

## Einführung der SwissDRG – Umwälzungen im Spitaleinkauf erfordern...

# ...neue Strategien der Medizintechnikanbieter

Unverhältnismässig stark steigende Kosten des Gesundheitssystems wurden spätestens in den letzten Jahren im Rahmen der Finanzkrise in den meisten Industrieländern zum Thema. Dabei bildet die Schweiz trotz hoher staatlicher Ausgabendisziplin keine Ausnahme und sieht sich zunehmend mit der Herausforderung konfrontiert, den Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen. Von der Einführung der Fallpauschalen-Abrechnung von Spitalleistungen (SwissDRG) verspricht man sich neben einer erhöhten Transparenz vor allem auch die notwendigen Effizienzsteigerungen in den Spitälern, die in der Schweiz für 35% der Gesundheitskosten verantwortlich sind.

Die konzeptuelle Basis der SwissDRG bildet das in Deutschland bereits 2006 eingeführte DRG-System, wobei die Schweiz bereits seit 1998 eigene Erfahrungen im Umgang mit AP-DRG gesammelt hat (siehe Artikel in «clinicum» 2/07). Die gesetzliche Grundlage zur Einführung von SwissDRG wurde im Jahr 2009 mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz (KVG) geschaffen. Ab dem 1. Januar 2012 tritt die neue Regelung in Kraft; Spitalleistungen werden nach einem einheitlich festgelegten Vergütungssystem abgerechnet, welches Unterschiede zwischen den Kostenstrukturen der behandelnden Häuser nicht berücksichtigt.

### Definition von Pauschalen

Die Grundidee von DRG-Systemen zur Vergütung von Spitalleistungen ist die Definition von Pauschalen für Haupt- und Nebendiagnosen, sowie weiteren komplizierenden Faktoren. Basierend auf einem Klassifikationssystem lässt sich der Patient einordnen und die Behandlung gemäss der definierten Pauschalen abrechnen. Über die genaue Höhe der Pauschalen wurde bisher noch keine abschliessende Entscheidung getroffen. Fest steht laut Gesetzgeber jedoch, dass sich diese an den bisherigen Vergütungen repräsentativer Spitäler orientiert.

Der Systemwechsel führt noch nicht notwendigerweise zur Kostensenkung (siehe Artikel in «clinicum» 6/09). Entscheidend für den Effekt ist die Höhe der Fallpauschalen. Nur wenn diese unter den bisherigen Kosten liegen, ergeben sich dadurch dämpfende Effekte für die Gesamtkosten des Gesundheitssystems. Für die Spitäler und damit auch für die beteiligten Interessengruppen bedeutet die Einführung von SwissDRG einen grundlegenden Wandel. Dieser birgt Risiken aber auch Chancen – insbesondere für diejenigen, die die Zeichen der Zeit frühzeitig für sich zu deuten und sich bei der Neu-

ordnung des Gesundheitswesens entsprechend zu positionieren wissen.

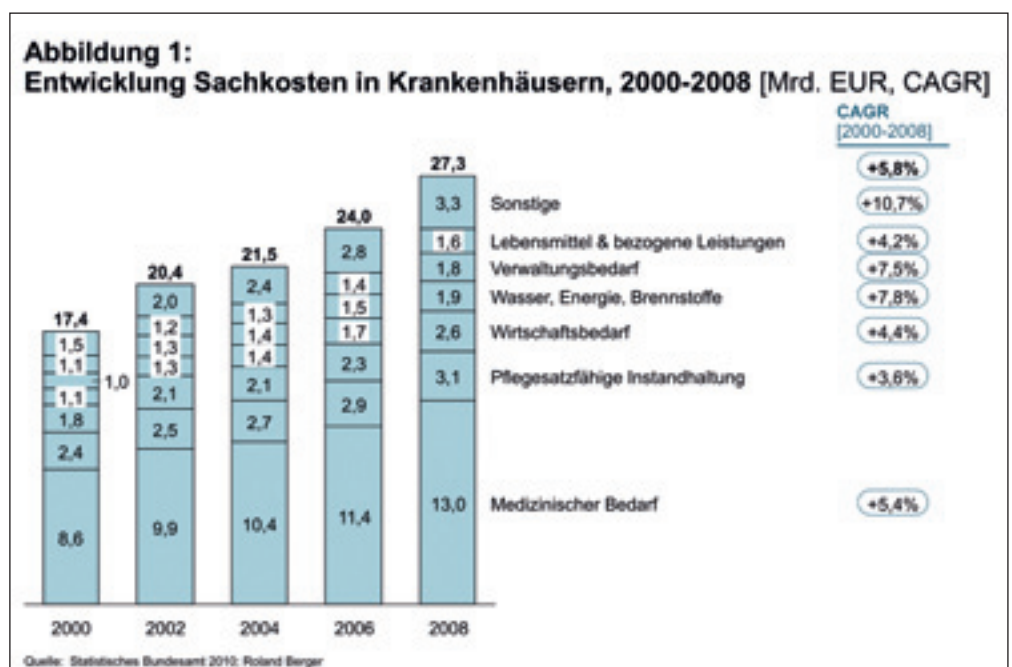
### Neue Ziele und Schwerpunkte im Spital wegen der DRG-Einführung

Im Rahmen der Einführung der DRG ergeben sich für die Spitäler neue Ziele und Schwerpunkte, die berücksichtigt bzw. unterstützt werden müssen. Die striktere Kostenübernahme pro Fall erhöht den Kostendruck auf die Spitäler. Um die weiterhin bestehenden Ziele der wirtschaftlichen Kostendeckung (im Fall von öffentlichen Spitälern) bzw. des wirtschaftlichen Gewinns (im Fall der privaten Spitäler) erreichen zu können, rücken Kostensenkungen in den Handlungsfokus. Die meisten Spitäler gehen dabei in der Regel vor allem Sachkosten an, welche

trotz der Einführung von DRG auch weiterhin kontinuierlich ansteigen können wie am Beispiel von Deutschland zu sehen ist (siehe Abbildung 1).

Das Ziel im System der SwissDRG ist es, dass jede Fall-Kategorie für sich und nicht nur die Gemeinschaft aller Fälle in einem Spital kostendeckend durchgeführt werden kann (siehe Abbildung 2). Um die Transparenz über die Kostendeckung in einer Fall-Kategorie zu erreichen, ist eine klare Zuteilung der Kosten zu den Fällen ein weiteres wichtiges Ziel. Denn durch das Wissen um den Deckungsbeitrag der einzelnen Fälle bzw. Fall-Kategorien können Spitäler, die die Möglichkeit zur fachlichen Spezialisierung haben, ihren Behandlungsmix in Richtung profitabler Fälle beeinflussen.

Bei allen Bemühungen um Kostendeckung bzw. Gewinnerzielung bleibt die Beibehaltung der medi-



zinischen Leistungsfähigkeit prioritär. Insbesondere die Sicherstellung eines medizinisch einwandfreien Routinebetriebs ist für die Spitäler essentiell. Darüber hinaus verfolgen – insbesondere Universitäts-spitäler – über die Durchführung von Forschung und Unterstützung von Innovation das Ziel der Förderung der Wissenschaft und des medizinischen Fortschritts sowie der Reputationsbildung. Diese Arbeit muss auch im Rahmen von Fallpauschalen gewährleistet werden. Hierbei sind das Mass an Forschung und die Übernahme von Kosten durch die öffentliche Hand oder die Industrie wichtige Fragen.

### Anpassungen in Spitälern in Hinblick auf SwissDRG

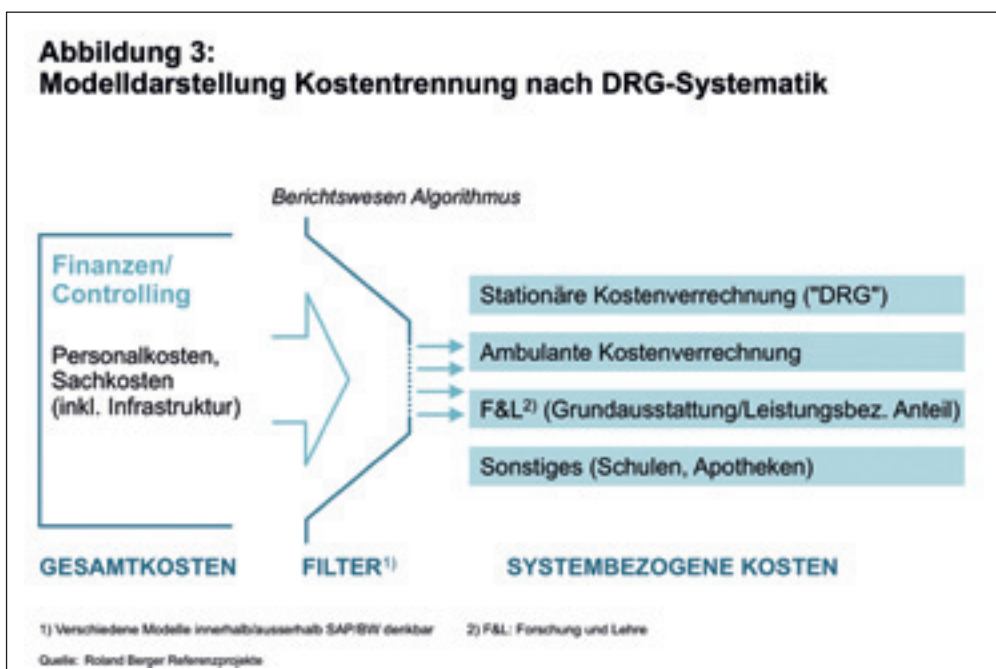
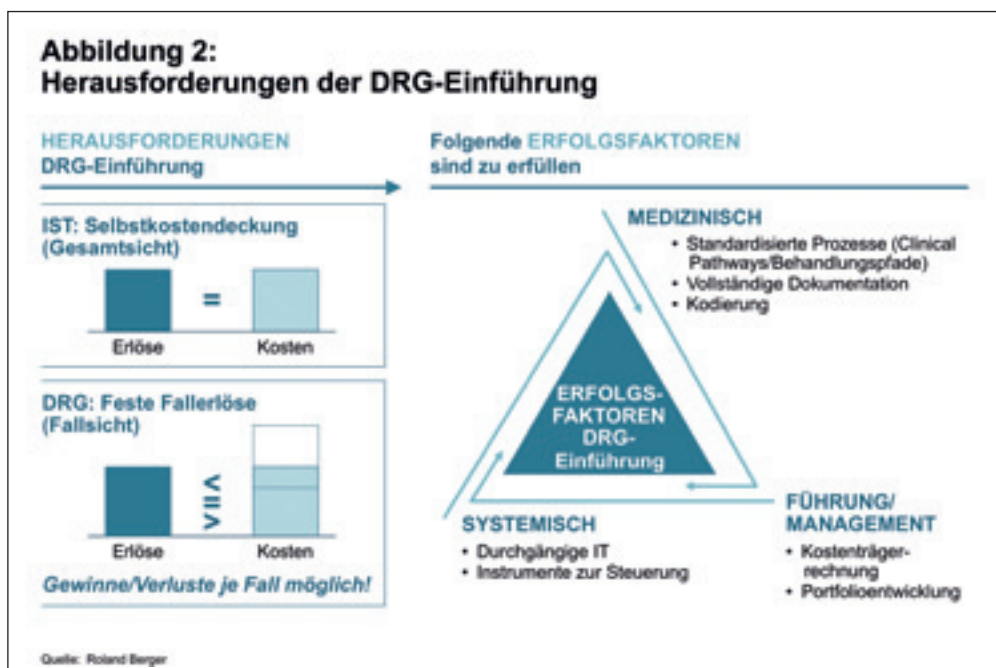
Zur Umsetzung der oben genannten Ziele sind grundsätzliche Anpassungen in Spitälern in Hinblick auf SwissDRG durchzuführen. Diese unterteilen sich in zwei Hauptthemen:

- Kosten- und Medizin-Controlling – mit dem Ziel der Kostentransparenz und klaren Kostenallozierbarkeit
- Supply Chain Management und Kostenmanagement – mit dem Ziel der Kostensenkung

### Kosten- und Medizin-Controlling

Um Transparenz über Kosten einzelner Leistungen zu erzielen und zu erkennen, welche Bereiche/Leistungen defizitär oder profitabel mit DRG arbeiten, ist es erforderlich, eine eindeutige Kostenallokation zu schaffen. Besonders die Zuteilung der Gemeinkosten zu den einzelnen Fällen ist dabei herausfordernd. Doch auch die theoretisch direkt zuordenbaren Kosten sind bisher in der Praxis bei Weitem nicht in allen Spitälern bestimmten Fällen zugeordnet. Vor allem der Aufbau und Einsatz einer entsprechenden IT-Infrastruktur ist nötig, um Kosten-Daten aufwandsarm und verwertbar sammeln und auswerten zu können. Dies betrifft einerseits Kosten, die durch Liegezeiten in Abteilungen oder Operationssälen entstehen, Personalkosten, die direkt der Behandlung eines bestimmten Falles zugeordnet werden können, und vor allem die Zuordnung von Sachkosten durch den Verbrauch und Einsatz von Material (ob Verbrauchsmaterial, Instrumente oder Implantate) (siehe Abbildung 3).

Durch das Sammeln der Kosten-Daten ist die Basis gelegt, um zielorientiertes Kosten-Management und -Controlling zu betreiben. Nach der Zuordnung aller Kosten zu den einzelnen Fällen kann identifiziert werden, welche Fälle bzw. Fall-Kategorien sich im DRG-Rahmen defizitär bzw. profitabel zeigen. Das Kostenmanagement kann darauf basierend gezielt diejenigen Fälle bzw. Fall-Kategorien, die offensichtlich im nationalen Vergleich mit zu hohem Kostenaufwand behandelt werden, prioritär bearbeiten – mit höherer Aussicht auf Erfolg als bei Fällen, die im nationalen Vergleich bereits günstig behandelt werden. Darüber hinaus ist die genaue Daten-Analyse erforderlich, um eine Kontrolle und



Nachverfolgung von Kostenmassnahmen gewährleisten zu können.

### Supply Chain Management und Kostenmanagement

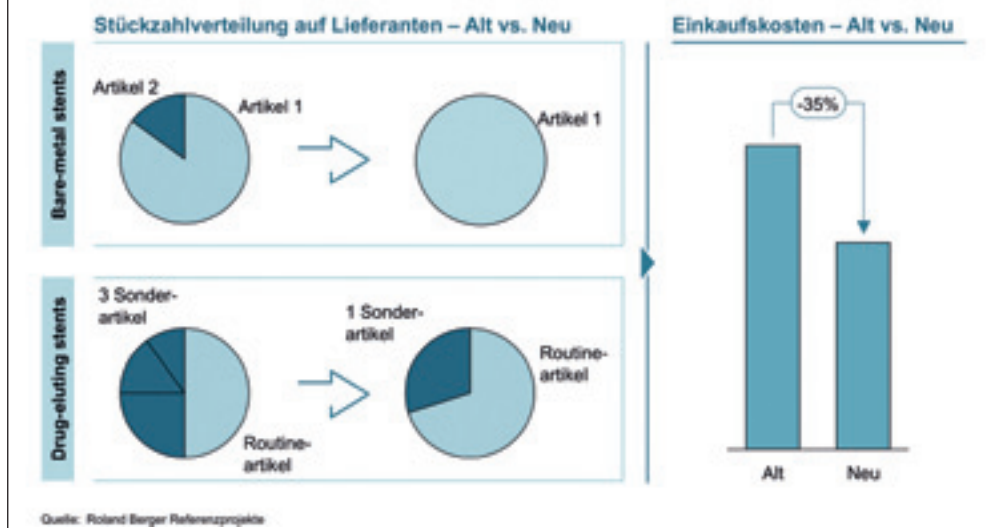
Das Ziel der Kostensenkung in den Spitälern kann in verschiedenen Bereichen realisiert werden. Als Hauptkategorien sind hier die Prozessoptimierung und das Sachkostenmanagement zu sehen. Zusätzlich sind natürlich ebenfalls die Personalkosten als grosser Kostenblock zu beachten. Diese machen typischerweise circa zwei Drittel aller Kosten am Spital aus. Allerdings sind diese einerseits teilweise implizit in der Betrachtung der Prozesskosten inbegriffen und andererseits ist hier eine Reduktion in merklichem Ausmass häufig erst ein letzter Weg, da

der Abbau von Personal grosse interne Widerstände hervorruft und je nach Stelle grosse Auswirkungen auf den klinischen Routinebetrieb hat. Daher werden die Personalkosten von der folgenden Betrachtung ausgenommen. Sachkosten sind hingegen oft schnell und organisatorisch einfacher zu senken, ohne dabei die medizinischen Erfordernisse zu beeinträchtigen.

### Prozessoptimierung im Spital

Die effiziente Gestaltung von Patientenprozessen ist ein wesentlicher Bestandteil des Kostenmanagements und ein Hebel zur Kostensenkung. Dazu gehört unter anderem eine Erhöhung der Auslastung des Spitals. Dieses senkt die fixen Kosten und die Gemeinkosten, die das Spital trägt, pro Fall und Patient.

**Abbildung 4:**  
**Fallbeispiel 1 – Standardisierung von koronaren Stent**



Verschiedene Ansätze können zu erhöhter Auslastung führen:

- Verkürzen der «Patienten-Wechselzeiten» für Betten bzw. der «Rüstzeiten» von Diagnose-/Therapiegeräten (z.B. CT, MRI, Strahlentherapie), bei denen weder Betten noch Geräte einem Fall zugeordnet sind (und damit keinen Umsatz generieren), sind ein wesentlicher Hebel, um die Auslastung zu erhöhen.
- Darüber hinaus kann eine flexiblere Belegung von Betten über verschiedene Abteilungen oder Kliniken hinweg helfen, Bettenleerstände zu minimieren und Überbelegungen in einzelnen Abteilungen kompensieren zu können. Eine genaue Planung und Kontrolle der Verweildauer von Patienten in kostenintensiven Abteilungen/Stationen wie z.B. der Intensivstation oder des Operationsaals kann dazu führen, dass der Patient früher auf die allgemeinen Abteilungen verlegt wird und somit für seinen eigenen Fall geringere Kosten verursacht – ohne dabei die medizinische Qualität zu beeinträchtigen.
- Ausserdem können durch geschickte Planung und Abstimmung zwischen Patientenprozessen und Routinewartungen an Infrastruktur und grossen Geräten (z.B. CT, MRI) Kosten gespart werden. Zum Beispiel ist zu analysieren, zu welchen Zeiten Wartungsarbeiten den Patientenprozess am wenigsten stören – allerdings unter Einbezug der eventuell entstehenden Mehrkosten durch Wartung zu Tages-Randzeiten oder an Wochenenden, zu denen typischerweise bis zu 100% höhere Stundenlöhne von den Wartungsunternehmen verlangt werden.

#### Kürzere Verweildauern

Darüber hinaus senkt eine Verkürzung der Patientenverweildauer im Spital offensichtlich die Fallkosten für das Spital. Mehr ambulante Behandlungen

und weniger stationäre Behandlungen sind hier der direkteste Weg. Das DRG-System sollte sicherstellen, dass keine medizinisch unverantwortlichen, frühzeitigen «blutigen» Entlassungen von Patienten stattfinden, da Wiedereintritte mit derselben Hauptdiagnose innerhalb von 18 Tagen nach Austritt nicht erneut abgegolten werden können.

#### Logistik und Lagerwirtschaft

Logistik und Lagerwirtschaft verursachen hohe Kosten und binden Kapital. Daher ist die Optimierung dieser beiden Punkte zur Kostensenkung ein wichtiger Hebel. Zum Beispiel ist die Führung von Konsignationslagern ein gutes Mittel, um sowohl das «working capital» und damit die Kapitalkosten als auch die Lagerführungs- und Logistikkosten eines Spitals zu senken. Die im Konsignationslager gelagerte Ware befindet sich zwar bereits auf der Abteilung im Spital, geht aber erst bei Entnahme durch das Spital in dessen Besitz über und wird dann in Rechnung gestellt.

Bis dahin verbleibt sie im Besitz der Lieferanten. Konsignationslager müssen in klarer Regelung mit den Lieferanten von diesen gepflegt werden. Zum Beispiel müssen Lieferanten den nötigen Mindestlagerbestand zuverlässig sicherstellen und daher Zutritt zum Konsignationslager (meist auf den Stationen) haben, ohne dass dabei Sicherheitslücken im Spital entstehen. Ausserdem müssen auf den Abteilungen die entsprechenden infrastrukturellen Voraussetzungen für das Einrichten der Lager geschaffen werden.

#### Sachkostenmanagement im Spital

Im Bereich des Sachkostenmanagements ist der Erfolg von einer breiten Abstützung im gesamten Spital abhängig, die alle beteiligten Gruppen miteinbezieht, zum Beispiel die Verwaltung mit dem

Einkauf, die Medizin mit Ärzten und Pflege und auch die Lieferanten. Die Sensibilisierung der Ärzte und der Pflege, die gemeinsam den grössten Sachbedarf verantworten, im Umgang mit Material und Kosten ist wichtig und wird oft vernachlässigt, da deren Kosten-Bewusstsein als selbstverständlich angenommen wird. Dabei geht es um den kostenbewussten Einsatz von Material sowohl in Bezug auf verbrauchte Mengen als auch auf substituierbare (kostengünstigere) Artikel.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von weiteren Hebeln, die erfolgreich im Sachkostenmanagements des Spitals eingesetzt werden können. Im Folgenden erfolgt eine Zusammenstellung von konkreten Fallbeispielen aus Projekten im deutschsprachigen Raum.

#### Standardisierung von Materialien und Artikeln

Eine klare Definition von möglichst wenigen Materialien und Artikeln für den Einsatz bei Standard- bzw. Routineindikationen ermöglicht grosse Einsparungspotenziale. Durch den Einsatz gleicher Artikel bei einer Mehrheit von Indikationen steigen die Stückzahlen für die Standard-Artikel stark an, während die Stückzahlen der anderen Artikel sinken bzw. sogar auf Null zurückgehen. Das Bündeln des Bedarfs auf einem Artikel bzw. einer Artikelgruppe mit möglichst hohen Stückzahlen ermöglicht das Erzielen grosser Preisrabatte im Vergleich zu einem nicht standardisierten Sortiment.

Für den Standard-Einsatz, für den im Übrigen auch eine Art Indikationsliste geführt werden kann, wird im Rahmen der medizinischen Machbarkeit und der qualitativen Rahmenbedingungen das wirtschaftlich günstigste Angebot gewählt. Der Einsatz von teurem Material wird so weit reduziert, dass es nur in medizinisch notwendigen Situationen eingesetzt wird. Damit wird natürlich auch gleichzeitig der Rechtfertigungsdruck für die Einführung von Innovationen grösser. Wenn durch den Einsatz von Neu- oder Weiterentwicklungen neben dem etablierten Standard im medizinischen Einkauf Mehrkosten entstehen, müssen gute Gründe für die Aufnahme der Artikel ins Sortiment vorliegen. Inwieweit Freiheit und Flexibilität bzgl. Forschung und Wissenschaft, wie oben beschrieben, berücksichtigt werden, muss im Einzelfall pro Spital entschieden werden.

#### Fallbeispiel 1

Im Bereich der Koronar-Stents wird im Wesentlichen zwischen bare-metal und drug-eluting Stents unterschieden (siehe Abbildung 4). In diesem Bereich ist der Wettbewerb zwischen den Anbietern sehr gross. Ausgehend von insgesamt sechs Lieferanten für Koronar-Stents wurden durch Reduktion auf einen Lieferanten für bare-metal Stents und zwei Lieferanten für drug-eluting Stents die sich ergebenden grossen Stückzahlbündel mit niedrigen Preisen von den Lieferanten honoriert. Einsparungen im Bereich von 35% wurden erzielt.

**Lieferantenbündelung und -Konsolidierung**

Weitere Sachkosteneinsparungen können erzielt werden, indem der gesamte medizinische Bedarf auf weniger Lieferanten verteilt wird. Es ergeben sich grössere Einkaufsvolumen pro Lieferant, der darauf mit Mengenrabatten reagiert. Die verbindliche Zusage der vereinbarten Abnahmemengen wird durch den Abschluss von Rahmenverträgen mit den Lieferanten sichergestellt – als Entgegenkommen den Lieferanten gegenüber. Die Lieferantenbündelung und letztlich -Konsolidierung kann innerhalb von einzelnen Artikelgruppen oder sogar über den gesamten Bedarf hinweg durchgeführt werden. Neben dem Effekt der Mengenrabatte bzw. Rabattstaffeln ergibt sich ein geringerer administrativer Aufwand im Spital, wenn die Anzahl Lieferanten zum Beispiel halbiert wird. Für die Betreuung von grossen Lieferanten, die verschiedene Waregruppen im Spital bedienen, bietet sich ein Key-Account-Management auf Seiten des Einkaufs an. Damit können Spitäler sicherstellen, dass die Mengenwirkung nach Lieferantenkonsolidierung einen tatsächlichen Effekt auf die Bedingungen mit den Lieferanten hat.

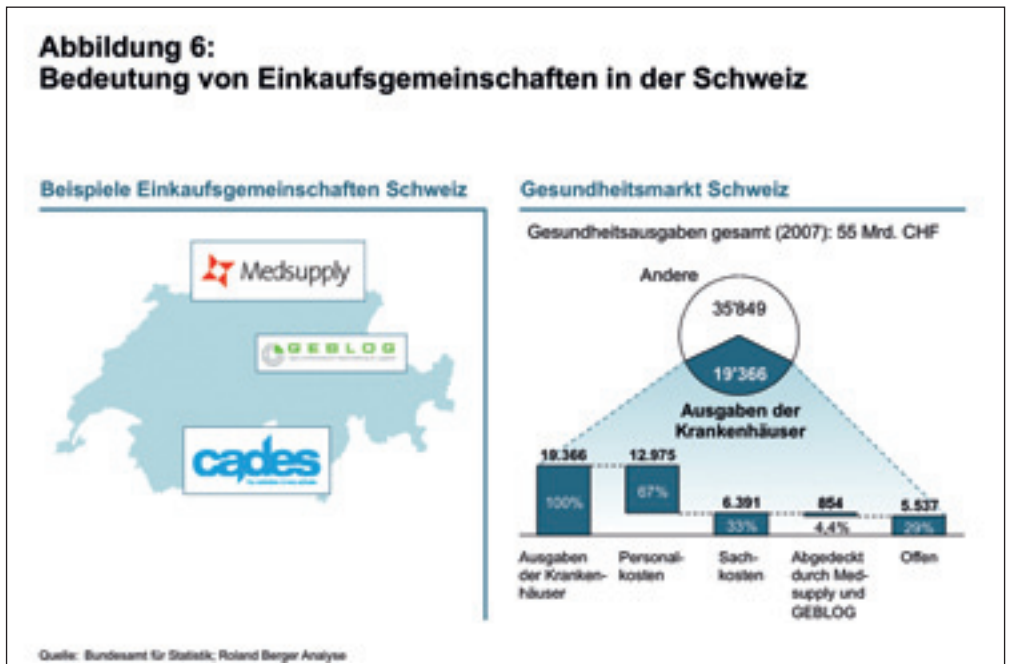
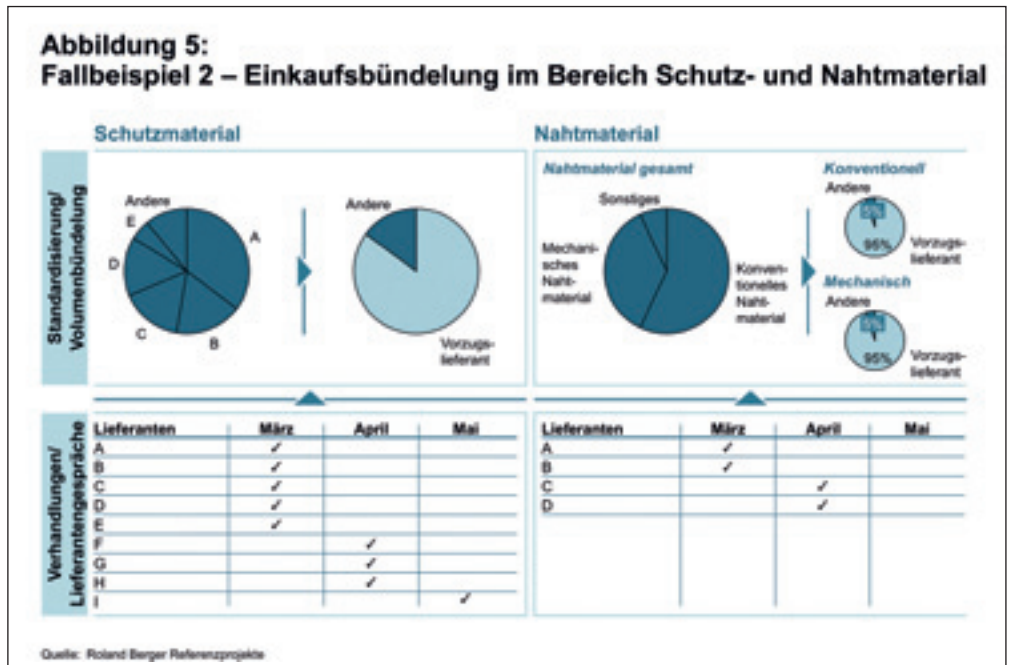
**Fallbeispiel 2**

Für den Einkauf von Schutz- und Nahtmaterial in einem grossen Klinikum war die Bündelung des Bedarfs auf jeweils einen Vorzugslieferanten, der 85–95% des Bedarfs abdeckt, möglich (siehe Abbildung 5). Ausgehend von zuvor vier A-Lieferanten, zwei B-Lieferanten und 5 weiteren Lieferanten war zur erfolgreichen Umsetzung dieses Schrittes eine Vielzahl von Gesprächen und Abstimmungen mit Lieferanten und Medizinem nötig.

**Einkaufsgemeinschaften oder strategischer Einkauf**

Der Zusammenschluss von Spitälern in Einkaufsgemeinschaften oder -Kooperationen stellt eine gesteigerte Form der Standardisierung und der Lieferantenbündelung dar. Damit kann ein maximierter Bedarf an Artikeln gebündelt werden und können somit noch grössere Mengenrabatte erzielt werden (siehe Abbildung 6). Allerdings geht damit auch ein komplexerer Abstimmungsprozess über die Auswahl von akzeptablen Artikeln und Anbietern einher, der über die Spitalgrenzen hinweg geführt werden muss. Wenn dieser schliesslich erfolgreich ist, sind grosse Sachkosteneinsparungen möglich, vor allem für die beteiligten Spitäler, deren Bedarf nur einen Bruchteil an der gesamten Menge des entsprechenden Artikels ausmacht.

Der Nutzung von Einkaufsgemeinschaften steht die Option des Aufbaus eines internen strategischen Einkaufs gegenüber, ein bevorzugter Weg vor allem für grosse Universitäts- und Zentrums-Spitäler in der Schweiz. Dieser belässt dem Spital unter anderem mehr Freiheitsgrade in der Sortimentsgestaltung. Die



hilfreichen Skaleneffekte von Einkaufsgesellschaften können hingegen nicht genutzt werden. Diese nehmen allerdings ab je bedeutender der Bedarf des grossen Spitals an der gesamthaft in der Schweiz nachgefragten Artikels bzw. Artikelgruppe ist. Um die geforderten Einsparungen zu erzielen, entwickeln viele Spitäler den Einkauf von der reinen Bestellabwicklung zum echten Sachkostenmanagement (siehe Abbildung 7).

**Umgehung von Handelsstufen**

Viel Material, das meist Massenware statt High-Tech-Ware ist, wird im deutschsprachigen Raum über Händler importiert und an die Spitäler weiterverkauft. Dies betrifft zum Beispiel häufig Textilien, Handschuhe oder Hygienebedarf. Die Beibehaltung

der Anforderungen an die Produktqualität ist Voraussetzung für einen nachhaltigen Wechsel zum Direktbezug. Bei den beispielhaft genannten Produktgruppen ist die Qualitätsfrage allerdings meist kein Problem. Durch Vermeidung dieser oder anderer Handelsstufen können typischerweise bis zu 50% der Einkaufskosten eingespart werden. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass der Aufbau alternativer Importwege mit einmaligen Aufwandskosten oder sogar laufenden Administrationskosten verbunden ist. Diese können allerdings oft von den Einsparungen um ein Vielfaches übertroffen werden.

**Fallbeispiel 3**

Der Bezug von Untersuchungs- und OP-Handschuhen aus Asien ist für die Umgehung von Handels-

**Abbildung 7: Entwicklungspfad von Einkaufsorganisationen im Spital**



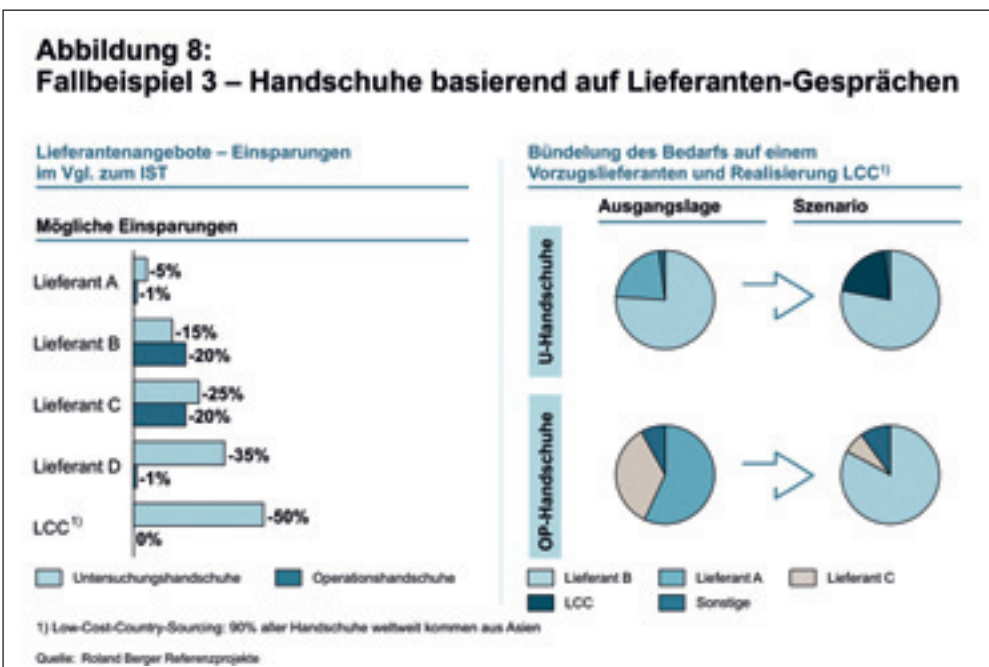
häufig noch «freie Materialwahl» der Ärzte wird eingeschränkt, ohne dabei natürlich die medizinischen Argumente und Rahmenbedingungen zu missachten.

**Herausforderungen für Medizintechnik-Anbieter**

Die Schweizer Medizintechnik-Branche kennt die neusten Entwicklungen des Gesundheitsmarktes auch dank internationaler Erfahrung gut; besonders da auch kleinere Unternehmen die an die Schweiz grenzenden europäischen Märkte in der Regel intensiv direkt bearbeiten. In einer Umfrage haben gegen 50% der antwortenden Schweizer Medizintechnik-Manager gleich zwei DRG-bezogene Punkte als «zutreffend» bzw. «teilweise zutreffend» bewertet (siehe Abbildung 10):

- Höhere Anforderung an Produktpositionierung unter DRGs
- Negativer Einfluss von DRGs auf den durchschnittlichen Produktpreis

**Abbildung 8: Fallbeispiel 3 – Handschuhe basierend auf Lieferanten-Gesprächen**



Daraus haben Medizintechnik-Manager eine Reihe von Implikationen abgeleitet – wobei zu beachten ist, dass die Mehrheit sich zum Zeitpunkt der Umfrage immer noch im Krisenmodus befand. Über 75% der Befragten haben Herausforderungen, die zu einer Verschärfung der Marktbedingungen führen, mit «grosser» oder «sehr grosser» Bedeutung bewertet, eine deutliche Steigerung gegenüber der Umfrage im Jahre 2008 (siehe Abbildung 11):

- Steigender Preiswettbewerb
- Steigender Kostendruck seitens Abnehmer/Behörden
- Intensivierung des Wettbewerbs

**Mögliche Strategien von Medizintechnik-Anbietern**

Im neuen Spannungsfeld können Medizintechnik-Anbieter verschiedene Strategien anwenden (siehe Abbildung 12). Neue bzw. kleinere Unternehmen können nachwievor als radikale Innovatoren auftreten, die sich vor allem auf radikale Produktinnovation im Netzwerk fokussieren. Diese Nischenanbieter werden sicherlich hohe Margen bei unvermeidlichen medizinisch notwendigen Spezialprodukten erzielen. Innovatoren können ihre Marktbeurteilung nachwievor auf Mediziner als Entscheidungsträger ausrichten.

Nach Einführung der DRG muss allerdings ein bedeutender medizinischer Vorteil der relevanten Artikel gegeben sein, damit Ärzte diese unabhängig von höheren Preisen nachfragen dürfen. Zusätzlich muss auch die Einkaufsabteilung im Hinblick auf die Gesamtkosten der Innovation überzeugt werden. Einsparungen für das gesamte Gesundheitssystem müssen überzeugend dargelegt werden, zum Beispiel verkürzte Liegezeiten der Patienten oder verringerte Komplikationsraten.

stufen typisch. Circa 90% der weltweit produzierten Untersuchungshandschuhe stammen aus Asien. Der Direktbezug ist bei sorgfältiger Vorbereitung qualitativ unbedenklich, benötigt allerdings das Aufsetzen der logistischen Kette. Im Vergleich zu einem Lieferantenwechsel unter etablierten Lieferanten/Händlern hat der Direktbezug wesentliches zusätzliches Einsparpotential (siehe Abbildung 8).

**Verringerung des Anteils an Service, Support und Zusatzleistungen**

Vielfach bieten Lieferanten zu Ihren Produkten weitere Leistungen in Form von Service, Support oder sonstigen Zusatzleistungen an. Diese sind meist im vereinbarten Stückpreis enthalten. Oft haben die Spitäler jedoch keinen Bedarf an den eingeschlos-

senen Zusatzleistungen, die natürlich den Preis hoch halten. Daher werden Spitäler vermehrt darauf achten, dass derartige Sonderleistungen, wie zum Beispiel die Anwesenheit von Service-Personal des Lieferanten während der Operation/Implantation oder Schulungen, separat angeboten und nur im Bedarfsfall abgerufen werden. Dieses Vorgehen ermöglicht nicht nur Kostensenkungen, sondern auch eine erhöhte Transparenz bezüglich der einzelnen Kostenpositionen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der erhöhte Kostendruck der Spitäler durch die Einführung der DRG eine fortschreitende Professionalisierung des Einkaufs bewirkt (siehe Abbildung 9). Einkaufsentscheidungen werden vermehrt mit kaufmännischen Argumenten in der Verwaltung getroffen – die bisher



**Aleksandar Ruzic**

verantwortet als Principal im Zürcher Büro von Roland Berger Strategy Consultants Projekte sowohl im Bereich Gesundheitswesen (Krankenhäuser und Krankenkassen) als auch der Medizintechnik- bzw. Pharmaindustrie. Aleksandar Ruzic verfügt über langjährige Erfahrungen im Schweizer Gesundheitswesen, wie zum Beispiel der Einführung von DRGs in einem Schweizer Zentrums-Spital, der operativen Verbesserung von Vertrieb und Administration für eine der grössten Schweizer Krankenkassen, Vorwärtsintegrationen für Produktunternehmen und die Unterstützung beim Aufbau von mehreren Schweizer e-health Unternehmen. Er leitet als Präsident den INSEAD Healthcare Industry Club der Schweiz und amtiert auch als Vice-President des global orientierten INSEAD Healthcare Alumni Networks.

Die Mehrheit der etablierten Medizintechnik-Anbieter verfügt in der Regel nicht über eine breite Palette relevanter Produkte, um sich ausschliesslich als radikale Innovatoren zu positionieren. In der Vergangenheit haben sogenannte «Renovatoren» mit inkrementellen Innovationen und Produktlinien-erweiterungen ansprechende Margen erzielen können. In Zukunft wird diese Strategie immer riskanter werden, da viele etablierte Medizintechnik-Unternehmen die Möglichkeit haben, sich als Bündler bestehender Produkte ohne wesentliche Verbesserung zu positionieren. Erfolgreiche Bündler positionieren sich bei möglichst vielen Spitälern als grossvolumige Standard-Lieferanten mit tieferen Margen und höheren, garantierten Stückzahlen. Zusätzlich können sich erfolgreiche Bündler über weitere Erfolgsfaktoren profilieren, zum Beispiel Liefer-Zuverlässigkeit, Komplikationsvermeidung sowie Kompatibilität und Vernetzbarkeit mit bestehenden Spitalsystemen. Dank der Kostenführerschaft bei den Produkten können diese Unternehmen sich auf den Einkauf grosser und mittlerer Spitäler und relevante Einkaufsgemeinschaften als Entscheidungsträger fokussieren. Zusätzlich können sich Bündler als Partner der Spitäler positionieren, falls sie das Spital-Management glaubwürdig bei den Kostensenkungs-bemühungen unterstützen können, zum Beispiel



beim Senken der Prozesskosten und/oder dem Standardisieren des Sortiments.

**Beidseitige Vorteile**

Häufig sind Einsparungsoptionen möglich, die nicht nur für das Spital, sondern auch für den Medizintechnik-Lieferanten mit deutlichen Kosteneinsparungen verbunden sind. Die Standardisierung auf weniger Produkte mit hohen Stückzahlen sowie eine damit einhergehende Reduktion der Serviceleistungen sollten den erfolgreichen Bündlern nachwievorr attraktive Margen ermöglichen. Dazu sollte das Angebot im Bezug auf Produkte, Service, Support und weitere Elemente modular aufgebaut sein, damit Spitäler eine bedarfsgerechte Produktauswahl treffen können ohne unerwünschte und kostentrei-

bende Mehrleistungen. Zukünftig könnten sich in Zukunft grosse Anbieter zu «Mega-Lieferanten» zusammenschliessen, um ein breiteres Portfolio mit hohen Rabatten aus einer Hand anbieten zu können.

Generell verschiebt sich der Fokus im Marketing und Vertrieb teilweise von Ärzten/Pflege hin zu Verwaltung/Einkauf, da Einkaufsentscheidungen vermehrt mit kaufmännischen Argumenten in der Verwaltung getroffen werden. Kurzfristig müssen sich Medizintechnik-Unternehmen in einem durch Standardisierung und Rabatte auf Stück-Preise dominierten Markt durchsetzen können. Langfristig werden sich Medizintechnik-Unternehmen mit Kompetenzen im Bereich Prozesskostenoptimierung und Reduktion der Gesamtkosten im Spital bzw. Gesundheitswesen auszeichnen können.

**Abbildung 11:**  
Grösste Herausforderungen für Medtech-Unternehmen

**RANGLISTE DER GRÖSSTEN HERAUSFORDERUNGEN**  
[% der Antworten, 2010]<sup>1)</sup>



**KOMMENTARE**

- Seit 2008 sieht sich die SMTI zunehmend härterem Wettbewerb ausgesetzt
  - Preiswettbewerb
  - Kosten- und Margendruck
  - Intensivierter Wettbewerb
- Mehrheit der SMTI Manager immer noch im "Krisenmodus"
- Kann zu **Konsolidierungen** führen, um
  - kritische Grösse zu erreichen
  - diversifiziertes, innovatives Produktportfolio anzubieten
  - besseren Zugang zu Wissensträgern zu erhalten

n = 232; Mehrfachnennungen möglich  
1) Herausforderungen von "grosser" oder "sehr grosser" Bedeutung  
Quelle: Swiss Medical Technology Industry Report 2010

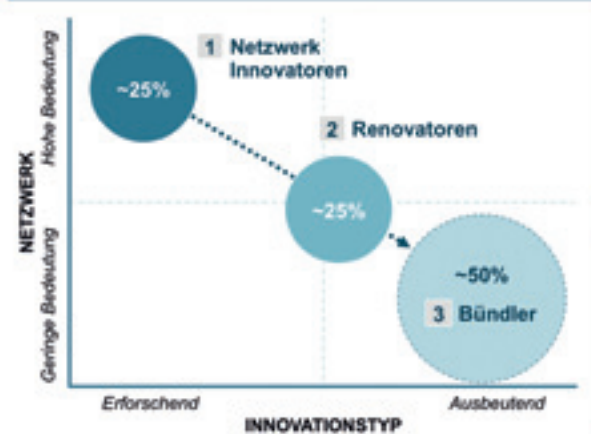


**Dr. Henri Hagenmüller**

arbeitet als Consultant im Zürcher Büro von Roland Berger Strategy Consultants. Seine bisherige Erfahrung liegt vornehmlich im Bereich des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel im Spitaleinkauf, sowie internationalen Projekten im Bereich der Medtech-Industrie. Henri Hagenmüller hat seine Studien im Bereich der Biomechanik und Biomedizinischen Technik mit einem Doktorat an der ETH Zürich abgeschlossen, nach einem Maschinenbaustudium an der ETH Zürich und einer Diplomarbeit an der Harvard Medical School im Bereich Orthopädie.

**Abbildung 12:**  
Innovationsmuster für Medtech-Unternehmen

**DAS INNOVATIONSMODELL (ILLUSTRATIV)**



**INNOVATIONSMUSTER**

- 1 Netzwerk Innovatoren**
  - **Produktinnovation** (radikale Innovation)
  - **Innovationsmotor** der SMTI
  - 25% aller SMTI Produkte auf dem Markt (20% kleinstkleine Firmen; 5% grössere Firmen)
- 2 Renovatoren**
  - **Produktverbesserungen** (inkrementelle Innovation)
  - **Produktlinienerweiterung**
  - 25% aller SMTI Produkte
- 3 Bündler**
  - **Keine Verbesserung bestehender Produkte** in den letzten drei Jahren
  - **Markterweiterungsstrategie**
  - 50% aller SMTI Produkte

Quelle: Swiss Medical Technology Industry Report 2010, Kfurbz

**Von guten Beispielen lernen**

Noch verfügen die meisten Medizintechnik-Unternehmen weder über die entsprechenden Kenntnisse im Spital-Management noch die notwendigen engen Kundenbeziehungen, um diese Herausforderung in Zukunft erfolgreich meistern zu können. Die Medizintechnik-Branche kann dabei einiges von anderen Produkt-Industrien lernen, die eine vergleichbare Transformation im Verhältnis zu den Kunden durchlaufen haben; ein gutes Beispiel stellt die Evolution in der Zusammenarbeit zwischen führenden, global tätigen Konsumgüter-Unternehmen und den immer mächtigeren Grossverteilern dar.

**G. La Rocca GmbH**

«Räume sollen so eingerichtet werden, dass sie Heimat, Geborgenheit, Wohlgefühl und Sicherheit ausstrahlen. Der Mensch in seiner Welt steht deshalb im Mittelpunkt unserer Einrichtungskonzepte.»

Gabriela La Rocca Brunner



CH-4142 Münchenstein · Tel. +41 61 411 64 44 · Fax +41 61 411 64 46 · info@larocca-ambiente.com · www.larocca-ambiente.com