

Eine aktuelle Markteinschätzung für



---

# **Zukünftige Relevanz und Konsequenzen von Krankenhaus- Einkaufskooperationen für Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland**

---

**Erstellt von:  
Jörg M. Krütten  
Partner und Leiter des Kompetenzcenters  
Medizintechnologie**

**Dr. Frank Rautenberg  
Senior Consultant**

**Dr. Matthias Liefner  
Consultant**

**20. Oktober 2005**

**SIMON ♦ KUCHER & PARTNERS**  
Strategy & Marketing Consultants

**Bonn ♦ Boston ♦ Frankfurt ♦ London ♦ Milan  
Munich ♦ Paris ♦ Tokyo ♦ Warsaw ♦ Zurich**

**[www.simon-kucher.com](http://www.simon-kucher.com)**

---

# **I** NHALT

- 1. Executive Summary**
- 2. Hintergrund und Zielsetzungen der Studie**
- 3. Vorgehensweise**
- 4. Aktuelle Entwicklungen in der  
Krankenhausbeschaffung**
- 5. Aktuelle Entwicklungen auf der Anbieterseite**
- 6. Mittelfristiger Ausblick**
- 7. Schlussfolgerungen für die Anbieterseite**
- 8. Anhang: Autoren- und Literaturverzeichnis**

# I. Executive Summary

Veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, insbesondere die Einführung der DRGs schaffen erhebliche Herausforderungen für das Kostenmanagement im deutschen Krankenhaussektor. Ein bevorzugt eingesetztes Instrument zur Senkung der stark im Fokus stehenden Beschaffungskosten ist die Poolung von Verhandlungsmacht in Einkaufskooperationen. Auf der Anbieterseite schafft die zunehmende Konsolidierung der Krankenhausbeschaffungslandschaft erhebliche Herausforderungen. An erster Stelle ist dabei der anhaltend starke Preisdruck zu nennen. Der Wirkungsgrad der traditionell stark klinisch orientierten Vertriebs- und Marketingaktivitäten nimmt ab.

Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Studie zwei wesentliche Ziele. Zum einen soll sie mittelfristige Entwicklungstendenzen in der deutschen Krankenhausbeschaffung abgreifen, zum anderen sollen strategische Handlungsempfehlungen für die Anbieterseite aufgezeigt werden, um den Marktveränderungen zukünftig erfolgreich zu begegnen.

## Kernergebnisse

- Der Einfluss von Einkaufskooperationen wächst stark. Die gesamte Anbieterseite mit Ausnahme von hochspezialisierten Nischenanbietern ist von der Konsolidierung des Krankenhausbeschaffungsmarkts betroffen.
- Die zunehmenden Kooperationsaktivitäten haben bereits zu deutlicher Preiserosion und Renditeeinbußen auf der Anbieterseite geführt. Die Ursachen dafür liegen im Wesentlichen in einer schnell zunehmenden Beschaffungsprofessionalisierung auf der Kundenseite, allerdings auch in der gleichzeitigen Passivität und einer fehlenden Preisdisziplin und -systematik auf der Anbieterseite.
- Für die kommenden fünf Jahre ist in Deutschland von einer weiteren Konsolidierung der Krankenhausbeschaffungslandschaft auszugehen. Eine wesentlich geringere Zahl von Einkaufskooperationen als heute wird diese Landschaft prägen. Die verbleibenden Verbände werden überregional agieren und ein breites Produktspektrum verwalten. Darüber hinaus werden die meisten in der Lage sein, verbindliche

---

**Nicht-klinische Einkaufsentscheider werden zu einer wichtigen Zielgruppe für den Vertrieb.**

---

Vereinbarungen zwischen der Mitgliederseite und einzelnen Anbietern zu treffen. Der Fokus von Einkaufskooperationen wird sich mittelfristig neben der Weitergabe von Preisen und Konditionen um die Vermittlung bzw. Bereitstellung wertschöpfender Dienstleistungen für die angeschlossenen Krankenhäuser erweitern.

- Neben diesen verbindlich auftretenden Einkaufskooperationen werden sich gut geführte und wettbewerbsorientierte Krankenhäuser behaupten, die nicht Mitglied verbindlicher Einkaufskooperationen sind und die für direkte wertschöpfende Kooperationen mit der Anbieterseite offen sind.
- Der mittelfristige Einflussgrad von Einkaufskooperationen und die zukünftige Preisentwicklung von Krankenhausmedizinprodukten in Deutschland werden wesentlich von zielgerichteten Strategieanpassungen der Anbieterseite abhängen. E-Procurement-Plattformen werden dabei geringe strategische Relevanz besitzen.
- Je nach Differenzierungsgrad des Produktportfolios eines Anbieters oder Geschäftsbereichs und der Breite des Leistungssortiments ergeben sich unterschiedliche Kundenprioritäten für Medizintechnologie-Anbieter.

Für Nischenspezialisten stellt der klinische Anwender auf der Krankensebene auch weiterhin die wichtigste Zielgruppe dar.

Für Innovationsführer, deren Produkte in der Regel einen hohen Anteil an den Krankenhausbeschaffungskosten haben, wird es wichtig sein, nicht-klinische Einkaufsentscheider und Einkaufskooperationen in die Vertriebsaktivitäten einzubeziehen. Dabei haben sie die grundsätzliche Option, den Einfluss unverbindlicher Einkaufsverbände durch selektive Direktkundenbindung einzelner Mitglieder zu unterlaufen.

Zielgruppen für Systemanbieter sind vor allem große Einzelhäuser und verbindliche Einkaufskooperationen bzw. Krankenhausgruppen. Da hier individuell konfigurierte und hochwertige Leistungspakete im Vordergrund stehen, ist ein hohes Maß an

**Die Etablierung kaufmännischer Kundenverantwortung wird zum wesentlichen Erfolgsfaktor für das Geschäft mit Einkaufskooperationen.**

Verbindlichkeit auf der Kundenseite erforderlich. Unverbindliche Einkaufskooperationen sollten insofern für den Systemvertrieb keine Relevanz haben.

Kostenführer, deren wichtigste Wettbewerbsparameter attraktive Preise und Konditionen sind, sind auf Skaleneffekte angewiesen und haben insofern große Mengenansprüche. Eine selektive und kundenbindungsorientierte Marktbearbeitung ist wenig zielführend. Alle Kundenformen, inkl. unverbindlicher Einkaufskooperationen haben hohe Relevanz. Wichtig ist hier allerdings, dass Preise und Konditionen an transparente Bedingungen geknüpft sind, um die Risiken von Preisreferenzierung auf der Kundenseite zu minimieren.

- Entsprechend der oben aufgezeigten Geschäftsmodelle ergeben sich auch unterschiedliche Handlungsprioritäten, was die Weiterentwicklung bestehender Vertriebs- und Dienstleistungsmodelle angeht.

Je höher der Produktdifferenzierungsgrad eines Anbieters ist, desto größeres Gewicht kann weiterhin die klinische Ausrichtung des Vertriebs und der angebotenen Dienstleistungen haben. Gesundheitsökonomische Experten müssen zukünftig den ökonomischen Nutzen der Produkte sowie deren Erstattungsfähigkeit sicherstellen.

Mit Ausnahme von reinen Nischenspezialisten wird die Etablierung zentraler kaufmännischer Kundenverantwortung zukünftig ein wesentlicher Faktor für das Geschäft mit Einkaufskooperationen sein. Darüber hinaus zeigt sich je nach Geschäftsmodell ein mehr oder weniger großer Bedarf, die kaufmännischen Kompetenzen im Vertrieb auf- bzw. auszubauen. Insbesondere wenn kaufmännische Dienstleistungen zum Leistungsumfang eines Anbieters gehören, bieten sich duale Außendienststrukturen an, bestehend aus einem klassischen klinischen Außendienst, der ergänzt wird durch gesundheitsökonomische bzw. kaufmännische Experten.

Im Sinne wertschöpfender Kundendienstleistungen bietet sich für Nischenspezialisten und Innovationsführer das Thema gemeinsame Erlösoptimierung durch Unterstützung von Kunden im

Beziehungsmanagement zu Kostenträgern, Einweisern und/oder Patienten an. Dabei können Kombinationen aus Push-Instrumenten gegenüber externen Versorgungssektoren (wie z.B. Erstattungsoptimierung durch Beantragung von Zusatzentgelten, Überleitungsmanagement von Patienten in den ambulanten Sektor oder Aufbau von integrierten Versorgungsmodellen) und Patientenmarketing zum Einsatz kommen.

Für Systemanbieter und Kostenführer liegt der Schwerpunkt beim Angebot wertschöpfender Kundendienstleistungen eher auf der Kostenseite. Potentielle Handlungsfelder in diesem Kontext sind die Optimierung von Produkteinsatz und klinischen Arbeitsabläufen, die Etablierung von Betreibermodellen für klinische Abteilungen oder krankenhausinterne und -externe Logistiko Optimierung.

**Die Anpassung von Marketing- und Vertriebspraxis erfolgt in einem mehrstufigen Prozess.**

- Unabhängig vom Geschäftsmodell erfordert die Anpassung der Marketing- und Vertriebspraxis an die zukünftigen Rahmenbedingungen des Krankenhausbeschaffungsmarkts auf der Anbieterseite systematisches und diszipliniertes Vorgehen. Dabei stehen fünf elementare Schritte im Mittelpunkt:

Der erste Schritt besteht in der Kundenpriorisierung im Sinne der Identifikation der Erfolgsrelevanz unterschiedlicher Kundensegmente bzw. -profile. Je nach Kundenstruktur und Kundenwert werden Leistungspakete geschnürt, die sich an Kundenpriorität und Kundendeckungsbeitrag orientieren müssen.

Die fixierten Leistungspakete sind im nächsten Schritt mit einer systematischen und leistungsorientierten Preispolitik zu verknüpfen. Je aufwendiger das Leistungsangebot und je attraktiver die angebotenen Preise und Konditionen sind, in desto umfangreicherem Maß müssen verbindliche Kundenzugeständnisse eingefordert werden, z.B. in Form von Mengenzusagen und langfristigen Verträgen. Die Umsetzung dieser Leistungs- und Preispolitik erfordert konsistentes und diszipliniertes Vorgehen, aktionistische Preiszugeständnisse zu vermeiden sind.

Die Inhalte und Grundlagen der neuen Geschäftspolitik müssen dem Markt und den Kunden gegenüber deutlich kommuniziert werden. Transparente

Bedingungen für größeren Leistungsumfang bzw. bessere Preise und Konditionen reduzieren das Risiko zukünftiger Preisreferenzierung. Besondere Bedeutung kommt auch dem Setzen von Preissignalen zu, mit denen dem Wettbewerb deutlich gemacht werden, dass von ruinösem Preiswettbewerb bzw. dem Versuch des Kaufens von Marktanteilen nur einer profitiert – der Kunde – und die gesamte Anbieterseite letztendlich in Mitleidenschaft gezogen wird.

Zur Erhöhung der Vertriebseffizienz sind strukturelle und personalentwicklungsseitige Anpassungen im Vertrieb notwendig. Neben neu auszurichtender Kundenverantwortungen und dem Aufbau marktgerechter Vertriebskompetenzen, muss dem Vertrieb ökonomische Verhandlungs- und Argumentationsunterstützung bereitgestellt werden. Vergütungskomponenten sollten sich an erzielten Deckungsbeiträgen und nicht an Umsatz- oder Mengenzielen orientieren, um profitables Wachstum zu unterstützen. Letzteres erfordert gleichzeitig eine neue Qualität an zielgerichteter Vertriebssteuerung und effektivem Vertriebscontrolling.

- Die Medizintechnologie-Branche in Deutschland steht als Ganzes in der Verantwortung, den weiteren Konsolidierungsprozess in der deutschen Krankenhausbeschaffungslandschaft aktiv mitzugestalten und die Attraktivität des Standorts durch Preisdisziplin aufrechtzuerhalten. Neben der Überwachung kartellrechtlicher Spielräume gehört dazu, dass sich der Wettbewerb auf die Produkt- und Service- und nicht auf die Preisseite konzentrieren sollte. Preisübereaktionen müssen vermieden werden. Sollten Signale an den Wettbewerb notwendig sein, sind selektive Präzedenzfälle zu schaffen.

Der deutsche Markt für Krankenhausmedizinprodukte wird in den nächsten Jahren einen neuen Reifegrad erreichen. Große, kaufmännisch versierte und verbindliche Einkaufskooperationen und wettbewerbsorientierte Einzelhäuser werden zukünftig die Kundenlandschaft prägen. Die Geschäftsbeziehung zu Anbieterseite wird immer stärker Züge klassischer Business-to-Business-Beziehungen annehmen. Die traditionelle „Clinician-to-Business-Beziehung“ wird in den Hintergrund treten. Für die Anbieterseite wird es erfolgskritisch sein, ihre Geschäftspolitik an die neuen Rahmenbedingungen

---

**Die gesamte Branche trägt Preisverantwortung.**

---

anzupassen. Das Bewusstsein für den bevorstehenden Veränderungsbedarf ist bereits vorhanden. Teilweise sind bereits Anpassungsprozesse im Gange. Von einer zeitnahen und disziplinierten Umsetzung wird es wesentlich abhängen, inwieweit die Attraktivität des Medizintechnologie-Standorts in Deutschland aufrechterhalten werden kann.



## II. Hintergrund und Zielsetzungen der Studie

Veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, insbesondere die Einführung der DRGs schaffen erhebliche Herausforderungen für das Kostenmanagement im deutschen Krankenhausesektor. Diese Herausforderungen werden dadurch verschärft, dass die notwendige Transparenz zur Optimierung von Struktur- und Prozesskosten auf der Krankenseite vielfach nicht gegeben ist und dass die rechtlichen Spielräume zur Umsetzung kurzfristiger Personalanpassungen beschränkt sind.

Diese Konstellation führt dazu, dass der medizinische Bedarf der Krankenhäuser als kurzfristiges Kostensenkungsventil sehr stark im Fokus des Krankenhausmanagements steht und dabei insbesondere die Beschaffungskosten für Medizinprodukte, die einen Großteil dieses Aufwands darstellen.

Ein bevorzugt eingesetztes Instrument zur Senkung von Beschaffungskosten ist dabei die Poolung von Verhandlungsmasse in Einkaufskooperationen. Derzeit prägen zwei grundsätzlich unterschiedliche Arten von Einkaufskooperationen die Beschaffungslandschaft in Deutschland. Zum einen kooperieren rechtlich selbständige Krankenhäuser beschaffungsseitig innerhalb von Einkaufsgemeinschaften („EKG“), zum anderen ist in den Reihen privater und gesellschaftsrechtlich verflochtener Krankenhausgruppen („Gruppen“) eine zunehmende Zentralisierung der Beschaffungsfunktion zu beobachten.

Vordergründig ist der Fragmentierungsgrad mit etwa 70 Kooperationen unterschiedlicher Strukturen und Geschäftsmodelle noch relativ hoch. Eine genauere Betrachtung zeigt aber, dass die 20 größten Einkaufsgemeinschaften und Krankenhausgruppen bereits mehr als 50% des Krankenhausumsatzes von Medizintechnik-Anbietern in Deutschland beeinflussen

Auf der Anbieterseite schafft die zunehmende Konsolidierung der Krankenhausbeschaffungslandschaft und die einhergehende Poolung von Verhandlungsmacht erhebliche Herausforderungen. An erster Stelle ist dabei der anhaltend starke Preisdruck zu nennen. Der Einfluss klinischer Anwender, der traditionellen Kernzielgruppe für

**Der Wirkungsgrad traditionell stark klinisch orientierter Vertriebsinstrumente nimmt im Geschäft mit Einkaufskooperationen ab.**

Medizintechnologie-Anbieter auf die Einkaufsentscheidung nimmt ab. Gleichzeitig erwächst mit professionellen Einkäufern, denen die Verhandlungsführung obliegt, eine neue Zielgruppe, mit der die Anbieterseite wenig Erfahrung hat. Der Wirkungsgrad der traditionell stark klinisch orientierten Vertriebs- und Marketingaktivitäten nimmt daher ab.

### **Zielsetzungen der Studie**

**Die Studie soll Entwicklungstendenzen abgreifen. Unternehmensspezifische Empfehlungen stehen nicht im Fokus.**

Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Studie zwei wesentliche Ziele. Zum einen soll sie mittelfristige Entwicklungstendenzen in der deutschen Krankenhausbeschaffung abgreifen, zum anderen sollen strategische Handlungsempfehlungen für die Anbieterseite aufgezeigt werden, um den Marktveränderungen zukünftig erfolgreich zu begegnen. Die wesentlichen Kernthemen sind dabei:

- *Mittelfristig zu erwartende Entwicklungen in der deutschen Krankenhaus-beschaffungslandschaft*
- *Identifikation typischer Kooperationsmodelle- und strategien*
- *Beobachtungen von Entwicklungen im stark konsolidierten Krankenhausbeschaffungsmarkt der USA*
- *Exemplarische Betrachtung von Anbieterstrategien in anderen Branchen im Umgang mit Konsolidierungsprozessen auf der Kundenseite*
- *Notwendiger Anpassungsbedarf für Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland an die sich abzeichnenden neuen Marktstrukturen*

Die aus der Untersuchung abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die Anbieterseite sind genereller Natur. Spezifische unternehmensindividuelle Rahmenbedingungen bleiben dabei unberücksichtigt. Aus Gründen der Vertraulichkeit wird ebenso wenig auf unternehmensspezifische Fallbeispiele eingegangen.

### III. Vorgehensweise

Zur Beantwortung der relevanten Fragestellungen der Studie wurden Sekundärrecherchen durchgeführt und Gespräche mit Entscheidungsträgern aus den relevanten Entscheidungsgruppen geführt.

Gesprächspartner waren:

- Geschäftsführungsmitglieder und Vertriebsleiter von Medizintechnologie-Anbietern mit unterschiedlichem Produktdifferenzierungsgrad in Deutschland und den USA
- Einkaufsentscheider von Einkaufsgemeinschaften mit unterschiedlichen Kooperationsformen sowie Krankenhausgruppen und Krankenhäuser mit unterschiedlichen Trägerschaften in Deutschland und den USA
- Vertriebsverantwortliche mehrerer Unternehmen aus krankenhaushausfremden Branchen in Deutschland

EKG / Gruppen / KH	Medizintechnologie - Anbieter	GPO / KH - USA	Medizintechnologie- Anbieter - USA
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinikeinkauf Niederrhein-Westfalen</li> <li>▪ Klinikverbund Bremen</li> <li>▪ Prospitalia</li> <li>▪ UNICO</li> <li>▪ Helios Kliniken</li> <li>▪ Diakonie-KH Rotenburg a.d. Wümme</li> <li>▪ Klinikum Augsburg</li> <li>▪ Klinikum Nürnberg</li> </ul>	<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); text-align: center; font-weight: bold;">Unterschiedliche Kooperationsformen / Trägerschaften</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baxter Deutschland GmbH</li> <li>▪ Aesculap AG &amp; CO. KG</li> <li>▪ Ethicon GmbH</li> <li>▪ Guidant GmbH</li> <li>▪ PAUL HARTMANN AG</li> <li>▪ KRAUTH medical KG (GmbH &amp; Co.)</li> <li>▪ Lohmann &amp; Rauscher GmbH &amp; Co. KG</li> <li>▪ Zimmer Germany GmbH</li> </ul>	<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); text-align: center; font-weight: bold;">Unterschiedlicher Produkt-Differenzierungsgrad</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consorta (GPO)</li> <li>▪ Health Trust (GPO)</li> <li>▪ Premier (GPO)</li> <li>▪ Evanston Hospital (Illinois)</li> <li>▪ Northside Hospital (Georgia)</li> <li>▪ Reading Hospital (Pennsylvania)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ethicon</li> <li>▪ Percardia</li> <li>▪ St. Jude Medical</li> <li>▪ Wescor Inc.</li> <li>▪ Medical Device Manufacturer Association</li> </ul> <div style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold;">Andere Branchen - Deutschland</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Automobil: Webasto</li> <li>▪ Gebäudetechnik: Uponor</li> <li>▪ U-Elektronik: Sony, Metz</li> </ul>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black; margin-right: 10px;"></div> <p>Grundlage der Gespräche waren gemeinsam mit dem BVMed entwickelte Diskussionsleitfäden.</p> </div>			

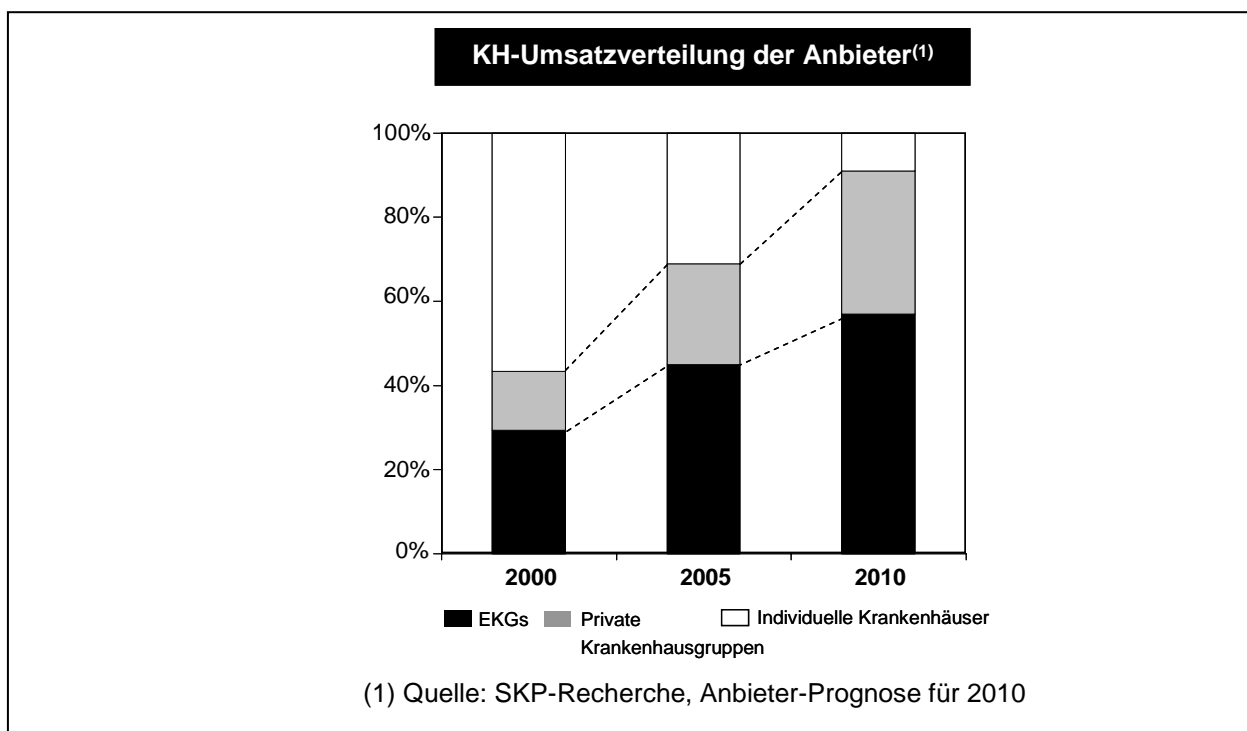
Abbildung 1: Gesprächspartner der Studie

## IV. Aktuelle Entwicklungen in der Krankenhausbeschaffung

### Zunahme der Kooperationsaktivitäten

**Der Einfluss kooperativer Beschaffungsformen hat in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen.**

Der Einfluss kooperativer Beschaffungsformen im deutschen Krankenhausmarkt hat in den vergangenen fünf Jahren deutlich zugenommen. Während Medizintechnik-Anbieter vor fünf Jahren weniger als ein Drittel ihres Krankenhausumsatzes im Geschäft mit Einkaufsgemeinschaften erzielten, liegt dieser Anteil heute bei ca. 45%. Ein ähnlich stark wachsender Einfluss ist aufseiten privater Krankenhausgruppen zu beobachten. Dort hat sich der entsprechende Umsatzanteil von 14% im Jahr 2000 auf derzeit 24% erhöht. Die befragten Experten erwarten, dass der Einfluss von Einkaufskooperationen weiter zunimmt und dass bis 2010 nur noch etwa 10% des Umsatzes direkt mit individuellen Krankenhäusern erzielt wird.



### Abbildung 2: Entwicklung der Umsatzverteilung

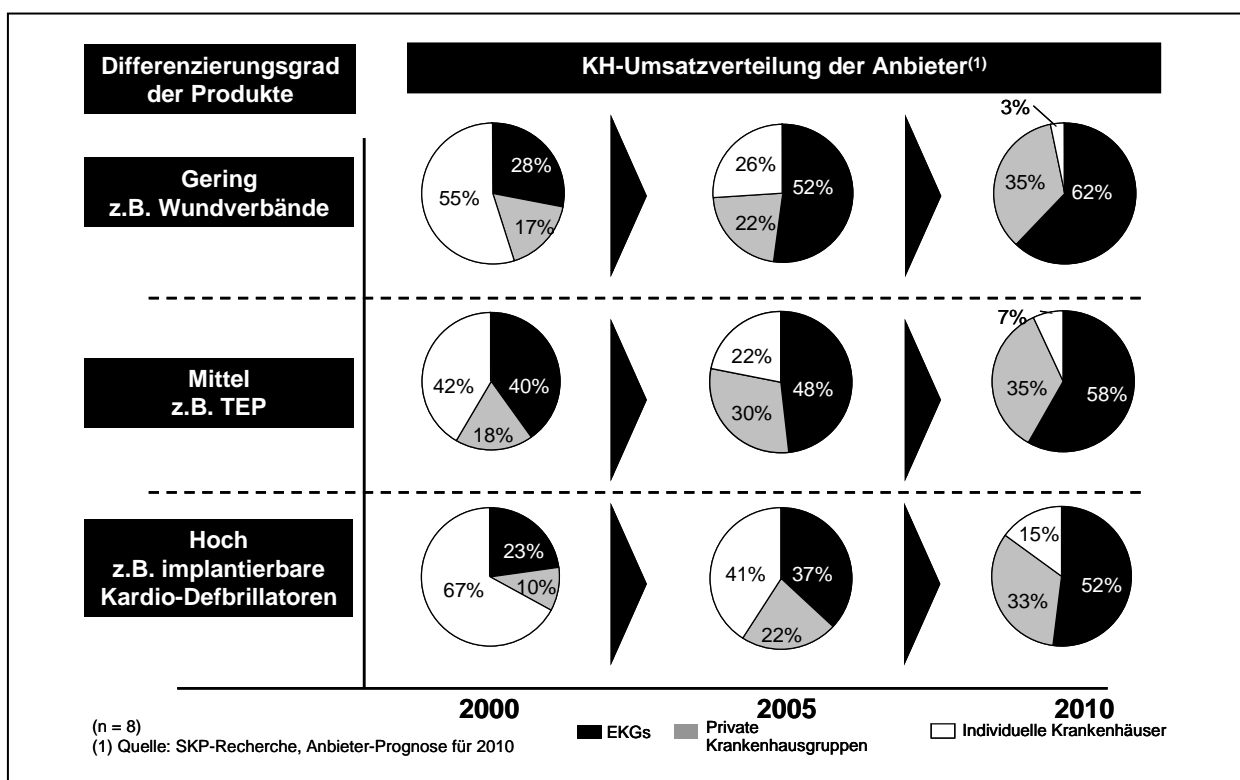
Diese Entwicklung wird von unterschiedlichen Faktoren getrieben. Zum einen wird die Beschaffung weiter im Kostensenkungsfokus der Krankenhäuser stehen. Zum anderen geben die bisher erzielten Kostensenkungserfolge auf der Beschaffungsseite den Krankenhäusern in ihren Kooperationsaktivitäten Recht und dem Konsolidierungsprozess weitere Dynamik. Durch die Mitgliedschaft in Einkaufskooperationen gelingt es

Krankenhäusern relativ leicht, von Preiszugeständnisse der Anbieterseite zu profitieren: „Wir erzielen hier immer wieder quick wins.“ (EKG-Leiter)

**Die Mitgliedschaft in Einkaufskooperationen wird durch deutliche Preiszugeständnisse der Anbieter honoriert.**

Die Beschaffungskonsolidierung wird darüber hinaus durch weitere Übernahmen von Krankenhäusern durch private Krankenhausgruppen gespeist, deren Motivation nicht zuletzt in der Erzielung weiterer Kostendegressionseffekte auf der Beschaffungsseite liegt.

Eine Betrachtung der Krankenhausumsatzverteilung von Anbietergruppen bzw. Geschäftsbereichen mit unterschiedlichem Produkt-Differenzierungsgrad zeigt, dass der Einfluss von Einkaufskooperationen durchweg zunimmt und dass selbst hochtechnische Produktkategorien mit kurzen Innovationszyklen betroffen sind. Letzteres liegt daran, dass diese Produktkategorien oftmals hohe Kostenanteile am gesamten medizinischen Bedarf verursachen und ihr Einsatz zum Zeitpunkt der Markteinführung durch bestehende Fallpauschalen nicht gedeckt wird.



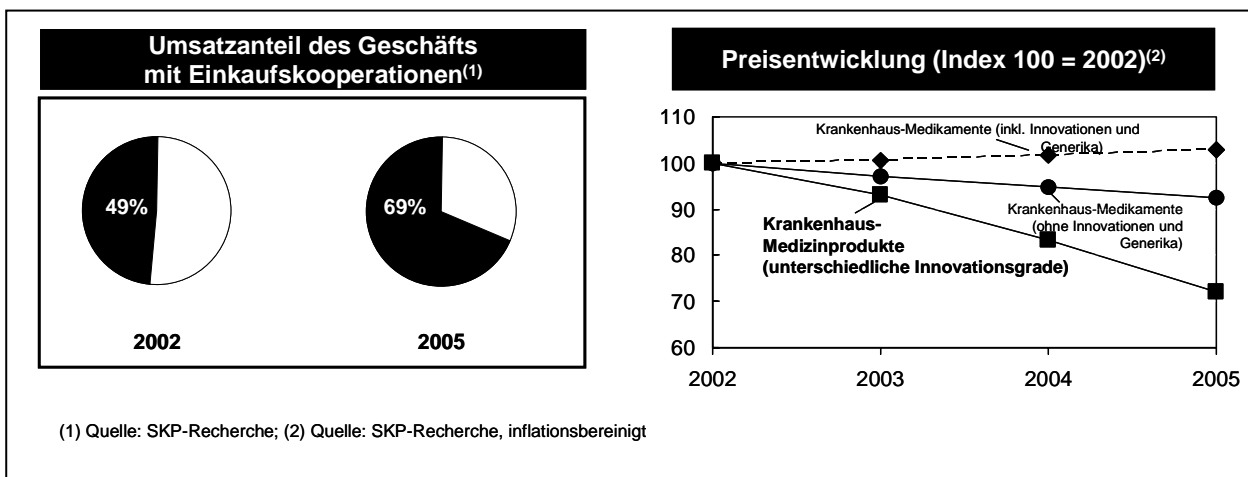
**Abbildung 3: Umsatzentwicklung nach Produkt-Differenzierungsgrad**

Es ist entsprechend im Interesse der Krankenhausverwaltung und des Einkaufs für diese Produktkategorien, so kurzfristig wie möglich über standardisierte und

austauschbare Angebote zu verfügen, um damit Einkaufspreise in Nachverhandlungen mit der Anbieterseite zu senken. Der Einfluss der klinischen Anwender nimmt dabei von der Erprobung über die Standardisierung sukzessive und teilweise schnell ab und bleibt lediglich bei hochspezialisierten Produkten bestehen.

### Auswirkungen der Einkaufskonsolidierung auf Preise und Renditen

Die zunehmende Bündelung von Verhandlungsmacht im Krankenseinkauf geht einher mit einer deutlichen Preiserosion bei Krankenhaus-Medizinprodukten. Dies zeigt insbesondere ein Vergleich mit der Preisentwicklung bei Krankenhausmedikamenten.



**Abbildung 4: Preiserosion bei Medizinprodukten**

Zwischen 2002 und 2005 ist bei Krankenhausmedizinprodukten ein durchschnittlicher Nettopreiserückgang um ca. 10% pro Jahr zu beobachten. Im selben Zeitraum ist der durch Einkaufskooperationen beeinflusste Umsatzanteil der Anbieter von ca. 40% auf 70% gestiegen.

Betrachtet man über die selbe Zeitspanne hinweg die Preisentwicklung bei Krankenhausmedikamenten (inkl. Innovationen und Generika), bei denen die Einkaufsprozesse weitgehend über Arzneimittelkommissionen auf der Krankensebene ablaufen, so ist ein leichter Nettopreisanstieg zu beobachten.

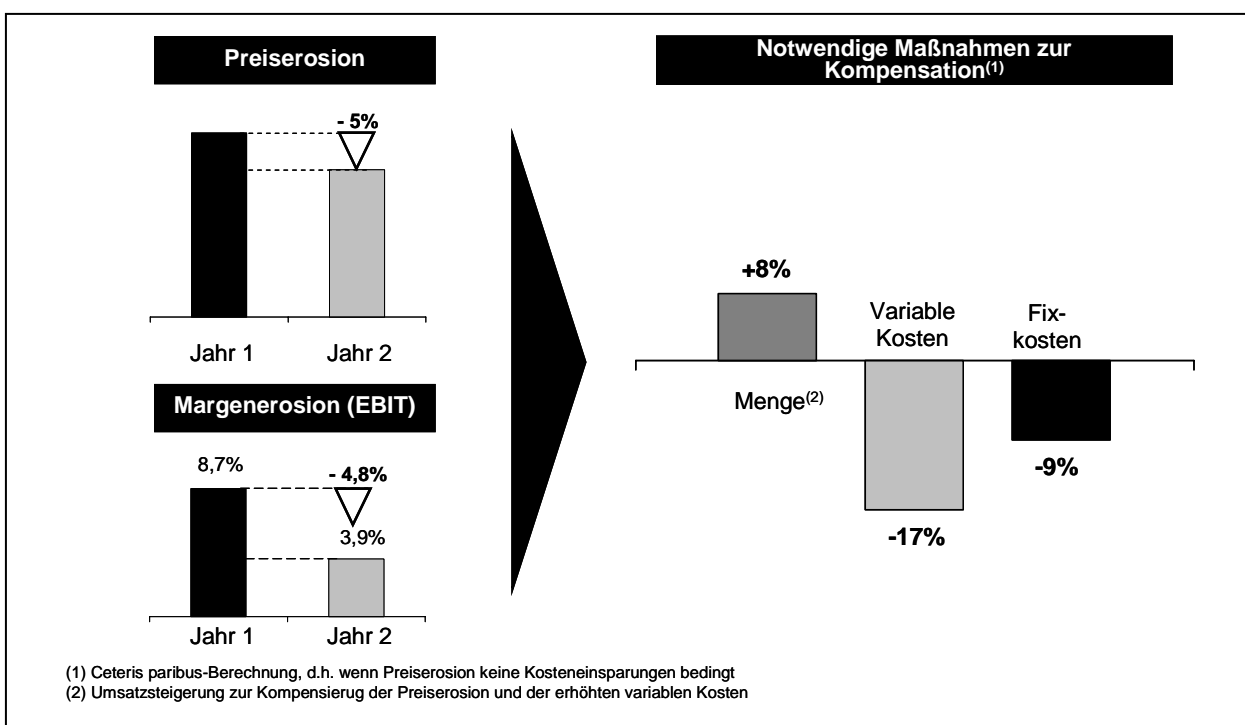
Krankenhausexperten sehen einen wesentlichen Grund für die deutliche Preiserosion bei Medizinprodukten darin, dass sich Krankenhäuser auf diejenigen Kostenhebel konzentrieren, die kurzfristig am einfachsten greifbar sind:

*„Die Medizinproduktehersteller machen es den Krankenhäusern ziemlich leicht: Da die Beschaffungskosten so leicht gesenkt werden können, nehmen die Krankenhäuser notwendige Prozesskostenoptimierungen nicht in Angriff.“ (EKG-Leiter)*

***„Mengenwachstum ist eine heilige Kuh, die nicht für bessere Preise geschlachtet wird.“***

Die Preiserosion wird dabei gleichzeitig auf eine fehlende Preissystematik und -disziplin auf der Anbieterseite zurückgeführt. Letzteres ist wiederum eine Folge übermäßiger Fokussierung auf Mengen- bzw. Marktanteilswachstum. Deckungsbeitragsbetrachtungen bleiben bei Preisentscheidungen allzu oft unberücksichtigt. Ein Anbieter bringt es auf den Punkt: *„Mengenwachstum ist eine heilige Kuh, die nicht für bessere Preise geschlachtet wird.“*

Dabei üben Nettopreiserückgänge nachhaltig negative Auswirkungen auf die Unternehmensrendite von Medizintechnik-Anbietern aus. Dies zeigen beispielhaft die Auswirkungen eines 5%igen Nettopreiserückgangs auf ein Unternehmen mit einer branchenüblichen EBIT-Ausgangsmarge von 8,7%.



**Abbildung 5: Auswirkungen der Preiserosion**

Ohne Kompensierungsmaßnahmen hat der 5%ige Nettopreiserückgang einen unmittelbaren Rückgang der EBIT-Marge auf 3,9% zur Folge. Würde man nun gleichzeitige Kompensierungsmaßnahmen verfolgen, so wäre beispielsweise ein überproportionaler Mengenanstieg von 8% notwendig, um den Nettopreiserückgang zu kompensieren. Bei gleichzeitig zu erwartenden Wettbewerberpreisreaktionen dürfte letzteres sicherlich ein schwieriges Unterfangen sein.

Weitere Kompensierungsversuche könnten in Kostensenkungen bestehen. Hier wäre eine Reduzierung der variablen Stückkosten um 17% oder alternativ ein Fixkostenabbau um 9% notwendig. Wenn überhaupt, sind Kostensenkungen in einem derartigen Umfang nicht kurzfristig realisierbar und sind mit nachhaltigen Umstrukturierungen verbunden.

Nettopreiserückgänge lassen sich ohne erfolgreiche Innovationseinführungen in der Regel nicht kurzfristig kompensieren. Für innovative Anbieter entsteht bei fortdauernder Preiserosion somit eine immer größer werdende Abhängigkeit von der F&E-Pipeline und gleichzeitig von der Bereitschaft des Marktes, Innovationsleistungen mit Preisprämien zu honorieren. Für weniger innovative Unternehmen entsteht bei fortdauernder Preiserosion nachhaltiger Kostensenkungsdruck zum Halten des Renditeniveaus.

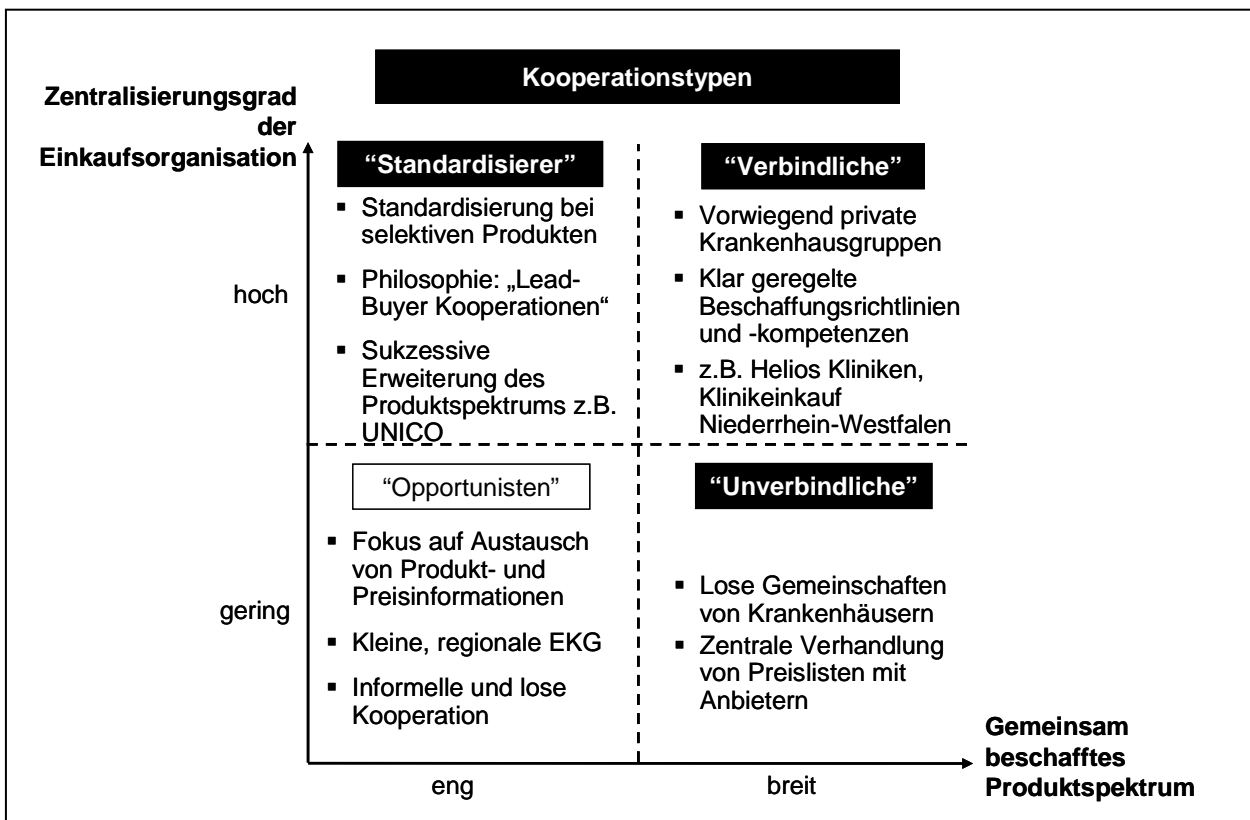
**Nettopreiserückgänge lassen sich ohne erfolgreiche Innovationseinführungen in der Regel nicht kurzfristig kompensieren.**

Die zu beobachtenden Preiserosionen bei Krankenhausmedizinprodukten in Deutschland sind für den Standort ein risikoreiches Spiel, denn niedrigere Renditeniveaus und zwangsweise niedrigere Cash-Flows haben geringere Investitionsspielräume für medizinische Innovationen und Arbeitsplätze zur Folge bzw. fordern die Anbieterseite zu Produktionsverlagerungen in Billiglohnländer heraus.

### **Typische Arten von Einkaufskooperationen**

Trotz der stark fragmentierten Einkaufskooperationslandschaft (mehr als 60 EKG), kristallisieren sich typische Kooperationsmodelle heraus. Diese Modelle unterscheiden sich einerseits hinsichtlich der Breite des gemeinsam beschafften Produktspektrums und andererseits hinsichtlich des Grads zentraler Entscheidungsfindung über die angeschlossenen Krankenhäuser hinweg.





**Abbildung 6: Kooperationstypen**

Eine Reihe vornehmlich kleiner, regionaler Einkaufskooperationen beschränkt die gemeinsamen Aktivitäten auf den Austausch von Produkt- und Preisinformationen. Die Einkaufsentscheidung obliegt letztlich den Einzelhäusern. Diese Form der Kooperation ist damit lose und informell und kann als „**opportunistisch**“ bezeichnet werden.

**Derzeit ist die Beschaffungslandschaft durch unterschiedliche Kooperationsformen geprägt.**

Eine zweite Gruppe von Einkaufskooperationen organisiert die gemeinsamen Aktivitäten nach dem so genannten „Lead-Buyer“ Prinzip. In solchen Netzwerken übernehmen einzelne Krankenhäuser die zentrale Beschaffungsverantwortung für jeweils ausgewählte Produktkategorien und können für ihren Verbund verbindliche Geschäftsbeziehungen mit den Anbietern eingehen. Voraussetzung für die Effektivität derartiger Beschaffungsnetzwerke ist eine gemeinsam abgestimmte und verbindliche Standardisierung innerhalb der gemeinsam beschafften Produktkategorien. Kooperationen dieses Typs können daher auch als „**Standardisierer**“ bezeichnet werden.

Zahlreiche Einkaufskooperationen operieren demgegenüber über ein weites Produktspektrum hinweg und haben

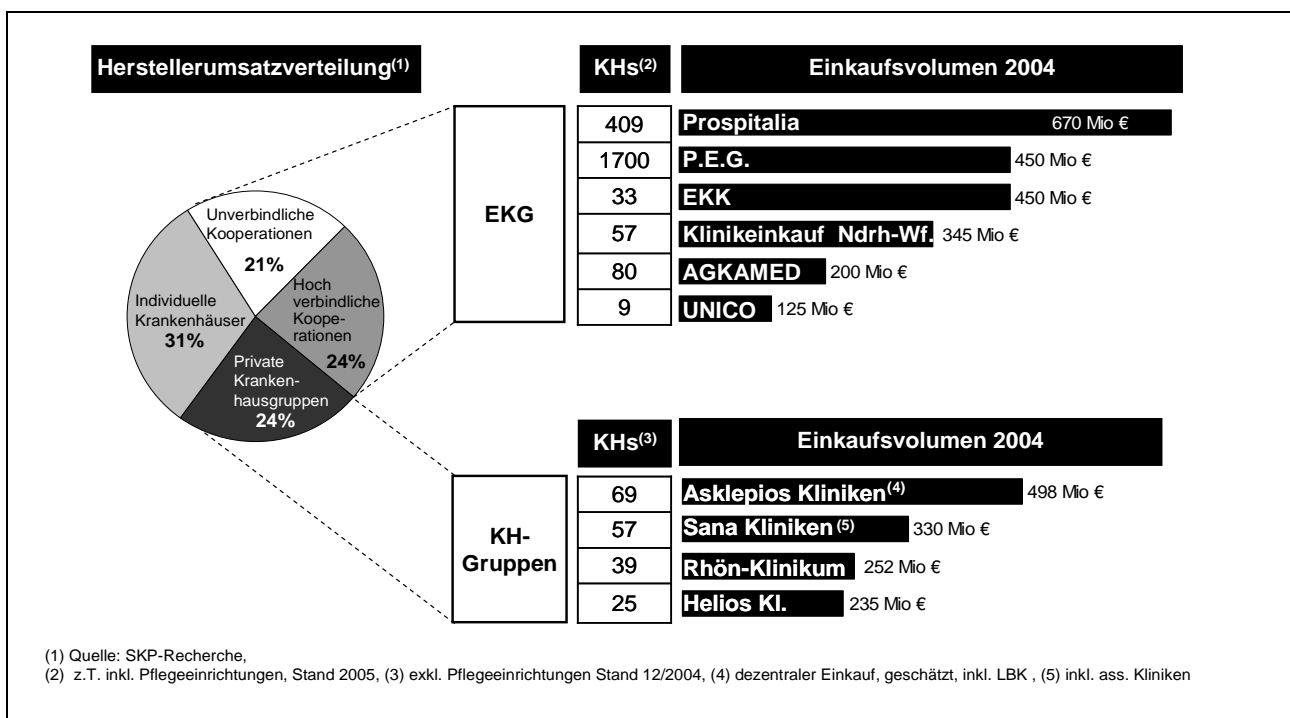
eine zentrale Koordinationsstelle, die im Wesentlichen für den Verbund individuelle Preislisten mit den Anbietern aushandelt, für die Gemeinschaft aber keine verbindliche Geschäftsbeziehung eingeht. Für die Mitglieder des Verbunds diese Preislisten **„unverbindlich“**. Die letztendliche Einkaufsentscheidung verbleibt auf der Krankenhausebene.

**„Verbindliche“** Einkaufskooperationsformen zeichnen sich einerseits durch ein breites gemeinsam beschafftes Produktspektrum aus. Andererseits gibt es hier eine zentrale Entscheidungsinstanz, die für die Gemeinschaft verbindliche Verträge, z.B. mit an Mengenzusagen gekoppelte Preisen und Konditionen mit der Anbieterseite aushandeln kann. Ein effektives Funktionieren derartiger Netzwerke erfordert in der Regel gesellschaftsrechtliche Verbindungen zwischen den einzelnen Mitgliedern, was insbesondere bei privaten Krankenhausgruppen der Fall ist.

Während Anbieter verbindliche Kooperationstypen als „vollwertigen“ Geschäftspartner respektieren und akzeptieren müssen, obliegt es der Anbieterseite, bei unverbindlichen Kooperationstypen, zentrale Verhandlungen zu führen oder selektive Direktkundenbindungsstrategien auf der Mitgliederebene zu verfolgen. Die zur Zeit sehr häufig zu beobachtende „Mischform“ der Kundenbearbeitung bei unverbindlichen Einkaufsgemeinschaften, d.h. Preiszugeständnisse ohne Verbindlichkeit für den Kunden bei zentral verhandelten Preislisten und anschließende Nachverhandlungen auf der Krankenhausebene birgt extrem hohe Preiserosionsrisiken.

### **Kooperationslandschaft**

Im organisierten Krankenhauseinkauf in Deutschland überwiegen derzeit verbindliche Kooperationsmodelle. Dazu gehören Einkaufsgemeinschaften wie Klinikeinkauf Nordrhein-Westfalen, insbesondere aber auch private Krankenhausgruppen, die im wesentlichen durch die vier großen Gruppen Asklepios, Helios, Sana und Rhön repräsentiert werden.



**Abbildung 7: Kooperationslandschaft**

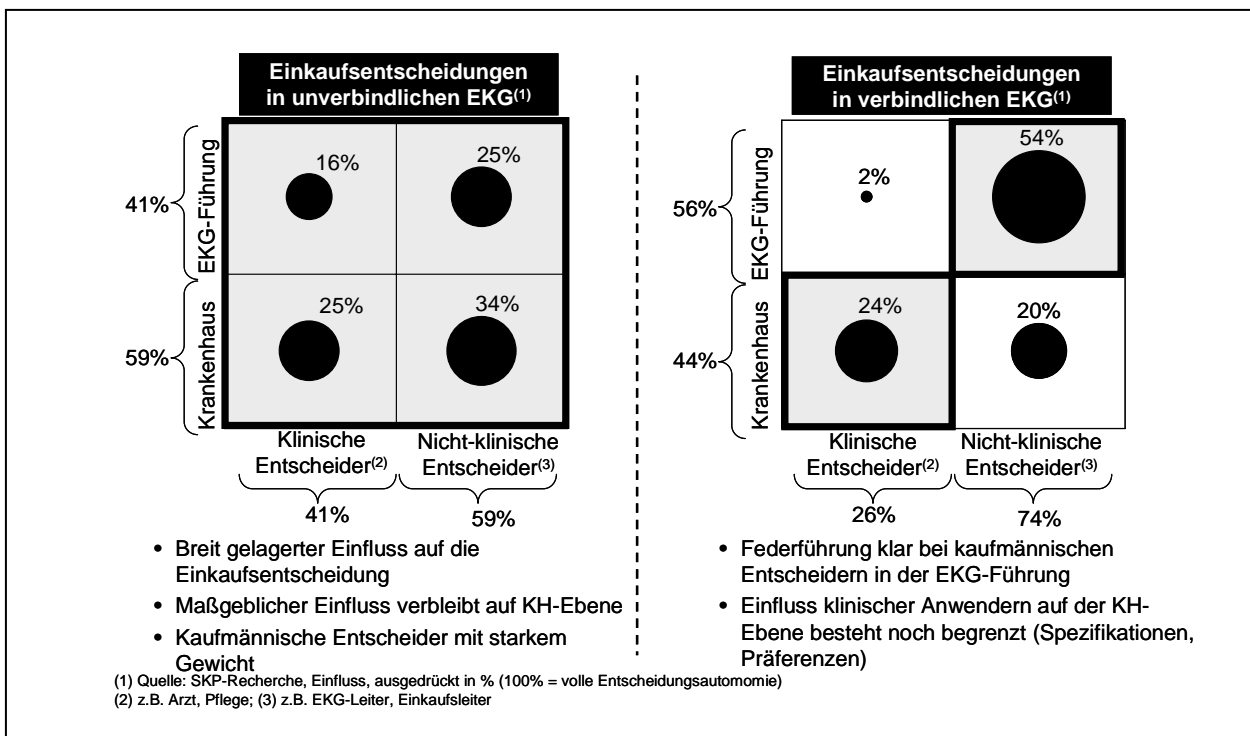
### Einkaufsentscheidungen in Einkaufskooperationen

**Die Federführung bei der Einkaufsentscheidung in verbindlichen Kooperationen liegt bei kaufmännischen Entscheidern.**

Nicht-klinische Entscheider bzw. professionelle Einkäufer haben in Einkaufskooperationen den maßgeblichen Einfluss auf die Einkaufsentscheidung übernommen. Unverbindliche Kooperationsmodelle zeigen jedoch deutlich, dass die Rollen im Einkaufsprozess zwischen der Verbundebene und der Mitgliederebene sowie zwischen der Einkäufer- und klinischen Anwenderebene nicht eindeutig definiert sind. Dies signalisiert eine gewisse Fragilität dieser Verbünde und macht noch einmal die bereits erwähnten Ansatzpunkte für die Anbieterseite für eine verstärkte Direktkundenbindung auf der Krankenhausebene deutlich.

In verbindlichen Kooperationsmodellen hingegen sind die Rollen im Einkaufsprozess zwischen den Ebenen und Akteuren sehr viel deutlicher definiert, was gleichzeitig auf eine höhere Geschlossenheit und Schlagkraft hindeutet. Die Federführung liegt bei kaufmännischen Entscheidern auf der Gruppenebene. Es verbleibt aber auch ein signifikanter Einfluss der Anwenderseite auf der Krankenhausebene, was darin motiviert ist, dass das technische Fachwissen auf der kaufmännischen Seite teilweise unzureichend ist und eine vollständige Entmündigung der Anwenderseite die Bindung von

hochqualifiziertem medizinischem Personal konterkarieren würde.



**Abbildung 8: Einfluss auf Einkaufsentscheidungen**

### Vor- und Nachteile für Krankenhäuser

#### Unverbindliche Einkaufskooperationen bieten nur temporäre Vorteile für Krankenhäuser.

Aus Sicht der Krankenhäuser ist zur Zeit die Mitgliedschaft in Einkaufskooperationen in jedem Fall lohnenswert. Ein Krankenhaus-Einkäufer beschreibt die Situation so: „Durch die EKG-Mitgliedschaft entstehen uns keine Nachteile, wir profitieren von Preisnachlässen, ohne dass sich in der direkten Betreuungsintensität durch den Hersteller etwas geändert hätte.“

Langfristig wird die Vorteilhaftigkeit einer Mitgliedschaft in unverbindlichen Kooperationsmodellen als fragwürdig eingestuft. Die Krankenhauseite geht davon aus, dass die Preissenkungsspielräume der Anbieter mittelfristig ausgeschöpft sein werden. Unverbindliche Kooperationsmodelle, die auf die reine Weitergabe von Konditionen ausgerichtet sind, verlieren damit ihre Daseinsberechtigung. Anders wird die Situation bei den verbindlichen Kooperationsmodellen eingestuft, die durch die Möglichkeit einer weitgehenden Auslagerung der Beschaffungsorganisation neben kurzfristigen

Einkaufspreisvorteilen langfristige Prozesskosteneinsparungen ermöglichen. Es wird davon ausgegangen, dass sich verbindliche Gemeinschaften in Zukunft erweitern werden und zentrale Beratungsdienstleistungen im Bereich Produkteinsatz oder Erstattungsmanagement bereitstellen.

Es gibt jedoch auch kritischere Einstellungen auf der Krankenseite, was die langfristige Vorteilhaftigkeit einer Mitgliedschaft in Einkaufsgemeinschaften angeht. Dabei handelt es sich vielfach um gut geführte Einzelhäuser, die eigene Wettbewerbsstrategien verfolgen und die im gemeinschaftlichen Einkauf und der einhergehenden Produkt- und Prozessstandardisierung Risiken sehen, in ihrer strategischen Entscheidungsfreiheit eingeschränkt zu werden und eigene Wettbewerbsvorteile zu teilen. Im Zuge von Spezialisierungsstrategien werden hier eher Vorteile in einer engeren direkten Zusammenarbeit mit der Anbieterseite gesehen und in einer größeren Beschaffungsautonomie für die klinische Anwenderseite.

### **Zwischenfazit (1)**

Der Einfluss von Einkaufskooperationen wächst weiterhin. Die gesamte Anbieterseite mit Ausnahme von hoch spezialisierten Nischenanbietern ist von der Konsolidierung des Krankenhausbeschaffungsmarkts betroffen.

Die zunehmenden Kooperationsaktivitäten haben bereits zu deutlicher Preiserosion und Renditeeinbußen auf der Anbieterseite geführt. Die Ursachen dafür liegen im Wesentlichen in einer schnell zunehmenden Beschaffungsprofessionalisierung auf der Kundenseite, allerdings auch in der gleichzeitigen Passivität und einer fehlenden Preisdisziplin und -systematik auf der Anbieterseite.

Es ist davon auszugehen, dass zukünftig immer mehr verbindliche Kooperationsmodelle die Beschaffungslandschaft prägen werden. Der mittelfristige Bestand unverbindlicher Kooperationsmodelle mit reiner Preisfokussierung ist fraglich und vor allem abhängig davon, wie stark die Anbieterseite weiterhin auf unverbindliche Rabattforderungen eingeht.

## V. Aktuelle Entwicklungen auf der Anbieterseite

Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland sehen im Zusammenhang mit der fortdauernden Konsolidierung der Krankenhausbeschaffungsmarkts einen deutlichen Bedarf zur Anpassung ihrer Vertriebsaktivitäten, die traditionell regional strukturiert und sehr stark auf die klinische Anwenderzielgruppe ausgerichtet sind. Handlungsbedarf wird vor allem in folgenden Bereichen gesehen:

### Organisationsentwicklung im Vertrieb

Neue Vertriebsstrukturen müssen den Anforderungen überregional agierender Einkaufsverbände gerecht werden. Dies erfordert pro-aktives Umgehen mit zentralen und ökonomisch getriebenen Entscheidern auf der Kundenseite. Es zeichnet sich ab, dass die Kundenverantwortung für Einkaufskooperationen immer stärker zentralen Key-Account-Managern übertragen wird, die dann gleichzeitig die Aktivitäten auf der Mitgliederebene des jeweiligen Verbunds überregional steuern.

---

**Anbieter ziehen zunehmend „duale“ Vertriebsmodelle mit klinischem und nicht-klinischem Außendienst in Erwägung.**

---

Gleichzeitig wird es anbieterseitig als sehr wichtig erachtet, die kaufmännischen Kompetenzen des Vertriebs auszubauen, der bisher in vielen Fällen noch überwiegend klinisch und wissenschaftlich ausgerichtet ist. Diese Ausrichtung wird den Anforderungen effektiver Verhandlungen mit ökonomisch motivierten Einkaufsentscheidern auf der Kundenseite nicht mehr gerecht. An der Stelle werden anbieterseitig auch „duale Außendienstmodelle“ in Erwägung gezogen, in denen es für jede Krankenhauszielgruppe, d.h. klinische Anwender und kaufmännische Einkaufsentscheider, jeweils ein entsprechend qualifiziertes Vertriebsteam gibt.

Aus Sicht der Kunden wird von angepassten Vertriebsstrukturen allerdings noch wenig wahrgenommen. In vielen Fällen versucht der Vertrieb immer noch, am Einkauf vorbei, über die klinischen Anwender vorteilhafte Abschlüsse zu erzielen. Damit werden kundenseitig interne Spannungen erzeugt und der Vertrieb ist abhängig vom Engagement und zurückgehenden Einfluss der Anwenderseite. So beklagt ein Einkaufsverantwortlicher: *„Wir erwarten, dass die*

*Hersteller uns wie einen Kunden behandelt, aber der Außendienst will immer wieder an uns vorbei verhandeln.“*

Gleichzeitig wird kundenseitig eine zu geringe ökonomische Orientierung des Vertriebs beklagt. Zu geringes ökonomisches Verständnis für den Kunden und fehlende Entscheidungsautonomie der Vertriebsmitarbeiter konterkarieren effektive Verhandlungen. So bemängelt ein Einkäufer: *„Mir ist egal, ob es sich um einen Key-Account-Manager handelt, Hauptsache er kann kaufmännische Entscheidungen treffen.“*

### **Wertschöpfungspartnerschaftliche Dienstleistungen**

Um der durch kundenseitige Bedarfsstandardisierung getriebenen Anbieteraustauschbarkeit entgegenzuwirken, versuchen davon betroffene Anbieter, ihre Produktangebote mit hochwertigen und differenzierten Kundendienstleistungen zu bündeln.

**Der Wirkungsgrad rein klinisch orientierter Dienstleistungen als Mittel zur Differenzierung im Wettbewerb nimmt ab.**

Dienstleistungen, die in den zurückliegenden Jahren erfolgreich im Direktkundengeschäft eingesetzt wurden, wie z.B. externe Anwenderschulungen oder Konsignationslager werden allerdings zukünftig nur noch als begrenzt zielführend eingestuft. Der Grund dafür ist, dass derartige Dienstleistungen kundenseitig zunehmend als Standard wahrgenommen werden bzw. deren Nutzen in Frage gestellt wird. Der Wirkungsgrad dieser Dienstleistungen als Instrument zur Differenzierung im Wettbewerb bzw. als Argument in Verhandlungen mit institutionalisierten Einkaufsverbänden lässt entsprechend nach.

Anbieterseitig werden teilweise neuartige Dienstleistungsmodelle entwickelt, die das Ziel verfolgen, ökonomische Vorteile für den Kunden zu erzielen, welche außerhalb von reinen Preiszugeständnissen liegen. Diese Dienstleistungen zielen u.a. auf die Verbesserung der Prozesseffizienz im Krankenhaus oder den klinisch und ökonomisch effizienten Produkteinsatz ab. Kundenseitig wird ein deutlicher Unterstützungsbedarf in diesen Bereichen bestätigt: *„Hersteller könnten mehr DRG-Beratung leisten und uns bei der Prozessoptimierung im OP unterstützen.“*

Ein weiteres Handlungsfeld in diesem Kontext ist die anbieterseitige Unterstützung von Krankenhausverbänden

bzw. Krankenhäusern bei der Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen. Kundenseitig ist ein stärkeres Engagement der Anbieter im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsmodellen oder der Vermarktung von innovativen Therapien gegenüber Krankenkassen und Patienten wünschenswert: *„Hier gibt es sehr interessante Perspektiven für eine Herstellerkooperationen, aber da liegt noch ein weiter Weg vor uns.“*

**Anbieter sehen Handlungsbedarf in der Einführung transparenter Preis- und Konditionen-systeme.**

### **Entwicklung systematischer Preis- und Konditionenmodelle**

Die bisherige Preisfestsetzungspraxis auf der Anbieterseite bestand darin, individuelle Nettopreise mit einzelnen Kunden für einen bestimmten Lieferzeitraum zu fixieren, in den meisten Fällen ohne Abnahmenverpflichtungen für den Kunden. Dies hat zu signifikanten Nettopreisdifferentialen im Markt geführt und ist zu einem maßgeblichen Treiber der zu beobachtenden Preiserosion in vielen Produktkategorien geworden. Einkaufskooperationen betreiben systematische Preisreferenzierung, d.h. in bestimmten Zeiträumen bzw. beim Eintritt neuer Krankenhäuser in den Verbund werden bestehende Nettopreise verglichen. Werden dabei neue Niedrigstpreisniveaus identifiziert, dienen diese also Ausgangspunkt für Nachverhandlungen mit den jeweiligen Anbietern.

Vor diesem Hintergrund sehen viele Anbieter Handlungsbedarf in der Entwicklung und Einführung systematischer und transparenter Preis- und Konditionenmodelle, bei denen Nettopreise und Serviceleistungen zukünftig an verbindliche Bedingungen geknüpft sind, wie z.B. die realisierte Abnahmemenge, die Langfristigkeit von Lieferverträgen oder die Breite des kundenseitig bezogenen Produktspektrums. Anbieterseitig würde außerdem eine Verschiebung der Preisnachlässe in Form von Rechnungsrabatten hinzu Jahresendboni präferiert, die nur dann zum Tragen kommen, wenn Kunden vereinbarte Abnahmeziele erfüllen. Letzteres gestaltet sich allerdings in der Umsetzung als schwierig, da Einkaufskooperationen bzw. Krankenhäuser Jahresendboni vielfach nicht buchhalterisch und kostenrechnerisch darstellen können.



## **Zwischenfazit (2)**

Die Anbieterseite sieht im Zuge der Konsolidierung des Krankenhausbeschaffungsmarkts deutlichen Handlungsbedarf, ihre Vertriebs-, Service- und Pricing-Praxis an die neuen Gegebenheiten anzupassen. Dabei spielen besonders die Einrichtung von zentraler kaufmännischer Kundenverantwortung, die Entwicklung und das Angebot neuer wertschöpfungspartnerschaftlicher Kundendienstleistungen sowie die Einführung systematischer und transparenter Preis- und Konditionenmodelle eine große Rolle.

Der Handlungsbedarf in diesen Bereichen ist anbieterseitig deutlich erkannt. Allerdings spiegelt die Wahrnehmung der Kundenseite in Form von nach wie vor sehr stark klinisch orientierten Vertriebsmitarbeitern, wenig differenzierenden oder nutzenbringenden Kundendienstleistungen bzw. nichtkonditionalen und fortwährenden Preiszugeständnissen der Anbieterseite wider, dass sich anbieterseitig noch vieles im Planungsstadium befindet und noch wenig Anpassung in der Praxis erfolgt ist.

## **VI. Mittelfristiger Ausblick**

### **Konsolidierung der Krankenhaus-Landschaft**

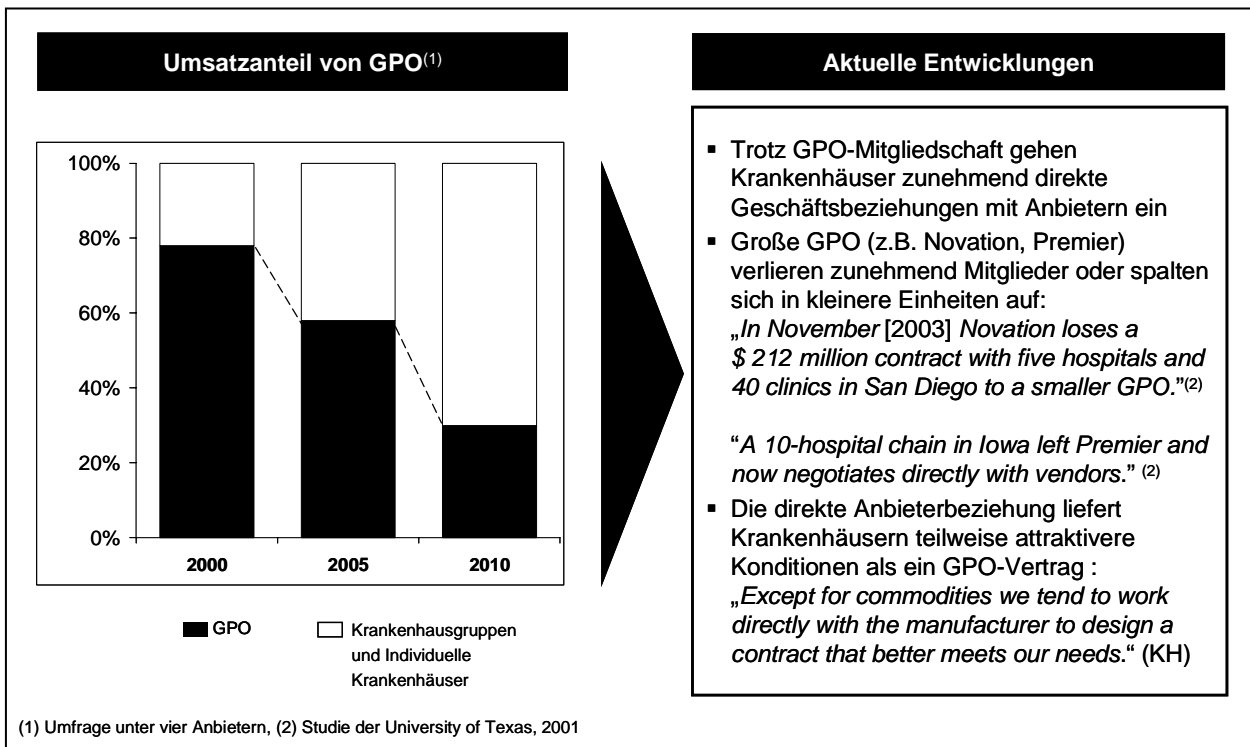
Die derzeit zu verzeichnende Konsolidierung in der Krankenbeschaffung ist kein vorübergehendes Phänomen. Sowohl Anbieter als auch Kunden erwarten, wie bereits eingangs gezeigt, zukünftig eine weiter fortschreitende Konzentration. Bis 2010 wird erwartet, dass über 80% aller deutschen Krankenhäuser dann 15-20 überregionalen Einkaufskooperation angeschlossen sein werden. Unabhängig bleiben gut geführte und wettbewerbsorientierte Einzelhäuser erhalten.

## US-Beschaffungslandschaft als Rollenmodell für Deutschland?

Ein Blick in die USA zeigt einen hoch konzentrierten Krankenhaus-beschaffungsmarkt. Mehr als 60% der gesamten Einkaufs an Krankenhausmedizinprodukten werden derzeit dort von sieben Einkaufskooperationen, so genannten „Group Purchasing Organizations“ (GPO) kontrolliert.

### In den USA werden Einkaufsentscheidungen zunehmend zurück ins Krankenhaus verlagert.

Im Unterschied zu Deutschland ist in den USA allerdings seit einigen Jahren ein abnehmender Einfluss der Einkaufskooperationen zu verzeichnen. Für die Zukunft erwartet die Anbieterseite, dass der Einfluss der großen GPO weiter zurückgehen wird und dass sich die Geschäftsbeziehungen wieder stärker auf die Krankenhausebene verlagern.



### Abbildung 9: Einkaufsbündelung in den USA

Diese Entwicklung hat vor allem kartellrechtliche Hintergründe. Insbesondere Patienten haben in mehrfachen Fällen gegen Krankenhäuser geklagt, bei denen patientenseitig gewünschte Produkte aufgrund bestehender Exklusivitätsvereinbarungen zwischen der dem Krankenhaus angehörenden GPO und einem spezifischen Hersteller nicht eingesetzt wurden.

Darüber hinaus haben auch kleinere Anbieter mehrfach erfolgreich gegen die Vertragspraxis zwischen GPO und großen Medizintechnologie-Konzernen geklagt, die es kleineren Anbietern nahezu unmöglich gemacht hatten, in eine Geschäftsbeziehung mit den großen GPO zu treten.

Die Rechtsprechung in den USA hat u.a. damit reagiert, produktkategorie-spezifische Mengenbegrenzungen für GPO einzuführen. So dürfen z.B. USA-weit einzelne GPO heute höchstens noch 35% des gesamten Beschaffungsvolumens in einer Produktkategorie kontrollieren.

**Im deutschen Markt scheint mittelfristig eine ähnliche Entwicklung wie in den USA wenig wahrscheinlich.**

Ein weiterer Grund für den abnehmenden Einfluss von Einkaufskooperationen in den USA ist die ausgeprägtere Wettbewerbsorientierung der dortigen Krankenhäuser. Diese wägen den Nutzen einer GPO-Mitgliedschaft sehr genau gegenüber einer direkten Herstellerbeziehung ab. Die Vorteile einer direkten Anbieterbeziehung werden neben teilweise besseren Einkaufskonditionen, durch Einsparen der GPO-Marge, insbesondere in einer individuelleren Betreuung durch die Anbieter gesehen: *„Except for commodities we tend to work directly with the manufacturers to design a contract that better meets our needs.“*

Dass der Konsolidierungsprozess in Deutschland durch kartellrechtliche Einwände wie in den USA mittelfristig gebremst werden könnte, ist aus heutiger Sicht unwahrscheinlich. Exklusivitätsvereinbarungen mit einzelnen Herstellern sind in Deutschland keine gängige Praxis. Aufgrund der weniger ausgeprägten Patientenmündigkeit im Vergleich zu den USA, sind zumindest von dieser Seite keine Einwände zu erwarten. Darüber hinaus zeigt die Betrachtung vergangener Entscheidungen der zuständigen Behörden, dass sich kartellrechtliche Prüfungen auf die regionale Konzentration von Anbietermacht, wie z.B. der Bettenanteil im relevanten regionalen Versorgungsgebiet konzentrieren. Bündelungen von Einkaufsmacht durch den Zusammenschluss von Krankenhäusern zu Einkaufskooperationen haben in Deutschland bisher nicht zu kartellrechtlichen Bedenken geführt.

Es wird in Deutschland sehr stark von der Anbieterseite abhängen, in wie weit diese durch fortdauernde Passivität und Defensivhaltung die Bedeutung und den Einfluss selbst fragiler Verbände weiter stärkt und damit weitere

Gruppenbildung und Konzentration begünstigt. Eine ähnliche Haltung der Anbieterseite hat auch in der Vergangenheit in den USA den Konzentrationsprozess zunächst begünstigt.

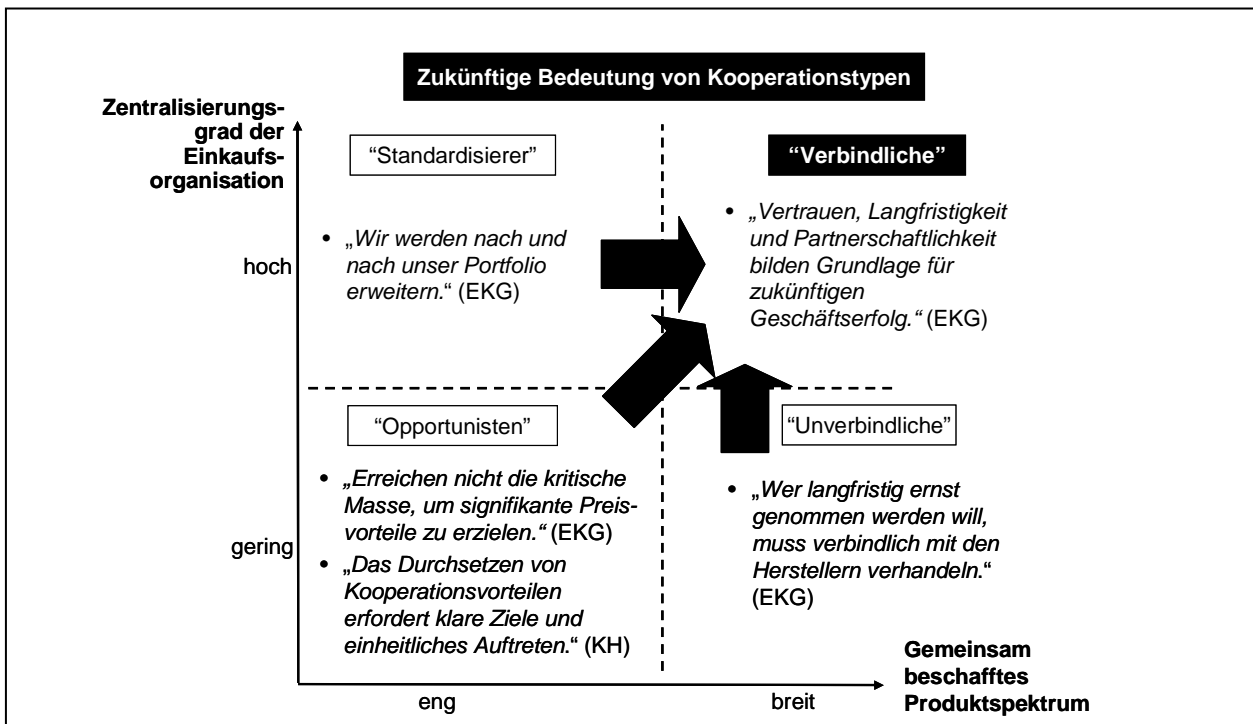
In Deutschland wird der Druck zur Senkung der Beschaffungskosten im Krankenhaus weiter anhalten. Gerade bei „Commodities“ bzw. gering differenzierten Produkten wird es anbieterseitig schwierig sein, den Einfluss von Einkaufskooperationen zu reduzieren. In allen anderen Bereichen bietet sich dem Anbieter jedoch bereits heute die Möglichkeit, Kunden zu priorisieren und selbst zu entscheiden, welche Verbünde er wie einen Kunden behandeln möchte und wo er einen stärkeren Direktkundenfokus bzw. eine direkte partnerschaftliche Zusammenarbeit mit individuellen Krankenhäusern verfolgen möchte.

### **Zukünftig bestimmende Kooperationsmodelle**

#### **Verbindliche Kooperationsmodelle werden zukünftig bestimmend.**

Die Einkaufskooperationen, die sich mittelfristig auch bei einem möglichen Gegensteuern der Anbieterseite in Deutschland durchsetzen werden, werden in der Lage sein müssen, verbindliche Geschäftsbeziehungen für ihre Mitglieder eingehen zu können. Zum anderen werden sie ein breites Produktspektrum gemeinsam beschaffen und ihren Mitgliedern neben attraktiven Einkaufskonditionen wertschöpfende Dienstleistungen vermitteln bzw. selbst bereitstellen.

Diese erwartete Entwicklung liegt in der Ansicht begründet, dass kleine opportunistisch agierende Verbünde und große Netzwerke, die lediglich zentrale und unverbindliche Gruppenpreislisten verhandeln und bereitstellen, im zunehmenden Wettbewerb um Mitglieder mittelfristig nicht bestehen können. Die bereits bestehenden verbindlichen Verbünde werden getrieben durch weitere Übernahmen privater Krankenhausgruppen weiter wachsen bzw. durch die o.g. weitergehenden Wertschöpfungsvorteile zusätzliche Marktanteile gewinnen.



**Abbildung 10: Entwicklungstendenzen in der Kooperationslandschaft**

### Neue Kooperationsformen

Steigende Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und potentiell höhere Patientenzahlungen sorgen dafür, dass Patienten zukünftig differenzierter bei der Wahl eines Krankenhauses vorgehen werden.

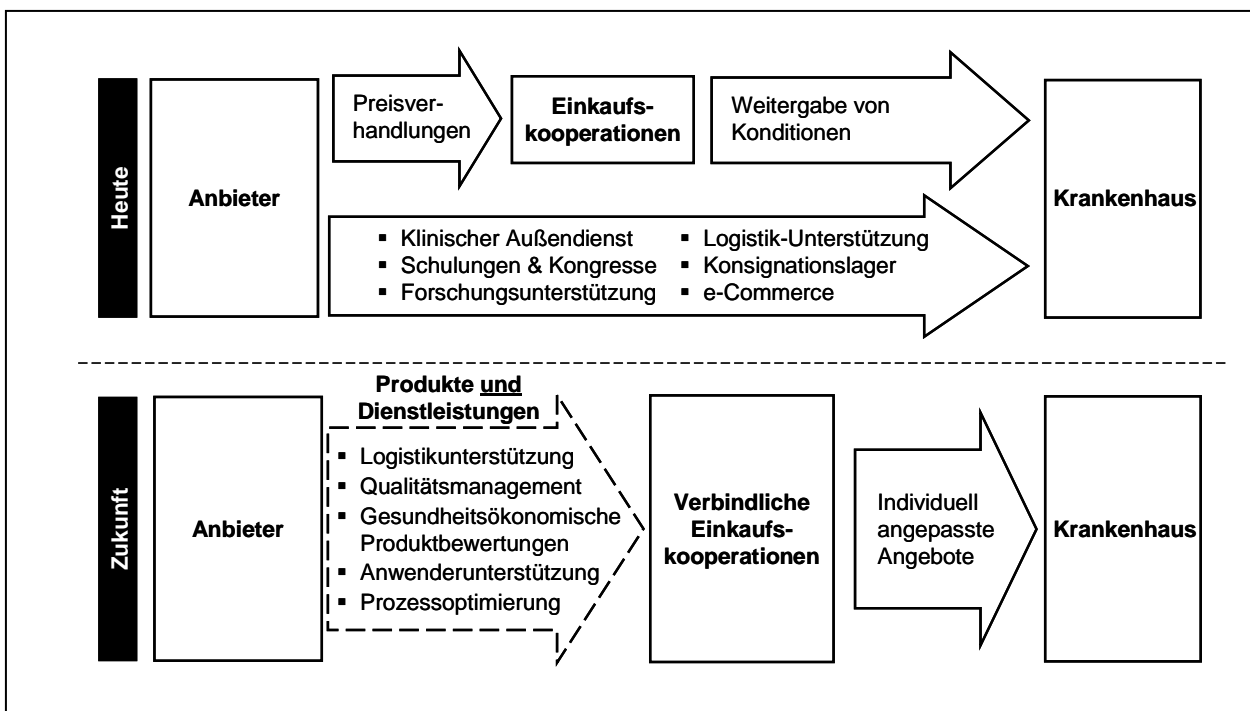
Krankenhäuser werden in einem stärkeren Wettbewerb um den Patienten stehen. Damit entstehen für die Anbieterseite neue Chancen, Geschäftsbeziehungen zu verbindlich agierenden Einkaufskooperationen bzw. zu gut geführten Krankenhäusern durch engere Kooperationsprojekte aufzuwerten bzw. auszubauen. Ansatzpunkte, die in diesem Bereich gesehen werden, sind beispielsweise Patientenakquise im Ausland, die Mitwirkung bei der Kommunikation gegenüber Patienten, das gemeinschaftliche Entwickeln von Angeboten der Integrierten Versorgung oder die Unterstützung des Krankenhauses bei der Überleitung von Patienten in den ambulanten Sektor.

Auch im Bereich der Krankenhausprozessoptimierung sehen Einkaufskooperationen und Krankenhäuser

Möglichkeiten bzw. den Bedarf einer intensiveren Kooperation mit der Anbieterseite. Das Spektrum an hier denkbaren Handlungsoptionen umfasst die gemeinsame Optimierung von spezifischen klinischen Prozessen oder aber das Outsourcing ganzer Funktionsbereiche an den Anbieter. Dazu meint der Einkaufsverantwortliche einer Einkaufskooperation: „Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass wir einzelne Funktionsbereiche wie z.B. das Katheterlabor komplett durch einen Anbieter betreiben lassen.“

**Das Geschäft mit Einkaufskooperationen bietet die Chance zur Entwicklung neuartiger, wertschöpfender Dienstleistungen.**

In der Etablierung von Wertschöpfungspartnerschaften werden kundenseitig interessante Perspektiven gesehen, die Geschäftsbeziehungen zu einzelnen Anbietern weg vom reinen Produkt-Preis-Wettbewerb auf eine neue Ebene zu heben. Voraussetzung dafür, dass Einkaufskooperationen oder Krankenhäuser in langfristig ausgerichteten Kooperationsmodellen mit fixierten Konditionen vermitteln bzw. in diese eintreten, ist allerdings, dass greifbare finanzielle Vorteile entstehen, die den Nachteil der Bindung an fixierte Einkaufspreise in der Produktversorgung aufwiegen müssen.



**Abbildung 11: Engere Verzahnungen der Wertschöpfungsketten**

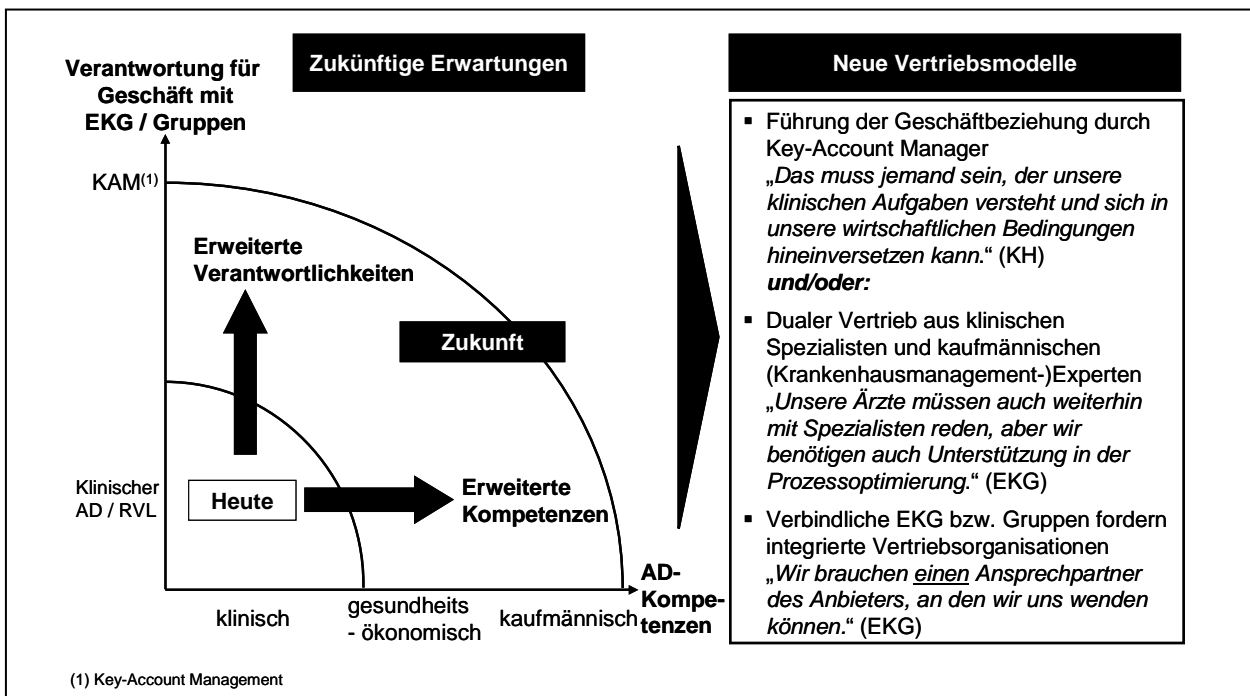
In diesem Kontext sehen sich Einkaufskooperationen, die heute im Wesentlichen als zentrale Verhandler von Preisen und Konditionen agieren, zukünftig als Vermittler von

individuell angepassten Produkt- und Dienstleistungs-Portfolios zwischen Anbieter und Krankenhaus.

## Zukünftige Anforderungen an den Vertrieb

Die heute noch vorherrschenden Vertriebsmodelle mit einem regional strukturierten und stark klinisch orientierten Vertrieb verlieren durch den steigenden Einfluss von Einkaufskooperationen und nicht-klinischen Einkaufsentscheidern zunehmend an Kompatibilität und erfordern umfassende Anpassungen.

Es zeichnen sich zwei Anpassungstendenzen ab. Zum einen führen Anbieter die zentrale kaufmännische Betreuung und klinische Koordination in ein Key-Account-Management über. Zum anderen stärken Anbieter die Qualifikationen und Kompetenzen des bestehenden Außendienstes im gesundheitsökonomischen und kaufmännischen Bereich. Entsprechende Vertriebsprofile werden von der Kundenseite eingefordert: *„Ein Key-Account-Manager muss jemand sein, der unsere klinischen Aufgaben versteht und sich in unsere wirtschaftlichen Bedingungen hineinversetzen kann.“* (EKG)



**Abbildung 12: Entwicklungsbedarf im Vertrieb**

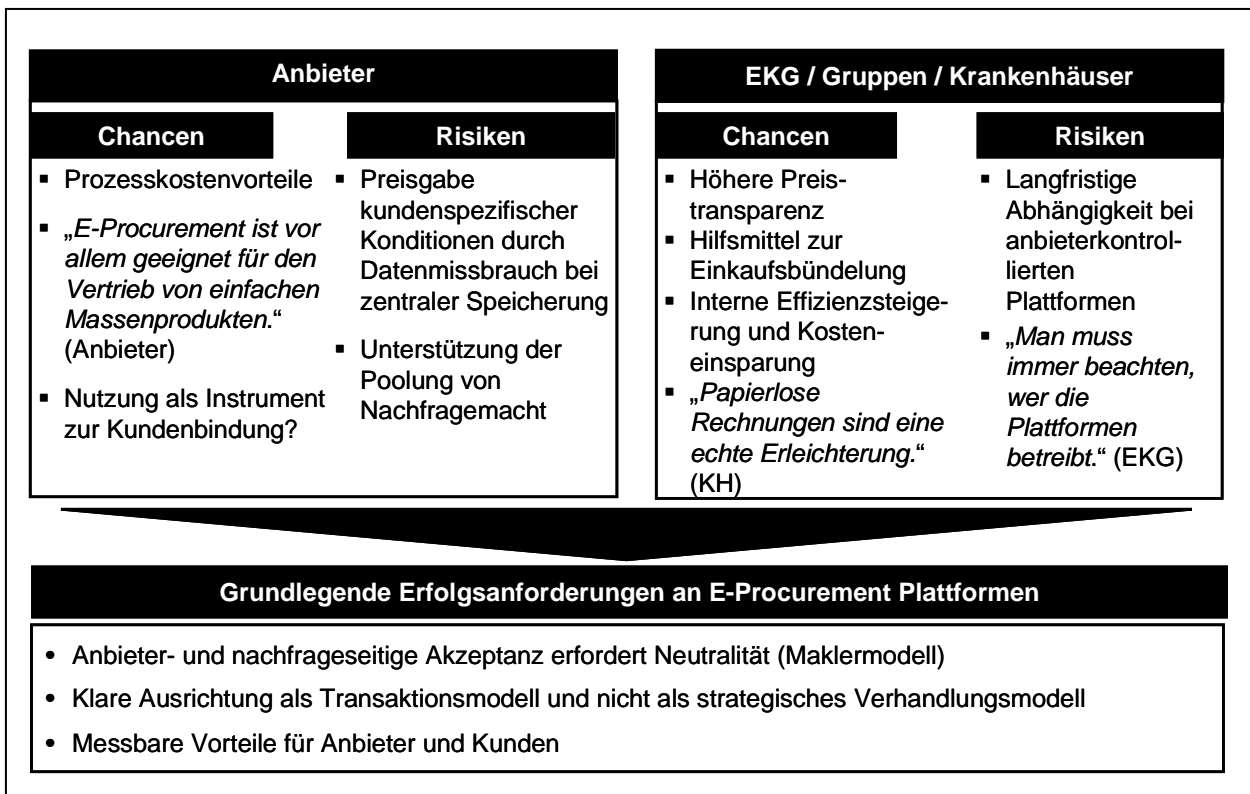
Parallel dazu müssen die klinischen Entscheider weiter im Fokus des Vertriebs bleiben: *„Unsere Ärzte müssen auch*

*weiterhin mit Spezialisten reden, aber wir benötigen auch Unterstützung in der Prozessoptimierung.“ (KH)*

Insgesamt sind also Vertriebsmodelle gefordert, die in einem dualen und koordiniertem Ansatz gleichzeitig den Einfluss und die Bedürfnisse zentraler Einkaufsentscheider als auch klinischer Anwender berücksichtigen.

## E-Procurement

Seit längerer Zeit wird versucht, E-Procurement-Plattformen wie z.B. GHX oder Medicforma als Transaktionsmedium im institutionalisierten Geschäft mit Krankenhausmedizinprodukten zu etablieren. Motivation dafür sind Einsparungspotenziale im Bereich Prozesskosten sowohl für die Nachfrager- als auch die Anbieterseite.



**Abbildung 13: Anforderungen an E-Procurement-Plattformen**

Trotz langjähriger Bemühungen, u.a. seitens großer Anbieterkonsortien hat das Transaktionsvolumen und das Angebotsspektrum o.g. E-Procurement-Plattformen die ursprünglich gesteckten Ziele nicht erreicht. Neben technischen Beschränkungen ist dies vor allem auf zurückhaltende Teilnahmebereitschaften zurückzuführen.



Das Chancen/Risiken-Profil von E-Procurement-Plattformen zeigt, dass die Interessenslagen der involvierten Parteien teilweise nicht kongruent sind und dass teilweise strategische Risiken gesehen werden.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für einen breitflächigeren Einsatz von E-Procurement-Plattformen wird zukünftig die Neutralität der Plattform sein, d.h. die Plattform darf weder anbieter- noch nachfragegesteuert sein. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Plattform als reines Transaktionsmodell fungiert und nicht als Instrument zur Poolung von Nachfrager- bzw. Anbietermacht missbraucht werden kann. Insofern wird die strategische Bedeutung von E-Procurement-Plattformen für die Anbieterseite im Zuge der Konsolidierung des Krankenhausbeschaffungsmarkts begrenzt sein.

### **Fallbeispiele aus anderen Branchen**

Ein Blick in andere Branchen zeigt exemplarisch, wie Anbieter bei frühzeitigem Gegensteuern erfolgreich wachsender Nachfragemacht begegnet sind. Bei der Übertragung der Erfahrungen aus anderen Branchen auf den deutschen Markt für Krankenhausmedizinprodukte sind marktspezifische Faktoren zu berücksichtigen. Dennoch stellen diese Beispiele auch generelle strategische Handlungsoptionen für Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland auf.

Eine klare **Kundenfokussierung und eine partnerschaftliche Vermarktung** hat sich für einige Anbieter in der Unterhaltungselektronik bewährt. Premium-Anbieter wie z.B. Metz oder Miele konzentrieren sich weniger auf Elektronikdiscountketten, sondern auf serviceorientierte Einzelhändler, die ihrerseits wiederum teilweise Einkaufskooperationen bzw. Franchisesystemen wie z.B. Euronics oder Electronic Partner organisiert sind. Die Anbieterseite unterstützt die priorisierten Einzelhändler bzw. die Einkaufskooperationen durch eine partnerschaftliche Absatzförderung. Zu den bewährten Konzepten gehören z.B. Shop-in-Shop Konzepte oder Direktmarketingunterstützung. Diese Instrumente unterstützen die Einzelhändler im Wettbewerb mit den großen Discountketten und sichern den Anbietern einen Absatzkanal, der durch weniger Preisdruck geprägt ist.

Die **Verzahnung der Wertschöpfungsketten zwischen Anbieter und Kunde** hat sich für einige Zulieferer in der Geschäftsbeziehung mit großen Automobilkonzernen bewährt. Während der „Lopez-Ära“ in den 90er Jahren stand die Zulieferseite mit vielfach austauschbaren Komponentenangeboten unter enormem Preisdruck. Die Zuliefererseite hat damit reagiert, sich teilweise von Komponentenlieferanten zu System- bzw. Baugruppenlieferanten zu entwickeln. Damit waren Hersteller in der Lage, Prozesskosten zu optimieren und F&E-Aufwendungen auf die Zulieferseite zu verlagern. Die Preise für einzelne Komponenten rückten damit in den Hintergrund. Aufgrund hersteller- und modellspezifischer Angebote wurden die Möglichkeiten zur Einkaufsbündelung begrenzt.

In der Bau- und Haustechnik hat sich systematische **Direktkundenbindung** als Mittel zur Begegnung steigender Einkaufsmacht bewährt. In diesen Märkten sind Einkaufsverbände, denen teilweise mehrere hundert Verarbeiterbetriebe angehören seit langem etabliert. Die Funktion dieser Einkaufsverbände ist auf die zentrale Verhandlung unverbindlicher Preislisten für die Mitgliederbetriebe begrenzt. Durch gezielte Direktkundenbindungsstrategien und attraktive Preis- und Konditionensysteme für den Direktbezug haben Anbieter von Bau- und Haustechnik den Einfluss großer Einkaufsverbände sukzessive unterwandert und das Geschäft auf die Verarbeiterebene bzw. mit kleinen, verbindlich organisierten Einkaufskooperationen verlagert. Die Verhandlungen mit großen Einkaufskooperationen sind somit zu einem *„Schattenboxen auf einem Nebenkriegsschauplatz“* geworden.

### **Zwischenfazit (3)**

Für die kommenden fünf Jahre ist in Deutschland von einer weiteren Konsolidierung der Krankenhausbeschaffungslandschaft auszugehen. Eine wesentlich geringere Zahl von Einkaufskooperationen als heute wird diese Landschaft prägen. Die verbleibenden Verbände werden überregional agieren und ein breites Produktspektrum verwalten. Darüber hinaus werden die meisten in der Lage sein, verbindliche Vereinbarungen zwischen der Mitgliederseite und einzelnen Anbietern zu treffen. Der Fokus von Einkaufskooperationen wird sich

mittelfristig neben der Weitergabe von Preisen und Konditionen um die Vermittlung bzw. Bereitstellung wertschöpfender Dienstleistungen für die angeschlossenen Krankenhäuser erweitern.

Neben diesen verbindlich auftretenden Einkaufskooperationen werden sich gut geführte und wettbewerbsorientierte Krankenhäuser behaupten, die nicht Mitglied verbindlicher Einkaufskooperationen sind und die für direkte wertschöpfende Kooperationen mit der Anbieterseite offen sind.

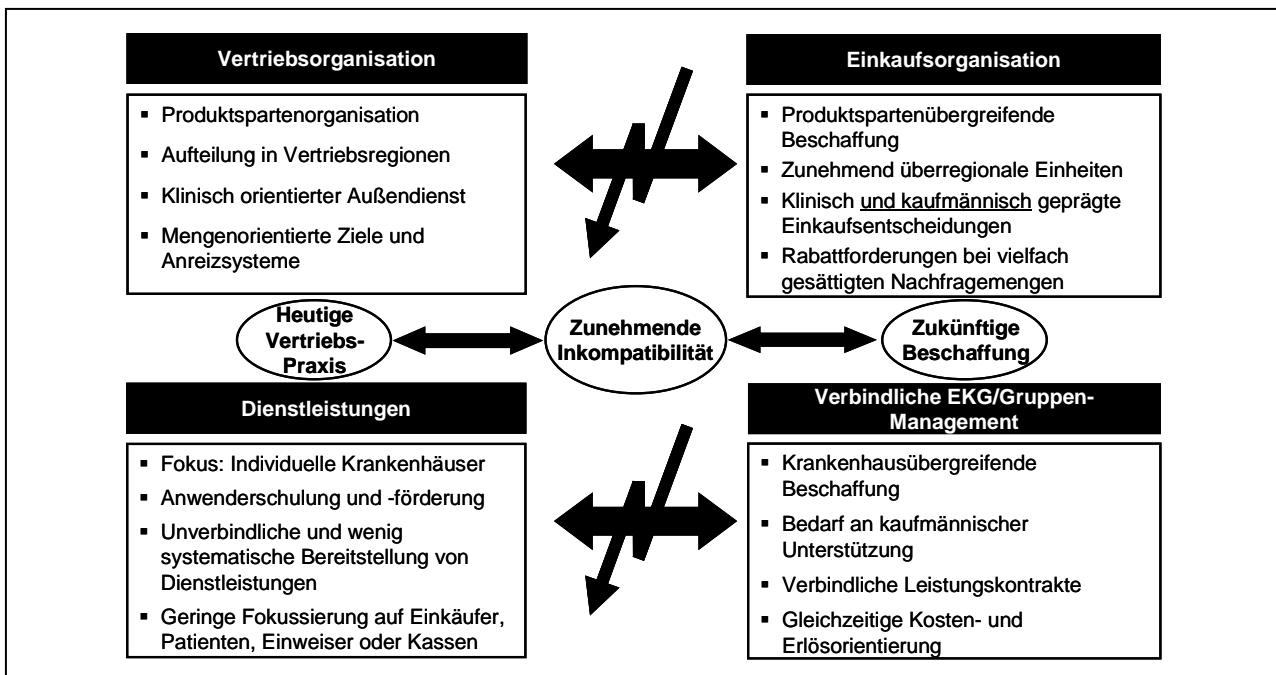
Der mittelfristige Einflussgrad von Einkaufskooperationen und die zukünftige Preisentwicklung von Krankenhausmedizinprodukten in Deutschland wird wesentlich von zielgerichteten Strategieanpassungen der Anbieterseite abhängen.

E-Procurement-Plattformen werden dabei geringe strategische Relevanz haben.

## **VII. Schlussfolgerungen für die Anbieterseite**

### **Neue Vertriebs- und Dienstleistungsmodelle**

Heute vielfach noch vorherrschende Vertriebsmodelle mit starkem klinischem Fokus verlieren beim Geschäft mit regionen- und produktspartenübergreifenden Einkaufskooperationen Kompatibilität. Das Geschäft mit Einkaufskooperationen verlangt zentrale kaufmännisch geprägte Vertriebssteuerung und formale verbindliche Leistungsvereinbarungen mit der Kundenseite. Deckungsbeitragsziele müssen Vorrang vor reinen Mengen- oder Marktanteilszuwächsen haben.



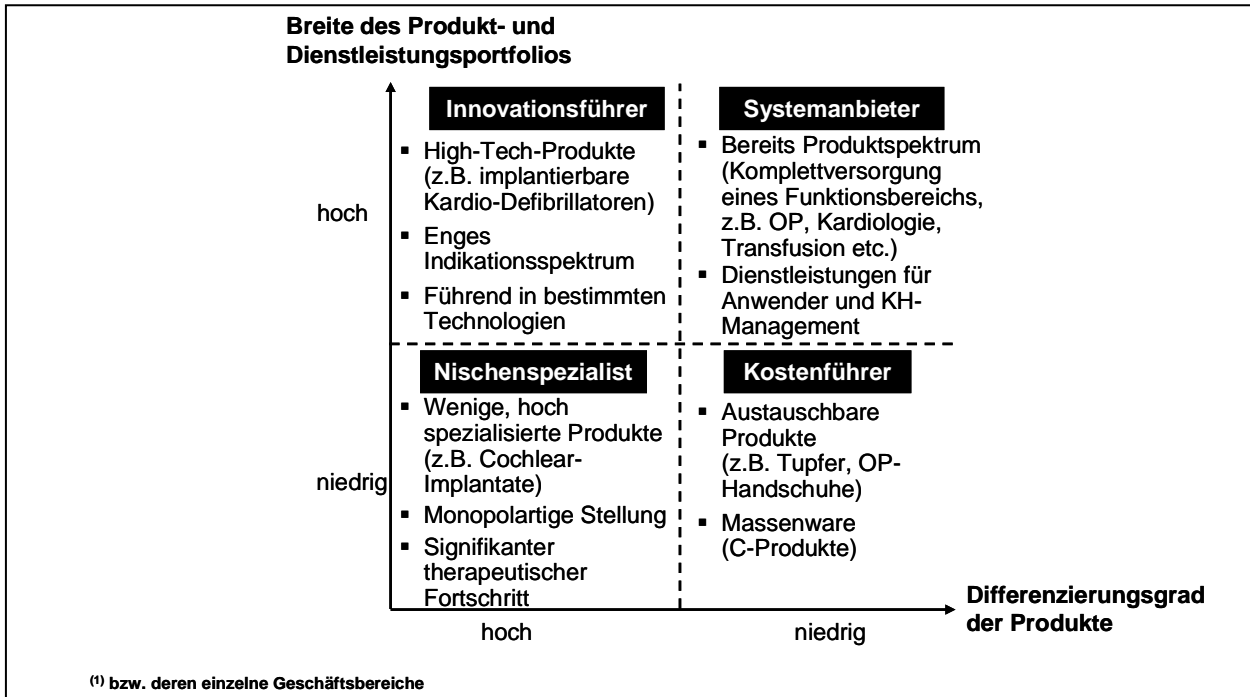
**Abbildung 14: Inkompatibilität aktueller Vertriebs- und Dienstleistungsmodelle**

**Heute vorherrschende Vertriebsmodelle und Dienstleistungen müssen abgepasst werden.**

Rein klinisch orientierte Dienstleistungen reichen zur Schaffung von Mehrwerten aufseiten nicht-klinischer Einkaufsentscheider nicht mehr aus. Wettbewerbsdifferenzierung und Kundenbindung verlangen neue Dienstleistungsmodelle, die kundenseitig zu greifbaren Kosten- oder Erlösvorteilen führen. Letzteres bedingt, dass Anbieter im Hinblick auf den Krankenhausnutzen Patienten, Einweiser und Kassen in ihre Marketing- und Vertriebsaktivitäten mit einbeziehen müssen. Dies gilt insbesondere für innovative Therapie- und Versorgungsformen, deren ökonomische Vorteilhaftigkeit zukünftig noch stärker als bisher dem Krankenhaus nachgewiesen werden muss.

### Strategische Handlungsprioritäten

Je nach **Differenzierungsgrad** des **Produktportfolios** eines Anbieters oder Geschäftsbereichs und der **Breite des Leistungssortiments** ergeben sich unterschiedliche Kundenprioritäten für Medizintechnologie-Anbieter.



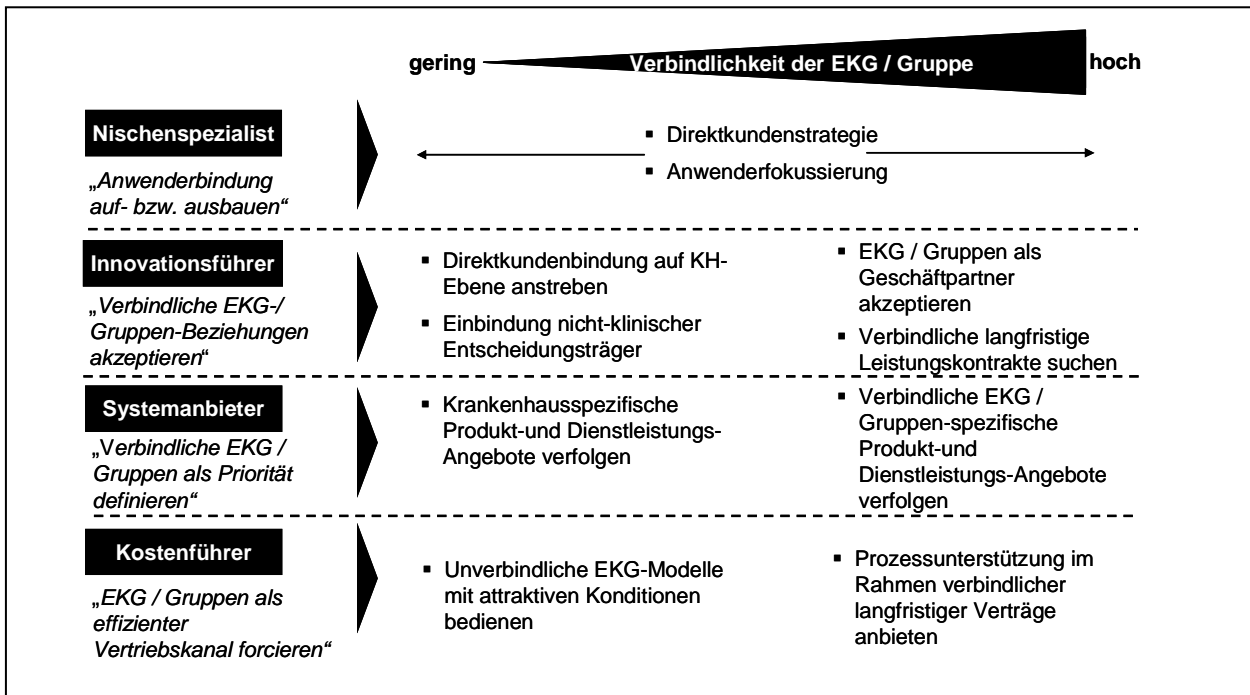
**Abbildung 15: Strategische Anbietergruppen**

**Handlungsprioritäten bei Vertrieb und Dienstleistungen richten sich nach der strategischen Positionierung der Anbieter.**

Für Nischenspezialisten stellt der klinische Anwender auf der Krankensebene auch weiterhin die wichtigste Zielgruppe dar. Für Innovationsführer, deren Produkte in der Regel einen hohen Anteil an den Krankenhausbeschaffungskosten haben, wird es wichtig sein, nicht-klinische Einkaufsentscheider und Einkaufskooperationen in die Vertriebsaktivitäten einzubeziehen. Dabei haben sie die grundsätzliche Option, den Einfluss unverbindlicher Einkaufsverbände durch selektive Direktkundenbindung in den jeweiligen Mitgliederreichen zu unterlaufen.

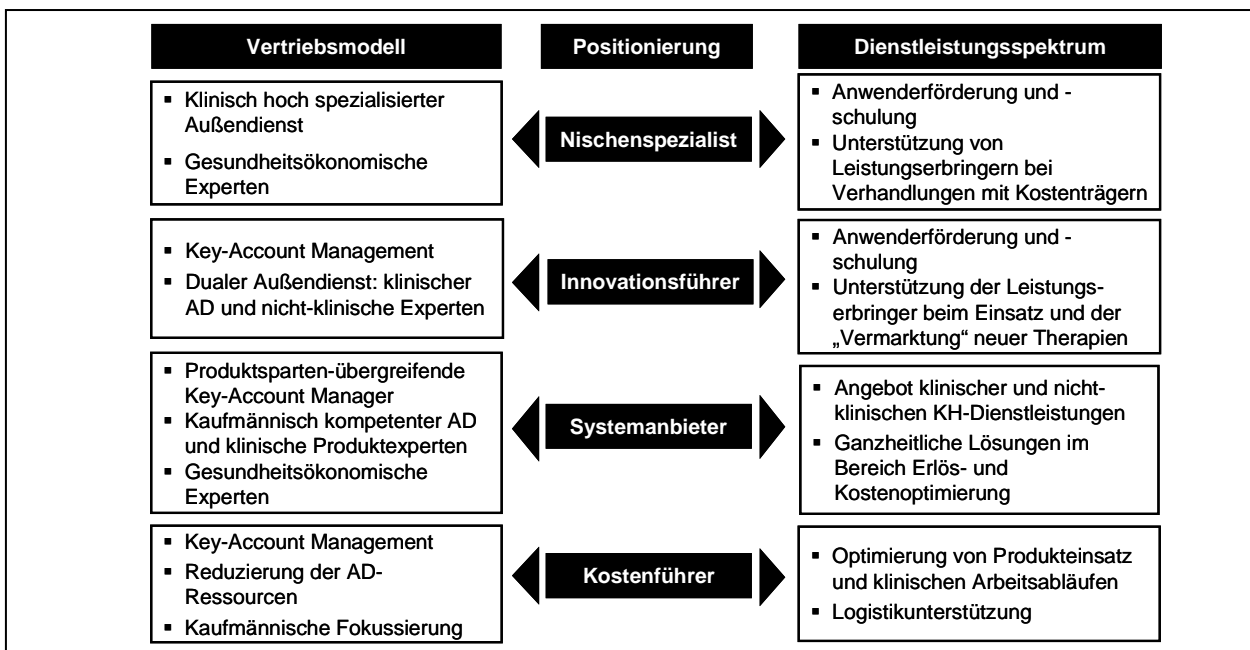
Zielgruppen für Systemanbieter sind vor allem große Einzelhäuser und verbindliche Einkaufskooperationen bzw. Krankenhausgruppen. Da hier individuell konfigurierte und hochwertige Leistungspakete im Vordergrund stehen, ist ein hohes Maß an Verbindlichkeit auf der Kundenseite erforderlich. Unverbindliche Einkaufskooperationen sollten insofern für den Systemvertrieb keine Relevanz haben. Kostenführer, deren wichtigster Wettbewerbsparameter attraktive Preise und Konditionen sind, sind auf Skaleneffekte angewiesen und haben insofern große Mengenansprüche. Eine selektive und kundenbindungsorientierte Marktbearbeitung ist wenig zielführend. Alle Kundenformen, inkl. Unverbindlicher Einkaufskooperationen haben hohe Relevanz. Wichtig ist allerdings

hier, dass Preise und Konditionen an transparente Bedingungen geknüpft sind, um die Risiken von Preisreferenzierung auf der Kundenseite zu minimieren.



**Abbildung 16: Kundenprioritäten nach strategischen Anbietergruppen**

Entsprechend der oben aufgezeigten Geschäftsmodelle ergeben sich auch unterschiedliche Handlungsprioritäten was die Weiterentwicklung bestehender Vertriebs- und Dienstleistungsmodelle angeht.



**Abbildung 17: Vertriebs- und Dienstleistungsfokus nach strategischen Anbietergruppen**

Je höher der Produktdifferenzierungsgrad eines Anbieters ist, desto größeres Gewicht kann weiterhin die klinische Ausrichtung des Vertriebs und der angebotenen Dienstleistungen haben. Unabhängig davon ist der Bedarf an gesundheitsökonomischen Experten, über alle Produktkategorien, die auch bei innovativen Nischenprodukten zukünftig den ökonomischen Nutzen der Produkte sowie deren Erstattungsfähigkeit sicherstellen müssen.

Mit Ausnahme von reinen Nischenspezialisten wird die Etablierung zentraler kaufmännischer Kundenverantwortung zukünftig ein wesentlicher Faktor für das Geschäft mit Einkaufskooperationen sein. Darüber hinaus zeigt sich, je nach Geschäftsmodell ein mehr oder weniger großer Bedarf, die kaufmännischen Kompetenzen im Vertrieb auf- bzw. auszubauen. Insbesondere wenn kaufmännische Dienstleistungen zum Leistungsumfang eines Anbieters gehören, bieten sich duale Außendienststrukturen, bestehend aus einem klassischen klinischen Außendienst, der ergänzt wird durch gesundheitsökonomische bzw. kaufmännische Experten.

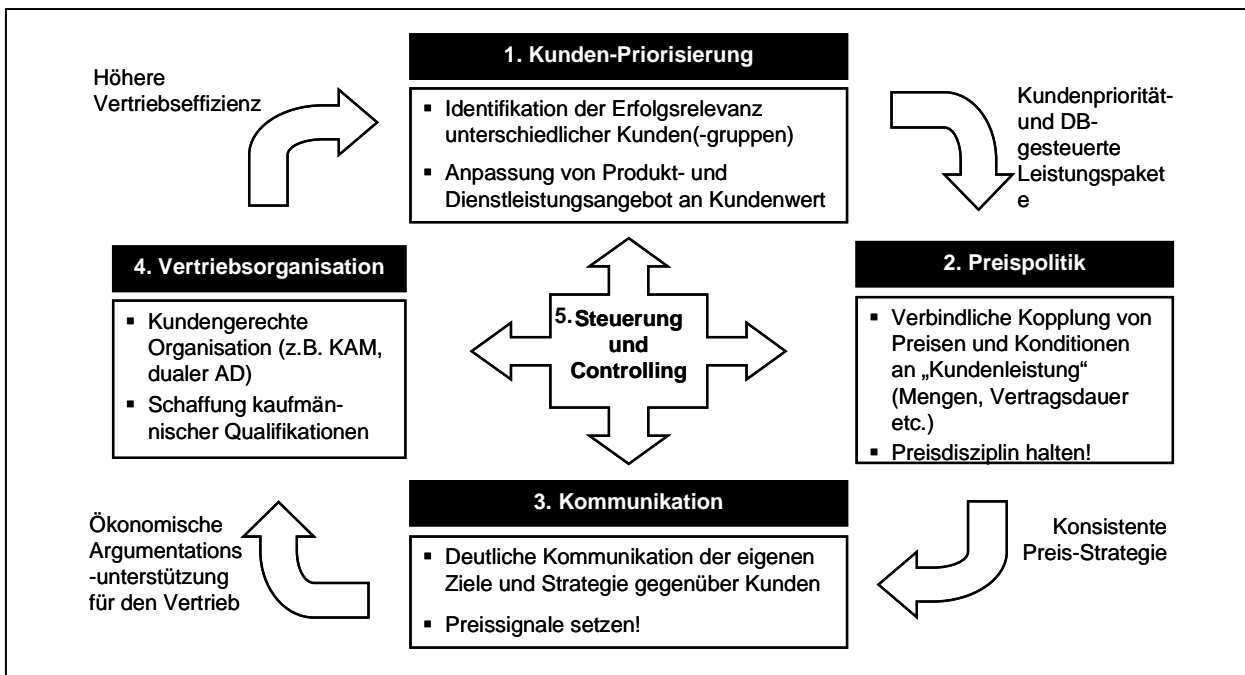
**Für Innovationsführer und Nischenspezialisten bieten gemeinsame Erlösoptimierung und Marketingunterstützung für Krankenhäuser hohes Potenzial.**

Im Sinne wertschöpfender Kundendienstleistungen bietet sich für Nischenspezialisten und Innovationsführer das Thema gemeinsame Erlösoptimierung durch Unterstützung von Kunden im Beziehungsmanagement zu Kostenträgern, Einweisern und/oder Patienten an. Dabei können Kombinationen aus Push-Instrumenten gegenüber externen Versorgungssektoren (wie z.B. Erstattungsoptimierung durch Beantragung von Zusatzentgelten, Überleitungsmanagement von Patienten in den ambulanten Sektor oder Aufbau von integrierten Versorgungsmodellen) und Patientenmarketing zum Einsatz kommen.

Für Systemanbieter und Kostenführer liegt der Schwerpunkt beim Angebot wertschöpfender Kundendienstleistungen eher auf der Kostenseite. Potentielle Handlungsfelder in diesem Kontext sind die Optimierung von Produkteinsatz und klinischen Arbeitsabläufen, die Etablierung von Betreibermodellen für klinische Abteilungen oder krankenhauserinterne und -externe Logistiko-optimierung.

## Systematischer Anpassungsprozess

Unabhängig vom Geschäftsmodell erfordert die Anpassung der Marketing- und Vertriebspraxis an die zukünftigen Rahmenbedingungen des Krankenhausbeschaffungsmarkts auf der Anbieterseite systematisches und diszipliniertes Vorgehen. Dabei stehen fünf elementare Schritte im Mittelpunkt:



**Abbildung 18: Systematische Anpassung**

Der erste Schritt besteht in der **Kundenpriorisierung** im Sinne der Identifikation der Erfolgsrelevanz unterschiedlicher Kundensegmente bzw. -profile. Die Kundenstruktur und der Kundenwert entscheiden über die Relevanz eines Kunden sowie über die Art und den Umfang des optimalen Leistungsangebots. Somit werden Leistungspakete geschnürt, die sich an Kundenpriorität und Kundendeckungsbeitrag orientieren müssen.

Die fixierten Leistungspakete sind im nächsten Schritt mit einer systematischen und leistungsorientierten **Preispolitik** zu verknüpfen. Je aufwendiger das Leistungsangebot und je attraktiver die angebotenen Preise und Konditionen sind, desto umfangreicher müssen verbindliche Kundenzugeständnisse eingefordert werden, z.B. in Form von Mengenzusagen und langfristigen Verträgen. Die Umsetzung dieser Leistungs- und Preispolitik erfordert konsistentes und diszipliniertes Vorgehen. Unter allen Umständen zu vermeiden sind aktionistische Preiszugeständnisse, die in der Regel nur



einen sehr begrenzten Wirkungsgrad haben und letztendlich der Preiserosion in einer Produktkategorie Vorschub gewähren.

Die Inhalte und Grundlagen der neuen Geschäftspolitik müssen dem Markt und den Kunden gegenüber deutlich **kommuniziert** werden. Transparente Bedingungen für größeren Leistungsumfang bzw. bessere Preis und Konditionen reduzieren das Risiko zukünftiger Preisreferenzierung. Besondere Bedeutung kommt auch dem Setzen von Preissignalen zu, mit denen dem Wettbewerb deutlich gemacht wird, dass von ruinösem Preiswettbewerb bzw. dem Versuch des Kaufens von Marktanteilen nur einer profitiert – der Kunde – und die gesamte Anbieterseite letztendlich in Mitleidenschaft gezogen wird.

Zur Erhöhung der Vertriebseffizienz sind, wie bereits erwähnt, strukturelle und personalentwicklungsseitige Anpassungen im **Vertrieb** notwendig. Neben neu auszurichtenden Kundenverantwortungen und dem Aufbau kaufmännischer bzw. gesundheitsökonomischer Vertriebskompetenzen muss dem Vertrieb ökonomische Verhandlungs- und Argumentationsunterstützung bereitgestellt werden. Deckungsbeitrags- und Preisschwellen definieren den Verhandlungsspielraum und die innervertrieblichen Eskalationswege. Variable Vergütungskomponenten sollten sich an erzielten Deckungsbeiträgen und nicht an Umsatz- oder Mengenzielen orientieren, um profitables Wachstum zu unterstützen. Letzteres erfordert gleichzeitig eine neue Qualität an zielgerichteter Vertriebssteuerung und effektivem Vertriebscontrolling.

### **Branchenverantwortung**

Die Medizintechnologie-Branche in Deutschland steht auch als Ganzes in der Verantwortung, den weiteren Konsolidierungsprozess in der deutschen Krankenhausbeschaffungslandschaft aktiv mitzugestalten und die Attraktivität des Standorts durch Preisdisziplin aufrechtzuerhalten. Neben der Überwachung kartellrechtlicher Spielräume gehört dazu, dass sich der Wettbewerb auf die Produkt- und Service- und nicht auf die Preisseite konzentrieren sollte.

Preisübereaktionen müssen vermieden werden. Sollten Signale an den Wettbewerb notwendig sein, sind selektive

Präzedenzfälle zu schaffen. Appelle an die Aussichtslosigkeit von aggressiven Preisaktionen und sinkende Renditeniveaus sind angebracht, um an die Preisdisziplin der Branche zu appellieren. Dazu gehören klare Absichtserklärungen, damit der Wettbewerber spürt, dass er nicht gewinnen kann. Wettbewerbssignale einer Rückkehr zur Vernunft bei fortgeschrittener Preiserosion sollten positiv erwidert werden und dürfen nicht durch Versuche, den eigenen Mengenvorteil zu suchen, zunichte gemacht werden.

### **Abschließendes Fazit**

Der deutsche Markt für Krankenhausmedizinprodukte wird in den nächsten Jahren einen neuen Reifegrad erreichen. Große, kaufmännisch versierte und verbindliche Einkaufskooperationen und wettbewerbsorientierte Einzelhäuser werden zukünftig die Kundenlandschaft prägen. Die Geschäftsbeziehung zur Anbieterseite wird immer stärker Züge klassischer Business-to-Business-Beziehungen annehmen. Die traditionelle Clinician-to-Business-Beziehung wird in den Hintergrund treten. Für die Anbieterseite wird es erfolgskritisch sein, ihre Geschäftspolitik an neuen Rahmenbedingungen anzupassen. Das Bewusstsein für den bevorstehenden Veränderungsbedarf ist bereits vorhanden. Teilweise sind bereits Anpassungsprozesse im Gange. Von einer zeitnahen und disziplinierten Umsetzung wird es wesentlich abhängen, inwieweit die Attraktivität des Medizintechnologie-Standorts in Deutschland aufrechterhalten werden kann.

## VIII. Anhang: Autoren- und Literaturverzeichnis

**Simon ♦ Kucher & Partners ist ein auf Erlösmanagement spezialisiertes internationales Beratungsunternehmen**

**Mitarbeiter: 225 - Umsatz: 45 Mio. Euro - Durchschnittliches Wachstum pro Jahr: 25%**



### STRATEGIE/ORGANISATION

- Wettbewerbsstrategie
- Wachstumsstrategie
- Portfoliostrategien
- Unternehmensorganisation
- Internationalisierung/ Globalisierung

### VERTRIEB

- Vertriebsstrategie
- Commercial Excellence
- Vertriebsorganisation und -steuerung
- Preisdurchsetzung
- Channel-Management

### MARKETING/PRICING

- Marktsegmentierung and Positionierung
- Brand Management
- Preisoptimierung
- Preis-Prozesse

### EFFIZIENZ-STEIGERUNG

- Vertriebseffizienz
- Marketingeffizienz
- Marketing-Controlling
- Brand Portfolio Consolidation
- Benchmarking

### UMSETZUNGSBEGLEITUNG

## Autoren



### Jörg M. Krütten (Dipl.-Wirtsch.-Ing)

*ist Partner bei Simon-Kucher & Partners und Leiter des internationalen Kompetenzzentrums Medizintechnologie. Herr Krütten ist spezialisiert auf strategische Unternehmensentwicklung, Licensing & Acquisitions, strategisches Marketing und Pricing. Zu seinen Kunden gehören u.a. Abbott, Baxter, Becton-Dickinson, Ethicon, Medtronic, Roche, St. Jude Medical und Stryker.*



### **Dr. Frank Rautenberg**

*ist Senior Consultant bei Simon-Kucher & Partners und Mitglied des internationalen Kompetenzzentrums Medizintechnologie. Dr. Rautenberg ist spezialisiert auf Marktsegmentierung, Vertriebssteuerung sowie Innovationsstrategien und Pricing. Zu seinen Kunden gehören u.a. Becton-Dickinson, Ciba Vision, Ethicon Endo-Surgery, Gynecare und Merck.*



### **Dr. Matthias Liefner**

*ist Consultant bei Simon-Kucher & Partners und Mitglied des internationalen Kompetenzzentrums Medizintechnologie. Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen auf internationalen Marketing- und Preisstrategien für Innovationen sowie Erstattungsstrategien für Arzneimittel und Medizinprodukte. Zu seinen Kunden gehören u.a. Boehringer Ingelheim, Wyeth, Chiron und GE-Healthcare.*

### **Literaturverzeichnis**

- Bohle T. (2005), „Fusionskontrolle im Krankenhaus ohne GKV-Wettbewerbskonzept“, Das Krankenhaus, 08/2005
- Drees C. (2003), „Beschaffungsmanagement im Krankenhaus“, Deutsches Forum für Krankenhausmanagement
- Femak-Report Nr. 54, 2004
- Franzke S. (2000), „Kompetenzen strategisch bündeln“, Produktionstechnik Hannover Informiert
- „The Value of Group Purchasing Organizations“, Health Industry Group Purchasing Organization, 2003
- „Helios Konzept Einkauf – Auf dem Weg zu mehr Qualität, Transparenz und Effizienz“, Helios Kliniken GmbH, 2005
- Hendrik T. (2000), „Purchasing Consortiums: Horizontal Alliances among firms buying common goods and services“, Arizona State University

- Kaufmann L. (2002), „Internationales Beschaffungsmanagement – Gestaltung strategischer Gesamtsysteme und Management einzelner Transaktionen“, Wissenschaftliche Hochschule für Unternehmensführung
- Lambert E. „Unintended Consequences“, Forbes, 06.06.2005
- Ossen P. (2005), „Kommunal oder Privat - Wohin tendieren die Krankenhausunternehmen?“, Das Krankenhaus 08/2005
- Geschäftsbericht 2004, Rhön Klinikum AG
- Beschluss des Verwaltungs- und Personalausschusses der Stadt München vom 30.06.2005 (Bildung von interkommunalen Kooperationen)
- „Fragen, Antworten und Handlungsempfehlungen zum Vergaberecht“, Stadt und Gemeinde Interaktiv, 11/1998
- „Aktuelle Trends im Beschaffungsmanagement für Medizintechnik und Medicalprodukte“, The Boston Consulting Group, 2003
- Weinstein B. (2003), „Are Group Purchasing Organizations (GPOs) Helping or Hindering Competition?“, University of North Texas

### **SIMON ♦ KUCHER & PARTNERS**

Strategy & Marketing Consultants

**Bonn ♦ Boston ♦ Frankfurt ♦ London ♦ Milan  
Munich ♦ Paris ♦ Tokyo ♦ Warsaw ♦ Zurich**

#### **Germany:**

Haydnstraße 36 · D-53115 Bonn

Tel. ++49-228-9843-105

Fax ++49-228-9843-120

e-mail joerg.kruetten@simon-kucher.com

Internet www.simon-kucher.com