## **B** Lue

## **Versorgungsmanagement 2.0** Herausforderung und Chance für GKV und Pharmaunternehmen



#### **DANKE**

Seit vielen Jahren sind wir ausschließlich im Life-Siences- und Healthcare-Sektor tätig und haben gemeinsam mit unseren Kunden unter anderem im Vertrags-, Leistungs- und Versorgungsmanagement vielfältige innovative Konzepte entwickelt und implementiert. Diese Erfahrung und das gerade in Kraft getretene Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts (AMNOG) waren für uns der Anlass, zu untersuchen, wie sich der Versorgungsprozess und die Strukturen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland verändern.

Wir möchten uns zum einen bei unseren Kunden für das Vertrauen und die teils langjährige Zusammenarbeit bedanken. Dies ist die wesentliche Grundlage für den vorliegenden Bericht.

Zum anderen geht unser Dank an die über 250 Entscheider aus der Gesundheitswirtschaft, die sich in den letzten Monaten an der Entstehung dieser Studie beteiligt und uns ihre Einschätzung zur Lage gegeben haben.

Darüber hinaus wäre die Studie nicht ohne die tatkräftige Mitarbeit aus unseren eigenen Reihen möglich geworden. Dafür bedanken wir uns bei den Autoren Günther Illert, Dr. Karl Liese, Dr. Bent Lüngen sowie dem Projektteam, bestehend aus Frank Hildenstein, Dr. Kristian Koch, Dr. Lars Mühlenhoff, Jonas Pendzialek und Dr. Philipp Warnebier.

Als Geschäftsführung der B-LUE Management Consulting GmbH wünschen wir Ihnen eine spannende Lektüre und freuen uns auf Ihre Rückmeldung!



Mark Zluhan · Dr. Karl Liese · Dr. Bent Lüngen · Dr. Hajo Hessabi · Günther Illert

#### **INHALTSVERZEICHNIS**

Danksagung	3
I. Kernergebnisse der Studie im Überblick	7
II. Hintergrund und Zielsetzung	8
<ul> <li>AMNOG eröffnet neue Möglichkeiten für das Versorgungsmanagement</li> <li>Über 250 Entscheider beteiligen sich an der Studie</li> </ul>	
III. Ergebnisse der Befragung	. 11
Die Akteure im zukünftigen Versorgungsprozess	. 11
Insbesondere der GKV wird in Zukunft eine steuernde  Rolle im Versorgungsprozess zugeschrieben	. 11
➤ Fallbeispiel Vereinigte IKK: Kundenspezifisches Versorgungsmanagement als Unternehmensstrategie	. 13
Ansatzpunkte im Versorgungsprozess	. 14
• Versorgungsmanagement sollte insbesondere an der Prävention/ Früherkennung und der Therapiekontrolle ansetzen	. 16
▶ Gesunderhaltung im Spannungsfeld zwischen Verantwortung des Einzelnen und der Solidargemeinschaft	. 16
▶ Die unterschätzte Bedeutung der Apothekenbei der Durchsetzung von Verträgen	. 18
Zielgruppen für Versorgungsmanagement	. 19
<ul> <li>Nach Ansicht der Teilnehmer ist Versorgungsmanagement vor</li></ul>	. 19
➤ Ansatzpunkte für die gezielte Kundenansprache	. 22

Die Rolle des Versorgungsprogramms im Laufe	23
Über den geeigneten Zeitpunkt zur Konzeption eines  Versorgungsprogramms im Laufe des Lebenszyklus eines Präparats gibt es keine gemeinsame Sicht	23
Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung	24
<ul> <li>Fehlende Anreize, divergierende Ziele und der Umgang</li></ul>	24
➤ Zusammenarbeit der GKV mit Pharmaunternehmen	26
Wesentliche Treiber für Versorgungsmanagement	28
GKV, Krankenhausketten/-konzerne und Managementgesellschaften sind die wichtigsten Treiber des Themas Versorgungsmanagement     GKV/ und Pharmaunternahmen hahen häufig auch an Passaursen.	
<ul> <li>GKV und Pharmaunternehmen haben häufig schon Ressourcen</li></ul>	29
IV.Implikationen	31
Die Transformation durch Versorgungsmanagement stellt einestrategische Herausforderung dar	31
Woran Sie denken sollten	36
Als Pharmaunternehmen     Als Krankenkasse	
V. Über B-LUE Management Consulting	38



#### I. KERNERGEBNISSE DER STUDIE IM ÜBERBLICK

Versorgungsmanagement zielt ab auf eine ganzheitliche Verbesserung des Versorgungsprozesses mit dem Patienten im Mittelpunkt. Die Gesundheitsbranche verändert sich derzeit grundlegend und verlangt nach einfacheren Schnittstellen, transparentem Umgang mit Daten und vertrauensvoller Vernetzung aller beteiligten Akteure. Die Transformation durch Versorgungsmanagement stellt damit eine strategische Herausforderung für Pharmaunternehmen wie auch für Krankenkassen dar.

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) versetzt Pharmaunternehmen in die Lage, neue Formen der Zusammenarbeit mit Krankenkassen einzugehen. Aus diesem Grund hat B-LUE im Rahmen einer Studie über 250 Entscheider aus Pharmaunternehmen, Krankenkassen und Ärzteschaft nach ihrer Einschätzung gefragt.

Insbesondere der GKV wurde dabei von 86% der Befragten eine steuernde Rolle im zukünftigen Versorgungsprozess zugeschrieben. Die Pharmaindustrie, die sich selbst als engagierter und mitverantwortlicher Partner im Versorgungsprozess etablieren möchte, muss allerdings bei der GKV und der Ärzteschaft noch das nötige Vertrauen schaffen.

Ansetzen sollte Versorgungsmanagement dabei insbesondere an der Prävention/Früherkennung und der Therapiekontrolle. Eine Veränderung des Lebensstils wird dabei als eigentlich wünschenswert, aber schwierig umzusetzen gewertet.

Nach Ansicht der Teilnehmer ist Versorgungsmanagement vor allem – aber nicht nur – für alte, multimorbide und chronisch Kranke sowie Risikogruppen geeignet.

Fehlende Anreize, keine gemeinsamen Ziele und der schwierige Umgang mit Daten werden von den Befragten als größte Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung von Versorgungsmanagement gewertet.

Die Ärzte müssen dabei von Anfang an in die Konzeption einbezogen werden, wenn das Versorgungsmanagement nicht an den letztendlich Ausführenden scheitern soll.

B-LUE hat daher einen pragmatischen Ansatz entwickelt, der die komplementären Kompetenzen von Pharmaunternehmen und Krankenkassen kombiniert und Kooperationen zwischen allen Akteuren ermöglicht. Damit werden sektorübergreifende Projekte zur besseren Patientenversorgung oder auch zur gemeinsamen Versorgungsforschung beschleunigt.

Wir wünschen Ihnen spannende Lektüre und freuen uns auf Ihre Rückmeldung!

#### II. HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

## AMNOG eröffnet neue Möglichkeiten für das Versorgungsmanagement

Die Politik in Deutschland setzt den eingeschlagenen Weg der selektivvertraglichen transsektoralen Versorgung konsequent fort. Mit Inkrafttreten des AMNOG zum Jahresbeginn 2011 wurde auch der Pharmaindustrie die Möglichkeit eröffnet, direkter Vertragspartner in der "Integrierten Versorgung" zu werden.

Aber sind Pharmaunternehmen und Kassen tatsächlich gewillt und in der

Lage, sich auf neue Formen der Zusammenarbeit einzulassen? Wo liegen die Stolpersteine in der praktischen Zusammenarbeit? Werden dadurch neue Geschäftsmodelle entstehen? Wird zusätzlicher Nutzen geschaffen? Und wenn ja, für wen? Und was erwarten die Ärzte? Derartige Fragen haben B-LUE veranlasst, Entscheidungsträger zum Thema "Versorgungsmanagement<sup>1</sup> in Deutschland" zu befragen.

1 Die Begriffe Versorgungsmanagement und Versorgungsprogramm werden im vorliegenden Bericht synonym verwendet

Am 1. April 2007 wurde der Begriff "Versorgungsmanagement" in das Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) in Deutschland aufgenommen.

Nach § 11 Abs. 4 SGB V haben gesetzlich krankenversicherte Personen einen Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, also zum Beispiel beim Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in die ambulante fachärztliche Behandlung.

Ziel des Versorgungsmanagements ist nach der Gesetzesbegründung ein "reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege", um vor allem Pflegebedürftigkeit oder eine baldige stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. Im Rahmen dieser Studie interessiert uns darüber hinaus die Rolle der Arzneimittel- bzw. der medikamentösen Versorgung. Gegenstand und Inhalte des Versorgungsmanagements sind insbesondere Datenübermittlung und damit der Informationsaustausch zwischen den betroffenen Leistungsträgern und darüber hinaus Beratung und Information des Versicherten. Zwingende Voraussetzungen sind die vorherige Information und Einwilligung des Versicherten sowohl zum Versorgungsmanagement als solchem als auch zu einem eventuellen Datenaustausch.

Als betroffene Leistungserbringer nannte der Gesetzgeber zunächst beispielhaft Vertragsärzte, Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen. Seit Januar 2011 ist auch die Pharmaindustrie möglicher Partner beim Versorgungsmanagement.



## Über 250 Entscheider beteiligen sich an der Studie

Im vierten Quartal 2010 hat B-LUE über 250 Entscheidungsträger zum Stand des Versorgungsmanagements in Deutschland befragt. 235 der Studienteilnehmer haben dabei in Form einer standardisierten Online-Befragung teilgenommen. Sie gliedern sich in vier große Gruppen:

• 53 Vorstände, Führungskräfte und Fachexperten aus der Pharmaindustrie, darunter 9 der Top-10-Originalpräparate-Hersteller in Deutschland, vornehmlich aus den Bereichen Market-Access, Gesundheitspolitik und Marketing.

- 44 Entscheidungsträger aus allen Kassenarten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), vor allem aus den Abteilungen Produktmanagement und Unternehmensentwicklung/Gesundheitspolitik.
- 63 niedergelassene Haus- und Fachärzte, 31 angestellte Ärzte sowie 11 Ärzte mit sonstiger beruflicher Tätigkeit. Die Befragung der Ärzte wurde dabei freundlicherweise durch das Expertennetzwerk für Ärzte, "coliquio", unterstützt.
- 33 sonstige Experten, wobei im Wesentlichen Vertreter von neuen Gesundheitsdienstleistern und Managementgesellschaften sowie Fachjournalisten vertreten waren.

## Die Akteure im zukünftigen Versorgungsprozess

Insbesondere der GKV wird in Zukunft eine steuernde Rolle im Versorgungsprozess zugeschrieben

Die Rolle der Akteure des deutschen Gesundheitswesens verändert sich mit der Öffnung für selektivvertragliche Lösungen, durch neue Versorgungsangebote (z.B. DMPs, HzV) der Krankenkassen und durch Wahlfreiheiten der Versicherten (z.B. Wahltarife, Kostenerstattung). Befragt nach der zukünftigen Rolle der einzelnen Akteure in den nächsten fünf Jahren, sind sich alle Teilnehmer weitgehend einig, dass die Krankenkassen in Zukunft eine steuernde Rolle im Versorgungsprozess einnehmen werden: immerhin 86% stimmen dem zu.

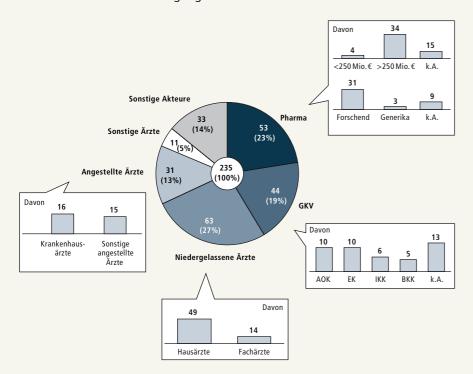
Fragt man hingegen, ob sich die Pharmaunternehmen als engagierte und mitverantwortliche Partner im Versorgungsprozess etablieren werden, so erhält man ein deutlich differenzierteres Bild. Während sich 66% der Befragten aus der Pharmaindustrie selbst hier in einer gestaltenden Rolle sehen, scheint das AMNOG bei der GKV und bei den Ärzten noch nicht angekommen zu sein. Lediglich 38% der GKV-Vertreter und nur 17% der niedergelassenen Ärzte erwarten, dass sich die Pharmaunternehmen im Versorgungsprozess etablieren werden. Einige GKV-Vertreter warfen der Pharmaindustrie Phantasielosigkeit vor und glauben, dass sie konzeptionell nicht auf die Entwicklung eines gemeinsamen echten Versorgungsmanagements eingestellt ist.

Die harte Gegenthese, dass sich Pharmaunternehmen zukünftig auf ihre Rolle als reiner Zulieferer von Medikamenten im Versorgungsprozess beschränken werden, wurde allerdings auch nicht gestützt. B-LUE geht daher davon aus, dass es in Zukunft kein hartes "Entweder-oder", sondern eher graduelle Unterschiede dahingehend geben wird, wie weit sich Pharmaunternehmen zusätzlich zu ihren Produkten auf Versorgungsleistungen einlassen. Kritische Stimmen gibt es allerdings auch aus der Pharmaindustrie selbst. So fragt sich ein Teilnehmer: "Haben wir uns ein Imageproblem aufdrängen lassen? Wir müssen zeigen, welchen Mehrwert wir liefern. Und wenn nicht schnell der Innovationsmotor anspringt, müssen die Preise runter, egal ob mit oder ohne Versorgungsprogramm. Wollen wir das wirklich?"

Deutliche Unterschiede gibt es auch bei der Einschätzung der zukünftigen Rolle des Arztes. Etwa vier von fünf Ärzten erwarten, dass ihre Therapiehoheit stärker eingeschränkt wird. Ähnlich sehen das Pharmaunternehmen, anders hingegen die GKV, wo 41% der Befragten dem nicht zustimmen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit denselben Instrumenten des Versorgungsmanagements unterschiedliche Vorstellungen,

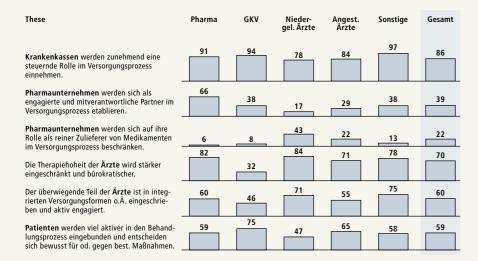
13

#### Teilnehmer der Online-Befragung



B LUE Gesundheit. Denken. Können.

#### Akteure im zukünftigen Versorgungsprozess (Zustimmung in %)



Hoffnungen und Ängste verbunden sind. Während die GKV durch die zunehmende Bedeutung von selektivvertraglichen Versorgungsangeboten die Rolle des Arztes unbeeinträchtigt oder sogar gestärkt sieht, überwiegt bei den Vertretern der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie der Eindruck, dass mit solchen Verträgen weitere Einschränkungen für Ärzte verbunden sein werden und eine Therapiehoheit nur noch im vertraglich vorgegebenen Rahmen möglich sein wird.

Dass wir es hier sowohl mit Hoffnungen als auch mit Befürchtungen zu tun haben, verdeutlichen einige Zitate von Teilnehmern. So spricht ein Arzt aus, was sicherlich viele denken: "Wir brauchen die volle Entscheidungsfreiheit über medikamentöse Therapien ohne jegliche Regressängste!" Andere wiederum fordern klarere Vorgaben nach dem Motto: "Alle bekommen Statine/Sartane/KG ... oder niemand." Als verwirrend bezeichnen Ärzte aber auch Aussagen der Kassen ge-

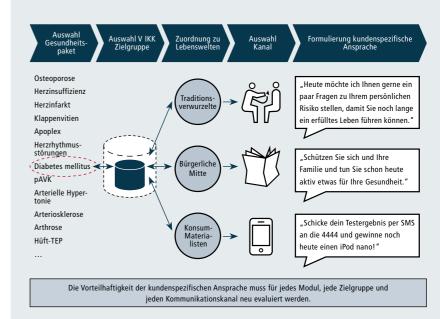
genüber Versicherten wie: "Ihr Arzt darf das aber aufschreiben, wenn er will." Interessant ist auch die Einschätzung, ob Ärzte zukünftig in integrierten Versorgungsformen o.Ä. eingeschrieben sein werden. Mit 71% erwarten dies deutlich mehr niedergelassene Ärzte als GKV-Vertreter (46%). Wie B-LUE in Gesprächen und Projekten immer wieder festgestellt hat, spiegelt sich hier wie auch in der Frage nach der Rolle der Akteure im Versorgungsmanagement zum einen ein unterschiedliches Verständnis von Leistungssteuerung wider. Zum anderen wird auch der Begriff Selektivvertrag von Kassen, Ärzten und Pharmaunternehmen noch unterschiedlich verstanden.

Die Rolle der Patienten im Versorgungsprozess sehen die Befragten je nach Herkunft unterschiedlich. Während drei von vier GKV-Vertretern eine viel aktivere Einbindung von Patienten in den Behandlungsprozess erwarten, sehen Ärzte und Pharmaunternehmen das deutlich zurückhaltender. Klar erscheint hingegen, dass der Patient als "mündiger Bürger" in Entscheidungen mit einbezogen werden muss und bevormundende Konzepte scheitern werden. Die Unterschiede im Befragungsergebnis müssen dabei nicht für eine unterschiedliche Vorstellung von der zukünftigen Rolle

des Patienten sprechen. Es ist durchaus denkbar, dass Ärzte, Pharmaindustrie und GKV-Vertreter von einem unterschiedlichen Patientenbild in der Vergangenheit ausgehen und zur Erreichung der gleichen Zielvorstellung ein abweichender "Nachholbedarf" besteht.

## Fallbeispiel Vereinigte IKK: Kundenspezifisches Versorgungsmanagement als Unternehmensstrategie

Die Umfrage zeigt, dass alle Akteure im Gesundheitswesen den Krankenkassen eine führende Rolle bei der Steuerung des Versorgungsprozesses zuerkennen. Mit der Einführung zahlreicher Kontrahierungsmöglichkeiten seitens der Leistungserbringer (hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung, DMPs etc.) und der Versicherten (Wahltarife) hat die GKV vom Gesetzgeber zudem erweiterte Möglichkeiten hierfür erhalten. Das Beispiel der Vereinigten IKK zeigt, wie Versorgungsmanagement einen integralen Bestandteil der Unternehmensstrategie einer Krankenkasse bildet, damit die Ziele ökonomische Versorgung und nachhaltiges Mitgliederwachstum erreichet werden.<sup>2</sup>



2 Vgl. Giesen (2010): "Versorgungsmanagement als Unternehmensstrategie", S. 339, in: Die Krankenversicherung 11/10, S. 339–342. Mit über 1,6 Mio. Mitgliedern und Leistungsausgaben von ca. 3,4 Mrd. € (2009) gehört die Vereinigte IKK zu den Top 15 der gesetzlichen Krankenkassen. Der persönlich-plus-Tarif der Vereinigten IKK bündelt dabei vielfältige, spezifische Versorgungsangebote für einzelne Versicherte. Um die Versicherten zur aktiven Teilnahmen an diesen Versorgungsprogrammen zu bewegen, orientiert sich die Vereinigte IKK bei der Ansprache gezielt an den unterschiedlichen Lebenswelten einzelner Kundengruppen. Hierbei sind auch die Auswahl des Kommunikationskanals und die zielgruppenspezifische Formulierung der Ansprache entscheidend.

Der erfolgreiche Aufbau von Strukturen und Prozessen eines solchen Versorgungsmanagements schafft nicht zuletzt Möglichkeiten für die Integration weiterer Kooperationspartner, zum Beispiel Pharmaunternehmen, die mit ihren Kompetenzen möglicherweise gezielt die Versorgung einzelner Kundengruppen verbessern können.

## Ansatzpunkte im Versorgungsprozess

Entscheidend für die Verbesserung der Versorgung durch Versorgungsmanagement sind das Identifizieren der geeigneten Teilschritte im Versorgungspfad. Basierend auf der Erfahrung von B-LUE, lag der Studie die Hypothese zugrunde, dass heute vielfältige Schnittstellenprobleme zwischen einzelnen Behandlungsschritten entstehen.

So warnt beispielsweise ein GKVVertreter, dass durch Entwicklungen wie
die hausarztzentrierte Versorgung (HZV)
Gruppeninteressen immer stärker in den
Vordergrund geraten und das finanzielle
Interesse der Leistungserbringer dominiert. Es gehe in erster Linie um Umsatzund nicht um Versorgungsoptimierung.
In ähnlicher Weise wird Pharmaunternehmen gerade seitens der Ärzteschaft
oder der Kassen oftmals vorgeworfen,
nur am Arzneimittelabsatz interessiert
zu sein und das Wohl des Patienten nicht
wirklich im Blick zu haben.<sup>3</sup>

## Ansatzpunkte, Chancen und Herausforderungen für Versorgungsmanagement (Zustimmung in %)



Allerdings haben Teilnehmer auch bestätigt, dass die bislang praktizierte Einzeloptimierung (z.B. Hausarzt, Facharzt, Klinik, Pharmaindustrie) überwunden und der Patient mit seinen Bedürfnissen im Verlauf des gesamten Versorgungsprozesses in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt werden muss.

Ebenso wurde konstatiert, dass Pharmaunternehmen genau wie Ärzte und Kassen hieran mitwirken können. Um zu verstehen, wo Versorgungsmanagement ansetzen sollte, wurde den Befragten ein allgemeiner Versorgungspfad vorgelegt, der – unabhängig von der Wahl der Versorgungsstruktur (ambulant, stationär) – die Teilschritte einer medikamentösen Intervention illustriert. In der oben stehenden Abbildung sind diejenigen Teilschritte im Versorgungsprozess hervorgehoben, bei denen die Mehrzahl der Befragten (>50%, Mehrfachnennungen möglich) in den einzelnen Gruppen grundsätzliche Ansatzpunkte bzw. besondere Chancen (grüner Pfeil) und Herausforderungen (roter Pfeil) sehen.

<sup>3</sup> Bspw. König: "Mit Gegenwind muss gerechnet werden", in: ArzneimittelZeitung, 17.12.2010, S. 6

### Versorgungsmanagement sollte insbesondere an der Prävention/ Früherkennung und der Therapiekontrolle ansetzen

Prävention und Früherkennung werden von allen Beteiligten als wichtige Aufgaben im Versorgungsmanagement gesehen. Oftmals wird das auch in direktem Zusammenhang mit Maßnahmen zur Veränderung des Lebensstils gesehen. Für die niedergelassenen Ärzte sind dies die wichtigsten Hebel im Versorgungsmanagement. Dass dies unumgänglich wird, verdeutlicht auch ein Blick auf die demographische Entwicklung. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung beträgt heute 20% und verursacht 47% der Gesamtkosten im Gesundheitswesen. In 20 Jahren wird der Anteil der über 65-Jährigen auf 29%

Einzelnen und der Solidargemeinschaft

steigen.4 Insbesondere unter Annahme der Medikalisierungstheorie wird daraus ein deutlicher Kostenanstieg resultieren.<sup>5</sup> Unter den Befragten herrscht aber ebenso weitgehend Einigkeit darüber, dass gerade eine Verhaltensänderung zwar wünschenswert ist, aber nur sehr schwer und langfristig erreicht werden kann. Außerdem wird eingeworfen, dass effektive Prävention zwar sicherlich der Königsweg wäre, allerdings praktisch

Arztwahl und Diagnose werden als weitere wichtige Stellschrauben im Versorgungsprozess gesehen, allerdings recht unterschiedlich von den Akteuren bewertet. 55% der GKV-Vertreter, aber, nicht verwunderlich, nur 32% der niedergelas-

- 4 Destatis (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060.
- 5 Niehaus (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen der Gesundheitsausgaben.

nicht möglich und finanzierbar erscheint.

## Gesunderhaltung im Spannungsfeld zwischen Verantwortung des

Immer lauter wird in Deutschland ein Umdenken gefordert,6 nachdem der Bürger selbst für seine Gesunderhaltung verantwortlich gemacht wird. Gesundheit sei nicht Aufgabe einer anonymen Solidargemeinschaft, sondern müsse viel stärker Teil der Mündigkeit jedes Einzelnen werden. Aus gegenläufiger Richtung kommend, aber um ähnliche Fragen ringend, dreht es sich bei dem schwelenden Rechtsstreit in den USA über die Verfassungskonformität der Gesundheitsreform.<sup>7</sup> Im Kern geht es darum, wie weit der Staat in die Belange der Individuen hineinregieren darf. Die Obama-Regierung argumentiert, dass jeder Mensch früher oder später Gesundheitsdienstleistungen benötige und eine allgemeine Krankenversicherungspflicht daher wie bei einer Kfz-Haftpflicht gegeben sei. Die Gegenseite verweist auf die individuellen Rechte, nach denen Prävention und Lebensstil in der Eigenverantwortung des Einzelnen liegen und nicht Aufgaben der Solidargemeinschaft sind.

- 6 Bspw. Oesterle: "Gesucht: der mündige Gesundheitsbürger", in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 29.12.2010.
- 7 Bspw. Welter: "Gesundheitsreform verfassungswidrig", in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 14.12.2010.

senen und 15% der angestellten Ärzte sind der Meinung, dass Versorgungsmanagement bei der Arztwahl ansetzen sollte. Und gar 74% der Pharmaunternehmen würden bei der Diagnose ansetzen. Dass es hier nicht nur um wirtschaftlich getriebene Partikularinteressen geht, zeigen Stimmen nicht nur aus Pharmaunternehmen, sondern auch aus der GKV, die fordern, dass Versicherte bzw. Patienten zu hochqualitativen Leistungserbringern bzw. in integrierte Angebote gesteuert werden sollten.

Ein Studienteilnehmer aus einem Pharmaunternehmen formuliert es so: "Aus Sicht des Patienten ist es besonders wichtig, im Anfangsstadium einer Erkrankung Unterstützung zu finden. Häufig bestehen Unsicherheiten bei der Diagnose: Stellt der Arzt eine Diagnose? Ist es die richtige Diagnose? Was bedeutet die Diagnose für mich als Patient? Ebenso ist es bei der Arztwahl: Wie kann ich erkennen, dass dieser Arzt gut qualifiziert ist und Therapieerfahrung hat? Denn wer sich am Anfang des Prozesses gut betreut fühlt, fühlt sich auch bei den folgenden Prozessschritten sicherer und benötigt weniger Management." Oder wie ein Arzt es ausdrückt: "Ich sehe mich als Dienstleister, und der Patient ist Kunde und kein Objekt, das es zu managen gilt." Gleichzeitig gibt es aber viele Ärzte, die sich durch Versorgungskonzepte gegängelt fühlen und gerade mit einer Einschränkung der freien Arztwahl erhebliche Probleme haben und befürchten, dass es "noch bürokratischer" wird.

Rund die Hälfte aller Befragten in der GKV (48%) und bei Pharmaunternehmen (55%) würden bei der Verordnung ansetzen und sehen hier die größten

Chancen für eine erfolgreiche Umsetzung. Demgegenüber sind es bei den niedergelassenen Ärzten nur 37%, die hier ansetzen würden, aber mehrheitlich auch Erfolgschancen sehen. Dabei gibt es Stimmen, die gerade in der leitlinien gestützten Therapie nicht etwa eine Einschränkung, sondern vielmehr aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz einen Schutz des Arztes sehen.

Maßnahmen, die an der Anwendung der Arzneimittel und insbesondere der Therapiekontrolle ansetzen, werden von allen Teilnehmergruppen als wichtig angesehen. Nicht verwunderlich: Es sind insbesondere Pharmaunternehmen selbst (57%), aber auch spezialisierte Gesundheitsdienstleister (52%), die bei der Anwendung ansetzen wollen. Gerade bei hochpreisigen Therapien und chronischen Erkrankungen haben sie auch einen erheblichen wirtschaftlichen Vorteil von einer langen Patientenbindung. Die GKV (41%) und die Ärzte (23%) sind diesbezüglich zurückhaltender. Aber dass Adhärenz unbedingt zu einem Versorgungsprozess dazu gehört, zeigen auch Studien, nach denen sogar bei lebensbedrohenden Erkrankungen Patienten oftmals nicht den Therapievorschlägen ihres Arztes folgen.8

8 Beispiel Einnahme Immunsuppressiva nach Transplantationen, um Abstoßungsreaktionen und Transplantatversagen zu vermeiden: Die publizierten Werte schwanken stark, allein bei zwei jüngeren Publikationen reichen die Angaben von einer signifikanten Nicht-Adhärenz bei 22% aller Nierentransplantierten (Prendergast/Gaston: "Optimizing medication adherence: an ongoing opportunity to improve outcomes after kidney transplantation", in: Clin J Am Soc Nephrol, 5(7) 2010, S. 1305) bis hin zu einer Nicht-Adhärenz bei erschreckenden 86% der Nierentransplantierten ab 55 Jahren (Russell et al.: "Medication adherence in older renal transplant recipients", in: Clean Nurs Res, 19(2) 2010, S. 95).

18

Aus Sicht von B-LUE war überraschend, dass von allen befragten Gruppen die Rolle der *Apotheken* im Versorgungsmanagement heute kaum wahrgenommen und gesehen wird – könnte doch gerade hier ein weiterer Kontakt mit dem Patienten helfen, Einfluss auf den Versorgungsprozess zu nehmen.

Aus unserer Sicht bleibt hier Potenzial ungenutzt, das allerdings erst dann vollständig gehoben werden kann, wenn durch den Durchgriff, wie in Apothekenketten möglich, ein neuartiger Wettbewerb auch in diesem Sektor des Gesundheitsmarkts entsteht.

#### Die Unterschätzte Bedeutung der Apotheken bei der Durchsetzung von Verträgen

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden Apotheken dazu verpflichtet, rabattierte Arzneimittel bevorzugt abzugeben. Darüber hinaus müssen Apotheken aufgrund von §129 SGB V unter der Beachtung einer therapeutischen Vergleichbarkeit ein preisgünstiges Arzneimittels abgeben, wenn der Arzt nur einen Wirkstoff verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. Aufgrund dieser rechtlichen Vorgaben sollte zu erwarten sein, dass der Einfluss von Apotheken auf die Abgabe eines konkreten Präparats gering ist. Diese Ansicht liegt wahrscheinlich auch der Einschätzung der Befragten zugrunde, wonach der Auswahl der Apotheke im Versorgungsmanagement nur eine sehr nachrangige Bedeutung beigemessen wird.

Apothekenübergreifende Daten von INSIGHT Health<sup>9</sup> zeigen aber mitunter beträchtliche Abweichungen vom zu erwartenden Abgabeverhalten. Hersteller, die einen Rabattvertrag mit einer Kasse mit lokal hohem Marktanteil abgeschlossen haben, können mit einer gesteigerten Abgabe auch an Patienten anderer Krankenkassen rechnen, auch wenn zwischen dem Hersteller und diesen Kassen keine Rabattverträge bestehen oder diese ausgelaufen sind. Das gilt selbst dann, wenn das Produkt nicht zu den drei günstigsten zählt. Derartige "Mitnahmeeffekte" betreffen auch große, bundesweit aufgestellte Krankenkassen wie die TK oder die Barmer GEK. Darüber hinaus können auch Packungsgrößen des Herstellers, die keiner Rabattierung unterliegen, von einem Rabattvertrag profitieren.

All dies deutet darauf hin, dass dem Apotheker bzw. der Auswahl der Apotheke sowohl aus ökonomischen Aspekten als auch im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität eine größere Bedeutung zukommen könnte, als auf Basis der gesetzlichen Restriktionen zu erwarten wäre.

Studie zum aktuellen Stand des Versorgungsmanagements in Deutschland

9 Bensing/Kleinfeld: "Abstrahleffekte von Rabattverträgen", S. 12; in: Monitor Versorgungsforschung, 03/2010, S. 12.

## Zielgruppen für Versorgungsmanagement

Nach Ansicht der Teilnehmer ist Versorgungsmanagement vor allem – aber nicht nur – für alte, multimorbide und chronisch Kranke sowie Risikogruppen geeignet

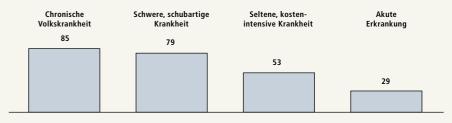
Versorgungsprogramme stellen für Krankenkassen Produkte dar, die sie ihren Versicherten anbieten möchten; für Pharmaunternehmen sollen Versorgungsprogramme die Anwendung bestehender Produkte effektiver machen, analog sollen Versorgungsprogramme die Arbeit des Arztes ersetzen (substitutives Versorgungsmanagement) oder ergänzen (komplementäres Versorgungsmanagement). Inwiefern Versorgungsmanagement diese Anforderungen erfüllen kann, hängt im Wesentlichen auch von der korrekten Definition der Zielgruppe ab.

Unterscheidet man mögliche Zielgruppen nach der Krankheitsausprägung, dann werden chronisch kranke Patienten von allen befragten Entscheidungsträgern als geeignet für Versorgungsmanagement gewertet. Zwischen den verschiedenen Gruppen von Befragten gibt es dabei lediglich graduelle Unterschiede hinsichtlich der Eignung von Versorgungsmanagement bei schweren, schubartigen Erkrankungen und chronischen Volkskrankheiten.

Bei Patienten mit seltenen, kostenintensiven Erkrankungen, die eine dauerhafte intensive Betreuung benötigen, sehen die Ärzte das Versorgungsmanagement insgesamt positiv. Sie sind dabei jedoch skeptischer als Vertreter der GKV und der Pharmaindustrie. Bei genauerer Analyse fällt auf, dass es insbesondere die Hausärzte sind, die Versorgungsmanagement hier für nicht so geeignet halten, während die niedergelassenen Fachärzte sie zu 64% für "sehr geeignet" halten.

Patienten mit akuter Erkrankung (z.B. Fraktur, Infektion) werden lediglich von angestellten Krankenhausärzten (48%) als geeignet angesehen, während die Mehrzahl der anderen befragten Gruppen sie als nicht geeignet einstufen.

## Zielgruppen für Versorgungsmanagement nach Krankheitsausprägung (Zustimmung in %<sup>10</sup> aller Gruppen)



10 Die Befragten wurden gebeten, ihre Einschätzung auf einer 5-stufigen Skala (1 "stimme voll zu" bis 5 "stimme gar nicht zu") anzugeben. Als Zustimmung wurden die Antwortmöglichkeiten 1 und 2 gewertet.

## Zielgruppen für Versorgungsmanagement nach Anzahl Erkrankungen

(Zustimmung in % aller Gruppen)

# Multimorbide Singulär Patienten Erkrankte 73 70

## Zielgruppen für Versorgungsmanagement nach Demographie

(Zustimmung in % aller Gruppen)

Alte Patienten	Junge Patienten
56	57

Zielgruppen für Versorgungsmanagement nach Risikoausprägung (Zustimmung in % aller Gruppen)

Risikogruppen	Gesundheitsbewusste	Desinteressierte
81		
	51	38

Bei der Frage nach der Anzahl der Erkrankungen zeigen die Ergebnisse, dass fast alle befragten Gruppen sowohl *multimorbide Patienten* als auch solche mit nur einer *einzigen Erkrankung* als geeignet für Versorgungsprogramme einstufen. Die Zustimmung bezüglich der multimorbiden Patienten fiel in der Regel höher aus als für die singulär Erkrankten.

Die größte Zustimmung mit über 90% für beide Gruppen gab es insbesondere von Mitarbeitern neuer Gesundheitsdienstleister und Managementgesellschaften. Auffällig ist, dass ausgerechnet unter den Hausärzten die Meinung vertreten ist, dass singulär erkrankte Patienten weniger geeignet für Versorgungsmanagement sind. Diese Aussage spricht auch für die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der gesetzlichen, schon bestehenden DMP-Programme (jeweils für Monodiagnosen wie KHK, Brustkrebs, Herzinsuffizienz und COPD), bei denen Multi- oder Komorbidität nicht berücksichtigt sind.

Bezieht man die zuvor beschriebenen Ergebnisse bei der Frage nach der Demographie mit ein, so ist es wenig verwunderlich, dass auch alle befragten Gruppen *alte Patienten* für geeignet bzw. sehr geeignet halten.

In Anbetracht der Bedeutung alter Patienten für den Arzneimittelabsatz überrascht es nicht, dass Vertreter der Pharmaindustrie sie am häufigsten für "sehr geeignet" halten. Doch auch junge Patienten werden durchweg für eher geeignet als ungeeignet gehalten. Bei den Krankenhausärzten ist der Anteil derer. die junge Patienten für geeignet halten, sogar noch etwas größer als der Anteil derer, die ältere Patienten für geeignet halten. Wiederum sind es die Hausärzte. die Versorgungsmanagement bei jungen Patienten zwar insgesamt eher positiv sehen, dabei jedoch am zurückhaltendsten sind. Vertreter der Pharmaindustrie und der GKV liegen in ihrer Einschätzung eng beieinander.

Bei der Segmentierung möglicher Zielgruppen nach Risikoausprägung sind sich nahezu alle Befragten einig, dass *Risikogruppen*, das heißt Patienten, die aufgrund ihres Lebensstils und ihrer Disposition besonders gefährdet sind, chronische Krankheiten zu entwickeln, geeignete Patienten für Versorgungsmanagement darstellen. Nicht so eindeutig ist das Bild bei der Frage, ob Desinteressierte (Versicherte, die bis dato kaum Interesse an Gesundheitsthemen und individueller Gesundheitsvorsorge hatten) oder Gesundheitsbewusste geeignet sind.

Gesundheitsbewusste Patienten, das heißt Versicherte, die bereits aktiv individuelle Gesundheitsvorsorge betreiben, werden eher als geeignet eingestuft, wobei die Zustimmung lediglich bei den GKV-Befragten und den niedergelassenen Ärzten unter 50% liegt. Der Anteil der niedergelassenen Fachärzte, die gesundheitsbewusste Patienten für "überhaupt nicht geeignet" halten, ist mit 29% mindestens doppelt so hoch wie in allen anderen befragten Gruppen, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass diese Ärzte eher selten mit gesunden Versicherten in Kontakt kommen. Umgekehrt halten jedoch gerade Krankenhausärzte diese Personengruppe für besonders geeignet.

Desinteressierte Patienten werden von der GKV als eher nicht geeignet angesehen. Die Teilnehmer aus der Pharmaindustrie sind in dieser Frage unentschieden. Auffällig ist wieder, dass gerade neue Gesundheitsdienstleister und Managementgesellschaften die Desinteressierten zu 63% als geeignet einstufen. Es wird interessant sein, zu sehen, mit welchen Konzepten sie oder auch die Pharmaindustrie diese Patienten in Versorgungsprogramme oder gar zur Verhaltensänderung bewegen werden. In der Ärzteschaft zeigt sich bei dieser Frage abermals ein heterogenes Bild. Fachärzte und Krankenhausärzte halten Desinteressierte für geeignete Versorgungsmanagement-Kandidaten, die Mehrheit der Hausärzte (51%) hält diese Patienten für nicht geeignet.

Die unterschiedlichen Ansichten von Krankenhausärzten und Niedergelassenen einerseits sowie von Haus- und Fachärzten andererseits müssen bei der Konzeption von Versorgungsprogrammen je nach Indikation unbedingt berücksichtigt werden, wenn das Versorgungsmanagement nicht an den letztendlich Ausführenden scheitern soll.

#### Ansatzpunkte für die gezielte Kundenansprache

Die Versicherten stehen im Zentrum der Betrachtung jedes Versorgungsprogramms. Eine der großen Herausforderungen ist es, dabei den richtigen Versicherten mit den richtigen Produkten auf die richtige Art und Weise anzusprechen, egal ob er Neu- oder Bestandskunde ist. Ein klassisches Marketingthema der Segmentierung. Prinzipiell lassen sich zwei Ansätze in der Vorgehensweise unterscheiden:

Einerseits können Adressdaten erworben und mit entsprechender Segmentierungserfahrung zum Beispiel anhand von Sinus-Milieus so analysiert und aufbereitet werden, dass eine Ansprachestrategie mit einer recht hohen Genauigkeit entwickelt werden kann. Dieser Ansatz verspricht insbesondere bei der gezielten Ansprache von Neukunden eine verbesserte Marketingwirkung und somit eine höhere Erfolgswahrscheinlichkeit als der meist übliche Weg der undifferenzierten Massenansprache. Die sorgfältige Vorbereitung und Aufbereitung der medizinischen und ökonomischen Grundlagen des Versorgungsmanagements sollte jedoch bereits feststehen, da nur dann die gezielte Ansprache ermöglicht wird.

Andererseits – und gerade bei der Ansprache von Bestandskunden – kann über eine tiefgehende Analyse des eigenen Datenbestands ebenfalls eine Segmentierung anhand soziodemographischer Daten erfolgen, um hier das richtige Produkt und/oder den richtigen Anspracheweg festzulegen. B-LUE-Erfahrung zeigt, dass hier datenschutzrechtliche Hürden genommen werden müssen und dieser Aspekt bereits frühzeitig in die Konzeption und Bearbeitung des Themas Segmentierung einbezogen werden muss.

Gerade Anstalten des öffentlichen Rechts müssen beim Thema Segmentierung vorausschauend planen und kommunizieren, um nachhaltige Imageschäden zu vermeiden. Derartigen Vorwürfen des "ethisch Verwerflichen" sah sich zum Beispiel die Hamburger Sparkasse ausgesetzt, als sie im Herbst letzten Jahres Kundendaten für eine psychologische Kundensegmentierung verwenden wollte.<sup>11</sup>

11 Bspw. "Sparkasse stoppt Nutzung von Psycho-Profilen", http://www.spiegel.de/wirtschaft/ unternehmen/0,1518,727252,00.html, abgerufen im Januar 2011.

## Die Rolle des Versorgungsprogramms im Laufe des Lebenszyklus eines Präparats

Über den geeigneten Zeitpunkt zur Konzeption eines Versorgungsprogramms im Laufe des Lebenszyklus eines Präparats gibt es keine gemeinsame Sicht

Nach der Erfahrung von B-LUE wurden Probleme der Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Vergangenheit seitens der Pharmaindustrie nur selten – und wenn, dann meist erst nach Launch eines Präparats – untersucht. Patientenorientierte Versorgungsprogramme wurden entsprechend nur dann initiiert, wenn man sich hierdurch höhere Absatzmöglichkeiten versprach oder wenn sie von Zulassungsbehörden zwingend vorgeschrieben wurden. Und lediglich Therapeutika mit hohem Umsatz je Patient bieten den finanziellen Spielraum für ergänzende Dienstleistungen zum Produkt.

Vermehrt wird daher heute versucht, mit sogenannten "Real Life"-Studien die tatsächliche Versorgungssituation zu erfassen, die erheblich von den künstlich geschaffenen Rahmenbedingungen klinischer Studien abweichen kann. Dies ist auch deshalb notwendig, weil viele innovative Arzneimittel direkte Auswirkungen auf den bis dato üblichen Versorgungsprozess haben (z.B. neue Diagnostik, veränderte Applikationsform, Anforderungen an Monitoring). Aus Sicht der Patienten und Leistungserbringer ist es wichtig, dass ein Versorgungsprogramm gemeinsam mit einem Arzneimittel verfügbar ist. Aber natürlich bestimmt auch die spezifische Marktsituation (Innovation in der Indikation, Komplexität des Produkts, Patientengruppe etc.), ob ein Versorgungsprogramm sinnvoll ist oder nicht.

Da auch die Arzneimittelversorgung ein integraler Bestandteil des Versorgungsmanagements sein kann und das AMNOG die Pharmaindustrie befugt, direkter Vertragspartner derartiger Projekte zu werden, hat uns interessiert, in welcher Phase des Lebenszyklus eines Präparats ein Versorgungsprogramm initiiert werden sollte.

Die Grundhypothese, dass gemeinsam mit der Einführung eines neuen Arzneimittels auch das Versorgungsprogramm für die betreffenden Patienten definiert sein sollte (z.B. Antidiabetika plus Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Anti-Depressiva plus Psychotherapie), wurde von den Studienteilnehmern nur zum Teil bestätigt. Häufig werden Versorgungsmaßnahmen vor allem als Mittel gesehen, um den Lebenszyklus eines Produkts zu verlängern. Und auch die Befragten aus der GKV sowie Ärzte vertreten mehrheitlich die Ansicht, dass Versorgungsprogramme erst während der Reifephase eines Produkts konzipiert werden sollten. Hingegen sehen Vertreter aus pharmazeutischen Unternehmen überwiegend die Einführungs- und Wachstumsphase als den geeigneten Zeitpunkt an. Versorgungsmanagement und Wirkstoff bereits vor der Zulassung gemeinsam zu entwickeln sei zwar

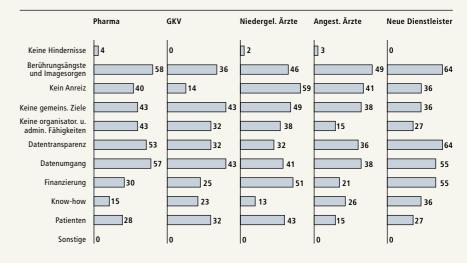
wünschenswert, aber aufgrund der hohen Risiken bei der Zulassung und den Unsicherheiten bei der Festlegung des Preises nicht vermittelbar. Ebenso sehen Pharmaunternehmen in der Phase der Sättigung nur noch geringe Chancen, ein Versorgungsprogramm erfolgreich zu implementieren.

Gesundheitsdienstleister sehen gerade in der Phase des Wachstums und der Reife den geeigneten Zeitpunkt für die Konzeption von Versorgungsprogrammen. Nicht verwunderlich, sind sie es doch, die als Dienstleister für Kassen oder Pharmaunternehmen hier ihr Geschäftspotenzial erwarten.

Aus Sicht von B-LUE ist es auf jeden Fall unerlässlich, den medizinischen Bedarf und die tatsächliche Versorgungssituation genau zu kennen, bevor ein Pharmaunternehmen ein neues Arzneimittel in Umlauf bringt. Hier können Krankenkassen und Pharmaunternehmen noch viel voneinander lernen, zum Beispiel durch sorgfältiges Analysieren der GKV-Echtdaten, durch Schaffen einer gemeinsamen Datenbasis für Zulassung und Nutzenbewertung, durch ergänzende Kompetenzen bei Arzneimitteln und Kenntnis über Leistungsdaten etc. Eine frühzeitige Einbindung der GKV bereits vor der Zulassung neuer Arzneimittel erscheint uns daher für alle Beteiligten von Vorteil.

## Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung von Versorgungsmanagement (Zustimmung in %)

Welches sind die größten Hindernisse bei Konzeption und Umsetzung von Versorgungsmanagement? (Mehrfachnennung)



## Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung von Versorgungsmanagement

Fehlende Anreize, divergierende Ziele und der Umgang mit Daten sind größte Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung von Versorgungsmanagement

Ein wesentlicher Aspekt wurde bereits angesprochen: Versorgungsmanagement kann nicht ohne Einbeziehung der Ärzte in Planung und Durchführung erfolgreich sein. Dieser Problempunkt verstärkt sich umso mehr, sobald berücksichtigt wird, dass 59% der antwortenden niedergelassenen Ärzte und 41% der angestellten Ärzte als Haupthindernis bei der Konzeption und der Umsetzung von

Versorgungsmanagement den fehlenden Anreiz nennen.

Für den Erfolg von Versorgungsprogrammen wird es demnach von wesentlicher Bedeutung sein, nicht nur zwischen Pharmaunternehmen und Kassen Verträge zu schließen, sondern die Ärzte frühzeitig in Konzeption und Umsetzung einzubinden und Anreizsysteme zu schaffen, die eine Unterstützung und Beteiligung der Ärzte sicherstellen.

Aber es sind auch eher weiche Themen wie Berührungsängste und Imagesorgen sowie divergierende Ziele, die aus Sicht der Studienteilnehmer Hindernisse darstellen. Um gerade diese mangelnde

Reputation – ein Vertreter aus der Pharmaindustrie spricht selbstkritisch vom "uns anhaftenden Makel des Produktverkäufers" – zu überwinden, sind Transparenz und offene Kommunikation über die Ziele unerlässlich.

Gleichzeitig werden gerade auch wieder von den Pharmaunternehmen mangelnde Datentransparenz und Schwierigkeiten mit dem Datenumgang als Hindernisse genannt. Interessant ist hier, dass die Gruppe der neuen Gesundheitsdienstleister und Managementgesellschaften, die sich ja teilweise genau auf die Beseitigung dieser Problematik spezialisieren, ebenfalls das Datenthema wie auch Berührungsängste als wichtige Hindernisse identifizieren.

Im Licht der eben dargestellten Hindernisse erscheinen die anderen Probleme als überwindbar. So spielen fehlende Mittel zur Finanzierung aus Sicht von Pharmaunternehmen und der GKV lediglich eine untergeordnete Rolle bei der Konzeption und der Umsetzung von Versorgungsmanagement. Ein Aspekt, der bei allen, die sich für eine Stärkung des Konzepts Versorgungsmanagement einsetzen, sicher positiv aufgenommen werden dürfte. Lediglich für die niedergelassenen Ärzte spielt die fehlende Finanzierung eine wichtige Rolle, was wiederum die Notwendigkeit von (finanziellen) Anreizsystemen für die teilnehmenden Ärzte unterstreicht, insbesondere wenn Versorgungsmanagement für sie mit einem erhöhten (bürokratischen) Aufwand verbunden ist.

Fehlende organisatorische und administrative Fähigkeiten werden insbesondere seitens der Pharmaindustrie als Hindernis genannt. Verschiedentlich haben sich Pharmaunternehmen im Gespräch mit

26

B-LUE dahingehend geäußert, dass sie mit ihren Ideen für Mehrwertverträge nicht ankämen, weil seitens der GKV nur in Kostenarten gedacht würde und sofort die Forderung nach Arzneimittelrabatten im Raum stünde, bevor übergreifende Kosteneinsparungspotenziale auch nur diskutiert würden. Ebenso werden lange Anlaufzeiten und Abstimmungszyklen in der GKV kritisiert, die sich nicht mit dem gewohnten Fokus auf schnelle Umsetzung in der Pharmaindustrie vertragen. Verantwortliche aus der GKV halten dagegen, dass Ideen der Pharmafirmen für Mehrwertverträge oftmals nur einseitig durchdacht sind und die Realität der GKV nicht ausreichend berücksichtigen.

Dass die Patienten nicht ausreichend zur Teilnahme an Versorgungsprogrammen motiviert werden könnten, spielt zumindest bei den Pharmaunternehmen nur eine untergeordnete Rolle. GKV und

niedergelassene Ärzte sehen hier dagegen durchaus ein Hinderniss.

Bei der konkreten Nachfrage zeigt sich zusammenfassend, dass lediglich vier der Studienteilnehmer der Meinung sind, dass es keinerlei Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung von Versorgungsmanagement gibt, wohingegen über 600 Nennungen<sup>12</sup> unter anderem bei den oben besprochenen Hindernissen ausgewertet wurden. Die Erfahrung von B-LUE zeigt, dass Versorgungsmanagement durchaus sehr erfolgreich umgesetzt werden kann. Voraussetzungen hierfür sind die detaillierte und realitätsnahe Konzeption sowie eine gut strukturierte Umsetzung unter Einbezug der Anforderungen aller Beteiligten.

12 Mehrfachnennungen bei dieser Frage möglich.

#### Zusammenarbeit der GKV mit Pharmaunternehmen

Die Ausgestaltung und das Monitoring von Rabatt-, Mehrwert- und Risk-Share-Verträgen bringen Vertreter von Krankenkassen und Pharmaunternehmen zwangsläufig zusammen. Das AMNOG wird dies in Zukunft voraussichtlich noch weiter fördern. Einfache Rabatte, die die Pharmaunternehmen knebeln, helfen Krankenkassen langfristig genauso wenig wie Mehrwertoder Risk-Share-Verträge Pharmaunternehmen langfristig nicht helfen, wenn sie offensichtlich zu Ungunsten der Krankenkassen gestaltet werden. Langfristig können beide nur dann profitieren, wenn eine echte Win-Win-Situation gewährleistet wird.

Darüber hinaus gibt es vereinzelt bereits Kooperationen zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen, die sich der Verbesserung der Versorgungssituation widmen. Voraussetzung für die Initiierung oder Verbesserung eines Versorgungsmanagement-Programms ist die Darstellung der aktuellen Versorgungssituation. So erarbeiten die DAK und die AOK Niedersachsen

gemeinsam mit der Firma Grünenthal einen "Versorgungsatlas Schmerz". 13 Die Barmer GEK evaluierte mit Roche Pharma die Versorgungssituation von Patienten mit Angina pectoris und akutem Myokardinfarkt<sup>14</sup> sowie mit dem Unternehmen Merz die Versorgungssituation von Demenz-Patienten. 15 In einer weiteren Studie wird von Boehringer Ingelheim gemeinsam mit Krankenkassen die Situation von Patienten mit Vorhofflimmern untersucht. 16 Einerseits können solche Studien zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen dienen, andererseits muss sichergestellt werden, dass sie nicht mittels tendenziöser Studiendesigns als Marketinginstrumente unter dem Deckmantel der Versorgungsforschung missbraucht werden. 17 Die Interessen aller Beteiligten, das heißt von Krankenkassen, Pharmaunternehmen, Leistungserbringern und Patienten, müssen berücksichtigt werden.

Noch weiter ging die Zusammenarbeit zwischen den Unternehmen Pfizer und Eisai und der AOK Bayern, die im Rahmen der "Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin" (IDA) die Versorgungsqualität von Patienten mit Demenz zu verbessern suchten und die die gemeinsam erarbeiteten Interventionen im Rahmen einer Studie analysierten. Auch die Zusammenarbeit von Sanofi-Aventis mit Krankenkassen zur wissenschaftlichen Evaluation des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit eines Insulins mündete in einen Vertrag zur besseren Versorgung von Diabetes-mellitus-Typ-2-Patienten.<sup>15</sup> Ein Vertrag zur besseren Versorgung von Schizophreniepatienten zwischen I3G und der AOK Niedersachsen wird von der Fachgesellschaft DGPPN kritisiert, weil I3G eine 100%ige Tochtergesellschaft von Janssen-Cilag ist. Dagegen argumentiert Janssen-Cilag, dass man bewusst beide Geschäftsfelder strikt getrennt hat. 18

Alle genannten Beispiele zeigen, dass es durchaus schon Ansätze zur Zusammenarbeit zwischen Pharmaunternehmen und GKV gibt und dass es nicht unmöglich ist, Hindernisse bei der Konzeption und der Umsetzung eines gemeinsamen Versorgungsmanagements zu überwinden. Es handelt sich jedoch noch um ein relativ neues Feld, das innovativen und mutigen Unternehmen und Krankenkassen vielerlei Chancen zur Gestaltung und Differenzierung bietet und langfristige Wettbewerbsvorteile sichern kann.

<sup>13</sup> Kein Autor: "Eine Investition in die Zukunft", in: Monitor Versorgungsforschung, 02/2010, S. 20.

<sup>14</sup> Kein Autor: "Neue Studien-Daten zur kardiovaskulären Versorgung", in: Monitor Versorgungsforschung, 06/2010, S. 16.

<sup>15</sup> Kein Autor: "Therapeutischer Nihilismus ist tödlich", in: Monitor Versorgungsforschung, 05/2009, S. 16.

<sup>16</sup> Pfaff et al.: Lehrbuch Versorgungsforschung (2011).

<sup>17</sup> Hofmann/Glaeske: "Versorgungsforschung: Interessenslagen und mangelnde Transparenz", in: Monitor Versorgungsforschung, 05/2009, S. 20.

<sup>18</sup> König: "Mit Gegenwind muss gerechnet werden", in: ArzneimittelZeitung, 17.12.2010, S. 6.

## Wesentliche Treiber für das Versorgungsmanagement

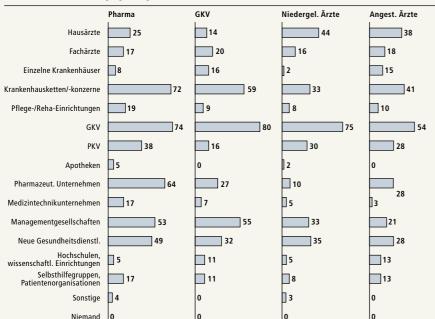
GKV, Krankenhausketten/-konzerne und Managementgesellschaften sind die wichtigsten Treiber des Themas Versorgungsmanagement

Der durchgeführten Studie vorausgehend, wurde die Hypothese formuliert, dass die Krankenkassen und die Pharmaindustrie vermutlich die treibenden Kräfte des Themas Versorgungsmanagement sein werden. Diese These konnte interessanterweise nur zum Teil bestätigt werden. Während die Befragten eindeutig der Meinung waren, dass die GKV der

wichtigste Treiber des Themas sein wird, kam die Pharmaindustrie lediglich auf die fünfthöchste Anzahl von Nennungen, noch nach den Managementgesellschaften und den neuen Gesundheitsdienstleistern. Die zweitmeisten Nennungen erhielten die Krankenhausketten/-konzerne, was zunächst so nicht erwartet werden konnte. Wie jedoch auch schon an anderer Stelle erwähnt, umfasst Versorgungsmanagement ja auch gerade den Übergang zwischen ambulantem und stationärem Bereich bis hin zur Reha und kann ohne Einbeziehen der Patienten nicht funktionieren

Treibende Kräfte für Versorgungsmanagement (Zustimmung in %)

 $Wer wird das \ Thema\ {\tt ``Versorgungs management''}\ in\ d.\ n\"{a} chsten\ Jahren\ in\ Deutschland\ aktiv\ vorantreiben?\ (Mehrfachn.)$ 



Letztendlich liegen bei der GKV und bei Krankenhausketten/-konzernen sicher die meisten Kontakte zum Patienten vor und somit auch die meisten direkten Anknüpfungspunkte für Versorgungsmanagement. Außerdem verfügen Krankenhäuser in der Regel über die längste Erfahrung mit individuellen Verträgen.

Besonders die Pharmaindustrie scheint sich als einen wesentlichen Treiber im Rahmen des Versorgungsmanagements zu sehen, was hingegen seitens der GKV und der Ärzteschaft nicht gestützt wird. Es bedarf, den Ergebnissen der Umfrage folgend, also noch der Überzeugungsarbeit, will sich die Pharmaindustrie hier den eigenen Vorstellungen entsprechend positionieren.

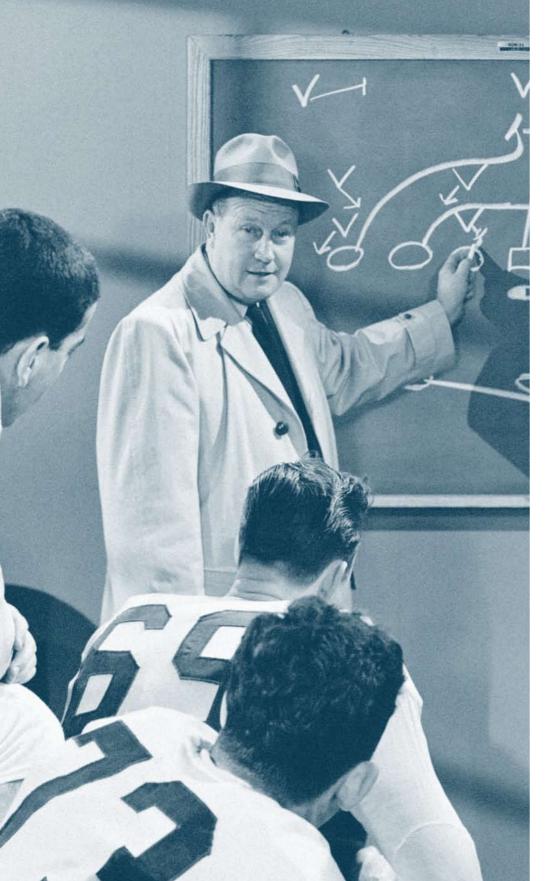
GKV und Pharmaunternehmen haben häufig schon Ressourcen oder Personal für Versorgungsmanagement aufgebaut bzw. bauen es in diesem Jahr auf

Für den nachhaltigen Erfolg von Versorgungsmanagement wird es trotz der unterschiedlichen Bedeutung der Akteure unabdingbar sein, die jeweils relevanten auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen – nach den bereits beschriebenen Hindernissen sicherlich keine einfache Aufgabe oder gar Selbstverständlichkeit.

Der Prozess der Umsetzung stellt sich in den betrachteten Sektoren als unterschiedlich stark ausgeprägt dar. Insgesamt scheint er in der GKV am weitesten vorangeschritten zu sein, hier geben 68% der Befragten an, bereits Personal im Bereich Versorgungsmanagement einzusetzen, 55% teilen diesem Bereich bereits ein eigenes Budget zu. Dieser Trend deckt sich im weitesten Sinne mit der Projekterfahrung von B-LUE. Die Pharmaindustrie sieht sich in diesem Prozess ähnlich weit vorangeschritten. Der Anteil der Befragten, die bereits Personal oder Budget einplanen, liegt hier mit 42% bzw. 36% hinter dem Stand der GKV zurück. Da auch die rechtliche Grundlage für wesentliche Aspekte des Versorgungsmanagements letztlich erst gerade geschaffen worden ist, kann der Pharmaindustrie an dieser Stelle dennoch ein ausgeprägter Innovationstrieb in Bezug auf das Thema Versorgungsmanagement unterstellt werden. Erwartungsgemäß ist die Ärzteschaft weniger stark bei der Bereitstellung von Ressourcen aktiv, während die Managementgesellschaften das Thema natürlich in den meisten Fällen bereits implementiert haben.

Ein aus B-LUE-Sicht nicht zu vernachlässigender Aspekt im Rahmen der Gesamtbetrachtung des Themas ist die organisatorische Aufhängung des Bereichs Versorgungsmanagement, die jedoch sowohl bei der Pharmaindustrie als auch bei der GKV der Umfrage nach relativ eindeutig zu sein scheint. Im Pharmabereich ist das Thema eindeutig in den Einheiten Market-Access/Gesundheitspolitik einzuordnen. Bei der GKV wird die organisatorische Zuordnung genauso eindeutig dem Bereich Produkt- und Vertragsmanagement zugeschrieben. In beiden Fällen kann also eindeutig von einer strategischen Positionierung innerhalb der Organisationen gesprochen werden, was nochmals die allgemeine Bedeutung des gesamten Themas unterstreicht.

B LUE Gesundheit. Denken. Können. 31



## Die Transformation durch Versorgungsmanagement stellt eine strategische Herausforderung dar

Wie die Ergebnisse zeigen, geht es beim Versorgungsmanagement um ein strategisches Konzept, das von der bislang üblichen partiellen Optimierung von Einzelinteressen zukünftig auf eine umfassende Verbesserung des Versorgungsprozesses zielt. Transparenz, Schnittstellenoptimierung, Umgang mit Daten und Vernetzung mit dem Patienten stehen im Mittelpunkt der Transformation der Gesundheitsbranche. Neue Dienstleister positionieren sich derzeit im Gesundheitsmarkt und verschieben dabei die Grenzen bisheriger Geschäftsmodelle.

Das AMNOG versetzt Pharmaunternehmen in die Lage, neue Formen der Zusammenarbeit zu testen. Dabei gibt es keine allgemeingültigen Patentrezepte, sondern aufgrund der jeweils individuellen Gegebenheiten eine Vielzahl möglicher Ansätze für bessere Versorgung, die in Pilotprojekten evaluiert werden sollten.

Die Vergangenheit war eher vom Kampf zwischen den verschiedenen Lobbykräften im Gesundheitswesen um begrenzte Mittel geprägt als von gemeinsamer Kooperation. Beim erfolgreichen Aufbau von Versorgungsmanagement geht es also neben der Klärung vieler inhaltlicher Fragen auch um das Schaffen einer neuen Vertrauensbasis zwischen Pharmaunternehmen, Krankenkassen und Ärzteschaft.

Gerade Krankenkassen und Pharmaunternehmen können viel voneinander lernen und profitieren. Krankenkassen verfügen über vielfältige Routinedaten ihrer Versicherten, die umfassende Analysemöglichkeiten bieten. Hieraus lassen sich zum Beispiel pseudonymisierte Patientenprofile und Erkenntnisse über Unter-, Über- und Fehlversorgung ableiten, die wiederum für eine gemeinsame Entwicklung von Versorgungsprogrammen mit Pharmaunternehmen genutzt werden können. In Ergänzung dazu verfügen Pharmaunternehmen über Kompetenz beim Krankheitsbild und bei der dazugehörigen Arzneimitteltherapie, haben Beziehungen zu medizinischen Meinungsführern und Zugang zu Leistungserbringern. Ebenso haben sie oftmals bereits etablierte Patientenprogramme (z.B. Adherence-Programme), die zu einem umfassenden, patientenzentrierten Versorgungsmanagement ausgebaut werden können.

Bei Krankheiten mit hohen Arzneimittelkosten und langfristigen Auswirkungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 oder rheumatoider Arthritis, wären aus Sicht von Pharmaunternehmen und Krankenkassen oft neben (kurzfristigen)



#### Typische Phasen eines gemeinsamen Versorgungsprojekts



Adherence-Maßnahmen auch breiter angelegte Versorgungsprogramme sinnvoll. Angesichts der derzeitigen Finanzsituation der GKV, etwa der voraussichtlichen zweijährigen Deckelung der Verwaltungskosten ab 2011 oder beim Abwenden drohender Zusatzbeiträge, sind Investitionen in langfristige Studien allerdings momentan nicht die erste Priorität der Kassenvorstände.

Umgekehrt wäre es seitens der GKV sicherlich vermessen, zu erwarten, dass die Pharmaindustrie in Anbetracht der Unsicherheit hinsichtlich anstehender Preisverhandlungen mit dem Spitzenverband Bund heute großzügig Versorgungsleistungen finanziert, die nicht zur Sicherung des Arzneimittelabsatzes dienen – nach wie vor die Finanzierungsquelle der Pharmaindustrie. Gegenseitiges Geben und Nehmen bedeutet dann eben auch, die Zeitrahmen von anfänglicher Investition und späterem Ertrag miteinander abzustimmen.

Daher müssen die Kooperationspartner miteinander ausloten, wie die Kompetenzen der Pharmaunternehmen zu den Erfordernissen der GKV passen und zu einer besseren Steuerung der Leistungsausgaben beitragen können.

Gelingt es beispielsweise, durch Programme zur Früherkennung (z.B. gemeinsam getragen von Ärzten, Kassen und Arzneimittelherstellern) Krankheiten bei den Versicherten früher als üblich zu diagnostizieren, kann die Kasse über die Logik des Morbi-RSA früher Mehreinnahmen erzielen, wobei die Zahlung erst im Folgejahr erfolgt.

Darüber hinaus kann die GKV durch aktive Steuerung ihrer Versicherten (wiederum mit Unterstützung durch Ärzte und Pharmaunternehmen) die Gesunderhaltung chronisch kranker Versicherter fördern und somit ein Fortschreiten der Erkrankung verzögern. Dabei gilt es, neben der Anzahl der Versicherten auch die

Steuerbarkeit in den jeweiligen Organund Krankheitsgruppen sowie Multimorbidität zu berücksichtigen.

Gerade bei der Versorgung von Hochkostenfällen, wie zum Beispiel multimorbiden geriatrischen Patienten unter Einbeziehung der Heimversorgung oder Versicherten mit Gerinnungsstörungen, konnte B-LUE in Projekten nachweisen, dass durch individuelles Case-Management schon im ersten Jahr positive Deckungsbeiträge für die Krankenkasse erwirtschaftet werden können.

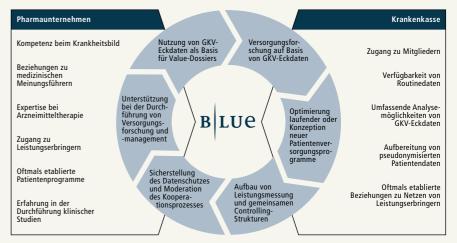
Der aus der Literatur bekannteste, aber bestenfalls langfristig wirksame Hebel fokussiert auf Sekundärprävention und Vermeidung von Krankengeldausgaben. Bei Versicherten in fortgeschrittenem Erkrankungsstadium ist hier kaum noch eine Steuerungsmöglichkeit für die GKV gegeben. Und da langfristige Studien zur Versorgungsforschung vielfach fehlen, laufen Gespräche zwischen Pharma-

unternehmen und Krankenkassen bei dieser Argumentation oftmals doch wieder nur auf die kurzfristige Forderung nach Arzneimittelrabatten hinaus. Bei der Anbahnung gemeinsamer Projekte, sei es nun zum Aufbau eines Versorgungsprogramms oder zur Durchführung von Versorgungsforschung, müssen die Perspektiven aller Akteure berücksichtigt werden. Ebenso müssen Fragen der Exklusivität eines solchen Projekts frühzeitig geklärt werden.

Gemeinsame Projekte sind daher von allen Partnern genau zu überprüfen und phasenweise zu gestalten, damit sie zum einen langfristig angelegt sind, aber bei Nicht-Erreichen von Zielen auch Ausstiegsoptionen bieten. Die folgende Grafik gibt eine Übersicht über die Kernfragen, die in jeder Phase zwischen allen Beteiligten zu klären sind. Typischerweise klärt jeder Partner zunächst für sich, ob und wie er sich auf die angestrebte Kooperation einlassen will.



## B-LUE-Ansatz für Kooperationen zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen



Quelle: B-LUE

B-LUE hat einen pragmatischen Ansatz entwickelt, der die komplementären Kompetenzen von Pharmaunternehmen und Krankenkassen kombiniert und die Kooperation zwischen beiden Partnern ermöglicht. Damit werden sektorübergreifende Projekte, etwa zur besseren Patientenversorgung oder zur gemeinsamen Versorgungsforschung, beschleunigt.

Industrie und Kassen können ebenso wie Leistungserbringer und Patienten erheblich davon profitieren, wenn es gelingt, in gemeinsamen Projekten die Kompetenzen beider Seiten zu kombinieren.

## Woran Sie denken sollten

#### Als Pharmaunternehmen

- Für welche Teile meines Produktportfolios (einzelne Medikamente vs. Abdeckung gesamter Therapiegebiete mit vollem Sortiment) eignet sich Versorgungsmanagement? Welche Abstrahleffekte hat ein Engagement bzw. Nicht-Engagement auf andere Teile meines Portfolios?
- Wie kann ich durch einen Fokus auf den Patienten und seine Bedürfnisse. die bisherige Produktfokussierung überwinden und damit zum echten Partner der GKV werden? Wie positioniere ich mich mit Versorgungsmanagement im Wettbewerb? Wie verknüpfe ich meine Prozesse in Market-Access, Marketing und Vertrieb mit dem Ziel, patientenzentrierte Lösungen statt nur Produkte anzubieten? Welchen Return on Investment kann ich erwarten?
- Welche Charakteristika zeichnen für uns einen geeigneten GKV-Partner aus (Größe, Marktanteile, regionale Verteilung, Versichertenportfolio, Zuweisung aus Gesundheitsfonds, Finanzsituation, Innovations- und Risikobereitschaft)? Was sind die voraussichtlichen Bedürfnisse des angestrebten Partners und wie können gerade wir dazu beitragen, sie zu erfüllen?

- Welche Mindest- und Maximalerwartungen (finanziell, Imagegewinn, gemeinsame Entwicklung, Versorgungsforschung etc.) habe ich bezüglich der Kooperation? Welche Chancen und Risiken ergeben sich für uns?
- Welche Reputation haben wir bei unserem angestrebten Partner? Bei anderen beteiligten Akteuren? Wie kann ich eine Basis des Vertrauens schaffen? Was kann ich aus bisherigen Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit der GKV lernen?
- Wie messen wir Erfolg (z.B. Vergleichsgruppenverfahren, medizinische Evaluation, Kosten-Nutzen-Rechnung)? Was muss gewährleistet sein, damit ein gemeinsames Projekt für uns und unsere Partner erfolgreich wird? Wer muss eingebunden werden? Welche Exklusivität, welche Nutzungsrechte brauchen wir und unsere Partner?
- Dauer und Kosten des gemeinsamen Projekts? Wie sieht die Projektorganisation aus? Welche Meilensteine sind sinnvoll? Wo brauchen wir Unterstützung?

#### Als Krankenkasse

- Für welche Organ-, Krankheitsgruppen und Indikationen unter Morbi-RSA ist ein Versorgungsmanagement für uns sinnvoll? Wie kann ich bereits laufende Versorgungsbemühungen (DMP, IV, Coaching etc.) um einen Fokus auf Sekundärprävention, Tertiärprävention und rationale Versorgung ergänzen und welche Kompetenzen aus Pharmaunternehmen können mir dabei helfen? Bei welchen Programmen für Akutfälle und Chroniker, beispielsweise Diabetiker, Herzkranke und dialysepflichtige Versicherte, kann ich Partner aus der Pharmaindustrie für Präventionsmaßnahmen und Versorgungsalternativen gewinnen?
- Für welche ausgewählten Kundengruppen ist Versorgungsmanagement sinnvoll? Wie und in welchem Zeitraum kann ich für diese Kundengruppen mittels Versorgungsmanagement positive Deckungsbeiträge generieren? Wie kann ich unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf dem Pharmamarkt die Versorgung besonders kostenintensiver Versicherter (sogenannter "Hochkostenfälle" zum Beispiel mit onkologischen Krankheiten oder mit Gerinnungsstörungen) verbessern – und dieses mit einem kurzfristigen Deckungsbeitragsgewinn?
- Wie kann ich durch Versorgungsprogramme Kundenbindung und Neukundengewinnung verbessern? Wie erreiche ich durch Versorgungsmanagement

- gesundheitsbewusste Versicherte? Beispielsweise durch die Stärkung der Themen Bewegung und Ernährung, durch die Betreuung von Schwangeren und jungen Familien? Welche Partner aus der Pharmaindustrie können mich dabei sinnvoll unterstützen?
- Welche Instrumente zur Kontrahierung mit Leistungserbringern und Pharmaindustrie (z.B. HZV, IV, § 73 b, c SGB V oder § 140 SGB V) sind sinnvoll und notwendig, um erfolgreiche Programme oder Entwicklungspartnerschaften zu implementieren.
- Welches sind die Anforderungen an die Organisation hinsichtlich Personal (Mediziner, Pharmazeuten, Pflegekräfte, Gesundheitsökonomen etc.), Prozessen (Workflows, medizinische Pathways und CRM-Systeme) und Daten/IT (Systeme der Gesundheitsanalytik, Versorgungsdatenbank, medizinisches Controlling)?
- Wie messen wir Erfolg (z.B. Vergleichsgruppenverfahren, medizinische Evaluation, Kosten-Nutzen-Rechnung)? Was muss gewährleistet sein, damit ein gemeinsames Projekt für uns und unsere Partner erfolgreich wird? Wer muss eingebunden werden? Welche Exklusivität, welche Nutzungsrechte brauchen wir und unsere Partner?
- Dauer und Kosten des gemeinsamen Projekts? Wie sieht die Projektorganisation aus? Welche Meilensteine sind sinnvoll? Wo brauchen wir Unterstützung?

#### V. ÜBER B-LUE MANAGEMENT CONSULTING

B-LUE ist mit einem der größten Beraterteams im deutschsprachigen Raum ausschließlich im Life-Sciences- und Healthcare-Sektor tätig.

Wir beraten seit vielen Jahren die GKV, speziell im Vertrags-, Leistungs- und Versorgungsmanagement. Ebenso arbeiten unsere interdisziplinären Teams aus Medizinern, Wirtschaftswissenschaftlern, Ingenieuren und Gesundheitswirtschaftlern seit vielen Jahren für Pharmaunternehmen, Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister.

Wir begleiten alle Projektphasen – von der Analyse über die Konzeption bis hin zur Pilotierung, Umsetzung und Evaluation – und kennen die Erfolgsfaktoren und Implementierungshemmnisse. In Zusammenarbeit mit unseren Kunden entstehen zukunftsweisende, maßgeschneiderte Lösungen.

Basierend auf unseren Erfahrungen haben wir so auch einen Ansatz entwickelt, der eine echte, wertschöpfende Kooperation zwischen Pharmaunternehmen und GKV ermöglicht.

#### Sprechen Sie uns an:

Günther Illert, +49 (0) 40 / 35 01 81 19 illert.guenther@b-lue.com

Dr. Karl Liese, +49 (0) 221 / 3 10 81 83 26 liese.karl@b-lue.com

Dr. Bent Lüngen +49 (0) 40 / 35 01 81 18 luengen.bent@b-lue.com



### GESUNDHEIT. DENKEN. KÖNNEN.

#### **B-LUE MANAGEMENT CONSULTING GMBH**

#### IN HAMBURG:

Am Sandtorkai 41  $\cdot$  D-20457 Hamburg Tel +49 (0) 40 / 35 01 80  $\cdot$  Fax +49 (0) 40 / 35 01 81 99

#### IN KÖLN:

Kranhaus 1 · Im Zollhafen 18 · D-50678 Köln Tel +49 (0) 221 / 3 10 81 80 · Fax +49 (0) 221 / 3 10 81 84 99

info@b-lue.com · www.b-lue.com