



Die Architektur des Gesundheitsmarkts 2020 und Folgen
für Ärzte, Versicherer, Distributoren und Industrie

The end of Healthcare ... as we know it?

Von Norbert Hültenschmidt, George Eliades,
Karan Singh und Iris Danke

BAIN & COMPANY

Die Autoren

Dr. Norbert Hültenschmidt ist Partner und Director bei Bain & Company in Zürich und leitet die globale Healthcare Praxisgruppe. In den letzten zwei Jahrzehnten hat er sich intensiv mit Strategieentwicklung und Implementierung für Pharma-, Medizintechnik- und Biotech-Unternehmen beschäftigt und Markteintrittsstrategien für neue Akteure entwickelt. Hierzu hat er die Veränderungen im Gesundheitswesen und ihre Implikationen für Unternehmen analysiert.

George Eliades ist Partner bei Bain & Company in Zürich. Er hat mehr als 10 Jahre Beratungserfahrung mit Kunden aus Biotech und Pharma, Distribution und Krankenversicherung sowie mit Gesundheitsdienstleistern – vor allem in den USA. Seine Expertise umfasst Produktstrategie von der Entwicklung bis zum Life Cycle Management, die Schnittstelle zwischen Versicherern und Arzneimittelentwicklung, Wachstums- und Integrationsprojekte für Krankenversicherer und Strategien für Gesundheitsdienstleister (Krankenhäuser, Gruppenpraxen, Integrierte Netze).

Karan Singh ist Partner bei Bain & Company in Neu Delhi. Er berät Kunden aus den Bereichen Pharma und Medizintechnik sowie Gesundheitsdienstleister. Er erarbeitet Wachstums- und Turnaround-Strategien, Portfolio- und Akquisitionsstrategien. Weitere Expertisefelder sind Neugeschäftsentwicklung, Post-Merger-Integration und Change Management. Ein weiterer Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Beratung von großen Krankenhausketten in Asien bei operativen Optimierungsprojekten, Organisationsumbau oder hinsichtlich Wachstumsstrategien.

Iris Danke ist Managerin bei Bain & Company in Zürich. Sie hat mehr als 10 Jahre Erfahrung in der Beratung und in der Pharmaindustrie. Pharmakunden unterstützt sie bei Strategie- und Organisationsprojekten sowie bei der Steigerung der F&E-Produktivität. Ein weiteres Expertisefeld sind Wachstums- und Wettbewerbsstrategien für Krankenhäuser und Krankenversicherer. Des Weiteren arbeitet sie an Themen im Healthcare-IT-Bereich und im Gesundheitsmanagement.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Bain & Company
Germany/Switzerland, Inc.

Kontakt:
Pierre Deraëd
Marketing Director
Tel. +49 89 5123 1330

Christiane Köth
Project Manager
Marketing & Communication
Tel. +41 44 360 86 12

Gestaltung: ad Borsche GmbH, München
Druck: Druckhaus Kastner, Wolnzach

Copyright © 2011 Bain & Company, Inc.
All rights reserved.

Inhalt

Zusammenfassung	5
Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist ein Katalysator für beschleunigte Anpassungsprozesse	6
Vier grundlegende Anpassungsprozesse bestimmen den Gesundheitsmarkt von morgen	8
Prozess 1: Der engagierte Patient	9
Prozess 2: Die Datenrevolution	12
Prozess 3: Die integrierte Behandlung	14
Prozess 4: Die gesundheitsökonomische Innovation	16
Gesundheitsarchitektur 2020: patientengetrieben, verzahnt, von neuen Spielern geprägt	18
Implikationen für Unternehmen und Organisationen	19
1. Ärzte und Krankenhäuser: Von Silos zu Netzwerken	19
2. Versicherungen und staatliche Gesundheitssysteme: Von CFOs zu COOs	21
3. Distributoren: Von Standardlogistik zu Mehrwert-Services	24
4. Pharma und Medizintechnik: Vom Produktfokus zur Kosten-Nutzen-Abwägung	26
• Netzwerkinnovatoren	28
• Gut-Genug-Anbieter	30
• Healthcare-Konglomerate	31
• Adjacency Player	32
Ergebnis: Die Profit Pools werden umverteilt und neue Geschäftsmodelle entstehen	34
Glossar	35

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen steht vor einem dramatischen Wandel. In den nächsten 10 Jahren wird es mehr Veränderungen geben als in den 50 Jahren davor. Denn angesichts einer kritischen Staatsverschuldung werden die Gesundheitsausgaben der Industrieländer in den heutigen Strukturen nicht länger finanzierbar sein. Der universale Kostendruck wird als Katalysator wirken und Anpassungsprozesse im Gesundheitswesen beschleunigen. Weltweit entsteht eine vollkommen neu gestaltete Healthcare-Architektur mit neuen Strukturen, neuen Technologien und neuen Geschäftsmodellen – der Gesundheitsmarkt 2020. Im Fokus dieser Studie steht nicht nur, was sich im Gesundheitswesen verändern wird. Es interessiert vor allem, wie die Konsequenzen dieser Veränderungen für Unternehmen und Organisationen aussehen – welche Strategien künftig zum Erfolg führen, welche Hausaufgaben gemacht werden müssen, welche Chancen entstehen.

Bereits heute erkennbare Trends lassen darauf schließen, wie der Gesundheitsmarkt 2020 aussehen wird:

Der engagierte Patient.

Im Gesundheitsmarkt 2020 steht der Patient als Kunde sehr viel stärker im Mittelpunkt. Selbstzahlende, informiert entscheidende Patienten werden von der Ausnahme zur Regel. Die Patientenkommunikation und -segmentierung wird zu einem der kritischen Erfolgsfaktoren für Dienstleister und Produzenten auf allen Ebenen des Gesundheitsmarkts.

Die Datenrevolution.

Die elektronische Vernetzung wird das Gesundheitswesen revolutionieren. Real-Life-Patientendaten und universeller Remote-Zugriff machen das System transparenter und eröffnen neue Möglichkeiten der Prozessoptimierung. Standardisierte Online-Behandlungsleitlinien verändern die Arbeit von Ärzten und Kliniken grundlegend. Im Jahr 2020 werden Online-Inhalte in Form von Studien, Empfehlungen, Protokollen, Leitfäden und Erstattungsrichtlinien bestimmen, welche Diagnosen, Therapien und Medikamente verordnet werden.

Die integrierte Behandlung.

Im Gesundheitsmarkt 2020 werden die Ineffizienzen des heutigen Systems adressiert – durch die Bildung von Netzwerken auf der Behandlungsebene und die Einführung ergebnisorientierter Vergütungssysteme. Arztpraxen, Kliniken und vielleicht auch Versicherer schließen sich zu Health Maintenance-, Accountable Care-Organisationen oder Gesundheitszentren zusammen. Die entstehenden Organisationen werden neue Nachfragemuster schaffen, die rechtzeitig erkannt und bedient werden müssen.

Die gesundheitsökonomische Innovation.

In der kommenden Dekade werden Kosten-Nutzen-Erwägungen zentral sein. Innovative, medizinisch differenzierte Medikamente und Medizintechnik werden auch in der Zukunft gute Preise erzielen. Bahnbrechende Innovationen werden allerdings kleinteiliger – sie werden häufig auf Patientensegmente zugeschnitten sein. Gleichzeitig hält die Kosteninnovation Einzug und Gut-Genug-Produkte drängen auf den Markt. Pharma- und Medizintechnikfirmen müssen jetzt festlegen, in welchem Bereich des Innovationsspektrums und in welchen Marktsegmenten sie künftig aktiv sein wollen, und müssen ihre Organisation und Fähigkeiten dementsprechend ausrichten und aufbauen.

Umfassende Veränderungen bedeuten natürlich auch eine Verschiebung der zu erzielenden Profit Pools. Der hohe Kostendruck sorgt dafür, dass die Margen praktisch aller beteiligten Branchensegmente im Durchschnitt zurückgehen. Dabei wird es Gewinner und Verlierer geben. Unter den Gewinnern werden die Akteure sein, die jetzt Geschäftsmodelle pilotieren, um sich optimal auf den Wandel vorzubereiten und ihn mitgestalten.

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist ein Katalysator für beschleunigte Anpassungsprozesse

Im Jahr 2008 wendeten die USA 16 Prozent ihres Bruttoinlandprodukts (BIP) für Gesundheitsausgaben auf, die fünf größten EU-Länder zwischen neun und elf Prozent. Der Internationale Währungsfonds (IWF) schätzt, dass die Gesundheitsausgaben bis 2030 ohne signifikante Systemänderungen in Europa um weitere drei Prozentpunkte gegenüber dem BIP steigen könnten, in den USA sogar um 4,7 Prozentpunkte (Abb. 1). Auch die Pensionsausgaben werden steigen, allerdings in Europa und in den USA nur um circa einen Prozentpunkt bis 2030, da bereits angestrebte Reformen greifen.

Die Staatsverschuldung der G-7 Volkswirtschaften könnte im Jahr 2030 laut dem IWF ein Niveau von 200 Prozent des BIP erreichen. Heute haben bereits viele europäische Länder die Maastricht-Schwelle überschritten, die bei 60 Prozent Verschuldung gegenüber dem BIP liegt. Deutschland hat 2010 ein Niveau von rund 80 Prozent erreicht, die aktuelle Verschuldung der USA liegt bei gut 90 Prozent, Japans Schuldenberg ist bereits auf über 200 Prozent des BIP gestiegen. Die Industrienationen müssen sparen – vor

allem bei so einem bedeutenden und wachsenden Haushaltsposten wie den Gesundheitskosten.

In den Schwellenländern sind die Gesundheitsausgaben derzeit noch niedrig – 4,7 Prozent des BIP in China und 4,2 Prozent in Indien. Für die Zukunft rechnen Experten jedoch mit einem kräftigen Wachstum der Gesundheitsausgaben in den Schwellenländern, mindestens auf Höhe des volkswirtschaftlichen Zuwachses. Dieser Anstieg wird getrieben durch rasch wachsende Chronikergruppen, Gesundheitsreformen und zunehmenden Wohlstand.

In der Vergangenheit war das Wachstum der Gesundheitsausgaben hauptsächlich durch medizinischen Fortschritt getrieben. In der kommenden Dekade wird die Demographie zu einem weiteren wichtigen Kostentreiber.

Dies wird deutlich am Beispiel der Herzkrankheiten. Sie sind die Todesursache Nummer eins in den USA und verursachen 17 Prozent der gesamten Gesundheitskosten des Landes. Bis 2030 werden sich die Kosten für Herzkrank-

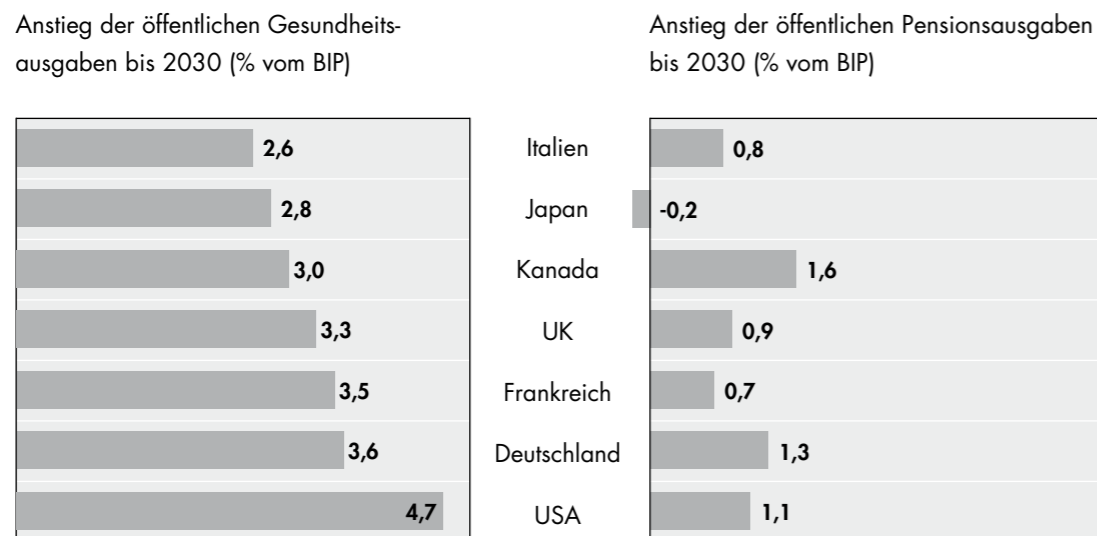
heiten auf mehr als 800 Mrd. US-Dollar verdreifachen, so die American Heart Association. Neue minimalinvasive Methoden erlauben nun auch Eingriffe an sehr alten und kranken Patienten. Zwischen 2005 und 2009 wuchs die Zahl der Kathetereingriffe (Ballons, Stents) in Deutschland bei über 80-jährigen Patienten mit 58 Prozent mehr als doppelt so schnell wie bei der Gesamtheit der Patienten. Neue Technologien wie Kreislauf-Unterstützungssysteme – Miniaturpumpen für Herzinsuffizienzpatienten – und neue Diagnosemöglichkeiten treiben die Kosten je Patient weiter nach oben.

Ärzte in den USA haben erkannt, dass sie fortan mitverantwortlich sind, um die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen (Abb. 2). Eine von Bain durchgeführte Umfrage zeigt, dass 80 Prozent der U.S.-Ärzte Kostensenkung als Teil ihrer künftigen Verantwortung verstehen. In Europa sind die Einstellungen der Ärzte unterschiedlich und hängen vom jeweiligen Gesundheitssystem ab. In Deutschland sieht ein unabhängiger Branchenexperte die Notwendigkeit „volkswirtschaftliche und individuelle Interessen zu verbinden.“

Bain & Company ist der Überzeugung, dass neue Vergütungssysteme ein zentraler Hebel für kosten- und qualitätsorientierte Veränderungen im Gesundheitssystem sind. Zu diesem Ergebnis kommt auch die 2009 veröffentlichte RAND-Studie zum Gesundheitssystem in Massachusetts. Neue Vergütungsstrukturen werden jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn sie in der Lage sind, die Interessen und Ziele aller Beteiligten zu harmonisieren.

Der Kostendruck führt dazu, dass Gesundheitsreformen mit zunehmendem Nachdruck durchgesetzt werden. Auch schwierige Themen wie Vergütungssysteme oder Krankenhausstrukturen werden dabei adressiert. Die für eine solche Umwälzung des Gesundheitsmarkts zu überwindenden Widerstände sind enorm – aber der Handlungsdruck ist da.

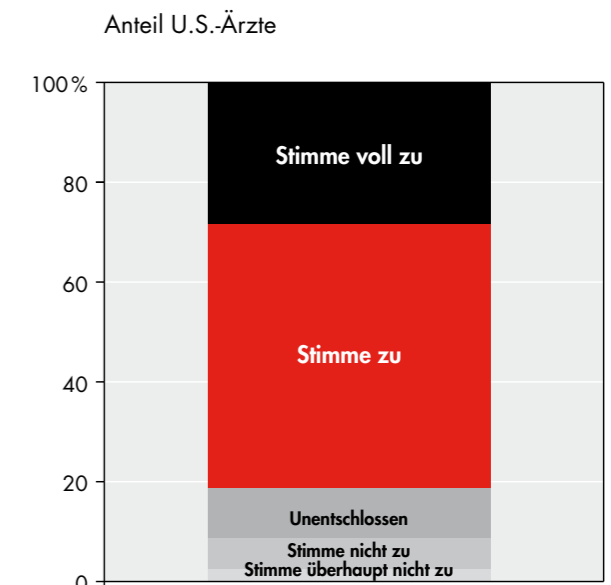
Abb. 1: Der IWF prognostiziert einen weiteren Anstieg der Gesundheits- und Pensionsausgaben gegenüber des BIP



Quelle: IWF 2010

Abb. 2: U.S.-Ärzte fühlen sich zunehmend verantwortlich, zur Kostenkontrolle beizutragen

„Ich bin mitverantwortlich, die Gesundheitsausgaben unter Kontrolle zu bekommen“



Quelle: Bain Ärzteumfrage, Januar 2011

Vier grundlegende Anpassungsprozesse bestimmen den Gesundheitsmarkt von morgen

Der weltweit stattfindende Umbau der Gesundheitssysteme verbindet sich mit den modernen Möglichkeiten der Datenverarbeitung, Vernetzung und mobilen Kommunikation. Gleichzeitig sind die niedrig hängenden Früchte im Pharma- und Medizintechnikmarkt abgeerntet und die Marktsegmente werden kleinteiliger. Dies ergibt eine Reihe grundlegender Veränderungen im Kräftegleichgewicht der Marktteilnehmer – Patienten und Versicherer werden mächtiger, während die Handlungs- und Gestaltungsfreiheit der Ärzte eingeschränkt wird. Vor allem Pharma- und Medizintechnikunternehmen erleben neue Nachfragemuster, auf die sie mit neuen Arten der Innovation und Vermarktung antworten müssen.

Auf der Basis bereits heute erkennbarer Trends im Markt und infolge umfangreicher Diskussionen mit Ärzten, Ver-

sicherern, Distributoren und Industrie hat Bain & Company vier grundlegende Prozesse identifiziert, die das Gesundheitswesen in diesem Jahrzehnt entscheidend prägen werden (Abb.3).

- Prozess 1: Der engagierte Patient**
- Prozess 2: Die Datenrevolution**
- Prozess 3: Die integrierte Behandlung**
- Prozess 4: Die gesundheitsökonomische Innovation**

Im nächsten Schritt wurden Implikationen für Ärzte, Krankenhäuser, Versicherer, Distributoren und Industrie abgeleitet und Vorschläge erarbeitet, welche Initiativen die unterschiedlichen Akteure als Antwort auf die grundlegenden Veränderungen im Markt prioritär verfolgen sollten.

Abb. 3: Vier Anpassungsprozesse werden den Gesundheitsmarkt grundlegend ändern



Quelle: Bain & Company

Prozess 1: Der engagierte Patient

Das Internet und mobile Applikationen sorgen für immer besser informierte Patienten, mit immer genaueren Vorstellungen über ihren Gesundheitszustand und die notwendige Behandlung. Der weltweit zu beobachtende Trend zu mehr Zuzahlung im Gesundheitswesen stärkt diese Entwicklung. Patienten werden in Zukunft von einer weitgehend steuerbaren Größe zu einem aktiven Entscheidungsträger, der umworben, bedient und überzeugt werden will.

Eigenbeteiligung: Die notwendigen Reformen der überlasteten Gesundheitssysteme in den Industrieländern werden immer stärker auf Zuzahlungen und Zusatzversicherungen setzen, um die Kostenbelastung der breiten Versichertenbasis und der öffentlichen Haushalte zu senken.

Bei voll bezahlten Gesundheitsleistungen achten Patienten nicht auf die Kosten – im Gegenteil, viele möchten für ihre ohnehin getätigten Beitragszahlungen eine möglichst umfangreiche ärztliche Betreuung. Private Zuzahlungen hingegen bewirken mehr Kostenbewusstsein auf Seiten der Patienten. Gleichzeitig verschieben sie das Machtgefüge im Gesundheitssystem weiter: Wer zahlt bestimmt. Patienten wollen künftig stärker als Kunden gesehen und angesprochen werden.

Patienten Connectivity

Patienten Webseiten: Gesundheitsportale, Krankheiten-Blogs und Selbsthilfegruppen ermöglichen Patienten bereits heute, sich detailliert über ihre Krankheit zu informieren. In den USA haben sich Patienten-Plattformen wie „WebMD“ und „PatientsLikeMe“ zu populären Portalen mit Millionen täglicher Besucher entwickelt. Und auch das Ärzte-Portal „UpToDate“ bietet einen Patientenzugang an. Die Qualität der online verfügbaren Gesundheitsinformationen wird immer besser, die Suche nach relevanten Informationen einfacher.

Umfragen U.S.-amerikanischer Meinungsforscher wie Harris Interactive und Pew Research Center zeigen, dass Gesundheit zu den wichtigsten Themen im Internet gehört: Vier Fünftel der Internet-Nutzer haben schon nach medizinischen Informationen im Internet gesucht (Abb. 4). Zunehmender Austausch mit anderen Patienten, eine neue Offenheit gegenüber öffentlich zugänglichen persönlichen Daten und Meinungen im Web und problemloser Zugang zu medizinischen Informationen führen dazu, dass sich Patienten künftig häufiger ein eigenes Urteil über ärztliche

Leistungen und notwendige Medikation oder Eingriffe bilden werden. So entstehen deutlich spezifischere Patientenanforderungen an Ärzte und Kliniken, sowie konkrete Vorstellungen bezüglich Behandlung und Medikation. Der Dialog zwischen Arzt und Patient ändert sich.

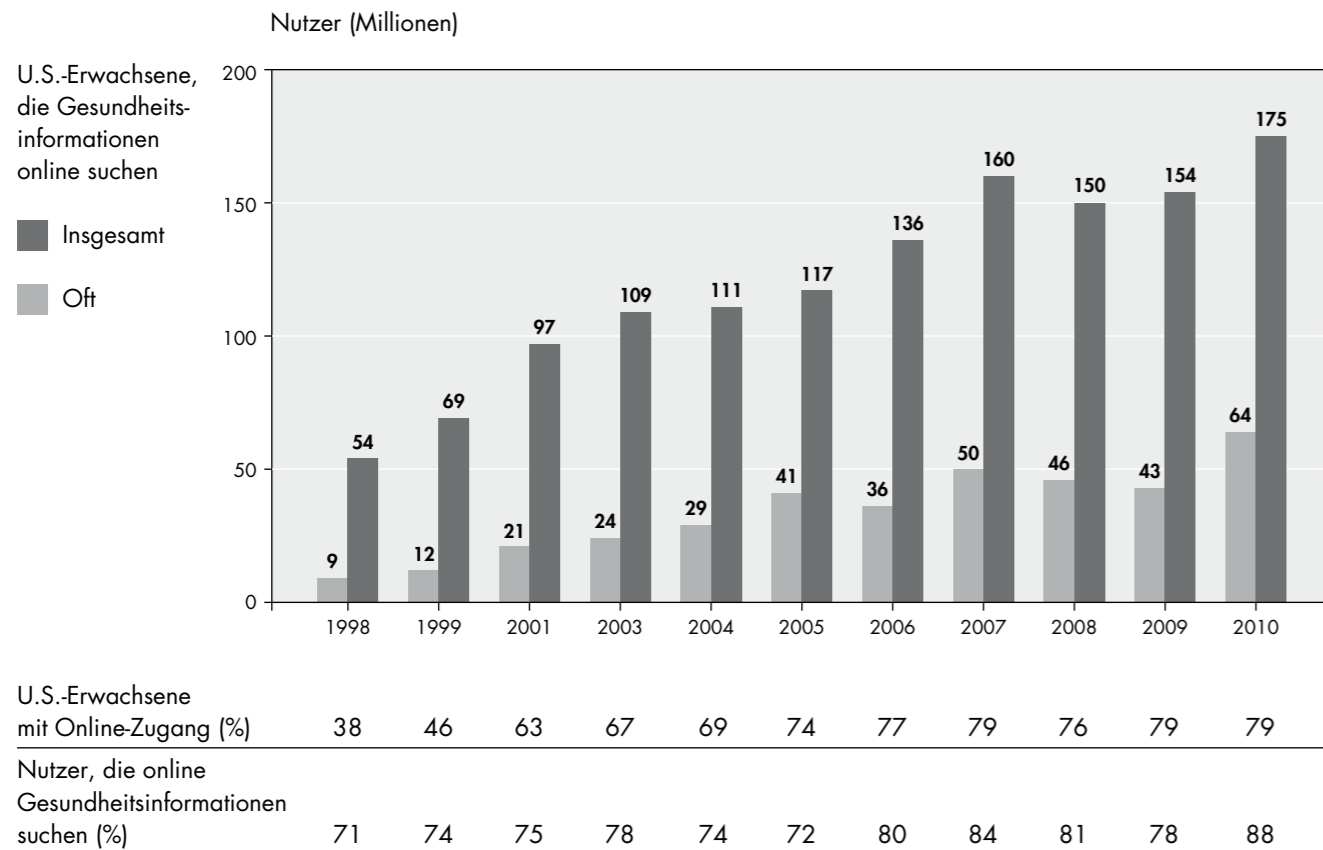
Mobile Gesundheits-Applikationen (m-Health): Smartphones und die darauf laufenden Apps sind eine relativ neue, sich rasant entwickelnde Hilfe für Patienten. Experten schätzen, dass es bereits rund 1.000 auf den Verbraucher zielende Fitnessprogramme, Kalorienzähler, Glukose-Rechner, Einnahmeerinnerungen für Medikamente und vieles mehr gibt. Auch Pharmafirmen haben in Gesundheits-Apps investiert, so Merck mit der Diabetes-App „Vree“ oder Johnson & Johnson mit dem Morbus Crohn-Tagebuch. Bereits heute helfen mobile Gesundheits-Applikationen Patienten, gesünder zu leben und spezifische Risikofaktoren oder gesundheitliche Parameter besser zu kontrollieren.

Die künftigen Möglichkeiten der sogenannten m-Health-Applikationen beginnen sich jedoch erst herauszukristallisieren. Smartphone Health Apps werden wahrscheinlich breite Anwendung finden, sich aber nicht zu bedeutenden, eigenständigen Umsatzbringern entwickeln; sie sind entweder umsonst oder kosten nur wenig. Es ist wahrscheinlich, dass viele Apps von Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen sowie Versicherern finanziert werden, die sicherstellen möchten, dass Medikamente genommen und Behandlungen konsequent durchgeführt werden. Mit den entsprechenden Sensoren können Smartphones auch als mobile Patientenmonitoring-Systeme fungieren – schon heute können beispielsweise über die App iBGStar von Sanofi-Aventis Blutzucker-Messungen in das Smartphone eingelesen und dadurch besser überwacht sowie bei Bedarf an den Arzt übertragen werden. Auch über iPads und andere Tablet-Computer werden Health Apps zukünftig vermehrt genutzt. Inwieweit solche Apps helfen, die Effektivität und

Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern, muss abgewartet werden. Einige frühe m-Health Anwendungen wie SMS-Erinnerungen zur Medikamenteneinnahme für jugendliche Patienten haben gewisse Erfolge verzeichnet.

Im Allgemeinen waren jedoch Programme, die auf eine Verhaltensänderung des Patienten abzielen, bisher nur mäßig erfolgreich.

Abb. 4: Zahl der U.S.-Nutzer von Online Gesundheitsinformationen hat stark zugenommen



Quelle: Harris Interactive

Personal Health Record (PHR): Die Idee der persönlichen Gesundheitsakte ist noch relativ jung. Sie basiert im Wesentlichen auf einer durch den Nutzer selbst erstellten elektronischen Sammlung persönlicher Fitness- und Gesundheitsdaten. Darauf aufbauend bietet die PHR-Plattform Informationsdienste rund um Gesundheit, Fitness und Medizin. Microsoft „HealthVault“ wurde 2007 gegründet, „Google Health“ im Jahr 2008. Beide scheinen im ersten Anlauf nicht besonders erfolgreich, aber es gibt bereits Weiterentwicklungen wie den 2010 online gegangenen „Mayo Clinic Health Manager“ oder die für Deutschland von Siemens entwickelte Adaption „Assignio“. Gut gepflegte PHRs könnten zu einer wertvollen Datenquelle für die behandelnden Ärzte werden, eine Smartphone-App hält zudem Notfallinformationen wie Krankheiten, Unverträglichkeiten oder die Blutgruppe vor. Zusätzliche Gesundheitsprogramme im PHR helfen den Nutzern, die verschriebenen Medikamente beurteilen zu können, chronische Krankheiten besser zu managen oder ein gesundheitsbewussteres Leben zu führen.

Noch ist das Anlegen der Patientenakte aufgrund meist manueller Dateneingabe mühsam. Doch künftig könnten Patientendaten elektronisch aus den EMR-Systemen von Kliniken, Ärzten und Laboren in PHR-Systeme überführt werden. Außerdem werden mehr und mehr kompatible externe Monitoring-Geräte für die regelmäßige Aufzeichnung von Krankheitsparametern mit automatischer Datenübermittlung zur Verfügung stehen. Versicherer könnten die Akzeptanz von PHRs vorantreiben, indem sie effektive Wege identifizieren, um sie im Gesundheitsmanagement einzusetzen.

Fazit: Patienten werden zu ihren eigenen Gesundheitsmanagern. Sie gehen mit einer neuen Offenheit mit Themen rund um Gesundheit und Krankheit um. Es findet ein Umdenken statt, das letztendlich eine Änderung von Verhaltensweisen mit sich bringt. Patienten übernehmen mehr Verantwortung, fordern aber auch mehr Dialog und Leistung von Ärzten, Gesundheitsdienstleistern und Pharmaherstellern. Der engagierte Patient wird zum zentralen Kunden im Gesundheitsmarkt.

Prozess 2: Die Datenrevolution

Elektronisch verfügbare und vergleichbare Real-Life-Patientendaten, Auswertungskapazität und elektronische Leitlinien sind die Ingredienzien für eine medizinische Revolution. Zum ersten Mal wird es möglich, auf Basis von Real-Life-Daten die tatsächlich erzielten Erfolge medizinischer Behandlungen für verschiedene Patientensegmente zu messen, Schwachstellen im Gesundheitswesen zu identifizieren, ärztliche Erfahrungen sinnvoll zu aggregieren. Die Datenrevolution wird zahlreiche Konstanten des Gesundheitssystems mit zunehmender Geschwindigkeit verändern. Die medizinische Versorgung wird standardisierter, ärztliche Entscheidungsspielräume werden schmaler.

Elektronische Patientenakten (ePA oder engl. EMR): Ziel elektronischer Patientenakten ist die langfristige Aufzeichnung aller Behandlungs- und Gesundheitsdaten, um Effizienz und Behandlungsqualität in einem vernetzten Behandlungssystem zu verbessern und unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Zudem ist die elektronische Patientenakte die Basis, um neue Formen der Gesundheitsforschung einzuführen und die Behandlungspraxis zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass die EMR-Implementierung nach einer schleppenden Entwicklung in den letzten Jahren jetzt an Fahrt gewinnt. In den USA ist das durch das American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) Stimulus Paket getrieben, das Ärzten attraktive Anreize zur Anschaffung eines EMR-Systems bietet. Rund 80 Prozent der Ärzte in den USA erwarten, in den nächsten zwei Jahren mit elektronischen Patientenakten zu arbeiten (Abb.5). Heute sind es nur 30 Prozent, und oftmals sind die derzeit verwendeten Systeme unzureichend.

In Europa plant die EU-Kommission bis 2015 einen europaweiten Standard für sichere und einheitliche Online-Patientenakten zu etablieren. In Schweden und Dänemark nutzen bereits alle Ärzte elektronische Patientenakten. In Ländern mit strikten Datenschutzregelungen wie in Deutschland wird die breite EMR-Implementierung und Vernetzung langsamer verlaufen. In Schwellenländern gibt es bereits einige Vorzeigebeispiele. Die chinesische Stadt Xiamen deckt bereits 95 Prozent der Ärzte und 50 Prozent der Einwohner mit einem EMR-System ab. Shanghai, das ebenfalls eine EMR-Initiative besitzt, nutzt Patientendaten bereits zur Identifikation von Krebsrisikogruppen.

Real-Life-Daten: Die Auswertung elektronischer Patientenakten wird zukünftig valide statistische Daten über tatsächlich erreichte Behandlungserfolge liefern. Diese neue Art der Forschung mit Real-Life-Daten könnte einerseits die Lücke zwischen den Ergebnissen klinischer Tests und

den Ergebnissen praktischer Behandlung schließen. Andererseits können Patientengruppen auf Basis der Datenanalysen gezielt angesprochen werden, Präventions- oder Disease Management-Programme (DMP) können segmentspezifisch zugeschnitten werden. Bei der Verwendung von Real-Life-Daten müssen sicherlich noch einige Hürden überwunden werden, wie Datenschutzfragen, die Sicherung einer guten Datenqualität und die Interpretation von Daten in uneinheitlichen Real-Life-Patientenpopulationen. Erste Beispiele zeigen allerdings, dass man mit Real-Life-Daten sinnvoll arbeiten kann.

Das U.S.-Healthcare-Unternehmen Kaiser Permanente, das mit 8,6 Millionen erfassten Patienten die größte private Sammlung elektronischer Patientendaten besitzt, nutzt Real-Life-Datenanalysen bereits für die Verbesserung ihrer Disease Management-Programme und für die Erstellung von Behandlungsleitfäden. Kaiser Permanente nutzt Patientendaten auch in Zusammenarbeit mit dem International Serious Adverse Event Consortium (iSAEC) bei der Erforschung genetischer Grundlagen von medikamentenbedingten schweren Nebenwirkungen.

Elektronische Behandlungsleitlinien: Die elektronische Patientenakte sowie die weiterhin zunehmende Zahl von Comparative Effectiveness-Studien wird die Entwicklung optimierter Behandlungsleitlinien beschleunigen. In Kliniken werden diese Leitlinien in das Krankenhaussystem integriert, so dass sie nicht nur die Entscheidungen von Ärzten und Pflegern leiten, sondern gleichzeitig den Behandlungsweg dokumentieren und die notwendigen Informationen für die Versicherungsunterlagen sammeln.

Die U.S.-Ärzte-Plattform „UpToDate.com“ ist derzeit der führende Anbieter öffentlich zugänglicher elektronischer Behandlungsleitlinien. 25 Prozent der amerikanischen Ärzte nennen sie als eine ihrer zwei wichtigsten Quellen

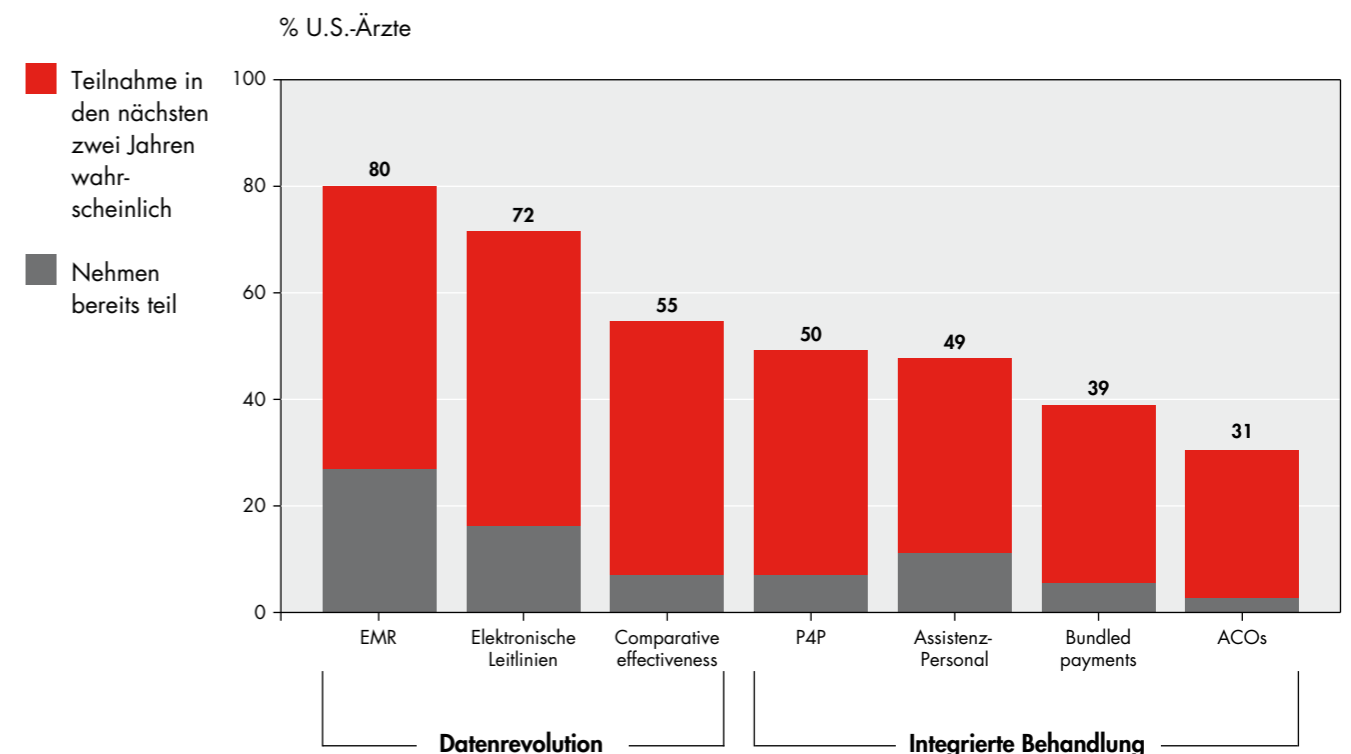
für Behandlungsleitlinien. U.S.-Ärzte erwarten, dass sich die Nutzung elektronischer Leitlinien in den nächsten zwei Jahren verfünffachen wird. Ein niedergelassener Hausarzt erkennt in dieser Entwicklung einen grundlegenden kulturellen Wandel: „Die Wichtigkeit von Datenaustausch und Protokoll-Nutzung dringt ins allgemeine Bewusstsein.“

Ärzteportale: Dort wo Ärzte nicht über Leitlinien in ihrer Behandlung festgelegt sind, nutzen sie Webseiten zur Information und zum Austausch. Die Akzeptanz und Nutzung dieser Webseiten ist bereits signifikant und wächst rapide: In Deutschland meldete die Online-Community „Coliquio.de“, die ausschließlich dem fachlichen Austausch von Ärzten dient, Anfang 2011 eine Mitgliederzahl von 40.000. Das entspricht rund zehn Prozent der

deutschen Ärzteschaft. Im August 2010 waren es noch 30.000. In den USA ist „sermo.com“ führend für den exklusiven Austausch von Ärzten untereinander. Medscape ist U.S.-Marktführer bei der Bereitstellung medizinischer Informationen und auch auf Smartphones verfügbar – hier gibt es bereits 700.000 registrierte Nutzer aus dem Healthcare-Bereich.

Fazit: Eine verbesserte Datenlage, exaktere Behandlungsrichtlinien und die lückenlose Protokollierung der Behandlung verengen die Spielräume auf der Behandlungsebene. Die medizinische Versorgung des Jahres 2020 wird in hohem Maße standardisiert sein.

Abb. 5: U.S.-Ärzte erwarten grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem



Quelle: Bain Ärzteumfrage, Januar 2011

Prozess 3: Die integrierte Behandlung

Der ökonomisch notwendige Umbau der Gesundheitssysteme setzt derzeit in allen Nationen auf Integration und Vernetzung von Kliniken, Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern. Dies soll Rationalisierungspotenziale freisetzen. Zudem soll die Effektivität der Behandlung durch eine übergreifende Betreuung der Patienten verbessert werden. Neue Honorarstrukturen sind zwingend erforderlich, um Anreize zur Zusammenarbeit und zu kostenbewussterem Handeln für Ärzte und Kliniken zu schaffen.

Netzwerke: Ein über viele Länder zu beobachtendes Element der Reformen im Gesundheitswesen ist das Bestreben, Netzwerke von Ärzten, Kliniken und Rehabilitationszentren zu bilden. Dadurch sollen Mehrfachuntersuchungen und Mehrfachdiagnosen vermieden und der Patient effizienter durch die Behandlung geleitet werden. Außerdem sollen die Netzwerke nach Vorstellung vieler Gesundheitsreformer eine Art Gesamtverantwortung für die Gesundung ihrer Patienten übernehmen, die dann beispielsweise über Kopfpauschalen oder leistungsbezogene Einsparvergütungen honoriert wird. In Deutschland soll diese Rolle von Ärztenetzen übernommen werden, in der Schweiz durch HMO-Modelle und Gesundheitszentren, in den USA durch sogenannte Accountable Care Organizations (ACO) und Physician Centered Medical Home-Modelle (PCMH). Die Entstehung von Behandlungsnetzwerken wird in zahlreichen Ländern über das nächste Jahrzehnt hinweg gefördert werden.

Gesundheitsmanagement: Ein in vielen Ländern verfolgter Ansatz, um den Behandlungserfolg zu verbessern, ist die Begleitung von Patienten durch ihre Krankheit. Ziel des Gesundheitsmanagements ist, eine der Krankheit angepasste Lebensweise zu fördern und eine protokollgerechte Behandlung sicherzustellen, beispielsweise in Bezug auf regelmäßige Medikamenteneinnahme und Diagnostik. Gesundheitsmanagement fokussiert auf Chroniker und Hochkosten-Patienten mit dem Ziel, die Gesundheitsausgaben zu verringern und die Qualität der Behandlung zu verbessern. Der größte Hebel liegt hier in der Vermeidung von Notfallaufnahmen und stationärer Behandlung. Historische Ansätze des Disease Managements wie die Call-Center-Methodik von Firmen wie Healthways und HealthDialog haben in den vergangenen Jahren einige Erfolge verbucht, allerdings mit begrenzter Kosteneffektivität. Zukünftige Ansätze des Gesundheitsmanagements werden auf Effektivität und Wirtschaftlichkeit hin opti-

miert sein – zum einen durch evidenzbasierte Konzepte für genau definierte Patientensegmente, zum anderen durch den Einsatz kostengünstiger, patientenfreundlicher Telemedizinengeräte.

Honorarstrukturen: Die Erfahrung mit integrierten Behandlungsansätzen der letzten Jahre hat gezeigt, dass geeignete Anreize ein Muss für den Erfolg vernetzter Strukturen sind. Künftig sollen Ärzte und Krankenhäuser nicht mehr nur nach der erbrachten Leistung bezahlt werden, sondern ganz oder teilweise nach dem Erfolg ihrer Arbeit. Im Gespräch sind an den Behandlungserfolg geknüpfte Prämien, eine Partizipation an durch Zusammenarbeit erzielten Einsparungen sowie Kopfpauschalen. Die Ausgestaltung und Umsetzung solcher neuen Honorarstrukturen wird aller Wahrscheinlichkeit nach langwierig und komplex. Ärztebefragungen in Deutschland und den USA zeigen, dass das derzeitige System die Mengenausweitung fördert, da Ärzte ihr Einkommen über die Anzahl der verordneten Maßnahmen selbst beeinflussen können und dies auch tun.

Fazit: In Summe führen die Maßnahmen zur Kosteneindämmung und Qualitätssicherung zu einer neuen Verteilung der Verantwortlichkeit im Gesundheitswesen: Staatliche Gesundheitssysteme und Versicherungen übernehmen mehr aktive Steuerungsfunktionen; zu Netzwerken zusammengeslossene Ärzte und Kliniken tragen eine höhere Kosten- und Ergebnisverantwortung.

i Beispiel Dänemark: Hausarztprinzip und digitale Welt

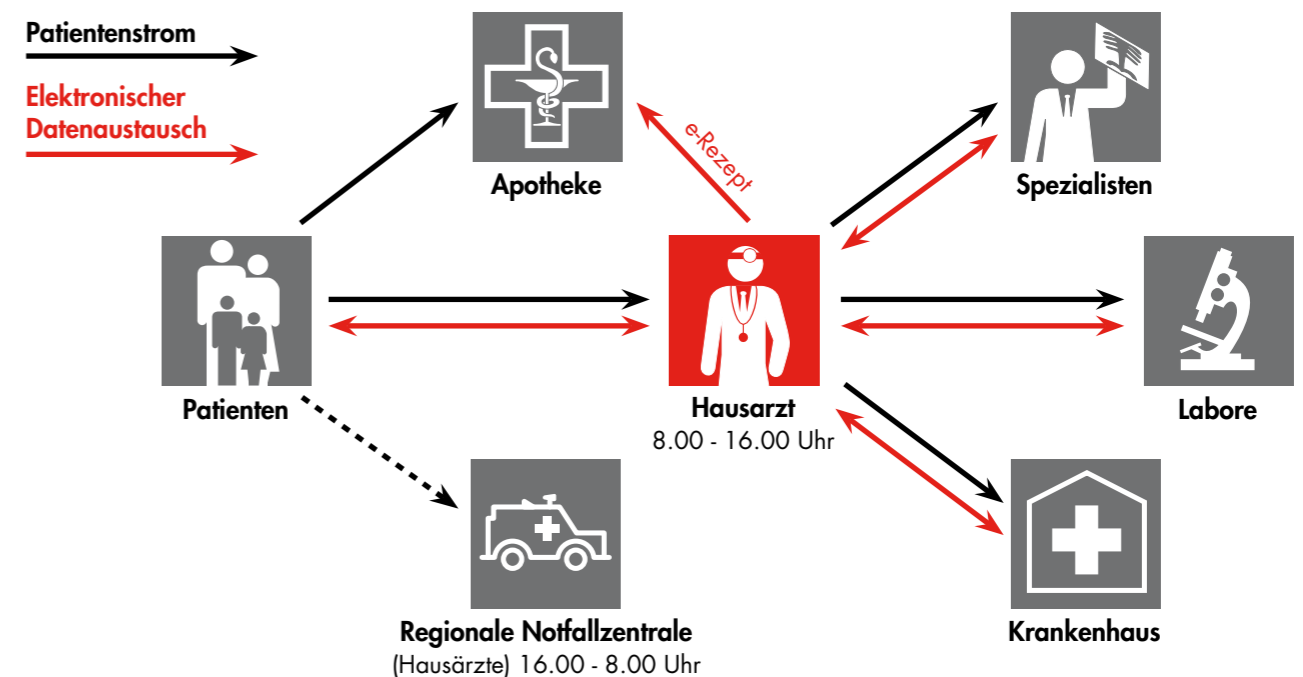
Staatlich gesteuert: Die Finanzierung des dänischen Gesundheitswesens geschieht über die Einkommenssteuer. Wer in Dänemark lebt, ist automatisch staatlich krankenversichert. Alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind Angestellte oder Vertragspartner des Staats. Der Gesundheitsstandard und die Zufriedenheit der Patienten sind überdurchschnittlich hoch, die Kosten des Gesundheitssystems liegen mit 9,7 Prozent des BIP im Mittelfeld der westeuropäischen Länder.

Hausarzt-Incentive: Für das Festlegen eines Hausarztes gibt es eine Steuererleichterung, die 98 Prozent der Dänen nutzen. Der Hausarzt ist die zentrale Schaltstelle für alle Behandlungen und betreut durchschnittlich 1.500 Menschen. Er behält stets den Gesamtzustand seiner Patienten im Blick. Der Hausarztberuf ist in Dänemark attraktiv, es gibt keinen Mangel an Nachwuchs

wie in einigen anderen EU-Ländern. Hausärzte praktizieren meist in kleineren oder größeren Gruppenpraxen. Die Vergütung erfolgt durch eine Kombination aus „Fee-for-Service“ und Kopfpauschalen.

Effizienzaspekte: Das dänische System nutzt moderne Kommunikationsmittel. Der Hausarzt führt die elektronische Patientenakte und hat digitalen Zugang zu den Untersuchungsergebnissen, Röntgenbildern und Diagnosen der Fachärzte. Er muss allen vorgeschlagenen Behandlungen zustimmen. Patienten oder Pflegegedienste können Rezepterneuerungen elektronisch anfordern, der Arzt validiert das Rezept durch das Setzen eines Häkchens im System, womit es automatisch an die Apotheke weitergeleitet wird. Die Apotheken geben dem Patienten das jeweils günstigste Präparat mit dem verordneten Wirkstoff (Abb. 6).

Abb. 6: In Dänemark ist die elektronische Vernetzung bereits Realität



Quelle: Bain & Company

Prozess 4: Die gesundheitsökonomische Innovation

Trotz ausdifferenzierter Gesundheitssysteme in den Industrienationen gibt es weiterhin einen hohen Bedarf an Innovation. Doch die Hürden für bahnbrechende Innovationen sind so hoch wie nie zuvor. Eine Chance bietet der immer genauere Einblick in die molekulare und genetische Ebene pathologischer Geschehnisse. Er ermöglicht Forschung in Richtung einer personalisierten Medizin und damit die Entwicklung von wirksameren und sichereren Behandlungen für spezifische, granulare Patientensegmente. Restriktive Erstattungsrichtlinien der Versicherer werden künftig immer häufiger Behandlungsmethoden und Präparate mit zweifelhaftem Kosten-Nutzen-Verhältnis ausschließen. Gleichzeitig werden sie kostengünstige Gut-Genug-Produkte fördern.

Stockende Produkt-Pipeline: Bis 2014 laufen Medikamentenpatente mit einem Umsatz von rund 80 Mrd. US-Dollar aus. Gleichzeitig kommen aus der F&E-Pipeline immer weniger neue Medikamente, um diese Lücke zu füllen – die Zahl der Medikamentenzulassungen pro Jahr ist seit Mitte der neunziger Jahre um fast die Hälfte gesunken. Auch Neuerungen in der Medizintechnik werden kleinteiliger. Höhere Zulassungshürden sind ein Grund für diese Entwicklung, doch der wichtigere Aspekt ist, dass Forschung auf dem bereits erreichten hohen medizinisch-technischen Niveau immer schwieriger und teurer wird.

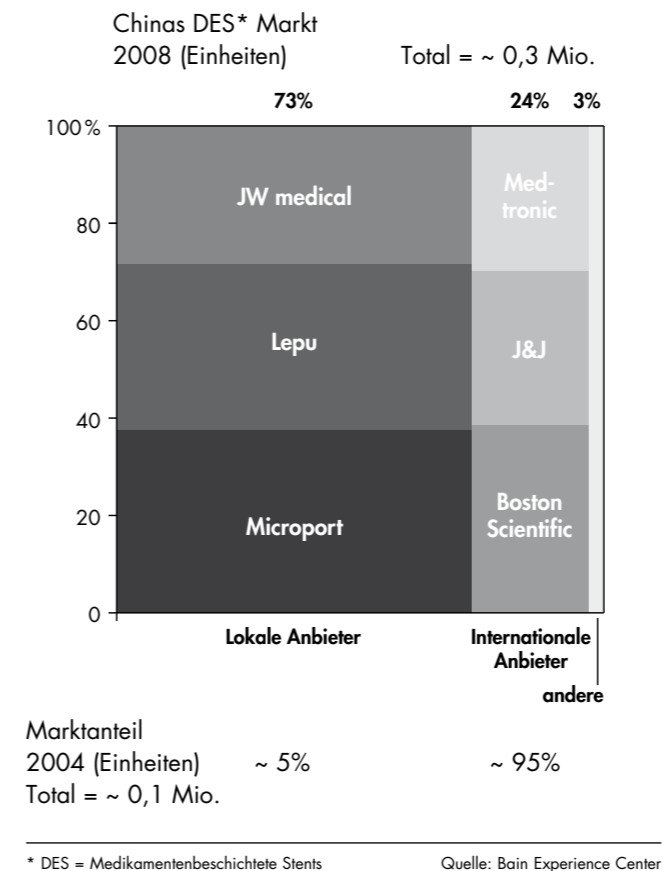
Kosten-Nutzen-Bewertungen: Künftig werden die nationalen Gesundheitssysteme ihre Erstattungsrichtlinien sehr viel stärker an Kosten-Nutzen-Erwägungen ausrichten. Dabei helfen ihnen Institutionen wie NICE in Großbritannien oder IQWiG in Deutschland, die Medikamente und Behandlungsmethoden auf ihren Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüfen. In den USA scheint die geplante Einrichtung eines entsprechenden Instituts zurzeit vom Tisch, doch das Thema wird sicherlich bald wiederaufleben. Behandlungen, deren Kosten-Nutzen-Bewertung negativ ausfällt, werden künftig nicht mehr erstattet; bei teuren Therapien verlangen Versicherer womöglich eine zweite Meinung. Die Datenrevolution wird es Gesundheitsbehörden durch Comparative Effectiveness-Studien (CER) und Auswertung elektronischer Patientenakten erlauben, einen Großteil der Behandlungs- und Diagnosemethoden stringent nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten zu bewerten. Im American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) von 2009 wurden 1,1 Mrd. US-Dollar für CER vorgesehen, die auf verschiedene öffentliche Institute verteilt werden.

Personalized Medicine: Genetische Profile und eine genauere Kenntnis der Vorgänge auf molekularer Ebene, speziell bei Proteinen und Metaboliten, haben zu neuen Diagnoseansätzen geführt. In Verbindung mit künftig verfügbaren elektronischen Patientenakten werden Ärzte genauere Erkenntnisse über individuell auftretende Krankheitsausprägungen, Nebenwirkungen und das Zusammenwirken verschiedener Präparate bei dem jeweiligen Patienten gewinnen können. Dies wird innerhalb des nächsten Jahrzehnts dazu führen, dass auch solche Medikamente eingesetzt werden, die nur bei einer Minderheit der Patienten wirksam sind – die also bei klassischen klinischen Tests versagen. Die Auswirkung auf die Pharmaindustrie und Distributoren ist, dass es künftig weniger Blockbuster-Präparate geben wird, dafür aber insgesamt eine breitere Palette an Pharmazeutika. Bereits heute entwickeln grosse Pharmafirmen bis zu 40% der Phase III und IV Pipeline-Produkte zusammen mit einem begleitenden Diagnostikum oder einer alternativen Stratifizierungsmethode.

Seltene Krankheiten: Im Bereich seltener Krankheiten gibt es nach wie vor einen hohen medizinischen Bedarf. Laut dem U.S. National Institute of Health (NIH) gibt es rund 7.000 seltene Krankheiten. Allerdings sind nur ungefähr 350 Medikamente in den USA für die Behandlung dieser Krankheiten registriert. Zurzeit befinden sich so viele neue Medikamente für seltene Krankheiten in der klinischen Entwicklung wie nie zuvor. Medikamente für seltene Krankheiten können zwar nicht die Blockbuster-Umsätze ersetzen, die Pharmaunternehmen bei Patentauslauf verlieren. Doch die Entwicklung solcher Medikamente ist schneller und kostengünstiger, und teilweise können Erkenntnisse aus der Entwicklung für größere Indikationen genutzt werden.

Abb. 7: Chinesische Gut-Genug-Stents

In China haben einheimische Stents mit einem Preisvorteil von rund 40 Prozent bereits drei Viertel des Markts erobert



Gut-Genug-Segment: In den nächsten zehn Jahren wird der Markt für Produkte und Behandlungen mit kostenoptimierten Eigenschaften alle Bereiche der Medizin erreichen – es entsteht ein Gut-Genug-Segment, das zunehmend aus Niedriglohnländern gespeist wird. Für viele Indikationen werden Gut-Genug-Produkte zum Goldstandard in der Behandlung.

Ein aktuelles Beispiel erfolgreicher Gut-Genug-Produkte findet sich im Bereich Stents in China (Abb. 7). Künftig wird der gesamte Markt von solchen Angeboten betroffen sein – vom Implantat bis zum Verbandsmaterial. Krankenhäuser haben das Kosteneinsparungspotenzial durch Gut-Genug-Produkte erkannt. Ein Krankenhausexperte aus Deutschland berichtet: „Bei Linksherzkathetern haben wir ein preisgünstiges Modell für fünf Euro von einem deutschen Mittelständler identifiziert. Das Topprodukt kostet 35 Euro; wir gehen davon aus, dass die Qualität annähernd vergleichbar ist.“

Fazit: Die insgesamt abnehmende Produktivität der F&E-Kanäle sowie die in Zukunft mehr und mehr zersplitterten Absatzsegmente erfordern neue Wege der Innovation. Internationale Innovationsnetzwerke helfen, die Forschungseffektivität zu steigern und Entwicklungsrisiken auf mehrere Schultern zu verteilen.

Gesundheitsarchitektur 2020: patientengetrieben, verzahnt, von neuen Spielern geprägt

Die vier grundlegenden Anpassungsprozesse, die heute bereits in Ansätzen erkennbar sind, werden im Jahr 2020 einen Gesundheitsmarkt mit neuer Architektur hervorbringen.

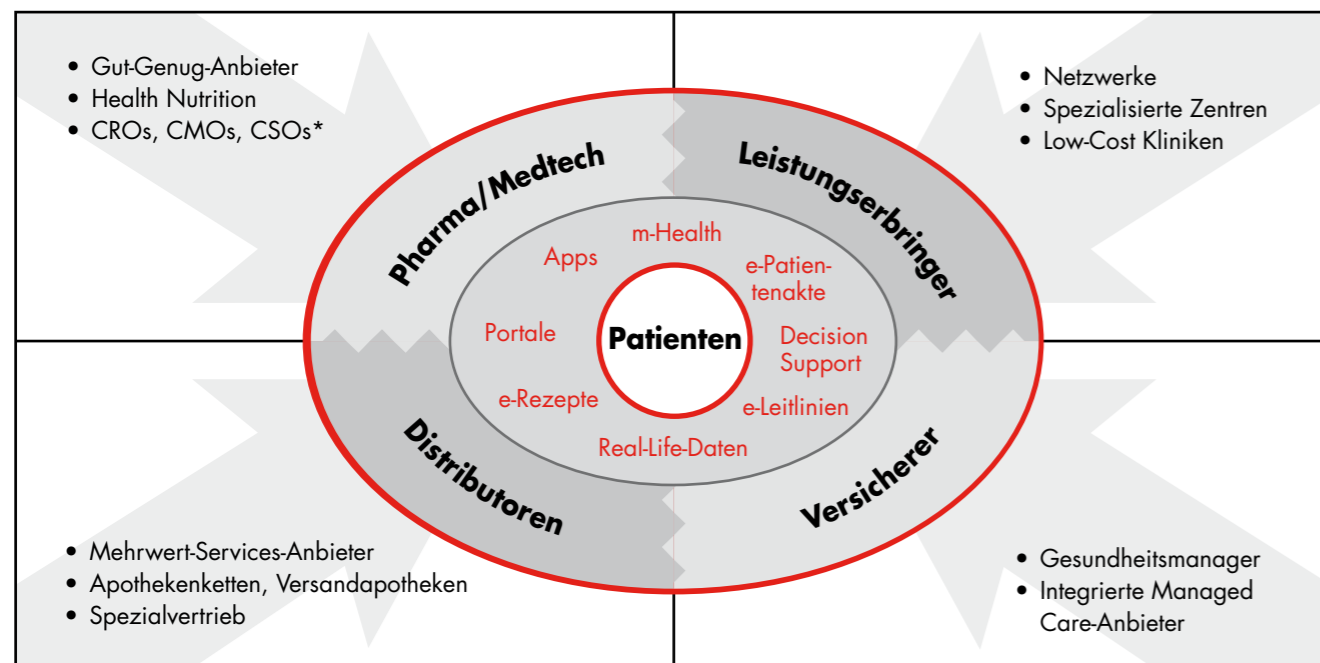
Im Gesundheitsmarkt 2020 nimmt der Patient eine zentrale Rolle ein. Elektronische Patientenakten und Vernetzung schaffen Transparenz – über Patienten und für Patienten. Die daraus entstehende höhere Systemeffizienz kommt letztlich dem Patienten zugute. In allen Bereichen des Gesundheitswesens nimmt die direkte Kommunikation mit dem Patienten zu, Lösungen werden stärker auf den Bedarf der Patienten zugeschnitten. Der Patient wird zur erfolgskritischen Zielgruppe für Angebote auf allen Ebenen des Gesundheitssystems.

Sektoren sind 2020 verzahnt. Versicherer und Leistungserbringer sind im Jahr 2020 stärker integriert, sei es vertraglich oder über Beteiligungen. Distributoren übernehmen zusätzliche Services, etwa im Gesundheitsmanagement. Pharma und Medizintechnik fokussieren sich auf Kernaktivitäten in der Wertschöpfungskette und arbeiten

in strategischen Partnerschaften mit Outsourcing-Providern wie CROs, CMOs, CSOs und anderen Serviceorganisationen. Elektronische Netzwerke vereinfachen die Zusammenarbeit, verringern aber auch die Freiheitsgrade auf allen Ebenen.

Neue Spieler sind 2020 etabliert. Der Kostendruck eröffnet Chancen für Anbieter von kostengünstigen Produkten und Lösungen. Healthcare-IT entwickelt sich exponentiell weiter; dies betrifft Praxis- und Kliniksysteme genauso wie Patientenanwendungen und Remote Monitoring. Im Jahr 2020 werden sich sowohl große Technologiekonzerne als auch Newcomer in diesem Markt etabliert haben. Die wesentlich stärkere Vernetzung eröffnet neue Geschäftsfelder für Integratoren wie Managed Care-Anbieter oder Unternehmen, die in strategischen Partnerschaften Leistungen von traditionellen Marktteilnehmern übernehmen (Abb.8).

Abb. 8: Neue Spieler drängen auf den Markt, Sektoren sind zunehmend verzahnt



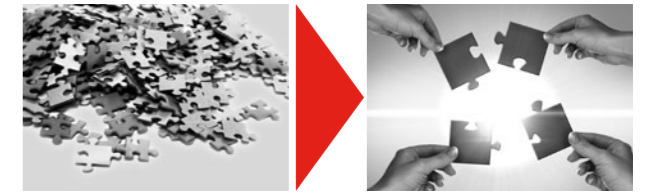
rot = Healthcare-IT

*Auftragsentwickler, Auftragsfertiger, externe Vertriebsorganisationen

Quelle: Bain & Company

Implikationen für Unternehmen und Organisationen

1. Ärzte und Krankenhäuser: Von Silos zu Netzwerken



Ärzte und Krankenhäuser haben sich 2020 weitgehend zu Netzwerken zusammengeschlossen, die oftmals eine gesamte Versichertenpopulation zum Festpreis versorgen. Hausarztmodelle werden 2020 in denjenigen Ländern implementiert sein, in denen der Hausarzt traditionell eine zentrale Rolle einnimmt, und wo es keinen Engpass an gut ausgebildeten Hausärzten gibt. Andere Länder werden stärker auf alternative Modelle wie zum Beispiel Gesundheitszentren setzen. Ein Beispiel ist die Schweiz, wo in den nächsten zehn Jahren rund 75 Prozent der heutigen Hausärzte pensioniert werden.

Unter anhaltend starkem Kostendruck schreiten die Konsolidierung und Privatisierung im Krankenhausbereich weiter fort. Dies wird oftmals von zentraler Stelle getrieben, da Zusammenlegungen oder Schließungen von Krankenhäusern in föderalen Systemen erfahrungsgemäß schwierig sind. Krankenhäuser stehen in zunehmendem Wettbewerb, da sie unter Fallpauschalensystematik nur noch mit guter Auslastung und optimierten Prozessen profitabel arbeiten können. Die Spezialisierung der Krankenhäuser wird zunehmen, vor allem in attraktiven, überdurchschnittlich profitablen Bereichen wie der Herzmedizin, Onkologie oder Augenheilkunde.

Außerdem wird der Kostendruck dazu führen, dass Low-Cost-Gesundheitsdienstleister auf den Markt drängen. Ein erstes Beispiel hierfür sind die WalMart Retail Clinics, die Standarduntersuchungen mit Assistenzpersonal und Blutwertbestimmungen zum Pauschalpreis anbieten. Modelle wie die WalMart Retail Clinics arbeiten effizient und sparen ärztliches Personal – was auch dabei hilft, trotz künftigem Ärztemangel Patienten zu versorgen. Auch im Krankenhaus wird zunehmend Assistenzpersonal eingesetzt, um Ärzte einzusparen und so die Kostenstruktur zu verbessern.

Versicherung und Leistungserbringung sind 2020 zunehmend integriert, sei es über tatsächliche vertikale Integration oder Vertragswerke. Versicherer werden Leistungserbringer künftig dazu verpflichten, eng definierte Leitlinien und standardisierte Behandlungsprotokolle zu befolgen. Bei Abweichung von den Richtlinien werden Behandlungskosten unter Umständen nicht erstattet. Ärzte und Krankenhäuser werden dementsprechend vermehrt mit elektronischen Leitlinien und Clinical Decision Support-Systemen (CDS) arbeiten.

Anreizorientierte Honorarstrukturen sind 2020 ein zentrales Instrument zum Kosten- und Qualitätsmanagement. Sie bilden eines der wichtigsten Mittel, um der Mengenausweitung gesundheitlicher Leistungen entgegenzuwirken und deren Qualität sicherzustellen. Honorarstrukturen werden so konzipiert sein, dass gemeinsame Interessen und Ziele der Teilnehmer im Gesundheitswesen gewährleistet sind.

Kosten- und Qualitätsaspekte sowie der Einsatz von Healthcare-IT bilden im Jahr 2020 einen zentralen Bestandteil der Mediziner Ausbildung.

2020: Handlungsimperativen für Krankenhäuser und Ärzte

Kostenbasis weiterhin stringent managen

Krankenhäuser müssen Personal- und Sachkosten weiter optimieren – durch den intelligenten Einsatz von Fachkräften wie medizinische Assistenten, kostengünstigeren Einkauf auch von Gut-Genug-Produkten und durch die Prozessoptimierung und Ausnutzung von Skalenvorteilen bei einer zunehmender Spezialisierung. Viele Ärzte werden in Angestelltenverhältnisse übergehen; weiterhin frei praktizierende Ärzte sollten einen Zusammenschluss

in Gruppenpraxen anstreben, um Infrastrukturkosten zu senken.

Im Wettbewerb um den engagierten Patienten punkten

Um im drastisch verschärften Krankenhaus-Wettbewerbsfeld 2020 Marktanteile zu behalten oder auszubauen, müssen Krankenhäuser attraktive Angebote für Patienten schaffen – sowohl durch eine hochqualitative Versorgung als auch durch patientenfreundliche Infrastrukturen und Prozesse. Auch niedergelassene Ärzte sollten dem informierten Patienten eine hohe Qualität der Versorgung und eine attraktive Praxis bieten, um zukünftige Patientenströme zu sichern und bevorzugter Vertragspartner von Versicherungen zu sein.

Opportunitäten zu Zusammenschlüssen und Zentrenbildung verfolgen, regionale Netze mitgestalten

Im Jahr 2020 wird es wesentlich mehr spezialisierte Zentren geben als heute, die auch überregional Patienten anziehen. Krankenhäuser sollten in der Konsolidierung eine aktive Rolle einnehmen und müssen jetzt beginnen, ihr Behandlungsangebot zu definieren und zu priorisieren, und traditionell expertisebasierte Strukturen in patientenzentrierte Strukturen umzuwandeln. Dies geschieht beispielsweise im neu gebauten Herzzentrum Düsseldorf, wo fortan Kardiologie und Herzchirurgie unter einem Dach sind und in Hybrid-OP-Räumen zusammenarbeiten. Niedergelassene Ärzte sollten Möglichkeiten verfolgen, sich in modernen, patientenfreundlichen Gruppenpraxen, Gesundheitszentren oder Ärztehäusern zusammenzuschließen. Praxen der Zukunft orientieren sich am Lifestyle – sie werden zunehmend an bequem erreichbaren Standorten gegründet, wie beispielsweise in Reichweite von Wohngemeinschaften für Senioren oder in der Nähe von Bürostandorten.

Krankenhäuser, die 2020 nicht eine wichtige Position im regionalen Netzwerk einnehmen, riskieren, Patientenströme zu verlieren und ihre Betten somit nicht mehr belegen zu können. Neben dem elektronischen Datenaustausch ist eine enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, überweisenden Ärzten, Rehakliniken und Pflegediensten wichtig, zum Beispiel durch rasche Dokumentation und kurze Kommunikationswege. Auch Arztpraxen müssen Netzwerke aktiv mitgestalten oder werden integriert.

Standardisierte Behandlungsprotokolle implementieren und elektronische Vernetzung ermöglichen

Patientenversorgung gemäß standardisierter Behandlungsprotokolle ist 2020 ein Muss, um in Hinsicht auf Qualität und Kosten wettbewerbsfähig zu sein. Krankenhäuser sollten jetzt in Plattformen investieren, um Behandlungsprotokolle und Richtlinien in ihren Systemen verankern zu können, und diese Ärzten und Pflegepersonal leicht zugänglich zu machen, auch unter dem Einsatz mobiler Technologien. Die Umsetzung der Richtlinien wird in enger Absprache mit den Versicherern erfolgen. Niedergelassene Ärzte sollten Clinical Decision Support Systeme (CDS) implementieren oder elektronische Richtlinien von Internetplattformen nutzen. Krankenhäuser und Ärzte müssen sicherstellen, dass ihre IT-Planung auf die grundlegenden Änderungen im Markt abgestimmt ist. Sie müssen elektronische Patientenakten implementieren und den Datenaustausch mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Versicherern sicherstellen. Elektronische Arbeitsprozesse sollten so in die tägliche Arbeit integriert werden, dass sie Qualitäts- und Effizienzvorteile schaffen.

Auf neue Vergütungsstrukturen wie Kopfpauschalen vorbereiten

Neue Anreizstrukturen wie ergebnisabhängige Vergütung, das Teilen eingesparter Behandlungskosten und auch Kopfpauschalen sind 2020 an der Tagesordnung. Leistungserbringer müssen sich darauf vorbereiten – einerseits durch die Optimierung der bestehenden Prozesse und Systeme, andererseits durch den Erwerb von Fähigkeiten zur Analyse und Budgetierung von Gesundheitsausgaben für Patientenpopulationen.

Fazit: In der nächsten Dekade entwickeln sich Leistungserbringer von Silos zu Netzwerken. Ärzte, bisher die Hauptentscheidungsträger im System, werden verstärkt zu Ausführungsorganen von standardisierten, kosteneffizienten Behandlungen.

2. Versicherungen und staatliche Gesundheitssysteme – Von CFOs zu COOs



Versicherungen und staatliche Gesundheitssysteme (unter dem Begriff „Versicherer“ zusammengefasst) haben sich in der Vergangenheit auf die Verwaltung von Geldströmen und die Kontrolle von Leistungen konzentriert. In Systemen mit Wettbewerb haben Versicherer außerdem in die Anwerbung von Mitgliedern mit einem günstigem Risikoprofil investiert. 2020 werden Versicherer eine wesentlich aktivere Rolle in der Gestaltung des Gesundheitssystems einnehmen. Stringentes Kostenmanagement ist 2020 für Versicherer ein Muss – in Systemen mit Wettbewerb benötigen sie eine gute Kostenposition, um konkurrenzfähig und profitabel zu sein; staatliche Systeme müssen die Gesamtentwicklung der Gesundheitsausgaben in den Griff bekommen. In den letzten Jahren haben viele Versicherer ihre administrative Kostenstruktur verschlankt und zunehmend Einsparungspotenzial bei den Leistungskosten genutzt. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren beschleunigen.

Die Arzneimittelausgaben sind (gemäß den jeweiligen staatlichen Rahmenbedingungen) in den meisten Ländern bereits stark reduziert worden, sei es durch Rabattverträge wie in Deutschland oder durch Preisinstrumente wie Referenzpreise oder zentral festgelegte Preisreduktionen. In den USA sind Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich noch relativ hoch, bis 2020 wird jedoch auch hier eine Angleichung stattgefunden haben. Insgesamt werden Versicherer bis 2020 alle Möglichkeiten nutzen, um in ihrem jeweiligen System Kosten bei Arzneimitteln, Medizintechnikprodukten und Hilfsmitteln zu senken.

Der größte Block bei den Leistungsausgaben sind nach wie vor Vergütungen für Ärzte und Krankenhäuser. Eine Kostenreduktion ist hier nur möglich, wenn Versorgungsprozesse optimiert werden und eine Mengenausweitung ärztlicher und gesundheitlicher Leistungen vermieden wird. Das bedeutet, auf nicht zwingend notwendige Therapien

oder Diagnostik zu verzichten beziehungsweise Diagnostik so einzusetzen, dass die Therapie optimiert wird und die Gesamtkosten gesenkt werden. Um dies zu erreichen müssen effektive Anreizstrukturen geschaffen werden, die ein qualitätsbewusstes und ökonomisches Verhalten der Leistungserbringer belohnen. Staatliche Gesundheitsbehörden sind hier in der Pflicht, entsprechende Rahmenbedingungen festzulegen.

Ärzte sind 2020 stärker verpflichtet, nach genau festgelegten Richtlinien zu praktizieren. Versicherer erstatten fortan nur noch Leistungen, die dem gesundheitsökonomisch besten Weg in Diagnose und Leistung folgen. Bei teuren Behandlungen werden sie teilweise eine Zweitmeinung einfordern.

Vertikal integrierte Organisationen kombinieren die Versicherung und Leistungserbringung unter einem Dach. In dieser Struktur können sie Prozesse gut optimieren und entsprechende Anreize schaffen. Die U.S.-Organisation Intermountain Healthcare hat über viele Jahre Erfahrung in diesem Bereich aufgebaut und berät inzwischen weltweit andere Gesundheitsunternehmen. Es ist zu erwarten, dass es 2020 mehr integrierte Organisationen geben wird, sei es durch eine unternehmerische Integration oder durch engmaschige Vertragskonstruktionen.

Um Gesundheitsausgaben langfristig in den Griff zu bekommen, ist es entscheidend, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten – also in Prävention zu investieren – und chronisch Kranke und Hochkostenpatienten so zu managen, dass ihre Therapiekosten möglichst gering ausfallen. Vor allem in den USA wurde in den letzten Jahren viel in Disease Management-Programme investiert, allerdings mit bescheidenen Ergebnissen im Hinblick auf die Rendite der Programme. 2020 werden neue, patientensegment-spezifische Studien und Remote Monitoring

1 Gesundheitsmanagement-Programme müssen hinsichtlich Wirksamkeit und Kosteneffektivität evaluiert werden – evidenzbasiert und segmentspezifisch

Traditionelle Disease Management-Programme in den USA und anderenorts haben bisher gemischte Ergebnisse erzielt. Viele Beteiligte hoffen nun darauf, dass moderne Telemedizin-Ansätze künftig ein wirksameres und kosteneffektiveres Gesundheitsmanagement ermöglichen.

Wachstumsprognosen für den Telemedizinmarkt sind optimistisch; Technologie- und Telekommunikationskonzerne sowie neu gegründete Firmen drängen in den Markt.

Es ist schwierig, Gesundheitsmanagement-Programme wirksam und kosteneffektiv zu gestalten, ist. Beim American Heart Congress im November 2010 wurden zwei große, kontrollierte Telemedizinstudien bei Herzinsuffizienzpatienten präsentiert; die eine Studie wurde unter der Leitung der Universität Yale, USA, durchgeführt, die andere unter der Leitung der Charité in Deutschland. Keine der beiden Studien konnte eine statistisch signifikante Verbesserungen von Mortalität und Klinik-aufnahmen zeigen, lediglich in einem spezifischen Patientensegment bei der Charité-Studie gab es positive Ergebnisse.

Herzinsuffizienz wird bei der Bewertung der Effektivität von Gesundheitsmanagement-Ansätzen oft als Vorzeigekategorie gewählt. Zum einen ist die Behandlung der Patienten wegen häufiger Notfall-aufnahmen und Krankenhauseinweisungen verhältnismäßig teuer; zum anderen kann durch relativ einfache Maßnahmen der Verlauf beeinflusst werden – durch tägliche Gewichtsmessung zur Früherkennung von Flüssigkeitseinlagerung und durch Verbesserung der Ernährung und Medikation.

(auch Telemedizin genannte) Technologien ein optimiertes, kosteneffektives Gesundheitsmanagement ermöglichen. Neue Dienstleister werden in diesem Bereich aktiv sein und Programme in enger Zusammenarbeit mit Versicherern anbieten.

Im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements werden Versicherer wie auch Gesundheitsdienstleister 2020 bemüht sein, das Umfeld chronisch kranker Patienten wie Familie oder Sozialarbeiter mit einzubeziehen, damit sich die Behandlung nicht auf Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte beschränkt, sondern auch im täglichen Leben greift. Im Jahr 2020 werden wir ein breiteres, ganzheitlicheres Bild von Gesundheit und Krankheiten haben, da das Verständnis von Risikofaktoren im Zusammenhang mit Lifestyle und Ernährung immer weiter zunimmt, angefangen beim Unterricht im Kindesalter. Behandlungs-Paradigmen werden sich verschieben: von der „Behandlung des Kranken“ hin zur „Erhaltung der Gesundheit“. Ernährung und Lifestyle-Entscheidungen werden ein integraler Bestandteil des täglichen Lebens. Versicherer müssen diese Entwicklung unterstützen und mit ganzheitlichen Ansätzen Verantwortung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung übernehmen.

2020: Handlungsimperativen für Versicherer

Die Kostenbasis weiter stringent managen

Kostenoptimierungsprogramme bei den administrativen und vor allem bei den Leistungskosten müssen mit Nachdruck vorangetrieben werden, um der demographie- und fortschrittsgetriebenen Kostenentwicklung der nächsten Dekade entgegenzuwirken. Qualitätsaspekte und Kostenkontrolle können und müssen verknüpft werden, wie bei der Reduktion von Infektionen im Krankenhaus, besserem Entlassungsmanagement oder einer Optimierung der Medikation. Zur Beeinflussung der Leistungskosten ist ein breites Instrumentarium nötig, wie zum Beispiel Anreizstrukturen zur Prozessoptimierung und Vernetzung, Implementierung von standardisierten Richtlinien, selektive Verträge, Investition in „Gesunderhaltung“ und neue, effektive Gesundheitsmanagement-Programme.

Anreize für Prozessoptimierung und Standardisierung schaffen und selektive Verträge schließen

Das Optimierungspotenzial bei Diagnose- und Therapieprozessen ist nach wie vor groß. Die Datenrevolution wird über elektronische Richtlinien zu einer weiteren Standardisierung und damit Optimierung der Patientenversorgung im Jahr 2020 führen. Versicherer sollten standardisierte Behandlungswege vorzeichnen, deren Einhaltung finanziell belohnt wird. Effektive Anreizstrukturen sind das beste Werkzeug der Versicherer im Kampf gegen die Kostenentwicklung. Nationale Gesundheitsbehörden stecken die Rahmenbedingungen für mögliche Vergütungsstrukturen ab; private wie öffentliche Versicherer müssen sich aktiv an deren Gestaltung beteiligen. Wichtig ist, dass Vergütungsstrukturen eine verbesserte Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und eine gemeinsame Zielsetzung in Richtung einer kostenorientierten Gesamtbehandlung und Genesung bewirken. In Systemen mit Wettbewerb werden Patienten ihre Versicherung künftig auch nach der Qualität und Breite des Leistungsangebots auswählen. Versicherer müssen über selektive Verträge sicherstellen, dass ihr präferiertes Behandlungsnetz konkurrenzfähig ist.

In Gesunderhaltung investieren, Versicherte incentivieren und informieren

Die Gesunderhaltung muss künftig stärker im Mittelpunkt stehen, um das hohe Niveau der medizinischen Versorgung auch angesichts einer alternden Bevölkerung langfristig finanzieren zu können. Auch Maßnahmen zur Früherkennung chronischer Krankheiten müssen verstärkt werden. Die Schwierigkeit dabei ist, dass Präventionsprogramme sich oft nur langfristig rechnen, so dass Anreize für größere Investitionen in Vorsorgemaßnahmen fehlen. Hier sind die staatlichen Gesundheitssysteme gefragt, Anreize zu schaffen oder Vorgaben auf nationaler Ebene zu machen, um Investitionen in Prävention zu sichern. Versicherer müssen aktiv daran mitwirken, diese zu gestalten, und nationale Fördermittel optimal nutzen. Außerdem muss künftig der engagierte Patient in die Pflicht genommen werden, selbst in seine Gesunderhaltung und in Früherkennungsmaßnahmen zu investieren.

Der engagierte Patient ist im Jahr 2020 darauf eingestellt, mehr aus eigener Tasche zu zahlen und erwartet im Gegenzug von seiner Versicherung, bestmöglichst informiert zu werden. Dies bietet auch Möglichkeiten, den Patienten zu steuern und Anreize für ein gesundheitsförderliches Verhalten zu schaffen. In den USA haben Arbeitgebersicherungsmodelle hier erste Erfolge erzielt. Safeway zum Beispiel setzt Versicherungsprämien auf Basis biometrischer Daten fest. Wer übergewichtig ist, weiterhin raucht, hohen Blutdruck und hohe Cholesterin-Werte aufweist, zahlt zusätzliche Krankenversicherungsprämien von bis zu 800 US-Dollar im Jahr.

Neue, effektive Gesundheitsmanagement-Programme implementieren

Versicherer sollten jetzt Pilotprogramme für Gesundheitsmanagement-Programme starten und diese rigoros auf Wirksamkeit und Kosteneffektivität prüfen. Dabei sollten Patientengruppen auf Basis von Real-Life-Datenanalysen aus EMR-Systemen selektiert werden. Die Bewertung von Gesundheitsmanagement-Programmen kann entweder in kontrollierten Studien oder auf Basis von Real-Life-EMR-Daten erfolgen.

Konsolidierung unter Versicherern in fragmentierten Systemen weiter vorantreiben

Einige Systeme mit Wettbewerb unter Versicherern sind noch stark fragmentiert, wie zum Beispiel die Schweiz mit über 90 Krankenkassen. Eine weitere Konsolidierung ist hier sinnvoll und wird bis 2020 stattfinden. Versicherer, die keine aktive Rolle bei der Konsolidierung übernehmen, könnten dieser zum Opfer fallen.

Fazit: In der nächsten Dekade übernehmen Versicherer zunehmend operative Aufgaben in der Steuerung von Leistungserbringern und Patienten sowie im Gesundheitsmanagement. Ihre Rolle wandelt sich von der eines CFOs im System zu der eines COOs. Damit werden sie zu einer treibenden Kraft im Gesundheitswesen.

3. Distributoren – von Standardlogistik zu Mehrwert-Services



Distributoren – Großhändler oder Apotheken – sind seit Jahren mit sinkenden Margen konfrontiert. Dies wird sich in den kommenden zehn Jahren nicht ändern. Im Jahr 2020 werden nur diejenigen Akteure eine nachhaltige Position einnehmen, die Effizienzpotenziale ausschöpfen und Leistungen mit höherer Wertschöpfung und höheren Margen erbringen.

Drei Gruppen von Distributoren werden die Architektur des Gesundheitsmarkts 2020 prägen:

1. **Apothekenketten, deren „Gesundheitsshops“ sich am 2020-Lifestyle orientieren**
2. **Versandhandel, vor allem für den regelmäßigen Bezug von Chroniker-Medikamenten**
3. **Spezialvertrieb**

Außerdem wird die Pharmaindustrie zunehmend Direktvertriebsmodelle nutzen, bei denen der Großhändler Produkte gegen „Fee-for-Service“ an Apotheken liefert.

1. Apothekenketten: 2020 wird es wesentlich mehr Apothekenketten geben, die Größenvorteile nutzen und ein breites Sortiment rezeptfreier Gesundheitsprodukte vertreiben. Apothekenketten sind im Jahr 2020 spezialisierte Retailer, die Bonusprogramme zur Kundenbindung nutzen und das Angebot genau auf lokale Kundengruppen abstimmen. Das Angebot sowie die Standorte der „Gesundheitsshops“ orientieren sich am Lifestyle, auch Kooperationen mit Wellness- und Fitness-Einrichtungen sind denkbar. Viele Apotheken werden als Shop-in-Shop-Konzepte ausgestaltet: So hat der Lebensmittelhändler ICA in Schweden im letzten Jahr annonciert, in den nächsten zwei bis drei Jahren insgesamt mehr als 100 Cura-Apotheken in den größeren ICA-Filialen einzurichten.

2. Versandhandel: Versandapotheken werden die Pharmadistribution 2020 stärker prägen. In den USA wird der Marktanteil der Versandapotheken von heute knapp 20 Prozent auf voraussichtlich mehr als 30 Prozent im Jahr 2020 steigen. Diese Form des Arzneimittelbezugs wird vorwiegend von Chronikern genutzt, die heute etwa die Hälfte aller Verschreibungen in den USA erhalten. Allerdings wird auch in Zukunft ein Teil der Chroniker ihre Medikamente in Retail-Apotheken beziehen, getrieben durch attraktive Kundenbindungsprogramme, die zum Beispiel das Ziel verfolgen, die Besuchsfrequenz zu erhöhen. Ein Beispiel hierfür ist das WalMart-Programm, das ein Chroniker-Medikament für 30 Tage zum Festpreis von vier US-Dollar anbietet; dieser Preis liegt sogar unter dem entsprechenden Zuzahlungsbetrag vieler Versicherungen. In Europa und dem Rest der Welt sind die Marktanteile der Versandapotheken heute noch wesentlich geringer als in den USA, dies wird sich bis 2020 ändern.

3. Spezialvertrieb: Apothekenketten und Großhändler werden zunehmend „Specialty Pharmacy“- und „Specialty Distribution“-Dienstleistungen anbieten. Dies ist zum einen in den attraktiveren Margen begründet und wird zum anderen durch die zunehmende Anzahl von Spezialpharmaka getrieben. Heute sind dies oft biologische Präparate mit speziellen Anforderungen an die Kühltaste. Zukünftig wird es mehr personalisierte Medikamente geben, die nur an ausgewählte Patienten mit spezifischen genetischen Profilen ausgegeben werden dürfen, da sie in anderen Patientengruppen möglicherweise fatale Nebenwirkungen hervorrufen. Auch innovative Formen des Spezialitätenvertriebs und -verkaufs wird es 2020 geben, etwa Modelle, die die Vorratshaltung bei Spezialisten und Produktrückgaben minimieren und gleichzeitig den Kapitaleinsatz optimieren.

Insgesamt werden Großhändler und Apothekenketten im Jahr 2020 bemüht sein, ihre Gewinnmargen durch höher wertschöpfende Dienstleistungen zu verbessern und sich damit eine nachhaltige Position im Gesundheitsmarkt zu sichern. Diese Mehrwert-Services können zum Beispiel in der Übernahme von Logistikfunktionen von Pharma- und Medizintechnikfirmen liegen, oder in patientenfokussierten Aktivitäten wie Gesundheitsmanagement, Patienteninformation oder Compliance-Programmen.

Die führenden Distributoren im Jahr 2020 werden alle Effizienzpotenziale ausschöpfen und dabei die Möglichkeiten moderner Healthcare-IT nutzen, um Margen im Standardgeschäft zu sichern und neue Dienstleistungen optimal zu unterstützen.

2020: Handlungsimperativen für Distributoren

Services mit höherer Wertschöpfung definieren und entwickeln

Großhändler und Apothekenketten müssen jetzt definieren, welche höher wertschöpfenden Leistungen sie im Jahr 2020 anbieten wollen und diese Leistungen sukzessive aufbauen beziehungsweise sinnvolle Zukäufe tätigen.

Alle Effizienzpotenziale ausschöpfen

Bei weiterhin steigendem Margendruck müssen Großhändler und Apothekenketten auch künftig alle Mittel und Wege verfolgen, um eine optimale Effizienz zu erreichen – bei den operativen Kosten wie auch im Einkauf.

Healthcare-IT-Lösungen intelligent nutzen und Vernetzung ermöglichen

Healthcare-IT-Lösungen können helfen, Kosten und Qualität zu optimieren; ein Beispiel hierfür sind Computerized Physician Order Entry-Systeme (CPOE). Außerdem sind moderne, vernetzbare Healthcare-IT-Anwendungen im Jahr 2020 zwingend notwendig, um Dienstleistungen mit höherer Wertschöpfung anbieten zu können. Systeme der Distributoren müssen fähig sein, mit Systemen von Leistungserbringern sowie mit Pharma- und Medizintechnikunternehmen zu kommunizieren.

Eine aktive Rolle in der weiteren Konsolidierung einnehmen

Die Konsolidierung unter Großhändlern und Apothekenketten muss und wird weiter zunehmen – mit einigen Ausnahmen, wie dem bereits stark konsolidierten Pharmagroßhändlermarkt in den USA. Distributoren sollten eine aktive Rolle einnehmen und eine führende Marktposition anstreben, um Größenvorteile realisieren zu können. Andernfalls besteht das Risiko, 2020 von den Marktführern verdrängt zu werden.

Entwicklung zum „Gesundheits-Retailer“ oder „Gesundheitslieferanten“

Die Evolution des Patienten zu informierten, engagierten Managern der eigenen Gesundheit bietet auch Chancen für Distributoren, Produkte mit attraktiven Margen zu vertreiben. Apotheken müssen ein breiteres Portfolio von rezeptfreien Gesundheitsprodukten wie OTC und Health Nutrition bis zu Endverbrauchermedizintechnik anbieten. Dabei muss das Produktportfolio auf die jeweiligen Kundengruppen präzise zugeschnitten sein und mit punktuellen Marketingaktivitäten unterstützt werden. Großhändler müssen ihr Portfolio ebenfalls auf den neuen Kunden abstimmen und Möglichkeiten nutzen, zur besseren Kundeninformation beizutragen. Außerdem müssen Distributoren ihr Geschäftsmodell auf die neue Landschaft ausrichten. Für Großhändler bedeutet dies, dass sie ihr Account-Management auf neue, stärkere Marktteilnehmer wie Netzwerke ausrichten müssen. Apotheken müssen ihr Angebot auf den neuen, engagierten Patienten zuschneiden.

Fazit: In der nächsten Dekade bieten Distributoren wesentlich mehr an als nur standardisierte Logistik oder standardisierten Einzelhandel, der Fokus liegt bei den stärker wertschöpfenden und auf den Kunden zugeschnittenen Leistungen.

4. Pharma und Medizintechnik – Vom Produktfokus zur Kosten-Nutzen-Abwägung



Versicherungen und staatliche Gesundheitssysteme haben bis zum Jahr 2020 ein wesentlich fundierteres, datengetriebenes Verständnis der Kosten-Nutzen-Bilanz von Medikamenten und Medizintechnikprodukten und zahlen nur noch für Produkte mit nachgewiesener positiver Bilanz. Ergebnisse klinischer Studien werden durch die Analyse von Real-Life-Daten relativiert. Gesundheitsökonomische Überlegungen und der tatsächliche Wert einer Behandlung für Patienten und Versicherer rücken in den Vordergrund. Anbieter von Gut-Genug-Produkten drängen auf den Markt, „vergoldete“ Produkte und Lösungen werden künftig auf Marktsegmente mit hohem Privatkundenanteil beschränkt sein.

Damit ändert sich auch die Kommerzialisierung von Pharmaka und Medizintechnikprodukten – weg von ärztezentriert hin zu patientenzentriert und grundsätzlich fokussiert auf die künftigen Erstattungsrichtlinien und -mechanismen der Versicherer. Pharmafirmen haben begonnen, vermehrt in Aktivitäten für den engagierten Patienten wie Smartphone Apps oder Bildungswebseiten zu investieren. Im Jahr 2010 hat die Pharmaindustrie in den USA beispielsweise rund acht Prozent weniger für traditionelle Anzeigen ausgegeben, den niedrigsten Betrag seit 2003.

Im Jahr 2020 werden die Anforderungen für eine erfolgreiche Produktentwicklung und -registrierung die heutigen Standards noch übertreffen, die Messlatte liegt immer höher. Gesundheitsbehörden werden über Ländergrenzen hinweg kooperieren. Die konzertierte Aktion der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA und ihres europäischen Pendant EMEA bei der Nutzungseinschränkung des Diabetes-Medikaments Avandia im Herbst 2010 gibt einen Vorgeschmack. In Zukunft wird die Mehrzahl der neu zugelassenen Produkte mit Biomarkern kombiniert und damit auf Patientensegmente zugeschnitten sein, um den gewachsenen Ansprüchen an verbesserte Wirksam-

keit und Sicherheit zu genügen.

Pharma- und Medizintechnikhersteller, die ein Innovationsmodell verfolgen, konzentrieren sich wieder stärker auf den noch nicht gedeckten Bedarf und investieren in die Entwicklung von Produkten für spezifische Patientengruppen, oftmals gekoppelt an die Entwicklung entsprechender Diagnostika. Dies stellt ganz neue Anforderungen an die F&E-Organisationen der Unternehmen, da neuartige Schnittstellen entstehen und die Entwicklung wegen der kleiner gewordenen Zielgruppen in einer wesentlich günstigeren Kostenstruktur erfolgen muss.

Wichtige Absatzperspektiven bieten die Schwellenländer mit ihren wachsenden Mittelschichten – China wird 2011 zum weltweit drittgrößten Gesundheitsmarkt und rückt voraussichtlich im Jahr 2020 an die zweite Stelle vor. Allerdings erfordern Kultur, Patienten und Marktstrukturen in den Schwellenländern eine sensible Anpassung der Produkte und des Geschäftsmodells.

In der nächsten Dekade werden Pharma und Medizintechnik geprägt sein von weiteren Kostensenkungen, M&A, und einer wesentlich weitergehenden Flexibilisierung und Externalisierung der Wertschöpfungskette. Auftragsentwickler, Auftragsfertiger und externe Vertriebsorganisationen (CROs, CMOs und CSOs) werden ein starkes Wachstum verzeichnen. Sie arbeiten vermehrt in strategischen Partnerschaften mit Pharma und Medizintechnik und übernehmen dabei auch Risiken. Pharma- und Medizintechnikunternehmen kooperieren im Jahr 2020 auch verstärkt untereinander, um ganzheitliche Lösungsansätze bei der Behandlung von Krankheiten anbieten zu können. Sanofi-Aventis geht im Diabetesbereich bereits in diese Richtung und hat angekündigt, als „Integrator“ Diabetesmedikamente, Glukosemessgeräte und weitere Produkte zur Diabetesbehandlung anzubieten.

Anbieter von Produkten an der Grenze von Medizin und Ernährung werden 2020 eine feste Größe im Gesundheitsmarkt sein. Nestlé hat im Herbst 2010 Nestlé Health Science als eigenständige Einheit gegründet. Die Einheit konzentriert sich darauf, Nahrungsmittel zu entwickeln, die chronischen Krankheiten wie Diabetes, Übergewicht, Herzkrankheiten und Alzheimer vorbeugen oder deren Behandlung unterstützen. Dazu passt die Akquisition des Pharmaunternehmens CM&D im Februar 2011, das unter anderem Fostrap entwickelt – ein Kaugummi zur Phosphatreduktion bei Nierenkrankheiten.

2020: Handlungsimperativen für Pharmafirmen und Medizintechnikhersteller

Pharmafirmen und Medizintechnikhersteller müssen jetzt entscheiden, welches Geschäftsmodell oder welche Kombination von Modellen sie 2020 verfolgen. Bain & Company erwartet, dass im Jahr 2020 vier prototypische Geschäftsmodelle gute Erfolgsaussichten im Markt haben werden: Die Netzwerkinnovatoren, die Gut-Genug-Anbieter, die Healthcare-Konglomerate und die Adjacency Player (Abb.9). Die Dimensionen, entlang derer die vier vorgestellten Geschäftsmodelle operieren, sind:

Neuheitscharakter

Am oberen Ende dieser Dimension stehen die Netzwerkinnovatoren. Sie fokussieren auf klassische Durchbruchforschung im Sinne neuer Wirkstoffe, Diagnosen und Therapien, die patentiert und exklusiv angeboten werden können und ein Maximum an Marge erzielen. Hier geht es sowohl darum, Behandlungen für bisher nicht kausal therapierbare Krankheiten zu finden, als auch existierende Diagnosen und Therapien auf innovative Weise effektiver zu gestalten. Am anderen Ende des Spektrums versuchen Gut-Genug-Hersteller erfolgreiche Produkte auf ihre Basisfunktionen herunterzubrechen und über Massenproduktion ein Maximum an Kostensenkung für das Endprodukt zu erzielen.

Diversifizierung

Am breitesten diversifiziert sind die Adjacency Player, gefolgt von Healthcare-Konglomeraten, die Risiken innerhalb ihres Geschäftsportfolios ausgleichen und Investitionen in Wachstumsbereiche mit Cash Flow aus Kernbereichen finanzieren. Netzwerkinnovatoren sind in der Mitte des Spektrums angesiedelt – sie vermarkten die patentgeschützten Ergebnisse ihrer Forschung mit einem zwangsläufig eher gestreuten Portfolio. Gut-Genug-Anbieter setzen dagegen auf straffe Produktlinien, um Produktions- und Kundenerschließungssynergien zu generieren und Kostenführerschaft zu gewährleisten.

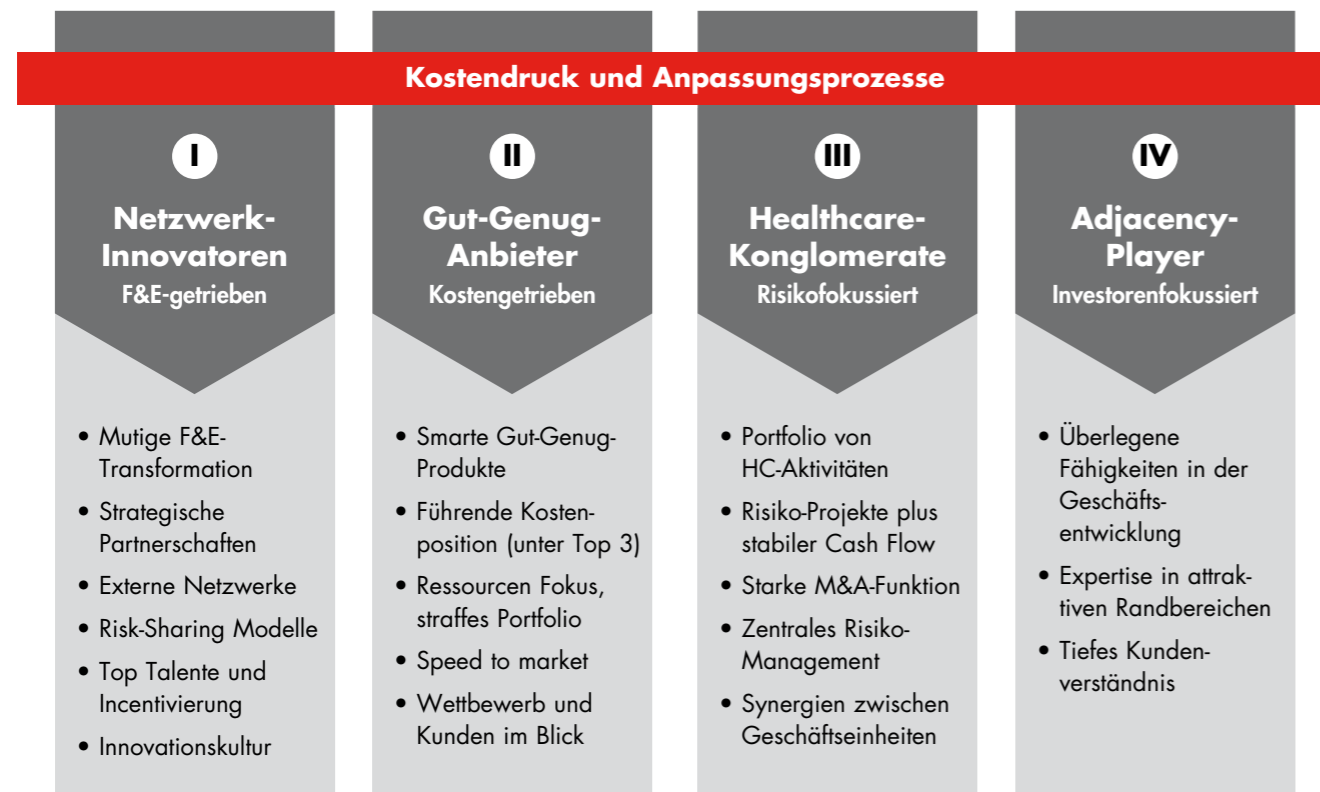
Zeithorizont

Die kürzeste Perspektive verfolgen Adjacency Player, die opportunitätsgetrieben Portfolios durch vertikale oder horizontale Integration schaffen und Geschäftsbereiche bei attraktiven Renditeaussichten wieder verkaufen. Das Healthcare-Konglomerat erfordert einen mindestens mittelfristigen Horizont, da Synergien im Portfolio erschlossen werden müssen und eingegliederte Unternehmen nicht mehr ohne weiteres abgestoßen werden können.

Die vier vorgestellten prototypischen Geschäftsmodelle sind nicht isoliert voneinander zu sehen; häufig werden zwei oder mehr dieser Geschäftsmodelle miteinander kombiniert. Wichtig ist, dass Unternehmen ihr übergeordnetes Geschäftsmodell festlegen, Modelle für die jeweiligen Geschäftseinheiten definieren und Organisationsstrukturen und -fähigkeiten entsprechend ausrichten.

Weiterhin müssen Pharma- und Medizintechnikunternehmen weltweit eng mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten, um die Rahmenbedingungen für ihre jeweils verfolgten Geschäftsmodelle zu optimieren. So wird es beispielsweise neue Regularien zur Nutzung von Real-Life-Daten geben, die die Industrie mitgestalten kann. Heute können Pharma- und Medizintechnikfirmen nur die Daten aus der Packungsbeilage bewerben, der Umgang mit Real-Life-Daten muss geklärt werden. Außerdem sind nationale Initiativen unumgänglich, wenn es um Investitionen in die Gesunderhaltung von Versicherten geht.

Abb. 9: Breakout-Modelle sind nötig, um in turbulenten Zeiten erfolgreich zu sein



Quelle: Bain Analyse

I. Netzwerkinnovatoren. F&E-getrieben

Netzwerkinnovatoren fokussieren sich auf die Entwicklung und den Vertrieb innovativer Medikamente oder Medizinprodukte. Ihre Kernkompetenz liegt in der Forschung und Entwicklung, wobei ihre Produkte sowohl in der eigenen Forschung entstehen als auch extern aus einem breiten, globalen Netzwerk bezogen werden. Der Entwicklungsprozess ist optimiert, strategische Partnerschaften vermindern das Entwicklungsrisiko durch Flexibilisierung von Ressourcen und finanzielle Risk-Sharing-Verträge. Auch die Zusammenarbeit von Pharma- und Medizintechnikfirmen untereinander nimmt zu, vor allem bei der Finanzierung von großen klinischen Entwicklungsprogrammen und zur gemeinsamen Nutzung von Forschungsergebnissen.

Vertriebsseitig investieren Netzwerkinnovatoren stark in die Kommunikation mit Versicherern, Patienten und Ärzten, und halten entsprechende Daten aus der Entwicklung bereit. Trotz des oft bahnbrechenden Charakters ihrer Neuerungen verkaufen sich die Produkte nicht von selbst – die vergleichsweise hohen Preise innovativer Medikamente und Medizintechnikprodukte können nur mit überzeugenden Kosten-Nutzen-Daten erklärt und damit ein „Uptake“ im Markt erreicht werden. Bei entsprechender Patientensegmentierung werden diese Unternehmen auch sogenannte Pay-for-Performance-Lösungen akzeptieren.

2020: Handlungsimperativen für Netzwerkinnovatoren

F&E-Organisationen mutig transformieren

Fundamentale Ursachen der stockenden F&E-Produktivität liegen in der verstärkten Arbeitsteilung und der damit einhergehenden komplexen Entscheidungsfindung in globalen, risikoreichen F&E-Projekten sowie in einer übermäßig zahlengetriebenen Incentivierung. Oftmals fehlt eine ganzheitliche Sichtweise, und es mangelt an einer zentralen, starken, integrativen und langfristig orientierten Führung von Projekten durch den gesamten F&E-Prozess.

Innovatoren müssen weg von der Industrialisierung der Forschung und Entwicklung hin zu einer ganzheitlichen Sicht auf das Problem, das sie adressieren wollen. Dabei müssen sie bestehende Paradigmen wie herkömmliche Stage-Gate-Prozesse und Komitee-Strukturen über Bord werfen und eine grundlegende und mutige Transformation ihrer F&E-Organisationen anstreben, die auch die Entscheidungsregeln und Anreizstrukturen umfasst.

Produktive F&E-Einheiten werden künftig kleine, agile Innovationszentren für Forschung und frühe klinische Entwicklung aufbauen, und die späte klinische Entwicklung (Phase III und IV) mit einer global agierenden Organisation sowie mit hohem Outsourcing-Anteil durchführen. Für den Erfolg der Innovationszentren ist ausschlaggebend, dass sie mit externen Netzwerken arbeiten, externe Meinungen auch über permanente Advisory Boards einholen und „Kunden“ wie Versicherer oder Kliniken eng in die Entwicklung einbeziehen. Innovationszentren müssen Zugang zu Top-Talenten über neuartige Einstellungsmodelle wie Rotation aus und in die Hochschulen sichern und ihr Entwicklungsportfolio analog einem Investmentportfolio führen.

Strategische Partnerschaften und externe Netzwerke stark ausbauen

Das Netzwerkinnovator-Modell erfordert einerseits den globalen Zugang zu bahnbrechender Forschung, andererseits eine Flexibilisierung der Wertschöpfungskette,

um im Hochrisikobereich der medizinischen Forschung bei Erfolgen oder Misserfolgen schnell reagieren zu können. Netzwerkinnovatoren müssen daher auf strategische Partnerschaften entlang der gesamten Wertschöpfungskette setzen. Hierbei ist eine neue Qualität der Partnerschaften gefragt – weg vom reinen Service-Outsourcing, hin zu tatsächlichen Partnerschaften, in denen die Expertise und das geistige Eigentum der Partner optimal genutzt werden können.

Risk-Sharing-Modelle verfolgen

Das Risiko in der medizinischen Entwicklung ist 2020 ebenso hoch wie heute – wenn nicht höher. Gleichzeitig gibt es weniger stabile Cash Flows aus erfolgreichen Blockbuster-Produkten. Netzwerkinnovatoren sind also insgesamt einem höheren Risiko ausgesetzt und müssen dieses durch Risk-Sharing-Modelle mit Wettbewerbern, Finanzinvestoren oder strategischen Partnern teilen.

Top-Talente global rekrutieren und effektive Anreizstrukturen schaffen

Herausragende Innovationen sind seit jeher getrieben von besonderen Persönlichkeiten, die in einem Umfeld arbeiten, das Ideen und deren Umsetzung nährt. Netzwerkinnovatoren müssen dementsprechend globale Talent Pools nutzen, ein attraktives Umfeld für Talente in Forschung und Entwicklung schaffen und vor allem Anreizstrukturen mit Fokus auf langfristige Ergebnisse implementieren.

Fruchtbare Innovationskultur kreieren

Geschäftserfolg und auch Erfolg in Forschung und Entwicklung stehen und fallen mit der Kultur eines Unternehmens. Kulturveränderungen sind schwierig umzusetzen, brauchen Führungspersönlichkeiten und einen langen Atem. Kernelemente einer Innovationskultur sind effektive Entscheidungsprozesse, durchdachtes Risikomanagement, Raum für Kreativität und die Fähigkeit, in komplexen Netzwerken Vorhaben voranzutreiben.

II. Gut-Genug-Anbieter. Kostengetrieben

Gut-Genug-Anbieter konzentrieren sich darauf, kostengünstige Produkte anzubieten, die notwendige Qualitätsstandards erfüllen; und mehr nicht. Auch günstige Generika und Biosimilars fallen in das Gut-Genug-Segment. In der Medizintechnik kommen Gut-Genug-Anbieter oftmals aus Schwellenländern und nutzen die günstigeren Personalkosten und den Zugriff auf viele Fachkräfte für weniger anspruchsvolle Entwicklungen. Aber auch in den Industrienationen ansässige Unternehmen werden mit Gut-Genug-Produkten auf den Markt drängen, teilweise in Kooperation mit Partnern aus Schwellenländern. Große Medizintechnikhersteller wie GE und Medtronic haben bereits begonnen, in Gut-Genug-Produkte zu investieren und entsprechende Tochtergesellschaften in Schwellenländern aufzubauen.

2020: Handlungsimperativen für Gut-Genug-Anbieter

„Smarte“ kostengünstige Produkte mit ausreichenden Qualitätsstandards herstellen

Die entscheidende, nur auf Basis von Märkten und Kundensegmenten zu beantwortende Frage für dieses Geschäftsmodell lautet: Was ist gut genug in meinem Produktsegment? Es ist der niedrigste aber dennoch über jeden Zweifel erhabene Standard – und das für die jeweilige Zielgruppe. Die auf Kundenbedürfnisse abgestimmte Konzipierung von Gut-Genug-Produkten ist die Basis für den Erfolg. Sie kann in Schwellenländern anders sein als in Industrienationen.

Eine führende Kostenposition unter den Top 3 im jeweiligen Markt erreichen

Gut-Genug-Anbieter müssen die kostengünstige Fertigung ihrer Produkte sicherstellen, sei es durch Outsourcing, Offshoring oder eine optimierte, automatisierte Produktion an Standorten in den Industrienationen. Auch eine kosteneffiziente Marketing-, Vertriebs- und Servicestruktur ist unabdingbar. Analysen der Kostenposition zwischen Wettbe-

werbern mit unterschiedlichen Marktanteilen zeigen, dass dies nur über Skalenvorteile gelingt. Gut-Genug-Anbieter differenzieren sich über ihr Preis-Leistungs-Verhältnis und müssen in ihren jeweiligen Märkten zu den führenden Anbietern gehören, um konkurrenzfähig zu bleiben.

Ressourcen fokussieren, straffes Produktportfolio anbieten

Gut-Genug-Anbieter arbeiten mit einer schmalen, effizienten Kostenbasis. Sie können nur dann attraktive Margen erzielen, wenn sie ihre Ressourcen auf ausgewählte Märkte und Technologien konzentrieren. Daher müssen sie sich auf ein straffes Produktportfolio fokussieren. Außerdem muss die Produktpalette laufend überprüft werden, ob Mengen- und Margenziele erreicht werden. Wo dies nicht der Fall ist, muss schnell und konsequent gehandelt werden.

Speed-to-Market sicherstellen

Im Jahr 2020 wird es wesentlich mehr Gut-Genug-Anbieter geben als heute, die Konkurrenz wächst – auch und vor allem durch Hersteller aus Schwellenländern. Das bedeutet, dass Gut-Genug-Produkte öfter und schneller neu entwickelt und auf den Markt gebracht werden müssen, um ihre Attraktivität zu bewahren. Dies wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass die Entwicklung von Gut-Genug-Produkten im Vergleich zu komplett neuen Technologien schneller und einfacher ist, da Gut-Genug-Anbieter oftmals bestehende Technologien vereinfachen.

Wettbewerb und Kundenbedürfnisse genau im Blick behalten, um nicht gegen neue Gut-Genug-Konzepte zu verlieren

Kopien sind der natürliche Feind des Gut-Genug-Anbieters. Denn eine technische Differenzierung ist in diesem Segment so gut wie unmöglich. Daher müssen Gut-Genug-Anbieter stark kunden- und wettbewerbsorientiert sein. Angebot, Service, Vertrieb und Innovation müssen laufend überprüft und am Wettbewerb sowie am Kunden ausgerichtet werden. Gut-Genug-Anbieter müssen agil sein und ständig neue Konzepte entwerfen, um nicht von Wettbewerbern überholt zu werden. Das Innovationsmodell der Gut-Genug-Anbieter ist stark kundengetrieben.

III. Healthcare-Konglomerate. Risikofokussiert

Healthcare-Konglomerate sind ehemals klassische Pharma- und Medizintechnikunternehmen, die auf die zunehmenden Entwicklungsrisiken mit Diversifizierung reagieren. Bis zum Jahr 2020 sind sie breit aufgestellt und verfolgen Aktivitäten in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, mit unterschiedlicher Profitabilität und verschiedenen Risikoprofilen. Insbesondere wird das hohe Risiko von Pharma- und Medizintechnikforschung durch andere Konzernaktivitäten mit geringerem Risiko aufgefangen. Wichtig für Healthcare-Konglomerate sind eine starke Marktposition in allen Geschäftsbereichen und ein attraktiver Cash Flow, der auch in neuen Bereichen nach einer zeitlich begrenzten Aufbauphase zwingend für dieses Geschäftsmodell ist.

2020: Handlungsimperativen für Healthcare-Konglomerate

Portfolio-Modell implementieren; High-Risk- Innovation mit stabilem Cash Flow verbinden

Healthcare-Konglomerate sollten ihre Geschäftseinheiten nach dem Portfolio-Prinzip managen. Sie arbeiten als Mischkonzerne und führen ihre Aktivitäten als eigenständige Divisionen. Dabei müssen sie sicherstellen, dass Aktivitäten mit hohem Risiko und neue Investitionen aus Bereichen mit stabilem Cash Flow finanziert werden können.

Eine starke M&A-Funktion aufbauen

Healthcare-Konglomerate tätigen Zukäufe und veräußern Geschäftsbereiche, um ihr Portfolio auszubauen und zu optimieren. Eine starke M&A-Funktion ist unabdingbar, um Geschäftseinheiten weiterzuentwickeln, Zukäufe zu integrieren und Aktivitäten schnell abzustoßen, die zentralen Kriterien nicht genügen, schnell abzustoßen.

Eine starke, zentrale Risikomanagement-Funktion etablieren

Der zentrale Treiber hinter dem Geschäftsmodell der Healthcare-Konglomerate ist es, Risiken zu diversifizieren und die Risiko-Rendite-Gleichung zu optimieren. Daher ist eine intelligente Risikomanagement-Funktion von essentieller Bedeutung, die vor allem die Risiken innovativer Forschung und Entwicklung transparent macht und hilft, diese mit effektiven Instrumenten optimal zu beherrschen.

Synergien zwischen Geschäftseinheiten nutzen

Auch wenn Aktivitäten von Healthcare-Konglomeraten als eigenständige Einheiten geführt werden, müssen Synergien zwischen Geschäftseinheiten genutzt werden. Anderenfalls könnten Investoren – zu Recht – Logik und Sinnhaftigkeit des Portfolios hinterfragen. Verschiedene Synergien sind denkbar und werden bereits heute von diversifizierten Healthcare-Unternehmen genutzt, wenn auch noch nicht in optimaler Form. Beispielsweise kann das Pharma-Produktportfolio durch OTC-Switch oder Generika-Launch optimiert werden, Länderorganisationen können gemeinsame Infrastruktur und administrative Funktionen nutzen, Forschungs- und Entwicklungsplattformen können von verschiedenen Geschäftsbereichen genutzt werden. Führende Healthcare-Konglomerate werden bis 2020 starke zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktionen besitzen, die die Nutzung von Synergien sicherstellt und eine Kontrollfunktion ausübt, um eine gegenseitige Kannibalisierung von Produkten aus verschiedenen Geschäftsbereichen zu vermeiden.

IV. Adjacency Player. Investorenfokussiert

Adjacency Player fokussieren sich darauf, Shareholder Value mit einem für ihre Investoren attraktiven Portfolio zu generieren. Adjacency Player kaufen und verkaufen ähnlich wie Private Equity-Fonds der neuen Generation mit operativem Engagement. Auch sie bauen Portfolios auf, in denen Synergien genutzt werden können. Adjacencies 2020 können im Healthcare-IT-Bereich liegen, aber auch in Prävention oder Ernährung angesiedelt sein, oder bestehende Technologien in komplett anderen Märkten nutzen.

In den letzten 20 Jahren waren die Gewinnmargen und Wachstumsmöglichkeiten im Kerngeschäft für Pharmafirmen und Medizintechnikhersteller so attraktiv, dass es nur bedingt Anreize gab, in Randbereiche zu expandieren. In den nächsten zehn Jahren werden wir infolge schrumpfender Margen und geringerem Industriewachstum wesentlich mehr Adjacency Player sehen. Erste Beispiele sind GE mit ihrer konsumentengerichteten „Healthymagination“-Initiative und dem Telehealth Joint-Venture mit Intel, Sanofi-Aventis mit ihrer ganzheitlichen Diabetesstrategie oder die deutsche Biotech-Firma Evotec, die jetzt als integrierter Dienstleister für Pharmaforschung und -entwicklung auftritt.

2020: Handlungsimperativen für Adjacency Player

Überlegene Fähigkeiten in der Geschäftsentwicklung aufbauen, bei Screening, Valuation und Verhandlungsmanagement

Adjacency Player nutzen die zuvor genannten Anpassungsprozesse im Gesundheitswesen, entweder indem sie diese durch Eigenentwicklung eines Geschäftsmodells aktiv mitgestalten, oder schnell auf Veränderungen rea-

gieren. Adjacency Player müssen eine starke Geschäftsentwicklungs-Funktion besitzen, die attraktive Investitionsmöglichkeiten in verschiedenen Geschäftsfeldern systematisch screenen und bewertet. Wegen des starken Wettbewerbs um attraktive Deals, auch mit Finanzinvestoren, sind eine detaillierte Investitionsstrategie und eine möglichst umfassende Sicht auf potentielle Ziele unabdingbar.

Die Instrumente und das Know-How der Geschäftsentwicklungsabteilungen von Healthcare-Unternehmen bleiben heute hinter dem von professionellen Finanzinvestoren zurück. Adjacency Player, die systematisch in Randbereichen investieren, müssen ihre Fähigkeiten im Bereich der Geschäftsentwicklung ausbauen – angefangen bei Screening und Valuation, bis hin zum Verhandlungsmanagement und der Integration von Akquisitionen.

Expertise in attraktiven Randbereichen aufbauen, z.B. in Healthcare-IT, Health Nutrition, Gesundheitsdienstleistungen

Erwartungsgemäß werden zumindest einige attraktive „Deals“ in angrenzenden, stark wachsenden Geschäftsfeldern wie Healthcare-IT, Health Nutrition und neuen Gesundheitsdienstleistungen liegen. Folglich sollten Adjacency Player ein tiefes Verständnis der attraktiven Märkte in Randbereichen entwickeln. Der Aufbau von Healthcare-IT-Expertise ist zudem nötig, um Geschäftsprozesse und Marktauftritt der operativen Einheiten zu optimieren.

Ein tiefes Kundenverständnis vor allem in neuen Geschäftsfeldern aufbauen

Adjacency Player werden sich in einer Reihe von „neuen“ Märkten bewegen. Um den Wert ihrer Investitionen zu maximieren, müssen sie diese Märkte schnell verstehen, vor allem in Hinblick auf Kundenanforderungen und Erfolgsfaktoren.

Für jedes Geschäftsmodell hat Bain & Company die Handlungsimperativen aufgezeigt, die am relevantesten für den Erfolg der jeweils gewählten Strategie sind. Weiterhin gibt es ein Pflichtprogramm – übergreifende Maßnahmen, die alle Pharmafirmen und Medizintechnikhersteller unabhängig vom gewählten Geschäftsmodell verfolgen sollten.

Fazit: In der vergangenen Dekade waren Pharmafirmen und Medizintechnikhersteller fokussiert auf die Entwicklung und Vermarktung ihrer Produkte. In der kommenden Dekade werden Kosten-Nutzen-Überlegungen und damit der Wert für den Kunden zentral stehen. Innovationen am oberen Ende des Spektrums müssen medizinisch klar differenziert sein, Produkte am unteren Ende des Spektrums konkurrieren über den Preis. Geschäftsmodelle entwickeln sich weiter über den Fokus auf individuelle Produkte hinaus bis hin zu ganzheitlichen Lösungen.

1 2020: Pflichtprogramm für alle Pharmafirmen und Medizintechnikhersteller

Übergreifende Maßnahmen unabhängig vom gewählten Geschäftsmodell

- In direkte Kommunikation mit Patienten investieren, unter Nutzung von Healthcare-IT
- Notwendige Daten für Kosten-Nutzen-Bewertungen generieren, in enger Kooperation mit den relevanten Behörden
- Implikationen von Real-Life-Datenanalysen verstehen, Zugang zu Real-Life-Daten entsprechend sichern und analytische Fähigkeiten aufbauen
- Eng mit Gesundheitsbehörden arbeiten, um die zukünftigen Rahmenbedingungen mitzugestalten, beispielsweise hinsichtlich der Nutzung von Real-Life-Daten
- Innovations- und Vertriebsmodelle der veränderten Marktsituation und dem jeweiligen Geschäftsmodell radikal anpassen
- Marktpotenzial in den Schwellenländern ausschöpfen, mit einem an den lokalen Bedarf angepassten Produktportfolio und Geschäftsmodell
- Schlanke, flexible Organisationsstrukturen implementieren, um auf Anpassungsprozesse im sich rapide ändernden Markt reagieren zu können
- Nicht-Kernaktivitäten outsourcen und strategische Partnerschaften verstärken
- Lernen ermöglichen – Geschäftsmodelle pilotieren oder stufenweise in Länderorganisationen implementieren

Ergebnis: Die Profit Pools werden umverteilt und neue Geschäftsmodelle entstehen

Der Profit Pool definiert sich als Produkt des Industriesektor-Umsatzes und der durchschnittlichen operativen Gewinnmarge. Die Entwicklung von Profit Pools wird von Preis- und Margen-Effekten beeinflusst sowie durch Volumenänderungen.

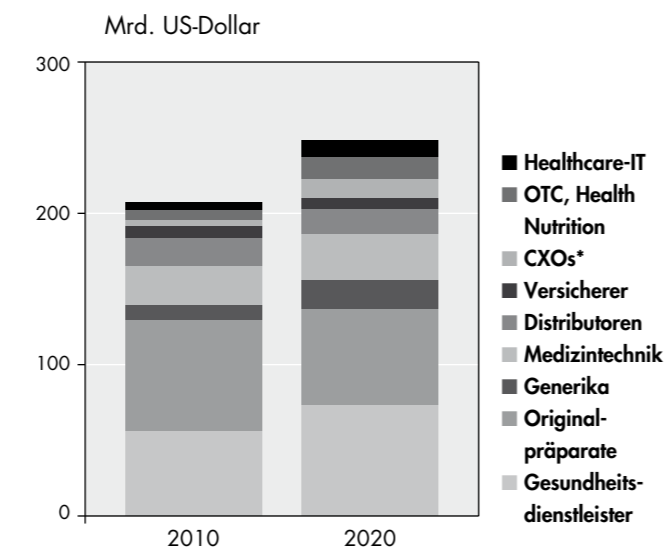
Insgesamt wird der Profit Pool im Gesundheitswesen über die nächsten zehn Jahre weiter wachsen, getrieben durch medizinischen Fortschritt und demographische Entwicklungen – die Gewinnmargen sinken allerdings. Außerdem wird ein größerer Teil der Gesundheitsausgaben künftig vom Patienten aus eigener Tasche bezahlt. Bain erwartet, dass der U.S.-Profit Pool im Gesundheitswesen von rund 200 Mrd. US-Dollar im Jahr 2010 bis etwa 250 Mrd. US-Dollar im Jahr 2020 anwachsen wird.

Der Profit Pool der Pharmahersteller wird in den USA voraussichtlich bis 2020 abnehmen (Abb. 10), da sinkende Margen und durch Patentausläufe wegfallende Volumina nur bedingt durch Mengenausweitung und neue Produkte aufgefangen werden können. Weltweit ist für die Pharmaindustrie ein moderates einstelliges Wachstum der Umsätze zu erwarten. Dabei liegen die Wachstumsmöglichkeiten in Schwellenländern wesentlich über dem zu erwartenden Wachstum in den Industrienationen.

Obwohl die erzielbaren Durchschnittsmargen für fast alle Segmente zurückgehen, wird es auch in Zukunft Unternehmen geben, die mit innovativen Geschäftsmodellen und Produkten deutlich überdurchschnittliche Erträge erzielen. Ebenso können Unternehmen mit einer überlegenen Kostenposition oder in zukunftssträchtigen Segmenten tätige Firmen auch 2020 attraktive Renditen erwirtschaften. Vom Gesamtumfang des Profit Pools her noch begrenzte aber attraktive Wachstumssegmente sind Healthcare-IT, Health Nutrition und Outsourcing-Dienstleister.

Abb. 10: Profit Pools im Gesundheitsmarkt werden umverteilt

Beispiel: U.S.-Healthcare Profit Pools 2010 und 2020



*CXOs = Auftragsentwickler, Auftragsfertiger, externe Vertriebsorganisationen

Quelle: Capital IQ; Datamonitor; EvaluatePharma; First Research; Geschäftsberichte; Bain & Company

Der grundlegende Umbruch des Gesundheitswesens ist unumgänglich. In der nächsten Dekade steht die Branche vor großen Herausforderungen – aber es bieten sich auch neue Chancen. Angesichts des enormen Kostendrucks sind alle Akteure in Gefahr, an Umsatz und Profitabilität einzubüßen. Hierbei wird es Gewinner und Verlierer geben.

Die Akteure, die sich rechtzeitig auf den Wandel vorbereiten und ihn im richtigen Tempo mitgestalten, werden die Gewinner der Zukunft sein.

Glossar der verwendeten Abkürzungen

ACO – Accountable Care Organisation; gegenüber der Versicherung verantwortlich arbeitendes Netzwerk mit Praxen, Kliniken oder anderweitigen Organisationen auf der Behandlungsebene. Wichtiger Bestandteil der U.S.-Gesundheitsreform. Die genaue Ausprägung von ACOs wird sich erst in den kommenden Jahren herauskristallisieren.

ARRA – American Recovery and Reinvestment Act; Stimulus-Paket zum Umbau des U.S.-Gesundheitswesens aus dem Jahr 2009.

CDS – Clinical Decision Support; Computersystem, das Ärzte und Personal bei Entscheidungen und Maßnahmen mit Information unterstützt. CDS helfen bei der Einhaltung einheitlicher klinischer Standard-Prozeduren.

CER – Comparative Effectiveness Research; Vergleichsstudien zwischen alternativen Behandlungsansätzen. CER wird heute meist durch klinische „head-to-head“ Studien oder Metaanalysen, dem Pooling von Daten mehrerer klinischer Studien, betrieben. Zukünftig ist CER auch auf Basis von Real-Life-Daten denkbar, die real erzielte Behandlungserfolge darstellen.

CPOE – Computerized Physician Order Entry; Computersystem für Arztpraxen, das therapeutische Anweisungen erfasst, verarbeitet und prüft. Ziel ist die Vermeidung von Fehlern und die Steigerung der Praxis-Effizienz.

CRO/CMO/CSO – Contract Research/Manufacturing/Sales Organization; vermehrt Outsourcing-Partner der Pharma- und Medizintechnik-Industrie.

DMP – Disease Management-Programm; von Versicherern und privaten Dienstleistern betriebenes Betreuungsprogramm, das chronisch kranke Patienten motivieren und erinnern soll, beispielsweise an die regelmäßige Einnahme ihrer Medikamente, den nächsten Arzttermin, richtige Ernährung usw. Ziel des DMP ist die Verbesserung des Erfolgs einer medizinischen Behandlung, die Vermeidung von Komplikationen und die Einsparung von Kosten vor allem durch vermeidbare Notfall- und Krankenhausaufnahmen.

EMR – Electronic Medical Record; elektronische Patientenakte (ePA). Von den behandelnden Ärzten angelegte Akte, die später auch anderen Ärzten zur Verfügung steht. EMR gelten als Herzstück für die Effizienz- und Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen.

e-Guidelines – Online-Hilfe für Ärzte; die Bandbreite reicht von reinen Nachschlagewerken bis zu kompletten Entscheidungsbäumen für die Überprüfung von Diagnosen und die nächsten sinnvollen Behandlungsschritte.

ePA – elektronische Patientenakte; siehe EMR

HMO – Health Maintenance Organisation; vernetzte Organisation auf der Behandlungsebene, die Behandlungsprozesse vereinfacht und kostengünstiger gestalten kann, ohne dass dies zu Lasten der Qualität geht. Eines der Länder, die verstärkt auf HMOs setzen, ist die Schweiz.

m-Health – Gesundheitsapplikationen auf dem Smartphone; sie ermöglichen etwa Erinnerungen (beispielsweise zur Medikamenteneinnahme), Tests (beispielsweise zum Blutzucker) und Remote Monitoring, die Fernüberwachung von Patientenparametern (beispielsweise bei Herzpatienten).

OTC – Over The Counter; Produktsegment rezeptfreier Medikamente.

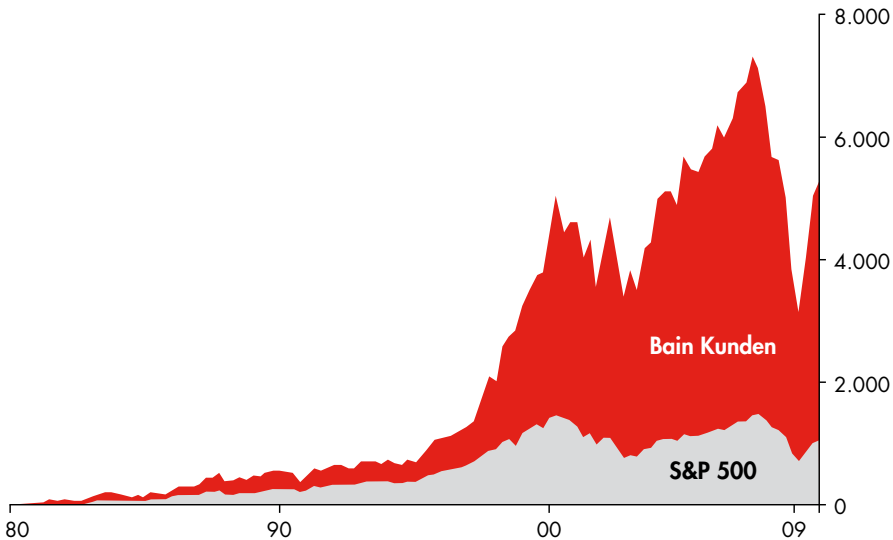
P4P – Pay-for-Performance; leistungsbezogene Art der Entlohnung, bei der das Ergebnis, nicht die zu seiner Entstehung erforderliche Arbeit bezahlt wird.

PCMH – Physician Centered Medical Home; Hausarzt-Konzept der aktuellen U.S.-Gesundheitsreform.

PHR – Personal Health Record; vom Patienten angelegte Gesundheitsakte, die neben medizinischen Daten auch Daten über Fitness und anderes enthalten kann.



Helping make companies more valuable



Kumulierte Aktienkursveränderung (in %)

Bain & Company

Strategische Beratung, operative Umsetzung, messbare Ergebnisse: Mit diesem unternehmerischen Ansatz ist Bain & Company eine der weltweit führenden Strategieberatungen. Gemeinsam mit seinen Kunden arbeitet Bain darauf hin, klare Wettbewerbsvorteile zu erreichen und damit den Unternehmenswert nachhaltig zu steigern. Im Zentrum der ergebnisorientierten Beratung stehen das Kerngeschäft der Kunden und Strategien, aus einem starken Kern heraus neue Wachstumsfelder zu erschließen. Seit Gründung 1973 lässt sich Bain dabei an den Ergebnissen seiner Beratungsarbeit finanziell messen. Bislang waren Bain-Berater weltweit für über 4.600 große und mittelständische Unternehmen tätig. Insgesamt unterhält die Strategieberatung 44 Büros in 29 Ländern und beschäftigt 5.000 Mitarbeiter, rund 500 davon im deutschsprachigen Raum.

Bain & Company Germany, Inc.
Karlsplatz 1
80335 München
www.bain.de

Bain & Company Germany, Inc.
Bockenheimer Landstr. 24
60323 Frankfurt am Main
www.bain.de

Bain & Company Germany, Inc.
Hafenspitze – Speditionstr. 21
40221 Düsseldorf
www.bain.de

Bain & Company Switzerland, Inc.
Rotbuchstr. 46
8037 Zürich
www.bain-company.ch