

# market access & health policy

06  
11



Interview: Ralf Kai Decker, Head of Marketing & Sales Diabetes Care Deutschland von Roche Diagnostics Deutschland

## „Recht und billig“

Dass aus Marktführerschaft auch eine moralische und ethische Verpflichtung entsteht, beschreibt Ralf Kai Decker von Roche Diagnostics.

## „Das gönne ich Ihnen“

Von Wirtschaft viel, von Gesundheit recht wenig Ahnung: MdB Peer Steinbrück (SDP) auf dem 3. Apothekerforum der ANZAG in Frankfurt.

## „Unlautere Einflussnahme?“

Wettbewerbsrecht geht vor freiwilliges (Kodex-)Recht: Die Unterlassungsklage des FSA gegen Hexal wurde an das zuständige Oberlandesgericht in München zurücküberwiesen.



# PATIENTEN GUT VERSORGEN

**Integrated. Support. Worldwide.**

Sie wollen neue Wege gehen?

Mit unseren integrierten Vertriebs- und Versorgungslösungen für Pharmaindustrie und Krankenkassen sind Sie stets nah am Patienten. Profitieren Sie von unserer Unterstützung bei:

- Markteinführungen
- Versorgungsmanagement
- Patient-Relationship-Management
- Supply Chain Management
- Marketing & Sales Support

## Reports

### Markt bei Apotheken » 4

MdB Peer Steinbrück machte sich auf dem 3. Apothekertag der ANZAG unter den anwesenden Apothekern keine Freunde.

### Klage zurückgewiesen » 5

Ende Februar diesen Jahres erhielt der FSA Post vom Bundesgerichtshof: Die Unterlassungsklage des FSA gegen Hexal wurde an das zuständige Oberlandesgericht in München zurücküberwiesen.

### Frage des Erfolgs » 7

Das diesjährige MARVECS-Kundenforum stand ganz im Zeichen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG).

### „Inhalt vor Frequenz“ » 9

Wie ticken die Krankenkassen? Die typische Frage, vor der viele Leistungserbringer und Hersteller aus dem Medizinproduktebereich stehen, beantwortete die MedInform-Veranstaltung zur Kommunikation mit den Krankenkassen.

## Interview

### Evidenz recht & billig » 6

Nach dem vom BMG nicht beanstandeten Verordnungsausschluss für Blutzuckerteststreifen erklärt Ralf-Kai Decker, Head of Marketing von Roche Diagnostics, die Hintergründe.

> S. VMK 01/11



> S. MVF 03/11



## Legal - egal?

>> Die Politik setzt seit vielen Jahren auf pure Ökonomie und Leistungsbegrenzung durch eine „unendliche Folge von Reformschritten, die „offenbar alle nicht das richtige Ergebnis gebracht und niemanden zufriedengestellt“ hätten, wie MdB Peer Steinbrück beim 3. Apothekerforum in Frankfurt kundtat. Dabei outete sich der profilierte Wirtschaftsfachmann und ehemalige Bundeswirtschaftsminister zwar als Laie im Bereich der Gesundheitsbereich („hier verberge ich lieber durch Schweigen meine Unkenntnis als dass ich durch Schwafeln meine Inkompetenz offenlege“), gab aber den anwesenden Apothekern, die der Einladung der ANZAG gefolgt waren, den guten Rat, „keinem Politiker von hier bis zum nächsten Briefkasten“ zu glauben, der der Bevölkerung verspreche, man könne das Kostenpotenzial angesichts des medizinisch-technischen und pharmazeutischen Fortschritts einfrieren, weil dieser unabweisbar zu Kostensteigerung führen werde. Da hat er recht. Und genau darum sind jedwede Kostensparmaßnahmen, die rein ökonomisch und eben nicht qualitativ im Sinne einer besseren Versorgung wirken, nicht mehr als tropfen auf dem heißen Stein. Deren Effekte verdampfen so schnell, wie sie entstanden sind: Und verursachen obendrein bei allen Beteiligten Kollateralschäden, die nur deshalb nicht ins Kalkül genommen werden, weil sie nicht gesehen werden sollen – das gilt für Ärzte, Apotheker und die Pharmaindustrie, aber ebenso für Kassen, deren Verwaltungskostenanteil nicht umsonst im letzten Jahr um 6.2% gestiegen ist) und natürlich für die Patienten, die immer stärker zur Kasse gebeten werden.

Das gilt für OTC, für die Praxisgebühr, für Zuzahlungen, den Zusatzbeitrag und bald auch für Blutzuckerteststreifen, die ab Oktober dieses Jahres zum großen Teil nicht mehr von der Kasse erstattet werden. Damit geht nach mehr als fünf Jahren ein Kapitel zu Ende, das nicht gerade zu den glänzensten im seit Jahrzehnten dauernden bundesweiten Feldversuch gehört, mit einem (ja durchaus verständlichen und sinnvollen) Mehr an Ökonomie die Bezahlbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern.

Vor wenigen Tagen zog sich das BMG auf seine pure Rechtaufsichtspflicht zurück, indem es den entsprechenden G-BA-Beschluss nicht beanstandete, der die Verordnungsfähigkeit von Harn-/Blutzuckerteststreifen für nicht insulinpflichtige Diabetiker – allerdings mit einigen Ausnahmen – einschränkt. Der G-BA seinerseits bezieht sich mit seinem Richtlinienbeschluss auf eine negative Bewertung des IQWiG. Das Institut wiederum kam zu dieser negativen Bewertung, indem es fünf RCT-Studien auswählte, die – wenn auch zum Teil sehr kleine, aber immerhin - 0,23 Prozentpunkte HbA1c-Senkung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ergaben. Da jedoch dieser Wert unter der vom IQWiG als üblich angenommenen Nichtunterlegenheitsgrenze von 0,4% lag, gingen die Statistiker einfach davon aus, dass dieser Effekt wohl klinisch nicht relevant sein wird. Das sehen Diabetes-Spezialisten natürlich ganz anders und können das auch argumentativ darlegen – nachzulesen in einem Kompendium von „Versorgungsmanagement Kompakt“ (01/11) sowie in der aktuellen Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ (03/11). Aber darum geht es hier nicht. Sondern vielmehr darum, warum seit dem Ende der IQWiG-Bewertung im Herbst des Jahres 2009 neue Evidenz, die seit Februar dieses Jahres in Form eines US-Fachmagazin veröffentlichten Studie vorliegt, nicht berücksichtigt wird. Das IQWiG sagt, dass die neue Evidenz erst nach Bewertungsschluss vorgelegen hätte, der G-BA bezieht sich in seinem Beschluss nur auf die IQWiG-Bewertung und das BMG zieht sich auf den bequemen Standpunkt zurück, dass es laut SGB nur eine Rechts- und keine Fachaufsicht hätte.

Das wird so rechtens, das mag legal sein. Aber kann uns das wirklich egal sein? Ist so etwas denn richtig? <<

Ihr

Peter Stegmaier  
Chefredakteur Pharma Relation/Market Access & Health Policy



## Impressum Market Access & Health Policy

**Market Access & Health Policy** erscheint als selbstständige Zeitschrift zusammen mit Pharma Relations - dem Magazin für modernes Healthcare-Marketing 11. Jahrgang/ISSN: 1862-1694

**Chefredaktion**  
Peter Stegmaier  
(verantwortlicher Redakteur)  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49-(0)228-7638280-0  
Fax +49-(0)228-7638280-1  
stegmaier@marketaccess-online.de

**Redaktion**  
Jutta Mutschler mutschler@marketaccess-online.de

Wolfgang Dame  
dame@marketaccess-online.de  
Olga Gnedina  
gnedina@marketaccess-online.de

**Verlag**  
eRelation AG - Content in Health  
Vorstand: Peter Stegmaier  
Kölstr. 119, 53111 Bonn  
www.ereation.org  
mail@ereation.org  
Verlagsleitung  
Peter Stegmaier

**Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo**  
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigentel)

Kölstr. 119, 53111 Bonn  
Tel +49-(0)228-7638280-0  
Fax +49-(0)228-7638280-1  
heiser@pharma-relations.de

**Abonnement**  
erscheint sechsmal jährlich und kann nur zusammen mit „Pharma Relations“ abonniert werden. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 120 EUR. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 60 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 6,14 EUR; Ausland 54 EUR. Preisänderungen vorbehalten. Die

Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

**Layout**  
eRelation AG, Bonn

**Druck**  
Kössinger AG  
Fruehaufstraße 21  
84069 Schierling  
info@koessinger.de  
Tel +49-(0)9451-499124  
Printed in Germany

**Urheber- und Verlagsrecht**  
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten

Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

**Auflagenmeldung**  
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin  
Verbreitete Auflage: 3.119 (IWV 1. Quartal 2011)





Peer Steinbrück (MdB) auf dem 3. Apothekerforum

## „Das gönne ich Ihnen“

Sozialstaat im Schraubstock - weniger Geld und längeres Leben: Wie soll das gehen?“ Mit dieser Frage beschäftigte sich der ehemalige Bundesfinanzminister Peer Steinbrück (SPD) im Rahmen des Apothekerforums, das die Andreae-Noris Zahn AG (ANZAG) zum dritten Mal veranstaltete. Sehr eloquent beschrieb der MdB die gesamtpolitischen Dimensionen, doch bei den Details der Gesundheitspolitik musste der Wirtschaftspolitiker passen.



MdB Peer Steinbrück

>> „Wir müssen den nachsorgenden alimentierenden und reparierenden Sozialstaat in einen versorgenden Sozialstaat überführen“, forderte Steinbrück. Und vergaß nicht, die entsprechenden Argumente aus diversen Politikbereichen anzuführen. Die reichten von Familien- über die Schul- bis zur

„Mit Blick auf dieses Wahnsinnsgesetz AMNOG, das Ihnen ja nicht eine Sozi-Regierung angeliefert hat: Das waren andere, von denen Sie im September 2009 den Eindruck hatten, dass die alles viel besser machen. Aber denen haben Sie noch andere Sachen geglaubt, zum Beispiel, dass Ihre Steuern weiter gesenkt werden und dabei haben Sie nochmal einen erotisch verklärten Blick gekriegt und die dann auch gewählt. Darum sage ich Ihnen heute: Das gönne ich Ihnen.“

**O-Ton Peer Steinbrück (3. Apothekerforum)**

Arbeitsmarktpolitik und von der Einwanderungs-, Zuwanderungs- und Migrationspolitik bis zur Steuern- und Abgabepolitik. „Es wird notwendig sein, die Finanzierung des deutschen sozialen Sicherungssystems Schritt für Schritt von einer vornehmlich Abgabenfinanzierung auf eine stärkere Steuerfinanzierung umzuwandeln“, sagte der SDP-Politiker. Er sieht es als unumgänglich an, dass das soziale Sicherungssystem in einer Perspektive von 20 bis 30 Jahren robuster - das heiße konjunkturunabhängiger und demokriefester - finanziert werden müsse. Steinbrück: „Es wird auch darum gehen, dass wir umsteuern von individuellen Transferleistungen zu Infrastruktur- und Sachleistungen.“

So beschrieb er die Erhöhung des Kindergeldes von 10 Euro pro

Kind als „einen der größten Fehler, an dem ich in der Großen Koalition beteiligt war“. Denn dieser Schritt koste pro Jahr insgesamt 2 bis 2,2 Milliarden Euro, wobei die Fühlbarkeit von 10 Euro gewiss nicht der Durchbruch in der Familien- und Kinderpolitik gewesen sei. Sinnvoller wären stattdessen Lehr-

mittelfreiheit, Schulspeisung, gebührenfreie Kindergartenplätze, Sprachkurse und ganztagsbetreute Schulen gewesen. Es mache keinen Sinn individuelle Transferleistungen mit einer kaum spürbaren Trefferwirkung oder Fühlungnahme bei denen, die sie bekommen, immer weiter zu erhöhen.

Dann kam er zur Gesundheitspolitik und gab gleich vorneweg zu, dass er auf diesem Gebiet kein Fachmann sei, lieber durch Schweigen seine Unkenntnis verberge als durch Schwafeln seine Inkompetenz offenlege. Aber ein paar Bemerkungen wollte er dann doch machen, wobei er sich besser an seine Vorgaben gehalten hätte. Er sprach zwar durchaus richtigerweise von einem harten Aufeinanderprallen von Interessen und einer unendlichen Folge von Reformschritten, die „offenbar alle nicht das richtige Ergebnis gebracht und niemanden zufriedengestellt“ hätten, sondern immer der Anfangspunkt waren für

weitergehende Anstrengungen, die nächste Reform vom Stapel zu lassen. Dann referierte er darüber, dass der medizinisch-technische und pharmazeutische Fortschritt unabweisbar zu Kostensteigerung führen werde, und er keinem Politiker von hier bis zum nächsten Briefkasten glauben würde, der der Bevölkerung verspreche, man könne das Kostenpotenzial einfrieren. Doch als die Sprache auf die einer Meinung nach in Deutschland in Vergleich zum europäischen Ausland „verflucht teuren“ Medikamente kam, ertete er in der nachfolgenden Diskussionsrunde erheblichen Widerspruch.

Als eine der anwesenden Apothekerinnen ihn darauf hinwies, dass ein Grund der 19-prozentige Mehrwertsteuer sei, wobei der Staat damit einen größeren Anteil an den Gesamtkosten eines Arzneimittels habe als Apotheke und Großhandel zusammen, offenbarte Steinbrück das Ausmaß seiner Unkenntnis.

Er könne zwar verstehen, dass Sie sich über MwSt-Erhörungen ärgern, antwortete er der Apothekerin, aber das Argument sei ja nicht richtig, weil die deutsche Mehrwertsteuer ziemlich genau dem Durchschnittssteuersatz in Europa entspräche.

Das wurde mit einem lauten Stopp der Apothekerin quittiert, die darauf hinwies, dass nur Östereich und Deutschland einen 19-prozentigen Steuersatz hätten, während alle anderen Ländern nur 7 Prozent Mehrwertsteuer erhoben - was Steinbrück anscheinend ganz

neu war. Aber rechnen konnte er zumindest: „Wenn wir den Mehrwertsteuersatz um zwölf Prozent bei Arzneimitteln reduzieren, werden wir den reduzierten Steuersatz auf die gesamten Gesundheitsleistungen ausdehnen müssen, dann reden wir über Mindereinnahmen für den Fiskus von rund 5 Milliarden Euro.“ Und das schien ihm im Zuge des Versuchs der Begrenzung der Staatsverschuldung nahezu als absurd.

Wenig Verständnis für die aktuellen Nöte der Apotheker konnte er angesichts ihrer politischen Wählergesinnung (siehe Zitat) aufbringen; und ebenso wenig für den - so der MdB - „irrsinnig hohen Besatz“ von Apotheken. Wenn man hier „Markt einführen“ würde, würden in den nächsten paar Jahren vier von fünf Apotheken verschwinden - denn diese hohe Zahl könne man nur durch Regularien und Verbote aufrecht erhalten.

Nun sei es aber an der Apothekerschaft, proaktiv Vorschläge zu machen, wie die Zukunftschance eines Systems „in seiner leistungsorientierten und qualitativ unbestrittenen Rolle“ aussehen könnte.

Dabei setzt er voraus, dass nicht einfach die derzeitigen Strukturen, die er nicht für zukunftsfähig hält, prolongiert werden. Denn sonst kämen eben Politiker, die in Ermangelung von proaktiven Initiativen den Leitungserbingern (gleich welcher Couleur) Vorschläge „in die Scheuer fahren, die sich nicht wollen und die teilweise zu Funktionsstörungen führen und auch irrational sein können“. <<

BGH hat Unterlassungsklage des FSA gegen die Hexal AG an Oberlandesgericht München zurückverwiesen

## Wettbewerbsrecht geht vor

**E**nde Februar dieses Jahres erhielt der FSA, die Freiwillige Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie e.V., Post vom Bundesgerichtshof: Die Unterlassungsklage des FSA gegen Hexal wurde an das zuständige Oberlandesgericht in München zurücküberwiesen. Tenor: Wettbewerbsrecht geht vor freiwilliges (Kodex-)Recht.

>> Die Hexal AG hatte im Januar 2007 Ärzte im Rahmen ihrer „Arzt-Seminare 2007“ zu Informationsabenden über Praxisführung insbesondere Gebührenabrechnung eingeladen. Die Veranstaltung war auf circa drei Stunden angelegt und für die Teilnehmer kostenlos.

Dieses Angebot hat der FSA als Verstoß gegen den FSA-Ehrenkodex (konkret gegen § 21) gewertet und beim zuständigen Landgericht wegen Verstoßes gegen das Wettbewerbsrecht Unterlassungsklage eingereicht. Wie der FSA auf Anfrage mitteilte, war für den FSA ausschlaggebend, dass dieses Angebot als „Geschenk“ (§ 21) einzustufen sei und einem Wert von 500 bis 750 Euro pro Teilnehmer entspreche. „Legitime“ Fortbildungsangebote durch die Industrie müssten in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Produkt (Medikament) und seinem Einsatz stehen. Das sei aber bei diesem Angebot nicht der Fall. Das Landgericht wies aller-

dings die FSA-Klage zurück. Dagegen klagte wiederum der FSA beim Oberlandesgericht. Das Berufungsgericht entschied dann im Sinne des FSA, wogegen Hexal beim BGH-Widerspruchsklage einlegte.

Das OLG ist in seiner Begründung der Argumentation des FSA bzw. der Bezugnahme auf den Ehrenkodex und seiner Werte-Relationen weitgehend gefolgt. „Geschenke“ dürften demnach nur zu besonderen Praxis-Anlässen gewährt werden. Weiterhin führte das OLG aus, dass das Fortbildungsangebot nach § 3 des UWG „unlauter“ sei und nach § 4 eine „unsachliche Einflussnahme“ darstelle.

Der BGH sieht indes keinen Verstoß gegen §§ 3 oder 4 des UWG, weil die Begründung für „unlauter“ und „Einflussnahme“ auf der Basis des freiwilligen Kodexes des FSA erfolgt sei. Dabei handele es sich nicht, wie der BGH ausdrücklich feststellt, „um eine gesetzliche Vorschrift“. Demnach sieht der BGH

im Verhalten des Beklagten Hexal keinen Gesetzesverstoß nach dem UWG. Die grundsätzliche Frage, ob ein Verstoß gegen den FSA-Kodex (konkret § 21) einem Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht gleichkomme oder nicht, ließ der BGH offen. Darüber soll nun das OLG erneut entscheiden.

Diese Frage wird für die freiwillige Selbstkontrolle der Pharma-Industrie - unabhängig davon, ob eventuelle Beklagte Mitglieder des FSA (oder der AKG) sind oder nicht - richtungsweisend sein. Jedenfalls darf zum jetzigen Zeitpunkt festgehalten werden, dass ein Regelverstoß gegen den Kodex nicht gleichbedeutend sein muss mit einem Verstoß gegen das UWG. Die Hexal AG erklärte gegenüber „Pharma Relations“: „Die Entscheidung des BGH ist eine notwendige Klarstellung, weil sie die Verhältnisse wieder zurecht rückt. Über das, was im Rahmen von Gesetzen möglich und erlaubt ist, urteilen

Gerichte und nicht Organisationen wie FSA.“ Hermann Hofmann, Leiter Public Affairs und Kommunikation, fügte aber hinzu, deswegen seien aber Organisationen wie FSA oder AKG „grundsätzlich nicht Frage gestellt“. Indes dürften aber weder FSA noch AKG den „gesetzlich zulässigen Wettbewerb“ beschränken.

Unabhängig vom Verfahren muss jedoch geklärt werden, ob die Interpretation einer Informationsveranstaltung als „Geschenk“, als Beeinflussung gelten kann. Gehen der FSA und der Kodex hier nicht zu weit? „Richtige“ Arzneimittel-anwendung hängt auch von einer funktionierenden Arztpraxis ab. Wie sagte der Stellv. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Dr. Gerd W. Zimmermann, gegenüber „Pharma Relations“ (vgl. Nr. 4/2011, S. 27): „Manchmal hat man den Eindruck, der Kodex sei vielleicht doch ein bisschen überbordend.“ <<

Diskussionsforum

Market Access

2011

Ein Jahr AMNOG – Bilanz 2011

### Frühe Nutzenbewertung in der Praxis

Mit Staatssekretär Stefan Kapferer · Dr. Rainer Hess (G-BA)  
Henning Fahrenkamp (BPI) · N.N. (VfA) · Han Steutel (Bristol-Myers Squibb)  
Prof. Dr. Walter Schwerdtfeger (BfArM)  
Prof. Dr. Torsten Strohmeyer (GlaxoSmithKline)  
Prof. Dr. Jürgen Windeler (IQWiG) und weiteren Referenten  
Tagungsleiter: Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik



Kommen Sie nach Berlin und diskutieren Sie mit den Meinungsführern der Gesundheitsbranche die Erfolgsfaktoren unter AMNOG!

Mehr unter [www.thieme.de/marketaccess2011](http://www.thieme.de/marketaccess2011)



Interview: Ralf Kai Decker, Head of Marketing & Sales Diabetes Care Deutschland von Roche Diagnostics Deutschland

## „Von uns Evidenz zu verlangen, ist recht und billig“

Mit den Accu-Chek Blutzuckermessgeräten ist Roche Diagnostics der absolute Marktführer bei der Blutzuckerselbstmessung. Dass aus Marktführerschaft auch eine moralische und ethische Verpflichtung entsteht, beschreibt Ralf Kai Decker im Interview mit „Versorgungsmanagement Kompakt“.

>> Herr Decker, noch vor wenigen Jahren war das Thema Nutzen noch nicht in der Industrie angekommen. Hat sich das geändert?

Wir müssen in Deutschland wie überall auf der Welt, in der Diabetes mehr und mehr zur Epidemie wird, einen neuen Weg der Diabetesversorgung finden. So gesehen haben wir hier in Deutschland durch die Diskussion, die wir im und mit dem G-BA geführt haben, einen Vorteil: Denn allen wurde dadurch bewusst, dass wir mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen sorgsamer umgehen müssen. Dazu gehört auch die noch offene Antwort auf die Frage, welchen Nutzen wir mit welchen Interventionen erreichen und welchen nicht.

Diese Nutzen-Diskussion wurde aber seitens der Industrie lange nicht geführt. Oder besser: Sie wollte sie anscheinend auch gar nicht führen.

Das ist jedoch die richtige Diskussion und eine, die einfach geführt werden muss, ob man das nun will oder nicht. Selbstkritisch kann man durchaus sagen, dass unser - aber auch viele andere - Unternehmen diese Diskussion zu spät proaktiv selbst geführt hat. Denn eigentlich hätten wir schon lange sagen müssen: Wir sind die Spezialisten in der Diagnostik und wir müssen mit definieren, wie ein diagnostisches Instrument wie Blutzuckermessung den höchsten therapeutischen und auch ökonomischen Nutzen stiften kann. Da müssen wir uns ja auch gar nicht verstecken. Denn wir haben gute Ansätze wie beispielsweise aktuell die strukturierte Testung. Hier konnte in einer RCT-Studie belegt werden, dass über diese Form der Blutzuckermessung mit der entsprechenden Schulung, Therapie und Compliance eine deutliche HbA1c-Absenkung von -1,3 Prozent und im Vergleich zur ebenfalls, aber eben nicht strukturiert messenden Kontrollgruppe immerhin noch eine HbA1c-Absenkung um 0,5 erreicht werden konnte.

Heißt strukturierte Messung auch weniger Messung?

Es handelt sich um einen Ansatz, der mit eher weniger Teststreifen als bisher auskommt. Aber was wichtiger ist, ist die Nutzen-Dimension: Ein Teststreifen soll nur mehr dann eingesetzt werden, wenn er einen entsprechenden therapeutischen Nutzen bringt. Dazu gehört die Hinwendung zu einer ebenso strukturierten Schulung und die Anwendung einer visuellen Aufbereitung der Messdaten, die fast auf einen Blick Konsequenzen für Verhalten und Therapie aufzeigt. Und genau bei dieser Betrachtung hat der G-BA der ganzen Branche - damit meine ich Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller - durchaus geholfen, viel mehr als bisher die Effizienz für das Gesundheitssystem in den Vordergrund zu stellen.



Ändert sich damit auch ihr Geschäftsfeld? Wird Roche mehr und mehr zum Versorgungsdienstleister, der weit mehr tun muss, als nur Blutzuckerteststreifen herzustellen und zu vermarkten?

Ich würde schon sagen, dass wir uns in einer anderen Rolle fühlen. Wenn wir in der Vergangenheit als Blutzuckermessgeräte-Hersteller wahrgenommen worden sind, hat das ja auch gestimmt. Doch das reicht eben heute nicht mehr. Natürlich brauchen wir zualterererst Blutzuckermessgeräte, die von der Qualität her absolut überzeugend sind und eine sichere und einfache Blutzuckermesswertgewinnung sicherstellen können. Dazu kommt aber mehr und mehr eine diagnostische -therapeutische Kompetenz, denn nur die alleine kann zu einer Therapieoptimierung führen. Und was auch immer dazu benötigt wird, das müssen wir liefern. Das können zum einen innovative Schulungskonzepte sein, das kann aber auch Datenmanagement und IT sein.

Um Blutzuckerteststreifen eine noch größere Akzeptanz oder auch eine größere Wertigkeit zukommen zu lassen?

Es geht uns um die Wertigkeit eines ganzen Systems, das in seiner Gesamtheit einen medizinischen Mehrwert schafft. Darum müssen wir alles, was wir machen, in eine stimmige Struktur einbinden. Wobei wir immer belegen können müssen, dass wir damit faktisch einen medizinischen Mehrwert schaffen, den man natürlich gesundheitsökonomisch bewerten kann.

Haben Sie da nicht etwas zu spät angefangen?

Die ganze Branche hat damit zu spät angefangen. Wir auch.

„Der G-BA hat der ganzen Branche - damit meine ich Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller - durchaus geholfen, viel mehr als bisher die Effizienz für das Gesundheitssystem in den Vordergrund zu stellen.“

Ralf Kai Decker



**Vielleicht auch, weil die Medizintechnikbranche es nicht so gewohnt war, mit Studien umzugehen?**

Die Pharmabranche hat viel früher gewusst, dass sie mehr als klinische Studien braucht, die sie alleine schon aus Zulassungsgründen heraus machen muss. Aber dennoch fehlt auch heute noch oft die nötige Evidenz, weil klassische Phase III-Studien nun einmal keine Versorgungsstudien sind. Künftig müssen wir alle - und eben auch der Medizinproduktebereich - diese Art der medizinischen Evidenzgenerierung einsetzen. Wenn wir schon aus dem Gesundheitssystem Ressourcen abfordern, dann muss es auch recht und billig sein, dass wir auch belegen können, was wir mit diesen Ressourcen bewerkstelligen können.

**Fühlen Sie sich da in einer Führungsrolle?**

Die hat man als Marktführer immer. Wir waren und sind die ersten, die tatsächlich auch frühzeitig in entsprechende Studien investiert haben, denn die kürzlich vorgestellte SteP-Studie macht sich ja auch nicht gerade von heute auf morgen.

**Wie lange ist Roche da schon dran?**

Mehr als fünf Jahre. Es dauert eben so lange, bis man valide Ergebnisse hat, die man der diabetologischen Fachwelt publizieren kann.

**Warum konnten Sie andere Hersteller nicht ins Boot holen? Das wäre doch sicherlich auch eine Branchenaufgabe gewesen?**

Wenn der Markt neue Ideen braucht, dann soll es am Marktführer sein, diese zu etablieren. Genau deswegen sind wir mit dieser Studie in die Führungsrolle gegangen. Ich hätte es allerdings sehr begrüßt, wenn auch andere Industrieteilnehmer mitgemacht hätten, um den diagnostischen Mehrwert auch ihrer Produkte belegen zu können. Das wäre für alle Patienten sicherlich von Vorteil und nicht nur für die Patienten, die heute mit unseren „Accu-Check“-Geräten ihren Blutzucker messen. therapiert werden.

„Geld für Studien ist richtig investiertes Geld, weil wir dann mit Daten und Fakten belegen können, wie das Diabetesselbstmanagement der Zukunft aussehen kann.“

**Ralf Kai Decker**

**Es wäre auch besser für die Glaubwürdigkeit der Studie.**

Da ist sicherlich richtig, auch wenn am Design und der Evidenzklasse dieser Studie nichts zu rütteln ist.

**Sie wollten mit anderen Industriepartnern**

**zusammenarbeiten?**

Wir wollten das, haben das bei dieser Studie aber nicht geschafft. Aber wir sind dennoch jederzeit gesprächsbereit, um Kooperationen bei weiteren Studien einzugehen. Denn es bedarf schon eines mehrstelligen Millionenbetrags, um eine derartige Evidenzklasse sicherstellen zu können. Das ist viel Geld, aber richtig investiertes Geld, weil wir dann mit Daten und Fakten belegen können, wie das Diabetesselbstmanagement der Zukunft aussehen kann. Hier stehen wir noch am Anfang und würden gerne noch mehr Studien durchführen, um zu belegen, welchen Mehrwert es bringen kann, wenn man seinen Blutzucker intelligent misst.

**Die kürzlich publizierte SteP-Studie (siehe „Monitor Versorgungsforschung“ 03/11 arbeitet mit dem Roche-eigenen „Accu-Chek 360° View“-Tool, das ein Sieben-Punkte-Profil zur Blutzuckerkontrolle bietet. Dieses „360° View“ ist ein Papier-basiertes Instrument, das natürlich mit allen Streifen funktioniert. Daneben gibt es aber auch die 360°-Software, die nur die Daten aus ihren Geräten auslesen kann.**

Stimmt. Dazu gehören auch Diagramme, die zum Beispiel zeigen, wie Mahlzeiten den Blutzucker und die Energiewerte beeinflussen. Mit dieser datengestützten Visualisierung sollen Menschen mit Diabetes und ihre behandelnden Ärzte auf einen Blick erkennen können, ob Änderungen der Therapie oder des Lebensstils notwendig sind.

**Doch dieses Instrument funktioniert doch sicher nur mit Geräten ihres Unternehmens?**

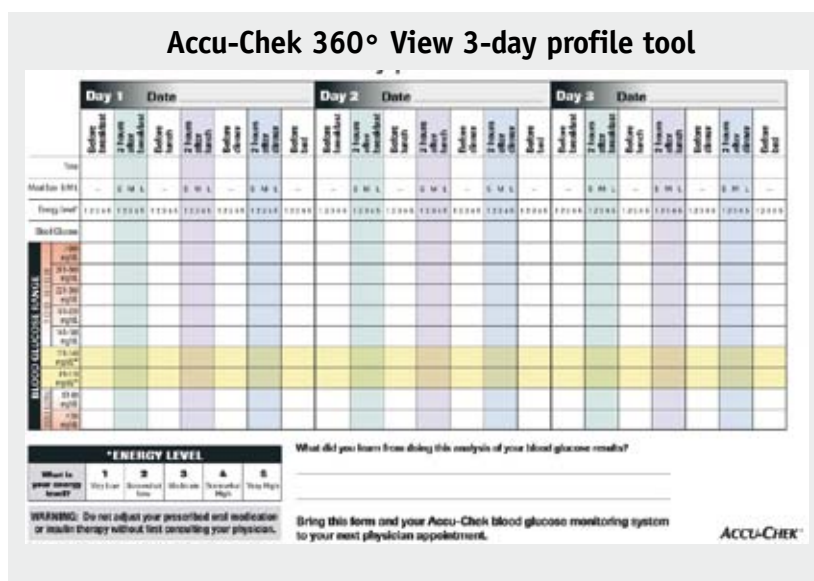
Exakt. Jedoch wären wir unter Umständen sogar bereit, die Schnittstellen zu öffnen, weil wir davon überzeugt sind, dass diese neue strukturierte Art der Blutzuckermessung wirklich einen Paradigmenwechsel in der Diabetes-Therapie darstellt.

**Nun hat das BMG im Rahmen der rechtlichen Überprüfung des Richtlinienbeschlusses den G-BA-Beschluss nicht gekippt: Was hat das für Auswirkungen auf ihr Geschäft?**

Ich denke, dass die Patienten, die heute noch nicht auf Insulin sind, dadurch sehr starke Einschränkungen hätten. Wer nicht oder viel weniger misst, verliert schnell Transparenz und damit die Motivation, über Lebensstilveränderungen und orale Therapie seinen Diabetes besser managen zu können.

**Aber was bedeutet das für Ihr Business?**

Das ist eine einfache Rechnung. Es geht um fast fünf Millionen Patienten und wir sind der Marktführer. Das heißt: Unser Unternehmen hat durchaus einen wirtschaftlichen Einschnitt in diesem Geschäftsbereich. Es wird aber darauf ankommen, inwieweit die Ausnahmeregelungen greifen, wie der Arzt um- und einsetzt und was nun genau dieser Begriff „instabile Stoffwechsellage“ bedeutet. Da gibt es noch viele offene Fragen. <<



**Abb:** Mit Hilfe des Accu-Chek 360° View-Tool kann eine strukturierte Blutzuckermessung mit sieben Messpunkten über drei Tage durchgeführt und dokumentiert werden.

**Das Gespräch führte Peter Stegmaier**

Kundenforum MARVECS 2011

# Mein Erfolg ist dein Erfolg

Das diesjährige MARVECS-Kundenforum stand ganz im Zeichen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG). Anfang April waren 50 Fachleute aus der Pharmabranche nach Ulm gekommen, um das AMNOG aus verschiedenen Perspektiven zu diskutieren. Eine Erkenntnis zog sich dabei wie ein roter Faden durch alle Vorträge: Die Pharmaindustrie muss dringend umdenken. Auch Katrin Wenzler, die Geschäftsführerin von MARVECS, machte in ihrer Begrüßungsrede den Zwang zu Innovationen deutlich. Allein mit klassischen Außendienstlösungen könne ein Pharmadienstleister nicht mehr punkten. „Der Trend geht hier eindeutig auch in Richtung Mehrwert-Angebote, mit denen Pharmaunternehmen mehr Qualität in ihre Services bringen können.“



Die beiden Geschäftsführer Katrin Wenzler und Josef Bailer (rechts im Bild) begrüßen die Teilnehmer des diesjährigen MARVECS-Kundenforums. (Bildquelle: Marvecs-Kundenforum/Hofstätter Fotografie)

>> Die neuen Trends im globalen Pharmamarkt zeigte Andreas Krebs, Aufsichtsratsvorsitzender der Merz KGaA und Aufsichtsrat der Wilex AG, auf. „Stakeholder-Strategien und Patienten-Verhalten sind nach wie vor durch ökonomische Parameter bestimmt“, sagte Krebs. Als große Herausforderung für die Pharmaindustrie identifizierte Krebs die immer höher werdenden Hürden bei der Entwicklung, Zulassung und Preisfindung von Arzneimitteln. „Diese Hürden wirken sich wiederum zunehmend auf die Produktivität bei Forschung und Entwicklung in der Pharmaindustrie aus.“ Das Phänomen der sinkenden Produktivität könne man nicht nur in Deutschland, sondern weltweit feststellen. „Und dies, obwohl es für viele Krankheiten noch gar keine adäquate Therapie gibt“, konstatierte Andreas Krebs.

In den USA seien 2010 weniger Arzneimittel zugelassen wor-

den als vor 50 Jahren. Als Grund für diese Entwicklung führte Krebs an, dass die Kosten viel stärker angestiegen seien als die Erlöse. Seiner Einschätzung nach werden sich deshalb die Strukturen in der Pharmaindustrie ändern, zum Beispiel durch neue Ansätze für die Forschung und Entwicklung oder durch effizientere Organisation der F&E-Abteilungen.

In seinem Vortrag sparte Andreas Krebs aber auch nicht an Kritik an seiner eigenen Zunft. Er habe kein Verständnis für das „Jammern“ über das AMNOG und die damit einhergehende frühe Nutzenbewertung. „Da kann ich nur raten: Setzen Sie sich frühzeitig mit dem IQWiG in Verbindung und haken Sie nach, welche Studien gefordert sind.“ Diese Möglichkeit nehme bis jetzt kaum einer wahr. Außerdem sei das Thema Nutzenbewertung kein rein deutsches Phänomen. Vor der Herausforderung, den Nutzen und

damit auch den Preis von Arzneimitteln detailliert begründen zu müssen, stünden schließlich nicht nur Pharmaunternehmen in Deutschland. Ein entscheidendes Problem liegt für ihn in der Tatsache begründet, dass die pharmazeutische Industrie nicht genug gerüstet sei, um mit dem Spibu, dem G-BA und dem IQWiG „auf Augenhöhe“ zu sprechen. Beim Spibu oder IQWiG säßen „hochkarätige Technokraten“, die top ausgebildet sind. „Die Industrie muss ihre gesundheitspolitischen Abteilungen unbedingt aufstocken“, so Krebs.

Des weiteren stellte er fest: „Wir sind auch die einzige Industrie, die ihre Kunden als Feinde betrachtet.“ Es werde geschimpft über die Krankenkassen und den Spibu und so weiter - „aber das sind unsere Kunden“, gab Krebs zu bedenken. Auch in dieser Hinsicht müsse ganz klar ein Umdenken stattfinden.

„Die Menschen von heute wünschen sich das Leben von übermorgen zu den Preisen von gestern“ - mit diesem Zitat des amerikanischen Schriftstellers Tennessee Williams eröffnete Dr. med. Tim Husemann, Leiter Health Care Management & Contracting bei der MSD SHARP & DOHME GmbH, seinen Vortrag zum Thema „Market Access im Zeichen des AMNOG“. Er betonte, dass er die mit dem AMNOG eingeleiteten Maßnahmen durchaus nachvollziehen könne. „An und für sich finden wir eine Nutzenbewertung richtig gut.“ Seine Forderung an integrierte Versorgung laute jedoch, dass die Ärzte unbedingt mit eingebunden werden müssten. Die Frage, wo denn in Zukunft der Außendienst bliebe, könne er eindeutig beantworten: Der Außendienst werde auch künftig eine bedeutende Rolle einnehmen. „Gefordert sind aber zunehmend eine hohe Flexibilität



hinsichtlich der situationsspezifischen notwendigen Ressourcen sowie Kompetenzen weit über das reine Produktwissen hinaus, speziell über die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Kunden.“ Ein entsprechend qualifizierter externer Dienstleister könne das Stammpersonal wunderbar ergänzen.

Für die neuen Kooperationsmöglichkeiten, die das AMNOG bietet, wünscht sich Tim Husemann „ein gemeinsames Arbeiten an gemeinsamen Gesundheitszielen und eine angemessene Wertschätzung der Leistung aller Beteiligten.“

## Verhaltensregeln für Kooperationen

Für Dr. Hans Joachim Egly, Director Business Development der UCB Pharma GmbH, werden in Zukunft Kooperationsformen wie Co-Marketing und Co-Promotion stärker an Bedeutung gewinnen. Auch kleine, spezialisierte Außendienstlinien für Nischenmärkte werden seiner Einschätzung nach immer wichtiger werden. „Generell wird das Thema ‚Vertriebskooperationen‘ zwischen verschiedenen Herstellern immer wichtiger“, erklärte Egly, „denn diese Form der Zusammenarbeit ist nachweisbar erfolgreicher als etwa die großen Merger.“ Für das „Überleben“ in einer solchen Kooperation gebe es allerdings klare Verhaltensregeln. Egly zitierte diese Regeln nach dem Buch „The Evolution of Cooperation“ des Politikwissenschaftlers Robert Axelrod. Gemäß dem Motto „tit for tat“ (übersetzt: „wie du mir, so ich dir“) basiere eine Kooperation auf den vier Säulen: Reciprocity, Niceness, Forgiveness und Clarity. „Reciprocity“ bedeute, dass Wohlverhalten belohnt, Fehlverhalten abgestraft werden müsse. „Niceness“ umfasse das Vertrauen untereinander, während „Forgiveness“ hieße: „Sei nicht neidisch, denn der Erfolg des anderen ist Voraussetzung für den eigenen Erfolg“, so Egly. Last but not least empfehle sich

im Bereich „Clarity“ klar, durchschaubar und berechenbar für den Partner zu sein.

In seinem Vortrag erläuterte Werner Weis, ehemals ESSEX Pharma GmbH, die Erfolgsfaktoren für die Launch Excellence trotz AMNOG. Das AMNOG sei als Reaktion und eine Art Zeichen der Politik an die Industrie zu interpretieren: „Ihr habt uns lange genug an der Nase herum geführt. Jetzt bestimmen wir.“ Für die Pharmaunternehmen bedeute das AMNOG auf alle Fälle eine sehr große Umstellung. „Ein Launch wird künftig nicht mehr von einem einzigen Produktmanager allein zu stemmen sein, wie das heute oftmals noch Praxis ist“, so Weis. „Nötig ist vielmehr ein cross-funktionales Team unter Führung eines Projektmanagers und eines umfassenden Launchtools.“

Warum es in Zukunft nur so funktionieren könne, erklärte Weis mit den veränderten und neuen Strukturen in der Pharmaindustrie. Die neuen Stakeholder im Markt haben unterschiedliche Rollen und bräuchten entsprechend auch unterschiedliche Ansprechpartner. „Für jeden Stakeholder muss künftig eine eigene Strategie und Ansprache entwickelt werden“,



Dr. Hans-Joachim Egly (Bildquelle: Marvecs-Kundenforum/Hofstätter Fotografie)

machte Weis deutlich. Unter einer „Top-Line-Strategie“ versteht er: „Ich muss die unterschiedlichen Stakeholder kennen, ihre Motivation und ihre Entscheidungskriterien verstehen.“ Danach müsse die Zielsetzung für jeden Stakeholder definiert werden, „und zwar für die Zeit vor, während und nach dem Launch“.

Darüber hinaus müsse der Produkt-Launch künftig systematisch und Jahre vorher, das heißt bereits ab Phase II, vorbereitet werden. „Diese Herausforderungen erfordern eine Reorganisation der Strukturen, die den direkten Kontakt mit den Stakeholdern haben“.

Der Ratschlag von Weis: „Weg vom vorherrschenden Silodenken.“

Auf Basis des „New Commercial Model“ könne man eine organisatorische Effizienz und Effektivität erreichen. Werner Weis skizzierte fünf Schritte in Richtung dieses Modells: Self-Assessment, Strategische Planung, Exzellente Organisation, Kompetenzen entwickeln und Commercial Transformation. „Pharmazeutische Firmen, die gut und früh genug planen, werden einen Wettbewerbsvorteil gegenüber ihren Mitbewerbern haben und das Maximum aus ihren Produkten herausholen“, lautet dann auch das Fazit von Werner Weis. <<



Andreas Krebs (li.) und Dr. med. Tim Husemann (Bildquelle: Marvecs-Kundenforum/Hofstätter Fotografie)

MedInform-Konferenz: „Kommunikation mit Krankenkassen als Schlüssel zum Erfolg“

## „Inhalt vor Frequenz“

Wie ticken die Krankenkassen? Und an wen muss man sich dort wenden? Typische Fragen, vor denen viele Leistungserbringer und Hersteller aus dem Medizinproduktebereich stünden, so Daniela Piossek, Leiterin des Referats Krankenversicherung beim Bundesverband Medizintechnik und Moderatorin der MedInform-Veranstaltung zur Kommunikation mit den Krankenkassen. Dass es bei diesem Thema viele Parallelen zwischen Medizinproduktebranche und Pharmaindustrie gibt, wurde schon alleine dadurch deutlich, dass Joachim Odenbach, der Pressesprecher des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI), auf der sehr gut besuchten Veranstaltung am 24. Mai in Köln gleich zwei Referate hielt.

>> In seinen „Regeln der Kommunikation“ stellte Odenbach, der vor seiner Tätigkeit für den BPI lange für die Kommunikation des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen (IKK) verantwortlich war, zunächst einmal fest, dass sich die Kommunikation gegenüber Krankenkassen gar nicht so sehr von der Kommunikation mit Medien unterscheidet: „Man kann die gleichen Fehler, aber auch das Gleiche richtig machen.“ So dürfe man zum Beispiel nur dann an die Medien oder an andere Beteiligte im Gesundheitswesen gehen, wenn man auch wirklich etwas zu sagen habe, denn „die Krankenkasse wird sich sehr genau überlegen, ob sie Ihnen einen zweiten Termin gibt, wenn schon beim ersten nichts herauskam.“

### Kontakte knüpfen und pflegen

Zunächst müsse man den richtigen Ansprechpartner in der Krankenkasse finden, den Kontakt knüpfen und dann auch pflegen. „Wer Sie nicht kennt, kann nicht mit Ihnen arbeiten.

Und wer Sie für langweilig oder inkompetent hält, will es nicht.“ Zum Kontaktknüpfen und -pflegen gehöre auch, dass man sich auf die Denk- und Arbeitsweise des jeweiligen Gegenübers einstelle und Informationen liefere, die für den Ansprechpartner von Interesse seien. So wie Journalisten jedes Thema auf den Nutzen für ihre Zielgruppe hin prüften, würden sich auch die Verantwortlichen in den Krankenkassen fragen: „Welchen Nutzen bringt das für meine Versicherten?“

Anschließend ging Rolf D. Müller, ehemals Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin heute als Berater in der Gesundheits- und Versicherungswirtschaft tätig, auf das Innenleben der Krankenkassen und deren vielfältige Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen ein. Die Krankenkasse gibt es nämlich nicht. Die Leistungspartner der Krankenkassen müssten beachten, dass diese eine sehr unterschiedliche Alters- und Morbiditätslast haben - und damit auch unterschiedliche Interessen. Die Krankenkassenlandschaft sei insgesamt differenzierter gewor-

den. Hinzu komme die Entwicklung, dass bestimmte Kassenarten mit Dienstleistern wie Spektrum K oder MSC im Versorgungsmanagement zusammenarbeiten. Diese Besonderheiten müssten bei Gesprächen und Angeboten berücksichtigt werden.

### Problemlösungen statt Produkte

Müller empfahl den Unternehmen, ihre Kommunikationsformen mit den Krankenkassen zu überdenken. Potenzielle Vertragspartner sollten sich in der Kommunikation nicht nur auf ihre Produkte oder Dienstleistungen konzentrieren. „Der Vertragspartner sollte überzeugende Problemlösungen für die Krankenkassen anbieten und nicht nur Produkte und Dienstleistungen darstellen. Dazu gehört, Hilfen bei der Umsetzung von Lösungen anzubieten und Service und Verfügbarkeit erlebbar zu machen“, so Müller. „Transparenz bei der Preisgestaltung schafft dabei Vertrauen und Nachvollziehbarkeit.“

### Geld an erster Stelle im Fokus

Er plädierte dafür, möglichst gemeinsam und partnerschaftlich klare Ziele zu entwickeln und klare Absprachen zu treffen. Eindringlich warnte er davor, in der Kommunikation zu tricksen: „Tricks in der Kommunikation führen zu Misstrauen und verhindern eine verlässliche Vertragsbeziehung.“



Rolf D. Müller

Gerhard Kruse, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft zur Präqualifizierung im Gesundheitswesen und langjährige Führungskraft bei der AOK Schleswig-Holstein, betonte zu Beginn seines Vortrags, in der Krankenkassenlandschaft finde ein „enormer Wandlungsprozess“ statt. Die Kassen stünden unter großem Druck. Die neue Wettbewerbssituation sei geprägt durch den Zusatzbeitrag, durch Fusionen, Insolvenzen und Schließungen, Selektivverträge und Ausschreibungen. Die Unsicherheit sei groß, Mitarbeiter der Krankenkassen durch Stellenabbau und Zielvereinbarungen verunsichert. „Das Geld steht an erster Stelle im Fokus“, so Kruse. „Um Zusatzbeiträge zu vermeiden, muss an anderen Stellen gespart werden.“ Und wenn doch ein Zusatzbeitrag erhoben werden müsse, dann würden auch gerne Modellprojekte und neue Versorgungskonzepte entwickelt, um für die Versicherten zusätzliche Angebote



Joachim Odenbach



Gerhard Kruse

zu schaffen.

Bei Verhandlungen müsse man sich mit den Besonderheiten der Krankenkasse auseinandersetzen: Wie ist sie im Wettbewerb aufgestellt, wie stark ist der Vorstand, wer sind die richtigen Ansprechpartner? Auch sollten Analysen des neuen Morbidität-RSA beachtet werden. So zeige beispielsweise die Barmer-Versichertenstruktur, dass es in den neuen Bundesländern sehr viele Herz-Kreislauf-Erkrankte gibt. Dieser Bereich sei damit auch ein interessantes Thema für die Krankenkassen, da hier sehr hohe Kosten entstehen. Kruse: „Gefordert sind intelligente Verträge mit Businessplan und Belegen.“

## Mehrwert erlebbar machen

Beide Welten - Krankenkassen und Leistungserbringer - kennt Peter Aporta, Leiter der Hauptabteilung Krankenkassenvertragsmanagement bei der GHD GesundHeits GmbH. Er war früher unter anderem bei der AOK Berlin



Peter Aporta

tätig. Tägliche Herausforderungen im Vertragsverhandlungsgeschäft seien u.a. unterschiedliche Verhandlungsstrukturen in den Kassen oder das Fehlen einheitlicher Vertragsanforderungen an Produkt, Personal und Qualität. Problematisch sei auch, dass Versorgungspfade in den Krankenkassen nicht einheitlich abgebildet würden, zum Teil gebe es mehrere Ansprechpartner innerhalb einer Krankenkasse.

Auch die regionalen Besonderheiten müssten berücksichtigt und unterschiedlich angegangen werden. Trotzdem gebe es die Chance, neue Wege und Vertragsmodelle zu etablieren. Eine Schlüsselrolle nehme dabei das Versorgungsmanagement ein. Hier müsste der Mehrwert erlebbar gemacht werden. Dazu gehörten Kundenzufriedenheitsanalysen für den diagnoseorientierten Versorgungspfad, aber auch Kenntnisse der vorhandenen regionalen Versorgungsstrukturen, um optimale Versorgungsnetzwerke bilden zu können. Zu einem erfolgreichen Konzept gehörten auch ein bestmögliches Kosten-Nutzen-Verhältnis und klare Kriterien für die Auswahl der Netzwerkpartner. Aportas Schlussappell: „Intelligente Versorgungsqualität ist erlebbar!“

Den Anfang im Nachmittagsprogramm machte dann wieder Joachim Odenbach, der fragte, wann muss ich wen wie ansprechen? Zunächst ging er auf die Besonderheiten der Kommunikation im Gesundheitsmarkt ein. Gesundheit sei das höchste Gut und betreffe alle Menschen. Es gebe einen Spagat zwischen Erstattungsansprüchen und Heilversprechen. Und bei Unternehmen werde es - im Gegensatz zu Ärzten, die auch nichts anderes täten - häufig als unmoralisch angesehen, mit Krankheit Geld zu verdienen.

Was die Zielgruppen betreffe, sei im Fall der Krankenkassen die Kommunikation oft stark ideologisiert („die guten Krankenkassen auf der einen und die böse Industrie auf der anderen Seite“), bei den Versicherten seien die

Gesundheitsthemen extrem emotionalisiert, außerdem müsse bei der Interessenlage der Menschen differenziert werden: Als Versicherte wollen sie möglichst niedrige Beiträge zahlen, als Patienten haben sie eine Heilserwartung.“

Abschließend riet Odenbach seinen Zuhörern, den Kassenwettbewerb zu nutzen: „Der Wettbewerb bietet auch Chancen, man kann mit verschiedenen Kassen sprechen.“ Und er riet den kleineren Unternehmen im Markt, praktisch rund um die Uhr erreichbar zu sein: „Als kleiner Player muss man mehr Service bieten!“

## Manager und Partner

Wann schließen Krankenkassen Selektivverträge ab? Darauf ging Nikolaus Schmitt, Vertrags- und Versorgungsmanagement-Experte bei der Barmer GEK, ein. Eine wichtige Motivation zum Abschluss von Einzelverträgen sei der verschärfte Wettbewerb um Versicherte und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen würden daher strategischer und entwickelten sich künftig vom „Kostenträger“ zum Manager der Leistungserbringer und Gesundheitspartner für die Versicherten. Der langfristige Trend nach Schmitt: „Proaktive Krankenkassen werden mit Leistungserbringern die Organisation der Versorgung managen, um Versorgungsqualität und -effizienz zu steigern.“

Unter den verschiedenen zur Verfügung stehenden Vertragsmöglichkeiten machten Selektivverträge bei weitem den geringsten Anteil aus, so Schmitt. Bei Selektivverträgen erwarteten die Krankenkassen eine „vertrauensvolle Zusammenarbeit mit

*„In der heutigen Welt wird fünfmal mehr in Medikamente für die männliche Potenz und Silikon für Frauen investiert als für die Heilung von Alzheimer-Patienten. Daraus folgernd haben wir in ein paar Jahren alte Frauen mit großen Titten und alte Männer mit hartem Penis, aber keiner von denen kann sich daran erinnern, wozu das gut ist.“*

*Drauzio Varella, brasilianischer Arzt (zitiert nach G. Kruse)*

qualitätsorientierten Partnern“. Jede Krankenkasse habe dabei ein „strategisches Gerüst“, auf dessen Grundlage Ideen für neue Versorgungskonzepte beurteilt und im Rahmen eines Innovationsmanagement-Prozesses gefiltert würden. Eine Priorisierung der Konzepte wird bei der Barmer GEK wird mit Hilfe einer Matrix getroffen, die sich aus Wirtschaftlichkeits- und Vertriebseffekten auf der einen und medizinischen Qualitätseffekten auf der anderen Seiten zusammensetzt. Hinzu kämen weitere strategische Effekte, die nicht quantifizierbar seien.

Es müsse beachtet werden, so Schmitt, dass seit dem Gesundheitsfonds Verträge für die Krankenkassen nicht nur eine Ausgabenseite, sondern mit dem Morbi-RSA auch eine Einnahmeseite haben. Der intensivste Arbeitsaufwand sei jedoch nicht der Vertragsabschluss, sondern „den Vertrag zum Fliegen zu bringen“, was 80 Prozent der Arbeit ausmache. Ein Hauptproblem stelle die Einschreibungspflicht der Versicherten dar. „Gute Konzepte scheitern daher oft an fehlenden Patienten.“ <<



Nikolaus Schmitt



# VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

## ▶▶▶ Jahresabonnement & iPod sichern!



Foto © Matthieu Riegler, CC-BY, Wikimedia Commons

Lesen Sie 6 Ausgaben Monitor Versorgungsforschung für 90€.  
Unter den ersten 100 Bestellern\* verlosen wir 10 iPod Shuffle!  
[www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement](http://www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement) [abo@m-vf.de](mailto:abo@m-vf.de) Fax: 0228-7636801  
Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - content in health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 36 80 - [mail@m-vf.de](mailto:mail@m-vf.de)