

POSITIONSPAPIER

Kleiner Hebel, große Risiken: Warum eine zentrale Beschaffung von Medizinprodukten und In-vitro Diagnostika (IVD) die Gesundheitsreform nicht rettet

Die österreichische Medizinprodukte- und IVD-Branche bekennt sich ausdrücklich zu einem effizienten, solidarisch finanzierten und qualitativ hochwertigen Gesundheitssystem und unterstützt wirtschaftliche, transparente Beschaffungsprozesse. Eine darüberhinausgehende, umfassendere Zentralisierung der Beschaffung von Medizinprodukten und IVD – wie sie in der Sanierungsdebatte diskutiert wird – ist jedoch kein geeigneter Hebel zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems.

- Medizinprodukte und IVD machen nur einen vergleichsweise kleinen, hochgradig heterogenen Anteil der Gesundheitsausgaben aus.
- Beschaffungsbündelung ist bereits gelebte Praxis – über die Bundesbeschaffung GmbH (BBG), Landeskrankenanstaltenverbünde und weitere private Einkaufsgemeinschaften.
- Medizinprodukte sind größtenteils keine austauschbaren Commodity-Güter, sondern klinisch differenzierte „Physician Preference Items“.
- Zusätzliche Zentralisierung birgt reale Risiken für Wettbewerb, Innovation, Versorgungssicherheit und insbesondere für KMU.
- Internationale Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich, Italien und Portugal zeigen, dass eine vollständige Zentralisierung diese Risiken in der Praxis bestätigt.
- Die aktuelle Reformpartnerschaft von Bund, Ländern und Gemeinden (1. Juli 2026) setzt bewusst auf Strukturreformen – nicht auf die zentrale Beschaffung von Medizinprodukten.

Aus Sicht der Branche sollten daher bestehende Beschaffungsstrukturen gestärkt statt dupliziert werden, mit Fokus auf Versorgungssicherheit, Wertorientierung und fairem Wettbewerb.

I. Ausgangslage

In der öffentlichen Debatte um die Sanierung der Staatsfinanzen und die Gesundheitsreform wird wiederholt eine umfassendere, gegebenenfalls verpflichtende zentrale Beschaffung von Medizinprodukten als Effizienzhebel vorgeschlagen. Gleichzeitig haben Bund, Länder und Gemeinden in der Nacht auf den 1. Juli 2026 die Grundzüge einer umfassenden Staatsreform verkündet, die zentralere Steuerung, eine Verlagerung vom stationären in den niedergelassenen Bereich, den Ausbau der Primärversorgungseinheiten, „Finanzierung aus einer Hand“ sowie Digitalisierung vorsieht. Eine gemeinsame Beschaffung von Medizinprodukten ist in diesen Grundzügen bezeichnenderweise nicht enthalten.

Vor diesem Hintergrund bezieht die AUSTROMED mit dem vorliegenden Papier Position: Sie unterstützt Effizienz und Wirtschaftlichkeit, warnt aber davor, die Beschaffung als vermeintlich einfachen Sanierungshebel zu überschätzen, während die tatsächlichen Risiken einer weitergehenden Zentralisierung unterschätzt werden.

II. Warum Beschaffung kein relevanter Sanierungshebel ist

i. Ein strukturell zu kleiner Kostenblock

Medizinprodukte machen in Österreich rund 3,5 bis 4 Mrd. Euro des Gesundheitsmarktes aus, IVD deutlich unter 2 % der laufenden Gesundheitsausgaben. Bei Gesamtausgaben von rund 50 bis 58 Mrd. Euro entspricht dies etwa 6 bis 7 % – einer Nebenposition gegenüber den dominierenden Kostenblöcken Personal, stationäre Versorgungsstrukturen, Demografie und Pflege. In den landesfondsfinanzierten Spitälern entfallen bereits über 50 % der Kosten auf Personal; Medizinprodukte stecken im „sonstigen“ Kostenblock, der auch Energie und Fremdleistungen umfasst.

ii. Keine austauschbaren Commodity-Güter

Der österreichische Markt umfasst ca. 750.000 unterschiedliche Medizinprodukte – von einfachen Einmalartikeln bis zu Hightech-Implantaten und Großgeräten. Der wirklich austauschbare Commodity-Anteil (Handschuhe, Tupfer, Basisverbrauch) ist klein und bereits kostengünstig. Die wertintensiven Produkte hingegen – Implantate, OP-Systeme, Bildgebung – sind sogenannte „Physician Preference Items“: eng gebunden an klinische Prozesse, Anwenderschulung, Infrastruktur und Patientensicherheit. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass rein preisbasierte Beschaffungsentscheidungen bei solchen Produkten den Versorgungserfolg gefährden können.

iii. Bündelung ist bereits gelebte Praxis

Nachfragebündelung ist im Medizinproduktebereich keine ungenutzte Idee. Mit der Bundesbeschaffung GmbH (BBG), den Einkaufsorganisationen der Landeskrankenanstaltenverbünde sowie großer konfessioneller und privater Träger bestehen bereits leistungsfähige, erprobte und wettbewerbskonforme Beschaffungsstrukturen, die Skaleneffekte und Transparenz ermöglichen. Das „Low-hanging fruit“ bei Standardprodukten ist damit weitgehend gehoben; eine zusätzliche, verpflichtende nationale Zentralisierung würde bestehende Strukturen im Wesentlichen duplizieren, ohne erkennbaren Zusatznutzen.

iv. Organisatorischer Mehraufwand relativiert die Einsparung

Eine echte nationale Zentralisierung müsste die föderale Fragmentierung überwinden – neun Länder, zahlreiche Träger und der Bund mit jeweils eigenen Budgets und Zuständigkeiten. Dies erfordert neue Governance, Rechtsgrundlagen, Personal sowie Stammdaten- und Vertragsmanagement für hunderttausende Artikel. Ein erheblicher Teil des theoretischen Preisvorteils würde so in Verwaltungsaufwand statt in tatsächliche Einsparungen fließen.

III. Risiken einer umfassenderen Zentralisierung

i. Monopson-Effekte, Wettbewerb und Innovation

Eine zentrale Beschaffung erzeugt erhebliche Nachfragemacht der öffentlichen Hand („Monopson“). Kurzfristige Preiseffekte stehen dabei mittel- bis langfristigen Risiken gegenüber: sinkende Anbieterzahl, Marktaustritte, geringere Innovationsdynamik und höhere Lieferabhängigkeit. AUSTROMED sowie ihr Dachverband MedTech Europe weisen ausdrücklich darauf hin, dass Preis als alleiniges Zuschlagskriterium Wettbewerb und Innovation schädigt und stattdessen qualitäts- und wertorientierte Vergabemodelle empfohlen werden.

ii. Strukturelle Benachteiligung von KMU

Die österreichische Medizinprodukte-Landschaft ist überwiegend mittelständisch geprägt. KMU übernehmen wesentliche Funktionen als spezialisierte Nischenanbieter und regionale Service- und Innovationspartner der Krankenhäuser. Großvolumige, zentralisierte Ausschreibungen mit hohen Losgrößen und Eignungsschwellen begünstigen dagegen strukturell internationale Großkonzerne mit breiten Portfolios und hoher Kapitaldecke. Dies schwächt regionale Wertschöpfung, technische Servicequalität und partnerschaftliche Innovationsprozesse und steht im Widerspruch zu industriepolitischen Zielen.



iii. Versorgungssicherheit und Lieferketten

Lieferengpässe bei Medizinprodukten sind kein reines Pandemie-Phänomen; sie bestanden bereits davor und wurden durch preisgetriebene, globalisierte Beschaffung verschärft – „selbst innerhalb der EU“, wie das zuständige Gesundheitsministerium einräumt. Die OECD betont die hohe internationale Verflechtung und Komplexität medizinischer Lieferketten und die erheblichen Folgen von Engpässen für die Patientenversorgung. Der Rat der Europäischen Union hat 2024 eigene Maßnahmen beschlossen, um drohende Engpässe bei Medizinprodukten und IVD zu vermeiden; Hersteller wurden zur Frühwarnung verpflichtet. Die politische Priorität auf europäischer Ebene liegt damit erkennbar auf Versorgungssicherheit – nicht auf zusätzlichem Preisdruck.

iv. MDR/IVDR verknappen das Angebot bereits strukturell

Die EU-Verordnungen über Medizinprodukte (MDR) und In-vitro-Diagnostika (IVDR) haben die regulatorischen Anforderungen erheblich verschärft. Branchenschätzungen zufolge könnten 20 bis 30 % der Produkte vom Markt verschwinden, besonders betroffen sind Nischen- und Kinderprodukte sowie KMU, für die sich der Zertifizierungsaufwand nicht mehr rechnet. Der EU-Gesetzgeber sah sich bereits mehrfach gezwungen, Übergangsfristen zu verlängern, um Marktverwerfungen zu begrenzen. Zusätzlicher, aggressiver Preisdruck durch eine zentrale Monopson-Beschaffung würde diese Ausdünnung weiter verschärfen – mit dem Risiko, dass gerade versorgungskritische Nischenprodukte ganz vom Markt verschwinden.

v. Preis ist nicht gleich Wert

Der niedrigste Stückpreis ist nicht der niedrigste Systempreis. Über den Lebenszyklus betrachtet (Total Cost of Ownership) kann ein billigeres Produkt teurer sein, wenn es Revisionsraten, Komplikationen oder Schulungsaufwand erhöht. Lange, preisfixierte Rahmenverträge sperren zudem neuere, bessere Technik aus. Internationale Fachgesellschaften sowie MedTech Europe und McKinsey beschreiben wertorientierte Beschaffung („Value-Based Procurement“) als den europäischen Zukunftstrend, der die reine Preisorientierung ablösen soll. Ein zentralisiertes System mit primärem Preisfokus steht diesem Ansatz entgegen.

IV. Internationale Erfahrungen: Zentralisierung in der Praxis

Andere europäische Gesundheitssysteme haben eine umfassendere Zentralisierung bereits ganz oder teilweise vollzogen. Die dokumentierten Erfahrungen bestätigen die oben beschriebenen Risiken:

Vereinigtes Königreich – NHS Supply Chain

Trotz jahrzehntelanger Zentralisierung nutzen viele NHS Trusts das System nur teilweise: Von 7,9 Mrd. GBP Ausgaben für Verbrauchsmaterial und Medizinprodukte liefen lediglich 4,5 Mrd. GBP über die NHS Supply Chain. Die Kundenzufriedenheit sank von 67 % (2021/22) auf 54 % (2023/24). Das National Audit Office und Public Accounts Committee kritisierten widersprüchliche Einsparungsberechnungen; die Branchenvertretung British Healthcare Trades Association kritisiert eine mangelnde Einbindung der Industrie. Die COVID-19-Pandemie offenbarte zudem die Fragilität eines stark zentralisierten Systems bei Engpässen.

Italien – Consip und regionale Zentraleinkaufsstellen

In Italien verzerren große Losgrößen und hohe Eignungsschwellen den Wettbewerb und benachteiligen KMU strukturell. Es fehlen nationale Leitlinien für Ausschreibungsspezifikationen, was zu uneinheitlichen Anforderungen zwischen den 33 regionalen Beschaffungszentren führt. Bemerkenswert ist der rückläufige Trend bei der Beteiligung an zentralisierten Ausschreibungen – von durchschnittlich acht teilnehmenden Einrichtungen (2009) auf nur noch drei (2017) – ein Indiz für sinkende Akzeptanz vor Ort.



Portugal – SPMS

Seit 2016 sind öffentliche Krankenhäuser verpflichtet, definierte Arzneimittel zentral über die Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) zu beschaffen. Langwierige, bürokratische Verfahren führten wiederholt zu Lieferverzögerungen zu Jahresbeginn; als Ausweichstrategie griffen Krankenhäuser auf parallele Individualbeschaffungen zurück, was den eigentlichen Zweck der Zentralisierung untergräbt. Bis heute fehlen zudem klare Kennzahlen, um den Erfolg der zentralen Beschaffung objektiv zu messen.

Gemeinsame Muster

- Verlust lokaler Flexibilität bei Bedarfsänderungen und Krisensituationen
- Verdrängung kleinerer und spezialisierter Anbieter durch große Losgrößen und hohe Eignungsschwellen
- Bürokratische Verzögerungen mit wiederkehrenden Lieferengpässen, insbesondere zu Jahresbeginn
- Fragile Einsparungs-Narrative auf Basis uneinheitlicher Berechnungsmethoden
- Sinkende operative Akzeptanz und Ausweichen auf parallele Beschaffungswege

V. Bezug zur aktuellen Gesundheitsreform

Die am 1. Juli 2026 verkündete Reformpartnerschaft von Bund, Ländern und Gemeinden setzt bewusst auf strukturelle Hebel: Sektor-Verlagerung vom Spital in den niedergelassenen Bereich, Ausbau der Primärversorgungseinheiten (von rund 120 auf mindestens 600 bis 2040), „Finanzierung aus einer Hand“ für Fachärztezentren und Digitalisierung. Eine gemeinsame Beschaffung von Medizinprodukten ist in den bekannten Grundzügen nicht enthalten. Dies deckt sich mit der Einschätzung, dass der größte Effizienzgewinn im Gesundheitssystem durch Strukturreformen und nicht durch zusätzliche Zentralisierung der Medizinprodukte-Beschaffung erzielt werden kann. Zugleich verlagert der geplante Sektor-Shift den Medizinprodukte-Bedarf tendenziell in den noch dezentraleren, heterogeneren ambulanten und PVE-Bereich, was eine zentrale Beschaffung eher erschwert als erleichtert.

VI. Forderungen der Branche

AUSTROMED spricht sich gegenüber den Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitswesens für folgende Grundsätze aus:

- Bestehende Beschaffungsstrukturen (BBG, Landeskrankenanstaltenverbünde, Einkaufsgemeinschaften) stärken und weiterentwickeln, statt sie durch eine zusätzliche zentrale Ebene zu duplizieren.
- Ein abgestuftes Modell prüfen: zentrale Bündelung dort, wo Skaleneffekte bei echten Commodity-Produkten real nachweisbar sind; dezentrale Beschaffung dort, wo lokale Flexibilität und Anbietervielfalt versorgungsrelevant sind.
- Wertorientierte Beschaffung („Value-Based Procurement“) fördern, mit Kriterien wie klinischem Nutzen, Lebenszykluskosten, Qualität und Versorgungssicherheit statt reiner Preisorientierung.
- Faire Wettbewerbsbedingungen für KMU sicherstellen, etwa durch angepasste Losgrößen, angemessene Eignungskriterien und Vermeidung übermäßiger Teilnahme- und Compliance-Kosten.
- Versorgungssicherheit als eigenständiges Beschaffungskriterium verankern, insbesondere angesichts der bereits durch MDR/IVDR verursachten Marktausdünnung.
- Den Fokus der Gesundheitsreform konsequent auf die identifizierten strukturellen Hebel legen – Sektor-Verlagerung, Primärversorgung, Finanzierung aus einer Hand, Digitalisierung – statt auf die Beschaffung von Medizinprodukten als vermeintlichen Sanierungshebel.



VII. Fazit

Aus Sicht der Medizinprodukte-Branche ist eine weitere Zentralisierung der Beschaffung kein geeignetes Instrument, um die strukturellen Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems zu lösen. Sinnvoller wären:

- die Stärkung bestehender Beschaffungsstrukturen,
- ein Fokus auf Versorgungsqualität, Lebenszykluskosten und Innovation,
- wettbewerbsfreundliche Vergabemodelle mit Raum für KMU und Spezialanbieter.

Eine nachhaltige Gesundheitsreform braucht differenzierte Lösungen – keine zusätzliche Marktkonzentration mit hohem Risiko und begrenztem Nutzen. Die vorgeschlagene gemeinsame Beschaffung über bestehende Strukturen hinaus ist weder wettbewerblich notwendig noch gesundheitspolitisch zielführend. Statt weiterer Zentralisierung sollten Effizienzpotenziale innerhalb der bestehenden Systeme genutzt, Innovation gefördert und faire Wettbewerbsbedingungen für alle Marktteilnehmer – insbesondere KMU – sichergestellt werden.

Über uns:

AUSTROMED ist die Interessenvertretung der Medizinprodukte-Unternehmen in Österreich und vertritt die Anliegen der Branche gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Behörden. Der Verband unterstützt Unternehmen aller Größenordnungen, die in Forschung, Entwicklung, Herstellung, Aufbereitung und Vertrieb von Medizinprodukten und In-vitro-Diagnostika tätig sind.

Rückfragehinweis:

Mag. Philipp Lindinger
AUSTROMED, Interessensvertretung der Medizinprodukte-Unternehmen
Seidengasse 9/Top 1.4
1070 Wien
T +43 1 877 70 12-12
F +43 1 877 70 12-20
philipp.lindinger@austromed.org
www.austromed.org

