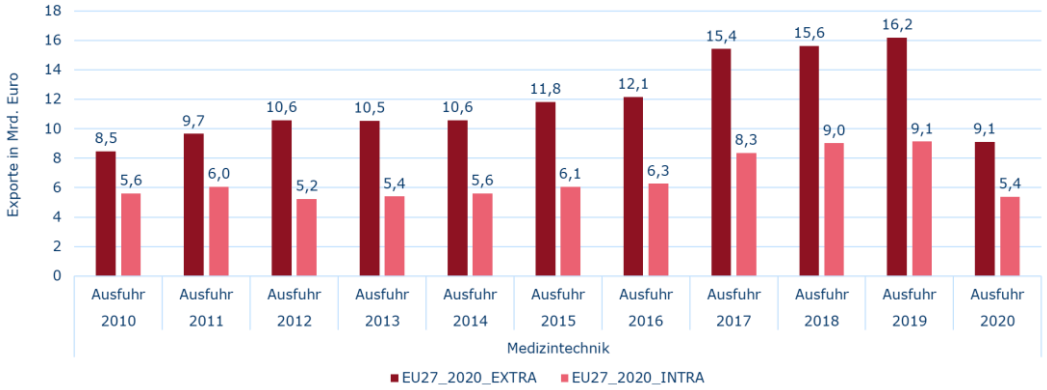
Quelle: WifOR auf Basis der WIOD-Daten und der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 44: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Medizinprodukte) inkl. Q1-Q3/2020



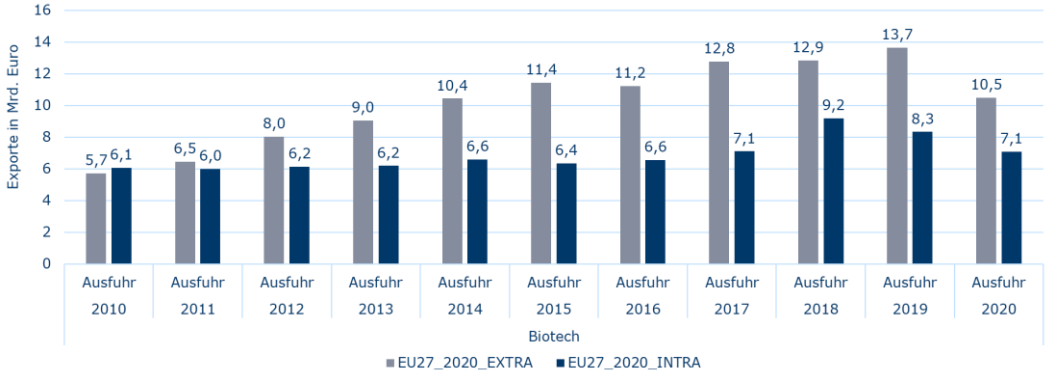
Quelle: WifOR auf Basis der WIOD-Daten und der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 45: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Medizintechnik) inkl. Q1-Q3/2020



Quelle: WifOR auf Basis der WIOD-Daten und der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 46: Absolute Entwicklungen für intra- und extraeuropäische Absatzmärkte deutscher Gesundheitsexporte (Biotech) inkl. Q1-Q3/2020

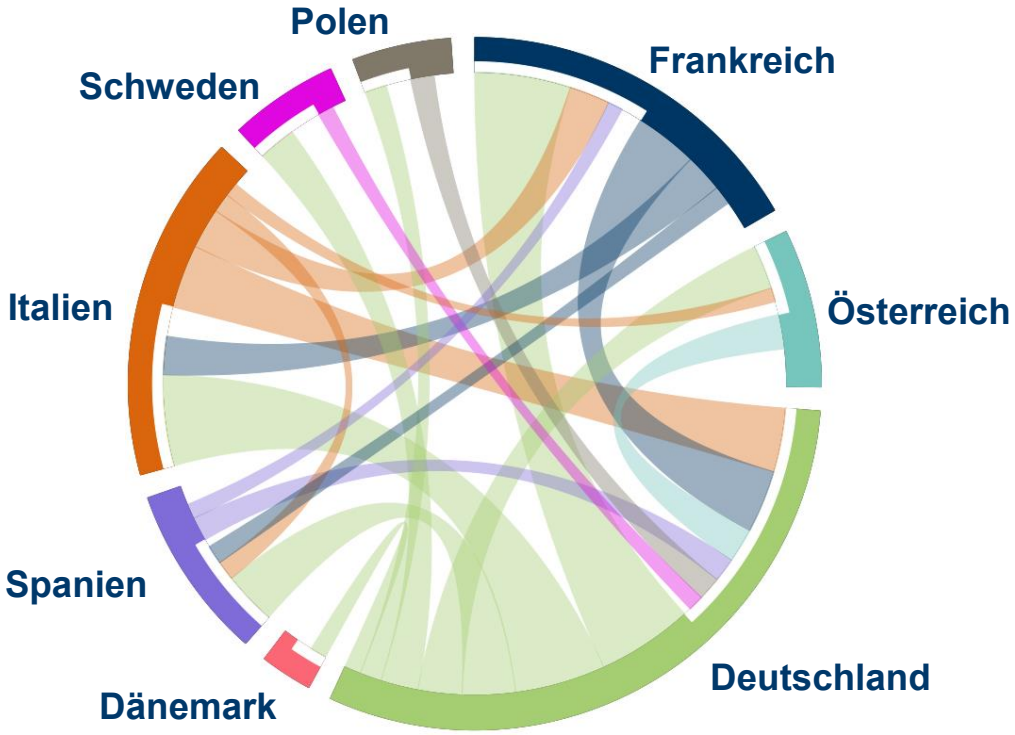


Quelle: WifOR auf Basis der WIOD-Daten und der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Vertiefende Analyse der Handelsverflechtungen der ausgewählten 5+2 Länder nach Fokusgruppen

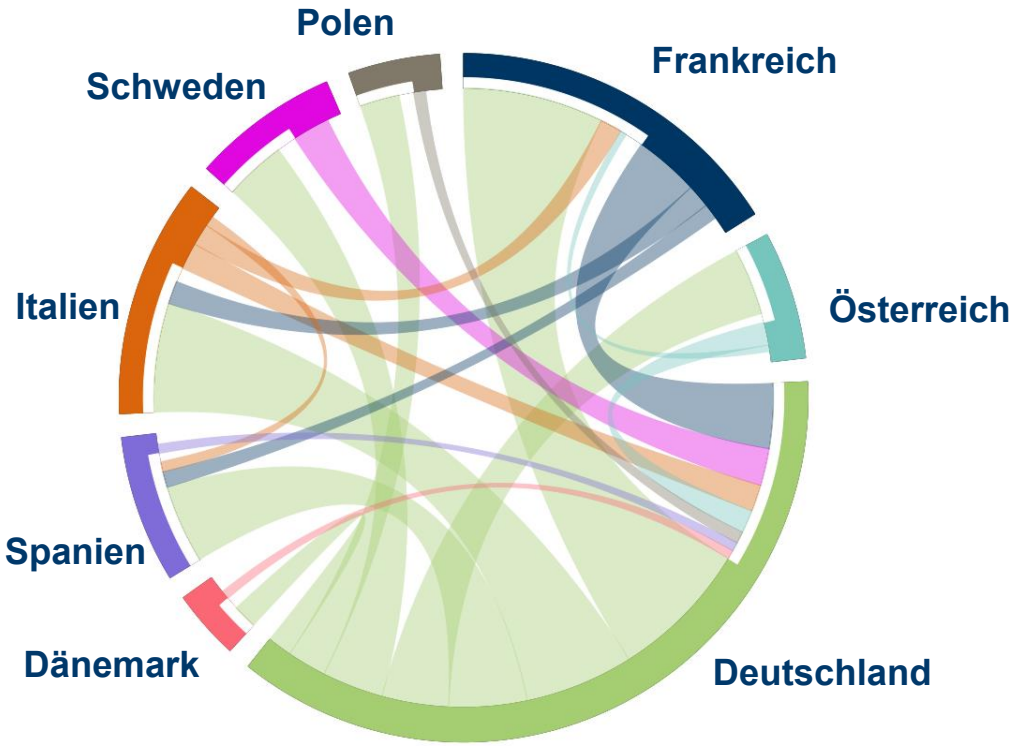
Bei den folgenden Abbildungen handelt es sich um jeweils alternative Darstellungen der in Abschnitt 4.2.3.1 aufgeführten Kreuztabellen Tabelle 5 bis Tabelle 8. Von den jeweils insgesamt 56 möglichen Verbindungsknoten sind der Übersichtlichkeit halber lediglich die relativ zu allen Handelstransaktionen bedeutendsten Verbindungen dargestellt. Die Auswahl repräsentiert dabei die obersten 70 Prozent aller Verbindungen.

Abbildung 47: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Arzneimittel im Jahr 2019



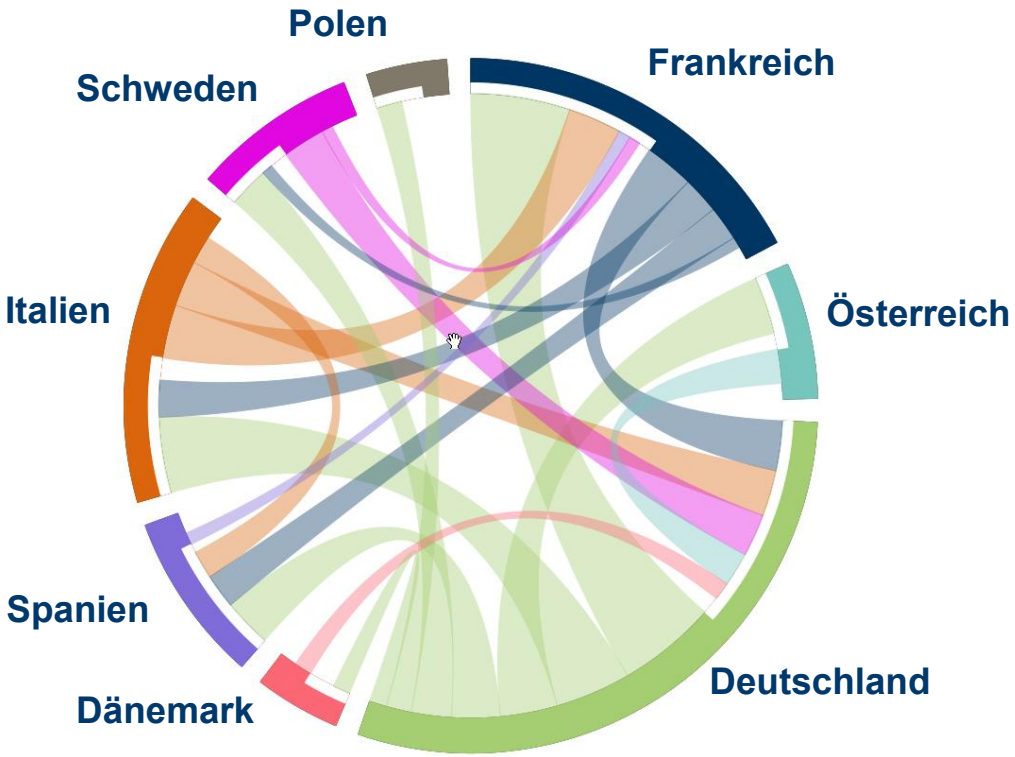
Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 48: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizintechnik im Jahr 2019



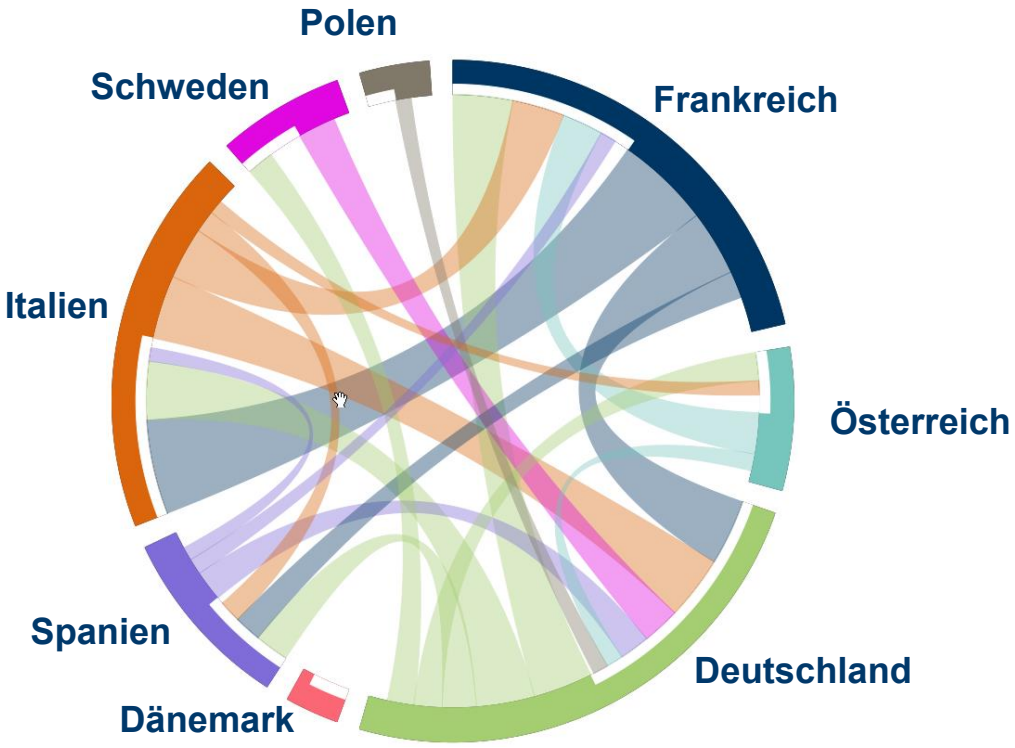
Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 49: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Medizinprodukte im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

Abbildung 50: Alternative Darstellung Handelsverflechtung der 5+2 Länder für Biotechnologie im Jahr 2019



Quelle: WifOR auf Basis der Prodcom- und der Comext-Daten von EUROSTAT

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

© Alle Rechte vorbehalten