

# market access & health policy

07  
11



Peter Marx, Head of Market Access, Pfizer Deutschland: „Es geht nicht allein darum, die Industrie als Kooperations- oder Vertragspartner zu positionieren.“

## Planwirtschaft

Eine klare Entscheidung ist gefordert: Planwirtschaft oder Wettbewerb? Eindrücke von der Jahrestagung des Pharmaspezialisten Cegedim.

## Was Kassen wollen

Eine Untersuchung des Dienstleisters health-activate zeigt eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen von Krankenkassen und Pharmaindustrie.

## Bye-bye, Big Pharma

Zwei Market-Access-Chefs nehmen Stellung zu den Untersuchungsergebnissen von health-activate. Die Industrie ist gerade auf dem Weg die neue Zusammenarbeit zu ergründen.



# 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

### Planwirtschaft 14

Auch auf der bereits zum 12. Mal stattfindenden Jahrestagung des Pharmaspezialisten Cegedim stand das AMNOG im Zentrum der Diskussionen. Vertreter von der Industrie- und Kassenseite sowie aus der Wissenschaft beleuchteten das Gesetz aus ihrer jeweiligen Perspektive.

### Bye-bye, Big Pharma 19

Die Leiter der Market-Access-Abteilungen von Pfizer und Bayer Vital nehmen Stellung zu den Ergebnissen einer Untersuchung von health-activate über das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Pharmaindustrie.

### Schmerz mit Folgen 11

Auf dem Kongress „Societal Impact of Pain 2011“ im Europäischen Parlament in Brüssel wurden die gesellschaftlichen Auswirkungen des chronischen Schmerzes diskutiert. Am Ende des zweitägigen Symposiums wurde eine „Road Map for Action“ präsentiert.

## Know-how

### Herausforderung 16

Ein wesentliches Kriterium zukünftiger Bewertungsverfahren könnten nach Einschätzung von Christian Deutsch, Kantar Health, Patientenpräferenzen sein.

## Studie

### Was Kassen wollen 18

Eine Untersuchung von health-activate zeigt auf, dass ein grundsätzliches Missverständnis zwischen den Erwartungen der Krankenkassen und der Pharmaindustrie besteht. Die Ergebnisse im Detail.

## Porträt

### Forschung & Strategie 11

Carolin Knorr, Politologin M.A. und Geschäftsführerin der KNORR Health Strategy, stellt ihr Unternehmen vor.

## Es ist ein Fisch!



>> Um den eintönigen Speiseplan in den zahlreichen Fastenwochen, die das klösterliche Leben im Mittelalter bestimmten, etwas aufzufrischen und zu bereichern, konnte es schon mal vorkommen, dass der Abt ein Reh oder anderes Waldtier zu einem Fisch umdeklarierte. Das funktionierte allerdings nicht einfach durch Good Will oder plumpe Umbenennung, sondern das Reh oder der Hase fand sich „aus Versehen“ im klösterlichen Fischteich wieder, so dass es als Wassertier schließlich den strengen Fastenregeln unterworfen war und guten Gewissens von den Mönchen verzehrt werden konnte. Aus heutiger Sicht kann man die Vorgehensweise natürlich schnell als Scheinheiligkeit oder Heuchelei abtun, aber zumindest traf der Abt eine klare Entscheidung, die einerseits gottgefällig war und andererseits von Nutzen für die Mönche. Natürlich haben wir die Zeiten, in denen Rehe noch als Fische durchgehen konnten, hinter uns gelassen und wir möchten uns schließlich auch von niemandem ein X für ein U vormachen lassen. Doch was sich nach wie vor nicht verändert hat, ist die Notwendigkeit von klaren Entscheidungen. Auf der Jahrestagung des Pharmadienstleisters Cegedim mahnte Prof. Dr. Volker Amelung von der Medizinischen Hochschule Hannover in Richtung Gesetzgeber eine klare Zielvorgabe an. Das AMNOG habe - wie viele andere Gesetze auch - einen entscheidenden Webfehler: „Das Gesetz ermöglicht keine langfristigen Strategien, es ist nur auf sehr kurzfristiges Agieren ausgelegt“, so Amelung. Doch gerade wenn man in Versorgungsstrukturen denke, brauche man langfristige Strukturen und Verlässlichkeit. Als weiteren Kritikpunkt am AMNOG formulierte Amelung, dass man endlich Farbe bekennen solle, ob man richtigen Wettbewerb im Gesundheitswesen wolle, oder eben nicht. Oder um im Bild zu bleiben: Es ist weder Reh noch Fisch!

Das AMNOG bietet der pharmazeutischen Industrie auch zahlreiche Möglichkeiten, sich im Versorgungsprozess zu positionieren und als Partner von Krankenkassen zu agieren. Eine Umfrage des Dienstleisters health-activate unter gesetzlichen Krankenkassen kommt zu dem Ergebnis, dass ein grundsätzliches Missverständnis bestehe zwischen den Anforderungen seitens der Krankenkassen und den Konzepten und Informationen, die Pharmahersteller an die Kassen vermitteln. Fast ist man geneigt zu sagen, dass das Ergebnis wenig überraschend ist, denn diese vom Gesetzgeber ermöglichte und erwünschte Partnerschaft ist noch relativ jung. In Prä-AMNOG-Zeiten bestand keine Notwendigkeit, sich um die anderen Akteure im Gesundheitsmarkt zu kümmern oder sich für deren Belange zu interessieren. Auch das Gefühl „wir sitzen schließlich alle im gleichen Boot“ war vielen eher fremd. Doch eine ernstgemeinte Partnerschaft entsteht eben nicht von heute auf morgen. Die Partner müssen sich kennen lernen - besonders auch die spezifischen Eigenschaften des jeweils anderen. Eine auf Langfristigkeit aufgebaute Partnerschaft entwickelt sich und dafür braucht es vor allem Vertrauen, Ehrlichkeit und Verlässlichkeit. Dessen sollten sich alle Beteiligten bewusst sein. Die Zeiten, in denen Rehe zu Fischen wurden, haben wir zum Glück hinter uns gelassen. <<

Ihre

Jutta Mutschler

Leitende Redakteurin Pharma Relations & Market Access

## 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.erelection.org  
mail@erelection.org  
Verlagsleitung  
Peter Stegmaier

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

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. (IVW), Berlin  
Verbreitete Auflage: 3.119 (IVW 1. Quartal 2011)



## 12. Jahrestagung des Pharmaspezialisten Cegedim

# Planwirtschaft oder Wettbewerb?

Auf der diesjährigen Jahrestagung des Pharmaspezialisten Cegedim standen Lösungsansätze für die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussionen. Ende Mai trafen sich Experten und Meinungsbildner aus den unterschiedlichen Bereichen des Healthcemarktes, um insbesondere das AMNOG aus ihrer jeweiligen Perspektive zu beleuchten. Für Professor Dr. Günter Neubauer, Direktor des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomik, der als Moderator durch den Tag führte, stellt das AMNOG einen Paradigmenwechsel dar. In seiner Einführung prognostizierte er jedoch bereits die nächste Reform für das Jahr 2015. Einer seiner wichtigsten Kritikpunkte in Richtung Politik: Leider finde in Deutschland keine ökonomische Aufklärung statt. Auch die Inhalte des bevorstehenden Versorgungsgesetzes sind aus seiner Perspektive „der Versuch, Probleme von morgen mit Instrumenten von gestern zu lösen“.

>> Nach Einschätzung von Professor Günter Neubauer ist das AMNOG nicht der letzte, sondern der erste Schritt in einer bestimmten Entwicklung. „Die AMNOG-Philosophie wird sich auch auf Medizinprodukte übertragen und irgendwann sind wir dann auch ganz schnell dabei, über Diagnose und Therapie zu sprechen.“ Bei der Betrachtung der Einnahmen- und Ausgabenschiere werde ein weltweiter Trend deutlich, „nämlich dass überall der Behandlungsbedarf der Bevölkerung schneller wächst als finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können“. Er mahnte an, dass viel mehr moderne Strukturen vorausgedacht werden sollten. „Auch die modernen Informations- und Kommunikationsstrukturen müssen wir besser einbinden, anstatt die alten Wege zu verfeinern“, so Neubauer. Er plädierte auch deutlich für eine stärkere Einbindung von Patienten bei der Innovationsbewertung.

Welche Auswirkungen das AMNOG für einen Impfstoffhersteller hat, stellte Dr. med. Klaus Schlüter, Director Scientific Affairs & Market Access, Sanofi Pasteur MSD GmbH, in seinem Vortrag dar. Den Pharmaherstellern sei laut Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom 26. Oktober 2009 versprochen worden: „Die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente, die den Arzneimittelmarkt re-

Prof. Dr. Günter Neubauer, Direktor des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomik, führte als Moderator durch die Jahrestagung des Pharmadiensteilers Cegedim



geln, werden wir überprüfen. Die Überregulierung wird abgebaut. Der Arzneimittelmarkt wird unter patienten-, mittelstandsfreundlichen und wettbewerblichen Kriterien effizient neu geordnet.“ Doch nach Aussage von Klaus Schlüter wurden von diesem Versprechen schließlich zwei Punkte umgesetzt und abgebaut: Zum einen das Zweitmeinungsverfahren, zum anderen die Bonus-Malus-Regelung für Ärzte. „Zwei Punkte“, bemerkte Schlüter, „die sowieso nicht angewendet und exekutiert worden sind.“ Hinzu bekommen habe man indessen einen neuen Punkt - nämlich „neue Bürokratie durch die frühe Nutzenbewertung“. Neben einem wirtschaftlichen Problem

befürchtet Schlüter insbesondere auch Umsetzungsprobleme. „Denn die Politik hat etwas eingeführt, was erstmalig in Deutschland passiert“, so Schlüter, „nämlich eine europäische Referenzpreisregelung.“ Als Problem daran diagnostizierte Schlüter, dass es keinen tatsächlich gültigen Abgabepreis gebe. Der Impfstoffmarkt sei so strukturiert, dass es auch in anderen Ländern offizielle Listenpreise gebe. „Aber“, wandte Schlüter ein, „in Italien und Spanien hat jede Region unterschiedliche Preise.“ Und in England - einem weiteren Referenzland - gebe es vertraulich vereinbarte Preise. „In Deutschland sehen wir es als völlig selbstverständlich an, dass vertraulich vereinbarte Preise nicht öffentlich

gemacht werden.“ Erwartet werde nun aber, dass diese vertraulichen Vereinbarungen öffentlich gemacht werden. Doch diese Offenlegung der vertraulich geregelten Preisvereinbarungen komme einer Wettbewerbsverzerrung gleich. „Das Problem ist nicht, dass wir den europäischen Referenzpreis nicht wollen“, machte Schlüter deutlich. Das Problem liege sehr viel mehr in der Tatsache begründet, „dass die Politik Mechanismen eingesetzt hat, die nicht umsetzbar sind.“ Als Vertreter eines Impfstoffherstellers sehe er durch das AMNOG „neue Hürden für eine eigentlich sinnvolle Präventionsmaßnahme, nämlich das Impfen“. Es stehe zu befürchten, dass Ärzte, Patienten, Hersteller

und Krankenkassen durch diese Regelung verunsichert würden. „Es ist wichtig“, so Schlüters Wunsch, „dass wir eine möglichst sinnvolle und bürokratiearme Regelung finden.“

Welchen Einfluss die Einführung des AMNOG auf Krankenkassen hat, führte Wilfried Jacobs, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Hamburg/Rheinland aus. Laut Jacobs herrscht derzeit eine „schizophrene Situation im Gesundheitswesen“. In Berlin werde Gesundheitspolitik so diskutiert, wie es die Menschen nicht interessiere. Und was die Menschen interessiere, das diskutiere Berlin nicht. Wilfried Jacobs machte seine Aussage an einem einfachen Beispiel fest: „Der Patient beschwert sich, dass er im Vierbettzimmer liegt und in Berlin beschäftigt man sich mit dem Gesundheitsfonds.“ Dass es den Gesundheitsfonds gebe, davon habe der Patient im Vierbettzimmer nichts. Jacobs' Conclusio: „Die etablierte Gesundheitspolitik hat sich von der Realwelt des Patienten verabschiedet.“ Oder provokanter ausgedrückt: Nach Einschätzung des Krankenkassenvorstandes gibt es im Medizinbetrieb auch Vollbeschäftigung ganz ohne Patienten, „weil wir auch so genug zu tun haben“. Dass sich die Organisationen im Medizinbetrieb nicht an den alltäglichen Problemen der Patienten ausrichte, werde sich rächen, zeigte sich Jacobs überzeugt. „Es wird allerhöchste Zeit, dass etwas passiert.“

Im Hinblick auf den Arzneimittelmarkt sieht Wilfried Jacobs das größte Problem in den „relativ teuren Kosten für innovative Medizin“. Klarstellen wollte er in diesem Zusammenhang, dass er komplett akzeptiere, dass die Pharmaindustrie nach den Gesetzen der Wirtschaft agiere: „Ein Pharmaunternehmen ist keine Caritas, sondern muss Geld verdienen.“ Das AMNOG ist nach Einschätzung von Jacobs der richtige Weg. Das Problem sei nicht, dass der Pharmamarkt teuer sei, „sondern dass es uns so schlecht

gelingt, echte Innovationen von Scheininnovationen zu trennen“. Könne man die Spreu vom Weizen trennen, gebe es genug Geld im System für echte Innovationen. Jacobs bekannte sich dazu, leidenschaftlicher Anhänger einer Positivliste zu sein. „Ist das Arzneimittel eindeutig nutzenstiftend, dann kommt es mit einem angemessenen Preis auf die Liste“, so Jacobs. „Ist es nicht nutzenstiftend, dann eben nicht - das ist eine ganz einfache Lösung.“ Verständnis zeigte Jacobs auch für die Argumente und Bedenken der Pharmaindustrie gegenüber dem AMNOG. Doch er bleibe dabei, die Richtung, die mit dem AMNOG eingeschlagen werde, sei klar und richtig. Er schloss sich Neubauers Meinung an, dass der Patient nach wie vor „das schwächste Glied“ in der Kette sei. Hier sei eine Veränderung wünschenswert.

Doch Wilfried Jacobs ist nicht nur leidenschaftlicher Anhänger der Positivliste, sondern auch vehementer Fürsprecher einer partiellen Studienfinanzierung durch Steuern. Er formulierte aber auch deutliche Forderungen an klinische Studien: So müsste seiner Ansicht nach eine „Nachjustierung“ von Studien, zum Beispiel das Hinzufügen von Endpunkten, die ursprünglich nicht geplant waren, verboten werden. Ebenso

müssten alle Studienergebnisse, also auch Negativ-Studien, veröffentlicht werden und mögliche Interessenskonflikte aufgeführt werden. An dieser Stelle könne schließlich die Frage aufgegriffen werden, „ob sich nicht auch Kostenträger in irgendeiner Form an sinnhaften klinischen Studien beteiligen sollten“. Jacobs machte am Ende seines Vortrages deutlich, dass er einer solchen Diskussion offen gegenüberstehe.

Nach Ansicht von Prof. Dr. Volker Amelung, Schwerpunktprofessor für internationale Gesundheitsforschung an der Medizinischen Hochschule in Hannover, muss das AMNOG im Kontext der anderen Reformgesetze betrachtet werden. Häufig werde der Fehler gemacht, nur einzelne Reformen oder Gesetze herauszupicken, um sie zu analysieren. „Man kann die Gesetze jedoch nur verstehen, wenn man sie gesamthaft betrachtet“, erklärte Amelung. Er vertrete die These, dass für die Entwicklung des Gesundheitssystems die Privatisierung der GKV entscheidend sei. „Das ist das zentrale Reformvorhaben, das man angehen müsste.“ Die Krankenkassen bräuchten mehr Handlungsspielraum, „damit sie nicht nur Unternehmen spielen, sondern Unternehmen werden“.

Seiner Meinung nach wird viel zu wenig darüber diskutiert,

dass das AMNOG erhebliche Potenziale geschaffen habe, um die pharmazeutische Industrie in integrierte Versorgungsnetze einzubinden. Allgemein gesprochen bedeute integrierte Versorgung nichts anderes als Denken in Wertschöpfungsketten und Versorgungsstrukturen. Es sei wichtig, dass die pharmazeutische Industrie es schaffe, sich in den Versorgungsprozessen besser zu positionieren, so Amelung. Im AMNOG gebe es jedoch einen wesentlichen Webfehler: „Das Gesetz ermöglicht keine langfristigen Strategien, es ist nur auf sehr kurzfristiges Agieren ausgelegt.“ Aber gerade wenn man in Wertschöpfungsketten und Versorgungsstrukturen denke, brauche man dringend langfristige Strukturen und Verlässlichkeit. „Irgendwann muss man Farbe bekennen, ob man nun Wettbewerb haben will oder nicht“, formulierte Amelung als letzten Kritikpunkt am AMNOG. Es gehe um eine grundlegende ordnungspolitische Frage. Im Hinblick auf das anstehende Versorgungsgesetz konnte sich Amelung einen kleinen Seitenhieb auf die frühere Gesundheitsministerin nicht verkneifen: „Das ist Planwirtschaft“, so Volker Amelung, „das hätte Ulla Schmidt nicht besser machen können.“ <<



Wilfried Jacobs, Prof. Dr. Volker Amelung und Dr. med. Klaus Schlüter (v.l.n.r.)

Patienten-Nutzen für innovative Medikamente messen

# Herausforderung AMNOG

Das AMNOG verlangt erstmals eine „frühe Nutzenbewertung“ für neue Medikamente. Im Zuge der Zulassung muss der Hersteller zukünftig ein Nutzen-Dossier einreichen. Der Bezugspunkt für die Bewertung des Präparates ist unter anderem der Patient. Dies bedeutet, dass der Wert einer Innovation sich größtenteils in den positiven Effekten bei den betroffenen Patienten manifestiert. Um nutzenrelevante Parameter für das Dossier festzulegen, ist es daher für Hersteller unabdingbar, so früh wie möglich in der Produkt-Entwicklungsphase patientenrelevante Endpunkte und Patientenpräferenzen zu ermitteln. Schneidet das neue Medikament schlechter ab als das der Konkurrenz, kann daraus eine Einstufung als sogenanntes Analog-Präparat resultieren, mit der Folge der Festbetragsregelung, was geringere Margen nach sich ziehen kann, als ursprünglich geplant. Jedoch auch für Bestands-Präparate können zukünftig Patientenpräferenzen und patientenrelevante Endpunkte im Zuge von kurzfristig angeforderten Kosten-Nutzen-Analysen verlangt werden. Patientenpräferenzen sind damit ein wesentliches Kriterium zukünftiger Bewertungsverfahren, um den Patientennutzen umfassend abzubilden: Nichts ist für Hersteller gefährlicher, als „auf das falsche Pferd zu setzen“ beim Design von Studien, die bestimmte Nutzenparameter belegen sollen, und bei der Vermarktung.

>> Ziel einer Patient-Utility-Studie ist es, Patientenpräferenzen und patientenrelevante Endpunkte zu ermitteln, und damit die Patienten-Perspektive in die Nutzenbewertung maßgeblich einzubeziehen. Nicht nur der Facharzt und Experte definiert, wie groß der Zusatznutzen eines Medikaments ist, auch der Patient bestimmt indirekt den Mehrwert der Medikation und somit den entsprechenden „monetären Wert“; denn Studien haben gezeigt, dass Facharzt und Patient oftmals sehr unterschiedliche Wahrnehmungen hinsichtlich der Relevanz bestimmter (Produkt)eigenschaften haben. Diese Unterschiede gilt es anhand sogenannter Patient-Utility-Studien zu eruieren. Zudem liefern die Studienergebnisse die Möglichkeit einer gezielten Ausrichtung der Produktkommunikation von Anfang an.

## Wie sieht eine Patient-Utility-Studie aus?

In einer solchen Studie werden meistens in einem zweistufigen Verfahren - in einem qualitativen und quantitativen Befragungs-Teil - sowohl Patienten als auch Ärzte befragt.

Eine kurze qualitative Befragung wird mit dem Ziel durchge-

führt, die Einstellung von Ärzten und Patienten hinsichtlich der Relevanz verschiedener krankheitsbezogener Aspekte zu eruieren. Damit liefern betroffene Patienten und behandelnde Ärzte zunächst wertvolle Einblicke in die Relevanz verschiedener lebensqualitäts- und krankheitsbezogener Aspekte (aus beiden Perspektiven), die dann als Basis für die quantitative Befragung (Discrete-Choice Verfahren) verwendet werden. Dazu werden zum Beispiel fünf bis zehn Ärzte und eine gleich große Gruppe von Patienten für jeweils eine halbe Stunde befragt.

## Facharzt und Patient ticken unterschiedlich

Diese qualitative Vorphase dient dazu, vorhandene Thesen bezüglich der Endpunkte/Attribute zu überprüfen und zu ergänzen. Falls keine These vorliegt, ist eine solche Phase unabdingbar für die spätere quantitative Messung. Zur Quantifizierung und weiteren Ermittlung der Präferenzen werden im Anschluss die Patienten in einer größeren Stichprobe (min. n=75) quantitativ zu den in der qualitativen Befragung erhobenen Aspekten befragt. Für die Ermittlung von „Patientenpräferenzen“ und „Lebensqualität“ werden

unterschiedliche Methoden angewandt.

## Qualitative Befragung: Definition relevanter Attribute und Endpunkte

Dazu wird das sogenannte Discrete-Choice Modell (DCM) angewendet, das eine Variante der Conjoint Methode darstellt. Das DCM basiert auf Auswahlmöglichkeiten, die die Befragten mit verschiedenen alternativen Beschreibungen eines fiktiven Gesundheitszustands konfrontieren, das heißt die Gesundheitszustände werden durch Merkmale und Merkmalsausprägungen differenziert dargestellt. Der Patient wählt für jedes Auswahlzenario eine (fiktive) Alternative (zum Beispiel Patient B) aus. Ziel ist es, zum einen die Wichtigkeit der Attribute wie Mobilität oder Abhängigkeit indirekt durch das Auswahlverfahren zu ermitteln und die am häufigsten präferierte Alternative (Gesundheitszustand) herauszufinden (s. Abb. 1).

## Quantitative Befragung: Validierung der qualitativen Ergebnisse

Die SRG (Standard Reference Gamble) Methode (direkte Abfra-

ge) und der sogenannte EQ-5D Fragebogen (indirekte Abfrage) werden als Standardparameter für die Berechnung von QALYs (quality adjusted life years) von Zulassungsbehörden international anerkannt. Das SRG-Verfahren (s. Abb. 2) wird zur direkten Erhebung der Präferenzen für Gesundheitszustände angewendet. Hierbei sollen sich die Patienten ein hypothetisches Szenario vorstellen, in dem sie aufgrund einer Krankheit in einen bestimmten Gesundheitszustand versetzt werden. Eine mögliche Behandlung könnte sie nun mit der Wahrscheinlichkeit  $p$  vollständig heilen oder mit der Wahrscheinlichkeit  $1 - p$  zum sofortigen Tod führen. Die Frage lautet nun, bei welcher Wahrscheinlichkeit  $p$  die Befragten beide Alternativen als gleichwertig erachten (Bewertung indifferent).

## Ermittlung von Patientenpräferenzen und patientenrelevanten Endpunkten

Der EQ-5D ist eine standardisierte Messung der Lebensqualität, die ein einfaches Ergebnis für klinische und gesundheitsökonomische Bewertung liefert. Der aus dem EQ-5D-Fragebogen resultierende Index liefert einen

Wert, der Auskunft gibt über den subjektiven gesundheitlichen Zustand des Patienten (s. Abb. 3). Hierzu wird anhand von fünf Dimensionen der derzeitige Gesundheitszustand eruiert. So gibt der Patient an, in welchem Maße Probleme (keine, moderate, schwerwiegende) innerhalb der jeweiligen Dimension (zum Beispiel Mobilität) auftreten. In Summe der Ergebnisse ergibt sich ein Index, der als Vergleichsparameter dient.

## Messung der Lebensqualität und Ermittlung der Nutzenwerte (utilities)

Große Überraschung: Die Messungen von Patientenpräferenzen decken oft auf, dass Patienten auf ganz andere Aspekte Wert legen als Mediziner. In vielen Fällen kann die qualitative Vorphase zeigen, dass die Sichtweisen der Hersteller und/oder des Arztes und Perspektiven der Patienten zum Teil stark auseinandergehen. Was ist wichtiger: ein bestimmtes Maß an Mobilität oder Schmerzreduktion? In einem Fall, in dem sich beide Ausprägungen in derselben Therapie nicht vereinbaren ließen, wurde tatsächlich die Mobilität viel wichtiger eingeschätzt als die Schmerzreduktion. Welch frappanter Unterschied für eine entsprechende Kommunikations-

strategie, falls das falsche Thema gewählt würde!

Lebensqualitätsparameter beschreiben den Bedarf an neuen Therapien. Die gemessene Lebensqualität zeigt, inwieweit ein Bedarf an neuen Therapien existent ist. Ergeben sich geringere Qualitätswerte, kann man die Schlussfolgerung ziehen, dass der Bedarf der Patienten an einer neuen Therapieoption eher groß einzustufen ist. Die aus der SRG-Frage resultierenden Nutzwerte können als Basis für die Berechnung der QALYs verwendet werden und auf diese Weise als Basis für gesundheitsökonomische Evaluationen dienen.

Es zeigt sich, dass die Ermittlung der Präferenzen für verschiedene lebensqualitäts- und krankheitsbezogene Aspekte aus Patientensicht unerlässlich ist, insbesondere für Produkte in der frühen Entwicklungsphase, um von vornherein alle begleitenden Marketing-Maßnahmen aber auch zulassungsrelevanten Daten planen zu können. Die Ergebnisse können als Basis für (Kosten-) Nutzen-Bewertungen verwendet und bei Zulassungsbehörden vorgelegt werden. Zudem liefern die Ergebnisse die Möglichkeit einer gezielten Ausrichtung aller Marketing- und Kommunikationsmaßnahmen von Anfang an. <<

Patient A	Patient B	Patient C
<i>MS-Fatigue</i> Starke Erschöpfung, Müdigkeit	<i>MS-Fatigue</i> Moderate Erschöpfung, Müdigkeit	<i>MS-Fatigue</i> Leichte Erschöpfung, Müdigkeit
<i>Hautirritationen an der Einstichstelle</i> Stark	<i>Hautirritationen an der Einstichstelle</i> Leicht	<i>Hautirritationen an der Einstichstelle</i> Moderat
<i>Mobilität</i> Stock, Krücke oder Schiene benötigt, um 100m zu gehen	<i>Mobilität</i> Keine Behinderung, minimale abnorme Untersuchungsbe-funde	<i>Mobilität</i> Unabhängiges Gehen min. 500m, aber schwere Behinderung in einem funktionellem System (Muskelkraft, Koordination, Sensibilität, Blase, Sehen, Mental)
<i>Schmerzen</i> Moderate Schmerzen	<i>Schmerzen</i> Starke Schmerzen	<i>Schmerzen</i> Leichte Schmerzen
<i>Abhängigkeit</i> Einmal wöchentliche Hilfe durch Pflegepersonal (z. B. Familienangehöriger, Schwester) nötig	<i>Abhängigkeit</i> 24-Std., 7 Tage/ Woche Hilfe durch Pflegepersonal (z. B. Familienangehöriger, Schwester) nötig	<i>Abhängigkeit</i> Keine Hilfe durch Pflegepersonal nötig
0	0	0

Abbildung 1, Beispiel für ein mögliches Auswahlzenario beim Discrete-Choice-Verfahren: „Wählen Sie einen Patienten aus, der sich Ihrer Meinung nach in dem besten gesundheitlichen Zustand befindet.“ Quelle: Kantar Health.



**Christian Deutsch** verantwortet seit drei Jahren das Neugeschäft in allen Healthcare und Healthcare-verbundenen Märkten (Biotech, Dental, Medical Supply) und den Bereich Marketing/Kommunikation für die Kantar Health Deutschland GmbH.

Vor dem Hintergrund eines Chemie- und Betriebswirtschaftslehre-Studiums hat er 15 Jahre in verschiedenen Leitungspeditionen für Healthcare-Agenturen (z.B. Weber Shandwick) und für pharmazeutische sowie Unternehmen der Dentalbranche (z.B. Nobel Biocare, Ihde Dental) in Marketing und Sales-Funktionen gearbeitet. Seine Expertise bezieht sich insbesondere auf die Themen Branding, Markenkommunikation (btob, dtc), Corporate Communications, Marketing-Strategie, Sales sowie Unternehmensführung.

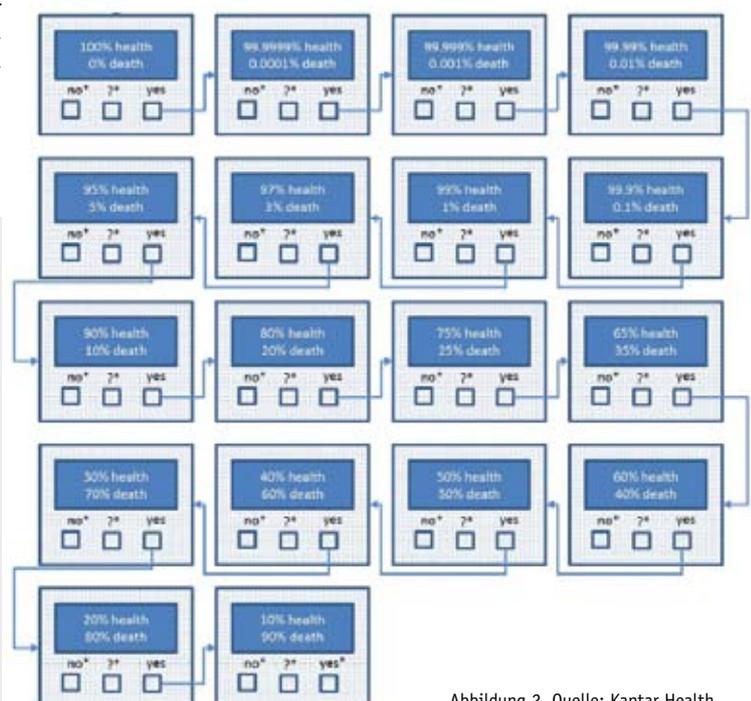


Abbildung 2, Quelle: Kantar Health.

Umfrage von health-activate bei den Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit der Industrie

# Was Kassen wirklich wollen

Durch das AMNOG verändert sich die Beziehung zwischen der Pharmaindustrie und den Krankenkassen. Gewissermaßen sitzen die Akteure im gleichen Boot, sind doch beide Seiten zum Umdenken gezwungen. Während unter den Krankenkassen der Wettbewerbsdruck zunimmt, müssen Pharmaunternehmen ihr Angebot an den Bedarf der Krankenkassen anpassen. Eine neue GKV-Umfrage von health-activate zeigt erstmalig diesen Bedarf auf und lässt eine große Diskrepanz erkennen. Zwar unternimmt die Industrie offensichtlich erhebliche Anstrengungen in Richtung der Krankenkassen, jedoch nur mit einem mäßigen Erfolg. Denn laut health-activate-Experten besteht „ein grundsätzliches Missverständnis zwischen Anforderungen seitens der Krankenkassen und den Konzepten und Informationen, die Pharmahersteller an die Kassen vermitteln“.

>> Den Herstellern ist es noch nicht gelungen, sich den Kassen gegenüber als kompetenter Partner zu positionieren - so lautet das ernüchternde Fazit der health-activate-Umfrage. Für die Analyse zog das Unternehmen Antworten von Mitarbeitern aus großen Ersatzkassen, AOKen, Betriebskrankenkassen sowie kleineren und mittleren IKKen heran. Die befragten Mitarbeiter waren überwiegend im Management von den Sparten Arzneimittel, Verträge und Versorgung tätig sowie in medizinischen Abteilungen, aber auch im Marketing und Versicherungsservice. Der Fragebogen deckte verschiedene Aspekte des Dialogs ab. Zum einen fragte health-activate nach der Art der Kontakte und den Ansprechpartnern seitens der Industrie. Zum anderen standen die vorgestellten Inhalte im Fokus. Die Mitarbeiter der Kassen sollten angeben, an welche Unterlagen des Pharmaunternehmens sie sich erinnern und welche Mehrwerte für das eigene Haus besonders interessant wären. Die letzte Frage zielte schließlich auf die Kompetenz der Pharmamitarbeiter ab und lautete: Wie vertraut sind Pharmaunternehmen mit verschiedenen Themen der GKV?

Über 90 Prozent der Befragten gaben an, bereits Kontakt mit den Pharmaherstellern gehabt zu haben. Der größte Teil der Kontakte (33%) fand mit Key Account Managern statt, danach folgten Pharmareferenten (20%), Vertriebsleiter (14%), Health Care Manager (13%) und mit jeweils neun Prozent Ma-

nager Market Access und Manager Health Care Solutions. Zusammenfassend merken die Studienexperten an, dass jeder dritte Kontakt mit Pharma-Außendienst-Mitarbeitern stattfand, die in erster Linie auf den Vertrieb von Präparaten spezialisiert seien. Dies spiegelte sich auch in den Unterlagen wider, die den Mitarbeitern der Krankenkassen im Gedächtnis geblieben sind, so die Experten weiter. Auf Plätzen eins bis vier des Erinnerungsrankings lagen Inhalte zum Unternehmen (28 Prozent erinnerten sich daran), auf Platz zwei die Produktunterlagen (Erinnerungsquote 26%). Mit jeweils 15 Prozent folgten die Vertragsentwürfe an dritter Stelle und medizinische Studien auf Platz vier. Erst an fünfter Stelle landeten die Mehrwertkonzepte mit einer Erinnerungsquote von gerade mal acht Prozent. Diese Zahl ist insofern wichtig, als dass Mehrwertkonzepte das größte Interesse bei Krankenkassen genießen.

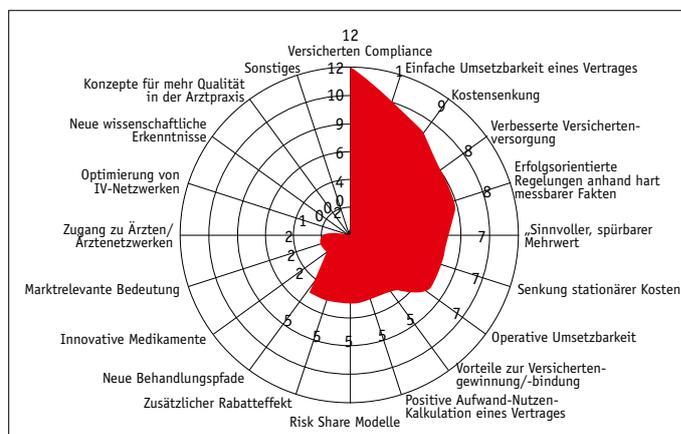
Die Prioritäten bei den Inhalten der „Mehrwerte“ verteilen sich folgendermaßen: An „Versicherten Compliance“ zeigten sich zwölf Prozent der Befragten interessiert, an dem Thema „einfache Umsetzbarkeit des Vertrages“ zehn Prozent. „Verbesserte Versichertenversorgung“ erschien neun Prozent der Umfrageteilnehmer besonders nützlich. Beim Abgleich dieser Daten mit den von der Industrie vorgestellten Inhalten fällt auf, dass bei den bisherigen Kontakten vor allem preisrelevante Informationen vermittelt wurden: An erster

Stelle stehen neue wissenschaftliche Erkenntnisse, dann folgen Informationen zur Kostensenkung, zusätzlichen Rabatteffekten, Risk-Share-Modellen und innovativen Medikamenten.

„Es zeigt sich, dass zwischen den vorgestellten Inhalten und den von der Kasse gewünschten Mehrwerten kaum Schnittstellen bestehen“, resümiert Dr. Karen Focke-Hecht, Geschäftsführende Gesellschafterin von health-activate. „Dies könnte unter anderem daran liegen, dass zu einem großen Teil Mitarbeiter des Pharmavertriebs den Kontakt mit den Kassen herstellen“, erklärt sie und vermutet einen weiteren Grund in dem fehlenden Wissen über die Abläufe und Ziele einer Krankenkasse auf der Seite der Außendienst-Mitarbeiter.

Diesem Aspekt widmete sich die Befragung ebenfalls. Gefragt wurde nach der Wahrnehmung des

Wissensstandes zu Krankenkassen bei den Dialogpartnern. Das Ergebnis: Die größten Kompetenzen gestehen die Krankenkassen ihren Ansprechpartnern bei den Themen „Verbände & Gremien“ (>40%) und „neue Entwicklungen im Gesundheitswesen“ (>30%) zu. Danach folgen „Krankenversicherungsarten“ (15%) und „Kostentreiberindikationen“ (12%). Mit allen weiteren Kenntnissen über die internen Prozesse der Krankenkassen sind die Hersteller aus Sicht der Kassen wenig bis gar nicht vertraut. „Offensichtlich besteht hier ein erheblicher Nachholbedarf seitens der Pharmahersteller, ihr Bild bei den Kassen zu verbessern“, sagt Dirk Zils, Geschäftsführender Gesellschafter von health-activate. Er weist jedoch auch darauf hin, dass echte und wahrgenommene Kompetenz im Zweifelsfall weit auseinanderklaffen können. <<



Die Grafik zeigt Antworten zu der Frage „Welche Mehrwerte wären für Ihre Krankenkasse interessant?“ Quelle: Krankenkassenbefragung Q1/2011, health-activate.

Pharmaunternehmen: Market-Access-Chefs zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

## Bye-bye, Big Pharma!

Laut einer aktuellen Umfrage von health-activate nehmen Krankenkassen-Mitarbeiter Pharmaunternehmen nicht als kompetente Partner wahr. Obwohl viele Hersteller bereits vor dem AMNOG Units mit dem Namen „Market Access“ geschaffen haben und über eigene Mitarbeiter verstärkt in Kontakt mit den Krankenkassen treten, scheinen ihre Bemühungen noch nicht den gewünschten Erfolg zu zeigen - so das Ergebnis der Krankenkassenumfrage. „Pharma Relations“ nutzte die Gelegenheit, um auf der Industrieseite nach Gründen hierfür zu fragen, und bat die Market-Access-Chefs von Bayer und Pfizer, zu der Umfrage Stellung zu nehmen. Ihre Äußerungen zeigen: Die Unternehmen sind dabei, neue Wege der Zusammenarbeit zu ergründen und Erfahrungen im Kontakt mit den Krankenkassen zu sammeln.

>> Worauf kommt es nun im Dialog zwischen Pharmaherstellern und den Kostenträgern an? Als wichtig erachtet Dr. Tobias Gantner, Leiter Market Access bei Bayer Vital, vor allem gegenseitiges Vertrauen sowie konstante Gesprächspartner und Strategien. Ein „von der Stange“-Mehrwertkonzept gebe es nicht, deshalb versuche Bayer individuell auf die Bedürfnisse des jeweiligen Kunden einzugehen und gemeinsam herauszuarbeiten, was den Versicherten nutzen könnte, sagt er. Peter Marx, Head of Market Access bei Pfizer Deutschland, hält es ebenfalls für wichtig, dass der Austausch für alle Seiten nützlich ist und die Partner bei gemeinsamen Projekten zugleich Kooperationsgewinne realisieren können. Mehrwertprogramme sollten für Patient und Arzt nachweislich Nutzen stiften, so der Fachmann, und darüber hinaus Krankenkassen Möglichkeiten für Qualitätsverbesserung, Effizienzsteigerung und Mitgliederbindung eröffnen. Die Industrie wiederum sei daran interessiert, Lösungen mit Krankenkassen zu finden, die den Einsatz ihrer Innovationen in der Versorgung optimieren. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit seien eine klare Zielvorstellung auf beiden Seiten, eine kooperative Umsetzung und Vertrauenskapital wichtig, betont Marx. In seinem Unternehmen Pfizer Deutschland wird der Kontakt zu Krankenkassen im Wesentlichen über den Bereich Market Access etabliert. Aber auch andere Bereiche und Mitglieder der Pfizer-Geschäftsleitung seien mit

Vertretern von Krankenkassen im Dialog, berichtet er.

Auf die Frage nach positiven und negativen Erfahrungen im Umgang mit den Kassen antwortet Gantner: „Auf die neuen politischen Herausforderungen müssen sowohl unsere Partner auf der Krankenkassenseite als auch wir reagieren. Manchmal können daher Projekte nicht so schnell umgesetzt werden, wie es den beiden Seiten lieb wäre.“ Marx weist zudem darauf hin, dass Krankenkassen und Industrie sich derzeit in einem dynamischen Lernprozess befinden. „In unseren Gesprächen lernen wir laufend, welche Bedarfe es gibt und was als echter ‚Mehrwert‘ einer Kooperation aus der Perspektive einer Krankenkasse betrachtet wird“, sagt der Experte; auf dieser Grundlage habe das Unternehmen bereits verschiedene Verträge mit Krankenkassen abgeschlossen. „Dabei empfinden wir die Zusammenarbeit als sehr konstruktiv, so dass wir unsere Konzepte zukunftsorientiert weiterentwickeln können“, erklärt Marx. Man dürfe jedoch nicht außer Acht lassen, dass Arzneimittelunternehmen und Krankenkassen nicht alle Belange der komplexen Versorgungslandschaft abdecken können, so Marx. Die Herausforderung für Unternehmen besteht seiner Ansicht nach darin, Konzepte zu entwickeln, die aus der Perspektive einer Kasse vorteilhaft sind und gleichzeitig die Wettbewerbsvorteile des Unternehmens bedienen. Marx' Eindruck ist je-



**Peter Marx, Head of Market Access, Pfizer Deutschland**

„Es geht nicht allein darum, die Industrie als Kooperations- oder Vertragspartner zu positionieren. Es geht vielmehr darum, konkrete Möglichkeiten zu erschließen, in denen Unternehmen und Krankenkassen gemeinsam Lösungen entwickeln und umsetzen. Wenn durch die Zusammenarbeit bessere Ergebnisse erzielt werden, indem Kompetenzen und Fähigkeiten der Partner noch besser genutzt werden, dann wird sich die entstehende projektbezogene Kooperationskultur zwischen Unternehmen und Krankenkassen zu strategischen Allianzen weiter entwickeln.“

doch, „dass die ersten Projekte zu stark eine Produktperspektive und weniger die umfassende Versorgungsperspektive betont haben“. Auf der Kassenseite bestünden dabei gleichzeitig auch rechtliche und systembezogene Hürden, denn die Handlungsspielräume einer einzelnen Krankenkasse als Körperschaft öffentlichen Rechts seien beschränkt. Hinzu komme, dass Einzelkassen sich im Finanzierungskorsett des Morbi-RSA und in der bisher ungelösten Dichotomie zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag bewegen müssten, was teilweise das Ausschöpfen von Kooperationsgewinnen geradezu unmöglich mache. Marx ist davon überzeugt, dass die Umsetzung von Kooperationen erleichtert werden könnte, „wenn die vorhandenen Regelungen kooperationsfreundlicher gestaltet werden würden“.

Bei so viel Einfühlungsvermögen

auf der Industrieseite stellt sich die Frage, wie das Ergebnis der Umfrage zu erklären ist, demzufolge zwischen der Nachfrage der Krankenkassen und dem Angebot der Pharmaunternehmen eine Diskrepanz besteht (s. S. 8/ Market Access). Mit den Ergebnissen der Studie konfrontiert, vermutet Gantner mehrere Gründe. Zum einen sei es vorstellbar, dass die Interessen der Krankenkassen sich im Hinblick auf bestimmte Zielgrößen nicht mit denen der Industrie decken würden. Dies könnte dann der Fall sein, wenn es darum ginge, einen bestimmten Absatzmarkt über ein Mehrwertvertragsmodell zu erschließen. Inhaltlich bedeute dies gleichzeitig, dass die Krankenkasse steuernd in das Ordnungsverhalten der Ärzte eingreifen sollte, um dem Vertrag überhaupt Leben einzuhauchen, so Gantner. Im Markt

gebe es auch durchaus Fälle, bei denen eine Umsteuerung stattfinden. „Sollte jedoch eine Kasse keine Möglichkeiten dazu haben, wird es schwierig, ein für alle Seiten interessantes Mehrwertvertragsmodell zu formulieren“, erklärt der Experte. Gantner geht deshalb davon aus, dass die Zukunft der Mehrwertmodelle „eine Art Koppelung einer treuhänderisch (zum Beispiel durch entsprechende Lehrstühle an Universitäten) durchgeführten Versorgungsforschungsstudie beispielsweise an ein Riskshare-Modell“ sein wird. Dieses Konzept bezeichnet er als „Riskshare 2.0“. Schließlich ist seiner Ansicht nach „das AMNOG der letzte Paukenschlag, der alle Beteiligten in der Industrie nun wach gerüttelt haben sollte“. In Deutschland sei das „alte Modell“ von „Big Pharma“ vorüber und damit auch die Zeiten der freien Preisfestsetzung ohne Lieferung von wissenschaftlichen Evidenzen. Auch das herkömmliche Blockbuster-Modell müsse neu durchdacht werden. Die „Pille“ des pharmazeutischen Herstellers werde immer mehr Teil einer „Gesamtlösung“, so die Prognose des Fachmanns. „In dieser Gesamtlösung müssen sich die Versicherten, die Ärzte, die Krankenkassen und auch die Industrie wiederfinden“, betont er.

Als Beispiel dafür, inwiefern Bayer bereits in dieser Richtung agiert, nennt Gantner das Patientenbetreuungsprogramm für „Betaferon“, bei dem sich eigens ausgebildete MS-Schwester um die Patienten kümmern. Vorstellbar seien darüber hinaus auch andere Programme, die die Compliance messen und fördern, unterstützt durch Technik wie etwa Smartphones, darunter auch telemedizinische Dienstleistungen und individuelle Betreuung durch Callcenter.

Pfizer-Experte Marx weist im Zusammenhang mit dem Thema Mehrwertverträge darauf hin, dass Verträge, die eine qualitative Versorgungskomponente beinhalten, schon ihrer Art nach komplexer als Rabattverträge seien. „Unsere



„Die Differenzierung in den Mass Markets wird voraussichtlich über Servicedienstleistungen stattfinden. Ob das AMNOG, insbesondere die §§130 b und c SGB V hier die nötigen Anreizstrukturen bilden, wird sich jedoch zukünftig erst zeigen müssen. Der Arzneimittelindustrie stünde es gut zu Gesicht, sich künftig als Lösungsanbieter und Partner zu verstehen und sich dementsprechend auch neu aufzustellen. Ich hoffe nur, dass die Umsetzung der o. g. Paragraphen hierzu noch den nötigen Spielraum lässt und der gesellschaftspolitische

und ökonomische Focus nicht allein auf Kostenreduktion gerichtet wird, sondern vielmehr auf eine sektorenübergreifende Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem mit fairer Teilhabe auch der Arzneimittelindustrie. Ich halte es in diesem Zusammenhang persönlich für wichtig, frei von Polemik fair miteinander umzugehen und offen zu diskutieren. Durch die transparente Ausbildung von entsprechenden politischen, juristischen aber auch finanziellen Anreizstrukturen kann die Grundlage für neue Formen der Zusammenarbeit geschaffen werden, derer wir alle sehr dringend bedürfen.“

**Dr. Tobias Gantner, Leiter Market Access, Bayer Vital**

Versorgungsverträge beruhen auf einer Analyse der Versorgungsprozesse und der Möglichkeiten, diese zu optimieren“, führt Marx aus. Vor allem bei Indikationen, in denen Compliance/Adherence ein Problem darstelle (Rheumatoide Arthritis oder Behandlung chronischer Schmerzpatienten) biete das Unternehmen in Verträgen Lösungen an, die auf diese Bedürfnisse zugeschnitten seien - zum Beispiel durch intelligente Patientenmanagement-Systeme. Mehrwertverträge könnten darüber hinaus auch andere Diagnose- und Qualitätsmanagement-Komponenten beinhalten, ergänzt er. Hier seien vor allem Individualität und Flexibilität geboten. Als Beispiel führt Marx einen Mehrwertvertrag an, der jüngst mit mehreren Krankenkassen in einer spezialärztlichen Indikation etabliert wurde. Bei diesem innovativen Vertragsmodell profitierten laut Marx Arzt und Patient. Die Ärzte würden bei einem indikations- und leitliniengerechten Einsatz von der Wirtschaftlichkeitsprüfung entlastet und die Therapiefreiheit bleibe bestehen, erklärt der Experte. Der

Arzt könne zudem auf eine Registerdatenbank zugreifen, die Daten zu Langzeitbeobachtungen von rund 10.000 Patienten in Deutschland enthält. In Verbindung mit eigens dazu entwickelten Softwareanwendungen könne durch die Vorhersage des Therapieerfolgs ein leitliniengerechter Einsatz von Medikamenten prädiktiv unterstützt werden. Für den Patienten sei durch den Vertrag die Qualität seiner Behandlung gesichert und die Therapie verbessert. Die Krankenkasse spare wiederum durch die optimierte Versorgung die Kosten einer Fehldosierung ein.

## Zu wenig Wissen?

Bleibt zum Schluss noch ein letzter Punkt der Studie zu klären: die angeblich mangelhaften Kenntnisse der Außendienst-Mitarbeiter über die Arbeitsprozesse der Krankenkassen. Dem hält Gantner entgegen: „Bei Bayer Vital, für die ich nur sprechen kann, haben wir durchaus Verständnis für die internen Prozesse bei Krankenkassen.“ Dies rühre daher, dass im Unter-

nehmen auch Personen mit Krankenkassenerfahrung arbeiten würden, und dass Bayer Healthcare in Deutschland bereits auf eine lange Historie in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen zurückblicken könne. Nicht zuletzt habe die Gründung des Bereichs Market Access dazu beigetragen, „eine angemessene Strategie für den Umgang mit Krankenkassen zu erarbeiten, die die traditionell gewachsenen und erfolgreichen Strukturen berücksichtigt und Platz für neue Gedanken und Konzepte lässt.“

Marx hingegen bestätigt das Ergebnis der Studie: Das Wissen über interne Prozesse und das Organisationsverhalten von Krankenkassen sei auf der Seite der Unternehmen beschränkt. „Ich habe den Eindruck, dass dadurch auch unnötige Kooperationshürden entstehen können“, befürchtet der Experte. „Ich würde mich sehr freuen, wenn die Krankenkassen uns noch stärker als bisher ihre Prozesse, Bedürfnisse und Prioritäten erläutern würden. Wir lernen aus unseren Kooperationen und dem Dialog mit Krankenkassen, aber das lässt sich noch weiter ausbauen und entwickeln“, so Marx.

Nicht zuletzt muss sich die Industrie auch mit neuen Strategien in der Kommunikationsarbeit befassen, will sie sich als kompetenter Partner der Krankenkassen positionieren. Gantner hält die Kommunikation zwischen den Partnern für essentiell, „sie darf jedoch nicht um ihrer selbst willen existieren, sondern muss auf ein gemeinsames Ziel gerichtet sein, denn sonst verschwendet man die Zeit des Gegenüber.“ Zielgerichtetheit bedeutet für ihn in diesem Fall, „dass man die Herausforderungen, denen sich der prospektive Partner stellen muss, kennt, versteht und daraus entsprechende Angebote machen kann“. Dies schaffe Vertrauen und führe bestenfalls dazu, „dass man als Person und Repräsentant eines Unternehmens in Fragen des Marktzugangs aber auch der wissenschaftlichen Diskussion im Rahmen des AMNOG als kompetenter Partner gesehen wird.“ <<

Innovative Lösungen für Market Access auf wissenschaftlicher Basis

## Forschung & Strategie

Seit fünf Jahren ist KNORR Health Strategy in der Market-Access-Forschung aktiv und hat mit ihrem systembezogenen Ansatz das Arzneimittelmanagement geprägt. „Forschung darf nicht mehr nur evaluieren, sondern muss Impulse liefern“, erläutert Carolin Knorr, Gründerin und Institutsleiterin, die besondere Vorgehensweise der KNORR Health Strategy. „Zudem muss Forschung berücksichtigen, dass die Kooperation der Gesundheitsakteure mit dem AMNOG noch viel wichtiger geworden ist.“ Deshalb ist die Herangehensweise der KNORR Health Strategy auch ausdrücklich akteursorientiert. Zukunftsweisende Weichenstellungen wurden kürzlich durch die verstärkte strategische Ausrichtung vorgenommen. Darüber hinaus überzeugt das Institut durch seine Neutralität in der Forschung und Beratung.

>> „Unser wichtigster Ansatz in der Market-Access-Forschung ist die Unterstützung von Bewertungsverfahren und die Vorbereitung von Preisverhandlungen mit dem Spitzenverband“, sagt Carolin Knorr. „Wir engagieren uns außerdem in Forschungsvorhaben, die darauf abzielen, innovative und nachhaltige Vertrags- und Kooperationsmodelle zu entwickeln und zu optimieren.“ Darüber hinaus beteiligt sich KNORR Health Strategy an Forschungsprojekten, die die Optimierung medizinischer Entwicklungen bereits in der Phase der klinischen Prüfung in Hinblick auf die Nutzenbewertung anstreben. Funktionierende Stakeholder-Evaluationen sind nach Einschätzung von Carolin Knorr ein Hebel, um die drei Bereiche, die den gesamten Lebenszyklus einer Entwicklung umfassen, effizient zu erforschen.

Besonderen Wert lege man im Institut auf die Nachhaltigkeit der Ergebnisse. Von zentraler Bedeutung sei dabei der Wirkungsgrad, der zeige, wie entscheidungsrelevant die aufgezeigten Lösungen sind. „Denn nur an der Effektivität der Lösungen und der Relevanz der Ergebnisse wird man gemessen“, ist die Institutsleiterin überzeugt. Dabei sei der methodische Aspekt aber nur das notwendige Handwerkszeug. Inwieweit die Forschungsergebnisse tatsächlich in unternehmerische Entscheidungen einfließen können, bestimme der Sachverstand

und die intellektuellen Fähigkeiten des Forschers. „Wir beherrschen unser Handwerk und setzen alles daran, um Market-Access-Lösungen nachhaltig zu realisieren“, sagt Knorr. Hierzu gehören auch die Pflege und der kontinuierliche Ausbau des Kontaktnetzwerks, Durchführung von Evaluationen sowie die Moderation von Workshops und Advisory Boards. „Entscheidend ist aber unsere Kompetenz, die Wahrscheinlichkeit und die Folgen verschiedener Szenarien abzuschätzen und die daraus resultierenden Handlungsalternativen zu beurteilen, so dass wir dann strategische Empfehlungen aussprechen können.“

Zur Sicherung der Qualität verlässt sich das KNORR-Team auf eigene Forschungskapazitäten, die in Zukunft weiter ausgebaut werden sollen. Um die strategische Ausrichtung zu intensivieren und die Beratung zu verbessern, investiert KNORR Health Strategy kontinuierlich in die Weiterbildung der Mitarbeiter, „weil sich diese Investition für alle lohnt“, so die Institutsleiterin.

Schließlich bedeuten Kompetenz und Erfahrung in Market-Access-Forschung auch langfristige Planungssicherheit für die Kunden. Die Rückmeldungen der Auftraggeber ermutigen Carolin Knorr zu der Einschätzung, dass KNORR Health Strategy mit den bisher vorgelegten Lösungen einen Beitrag leisten konnte, das Arzneimittelmanagement in Deutschland

auf die aktuellen Erfordernisse hin zu optimieren und damit auch den Grundstein für eine erfolgreiche Entwicklung in weiteren europäischen Ländern zu legen. Für das Management medizinischer Entwicklungen in internationalen Märkten engagiert sich das Institut in Forschungsk Kooperationen. Neben der Pharmaforschung ist KNORR Health Strategy außerdem in den Forschungsfeldern Biotechnologie und Medizintechnik aktiv.

Mit einem erweiterten Geschäftsportfolio möchte das Team um Carolin Knorr künftig zur Spitze der deutschen Healthcare-Forscher und -Berater gehören. „Unser Forschungsmodell kommt nicht nur zukunftsorientierten Unternehmen zugute. Über die effiziente Nutzung unserer Netzwerke lässt sich auch das Kooperationsmanagement der Stakeholder selbst optimieren.“ Insbesondere Versicherer und Leistungserbringer können auf die Expertise des KNORR-Teams zurückgreifen, wenn sie ihrerseits die Zusammenarbeit mit pharmazeutischen Unternehmen verbessern wollen, beispielsweise im Vertragswesen oder bei Versorgungskonzepten. „Unser Ziel ist, die vermeintlichen Interessengegensätze der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zu überwinden“, so Carolin Knorr. „Damit schließlich alle Beteiligten von unseren Lösungen profitieren und damit Erfolg haben.“ <<



Carolin Knorr, Inhaberin und Geschäftsführerin der KNORR Health Strategy

### KNORR Health Strategy

Im Namen des 2006 gegründeten Instituts spiegelt sich das Leistungsportfolio wider: Die fünf Mitarbeiter von KNORR Health Strategy bieten Beratung und Strategieplanung in den Bereichen Market Access, Health Economics und Outcomes Research sowie Managed-Markets-Projekten. Zentrale Herausforderung sind dabei die Kooperation und der Interessenausgleich zwischen den einzelnen Akteuren zu finden und zu gewährleisten. Alle Akteure im Gesundheitswesen können auf die Angebote des Instituts zurückgreifen: Pharmaindustrie, Unternehmen aus den Bereichen Biotechnologie und Medizintechnik, Krankenversicherungen, Leistungserbringer sowie deren Organisationen und Verbände. Daneben unterstützt KNORR Health Strategy Forschungseinrichtungen, Marktforschungsinstitute und Unternehmensberatungen.

Das KNORR-Team kann auf mehr als 20 Market-Access-Studien verweisen, deren Ergebnisse jeweils als Basis für die zukünftige Forschung genutzt werden. Empirische Grundlage sind Payor Research, Desk Research und Marktstudien.

Das Institut ist Mitglied im Bundesverband Deutscher Markt- und Sozialforscher (BVM e.V.) und arbeitet gemäß dessen Richtlinien sowie nach den Standesregeln des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM e.V.). KNORR Health Strategy beteiligt sich auch an der Forschungsplattform GRPG e.V., die den politisch-rechtlichen Diskussionsprozess im Gesundheitswesen unterstützt. Carolin Knorr, Gründerin und Leiterin des Instituts, hat Politikologie studiert. Sie war als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ernährungssoziologie und -ökonomie der Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel in Karlsruhe tätig, davor am Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT).

KNORR Health Strategy  
Storchenstraße 13  
76287 Rheinstetten  
T: 07242 - 953428  
F: 07242 - 953429  
E: carolin.knorr@knorr-hs.de  
I: www.knorr-hs.de

<< Man kann Market-Access-Ansätze für notwendig erachten und für sich proklamieren, man kann schlüssige Konzepte vorlegen und Ziele formulieren, die vernünftig klingen. Entscheidend ist, was man daraus macht. >>

Societal Impact of Pain 2011 in Brüssel

# Chronischer Schmerz hat Folgen

Anfang Mai trafen sich mehr als 300 Akteure aus dem Gesundheitswesen im Europäischen Parlament in Brüssel, um auf dem „Societal Impact of Pain“-Kongress die gesellschaftlichen Auswirkungen des chronischen Schmerzes zu diskutieren. 85 nationale und internationale Organisationen und Institutionen, die sich für eine Verbesserung der Schmerztherapie in den EU-Staaten stark machen, begleiteten den Kongress. Das wissenschaftliche Rahmenprogramm des Symposiums verantwortete der Europäische Schmerz-Dachverband EFIC, Unterstützung bei Logistik und Organisation leistete das Pharmaunternehmen Grünenthal. Am Ende des zweitägigen Symposiums wurde die „Road Map for Action“ zum Thema Schmerz mit konkreten Forderungen an die EU-Regierungen präsentiert.

>> Wie wichtig das Thema Schmerz inzwischen auch von politischer Seite eingeschätzt wird, beweist die Tatsache, dass das SIP-Symposium von allen drei EU-Institutionen, das heißt dem EU-Parlament, der EU-Kommission sowie der EU-Ratspräsidentschaft unterstützt wurde. In seiner Begrüßungsrede machte John Dalli, der EU-Kommissar für Gesundheits- und Verbraucherpolitik, deutlich, dass das Thema Schmerz eine Herausforderung sowohl für die Gesundheitssysteme als auch die Wirtschaft darstelle. „Jeder von uns hat in seinem Leben schon einmal Schmerzen erlebt“, sagte Dalli. „Dieses Symposium verdeutlicht, welche tatsächlichen Auswirkungen Schmerz auf uns als Individuen, auf unser Arbeitsumfeld und unsere Gesellschaft insgesamt hat.“ Klar sei auch, dass durch den demografischen Wandel und der damit immer älter werdenden Gesellschaft das Thema Schmerz immer bedeutsamer werde. „Deshalb müssen wir lernen, Schmerz besser zu verstehen und korrekt zu managen“, führte Dalli weiter aus. Ziel müsse es schließlich sein, durch bessere Bildung und bessere wirtschaftliche Verhältnisse die Kluft zwischen den verschiedenen Gesellschaftsschichten, aber auch zwischen den unterschiedlichen Ländern der Europäischen Union zu überwinden.

Laut einer aktuellen Studie leiden fast neun Prozent der Europäer jeden Tag unter Schmerzen.

Die Prävalenz steige dabei mit zunehmendem Alter an und wirke sich negativ auf die Lebensqualität des Patienten aus.

„Aufgrund der hohen Prävalenz von Schmerz und der alarmierenden Auswirkungen, die Schmerz auf Patienten und die Gesellschaft hat, sollte Schmerz als signifikanter Gesundheitsindikator für unsere Gesundheitssysteme anerkannt werden“, forderte Dr. Alberto Grua, Executive Vice President von Grünenthal Europa & Australien. Deswegen unterstütze das Unternehmen den „Societal Impact of Pain“-Kongress, „um Erfahrungen und Praktiken auszutauschen, wie man die Schmerzbehandlung in ganz Europa verbessern kann“.

Was es bedeutet, unter chronischen Schmerzen zu leiden, machte Gina Plunkett, Vorsitzende der chronischen Schmerzvereinigung (Chronic Pain) in Irland, in einer beeindruckenden Rede deutlich. Nach einem Autounfall vor 15 Jahren bekam Gina Plunkett chronische Kopf- und Nackenschmerzen. Die Schmerzen wurden so schlimm, dass sie ihren Beruf als Anwältin aufgeben musste, „da ich keine fünf Minuten am Stück sitzen oder stehen, geschweige denn konzentriert etwas lesen konnte“. Mit der Zeit begann Gina Plunkett, an sich selbst zu zweifeln. Auch das Verständnis von Seiten ihrer Familie, Freunde und Kollegen nahm kontinuierlich ab. Erst nach sieben Jahren, die Plunkett als „Hölle“ beschrieb,



fand sie einen Arzt, der ihr endlich helfen konnte. Sie sei zwar auch heute nicht schmerzfrei, aber sie habe gelernt, mit dem Schmerz umzugehen.

In einem von sechs parallelen Workshops, der am zweiten Tag unter dem Titel „Pain policy: Ensuring access to pain treatment“ stattfand, wurde die „Road Map for Action“ formuliert. Mit diesem Dokument werden EU-Regierungen und EU-Institutionen aufgefordert, an sieben Kernbereichen des Schmerz-Managements zu arbeiten:

1. Die Anerkennung von Schmerz als wichtiger, die Lebensqualität beeinflussender Faktor
2. Zugang zu Informationen, Schmerzdiagnose und Schmerzmanagement
3. Gesteigerte Aufmerksamkeit für die medizinischen, finanziellen und sozialen Auswirkungen von Schmerz und dessen Behandlung

4. Verbessertes Verständnis für die Relevanz von Prävention, Diagnose und Management von Schmerzen
5. Intensivierung der Schmerzforschung
6. Aufbau einer EU-Plattform zum internationalen Erfahrungsaustausch und Vergleich von Best Practice
7. Trend-Beobachtung in der Schmerzbehandlung über diese Plattform.

„Die ‚Road Map for Action‘ hebt die Hauptdimensionen für alle EU-Regierungen und Mitgliedsstaaten hervor und veranschaulicht, wie dringend es ist, dass Europa das Thema der gesellschaftlichen Auswirkungen von Schmerz auf ihre Politik-Agenda setzt“, so Jim Higgins, Mitglied des Europäischen Parlaments und Vorsitzender des Workshops. Den Erfolg der Road Map sieht er dadurch gewährleistet, „dass alle Perspektiven berücksichtigt werden“. <<

# DAS MAGAZIN FÜR MODERNES HEALTHCARE-MARKETING

Entscheiden Sie sich jetzt:



12 x im Jahr:  
News, Reportagen,  
Porträts, Fallstudien, Interviews

Als Abonnent kostenlos nutzen:  
Das Online-Portal [www.pharma-relations.de](http://www.pharma-relations.de) -  
rund um die Uhr für Sie verfügbar

**pharma**  
RELATIONS

Fax +49 (0)228-76 38 2801

Ich möchte Pharma Relations testen

Ich abonniere Pharma Relations zur Probe 4 Monate lang zum Sonderpreis von 30,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der dritten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift

Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere Pharma Relations für mindestens ein Jahr (12 Ausgaben) zum Preis von 120,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Name

PLZ, Ort

Fax

Pharma Relations • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn