HEALTH EBS

HEALTH ECONOMIST

Der Newsletter von HEALTH EBS e.V.

Ausgabe
Dezember 2011

Vereinsmedium von HEALTH EBS, Alumni-Vereinigung der gesundheitsökonomischen Studiengänge der European Business School e.V., Oestrich-Winkel

Inhalt

- **Implementierung medizinischer Forschungsergebnisse in der Patientenversorgung: Eine engere Verknüpfung von klinischer Praxis und Forschung ist dringend notwendig**
- **Von der Landarztförderung bis zum Medikationsmanagement: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in der Schlussfassung**
- **Die Rolle des Pharmareferenten im Wandel**

Liebe HEALTH-EBS´ler/innen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

zum Ende eines Jahres ist es für uns mittlerweile zur guten Tradition geworden, noch eine Ausgabe des HEALTH ECONOMIST zu veröffentlichen. Wir freuen uns, dass dies auch 2011 wieder durch die eingereichten Beiträge aus unserem Mitgliederkreis gelungen ist. Ein herzliches Dankeschön an alle Autorinnen und Autoren, die auch in diesem Jahr unser Vereinsmedium mit interessanten und aktuellen Inhalten gefüllt haben.

In dieser Ausgabe steht neben einer Betrachtung der Rolle des Pharmaberaters und einer Untersuchung zur Implementierung medizinischer Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung ein weiteres Mal das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Mittelpunkt. Ab 2012 werden hierdurch neue Rahmenbedingungen vor allem für niedergelassene Ärzte geschaffen. Neben der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, um deren Ausgestaltung bis zum Schluss gerungen wurde, dürfte insbesondere das Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung für die Akteure des Gesundheitsmarktes von besonderem Interesse sein – könnte sich doch hierdurch der Arzneimittelmarkt tiefgreifend verändern.

Für das kommende Jahr zeichnen sich bereits weitere gesundheitspolitische Meilensteine ab: Neben den erwarteten ersten Nutzenbewertungen und Preisverhandlungen für Arzneimittel nach den AMNOG-Regelungen sollen Leistungen und Finanzierung der Pflegeversicherung Schwerpunkte einer Reform sein.

Wir freuen uns auch im nächsten Jahr auf viele persönliche und virtuelle Kontakte im Kreise unseres Vereins. Neben diesem Newsletter, unserer Homepage www.health-ebs.de und unserer Gruppe bei XING dürfte insbesondere das Member-Meeting wieder ein Forum für Kontakte, Informationsaustausch und auch zur Weiterbildung bieten. Der Termin steht bereits fest: Am 11./12. Mai 2012 freuen wir uns auf ein Wiedersehen an der EBS in Oestrich-Winkel. Doch nun sollen erst einmal die Tage des Jahreswechsels etwas Ruhe, Abstand und auch Erholung bringen. Wir wünschen Ihnen/Euch eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in das Jahr 2012.

Jürgen Merz
(für den Vorstand von HEALTH EBS)

Wissenschaft und Forschung

Implementierung medizinischer Forschungsergebnisse in der Patientenversorgung: Eine engere Verknüpfung von klinischer Praxis und Forschung ist dringend notwendig

Dr. Kirsten Steinhausen

Science Officer, Biomedical Sciences Unit, European Science Foundation (ESF)

Kontakt:
1 quai Lezay-Marnésia
BP 90015
67080 Strasbourg cedex
France
Tel +33 (0)3 88 76 2184
Email: ksteinhausen@esf.org

Forward-Look-Bericht des European Medical Research Councils (EMRC): "Implementation of Medical Research in Clinical Practice"

Die medizinische Versorgung hat sich in den vergangenen 50 Jahren unübersehbar verbessert. Hierzu hat insbesondere die klinische Forschung einen wichtigen Beitrag geleistet.

In Abhängigkeit von den Forschungsschwerpunkten unterscheidet man bei der klinischen Forschung folgende Phasen: Grundlagenforschung, krankheitsorientierte Forschung mit Tiermodellen, Forschung zur Anwendung der Grundlagenforschung an Menschen (translationale Forschung), patientenorientierte Forschung sowie Versorgungsforschung („Outcome Research").

Wenn klinische Forschungsergebnisse erfolgreich in die Patientenversorgung implementiert werden, können hierdurch wichtige und für den praktisch tätigen Arzt in der Versorgungsroutine relevante Fragen beantwortet werden. Außerdem wird auf diesem Wege die wissenschaftliche Begründung (die sogenannte Evidenz) für ärztliches Handeln bereitgestellt.

Trotz der genannten Erfolge ist es nach wie vor wichtig, weitere Verbesserungen voranzutreiben. Nach wie vor werden viele medizinische Entscheidungen getroffen, ohne dass die hierfür notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen (Evidenz) berücksichtigt werden oder überhaupt existieren. Außerdem wird klinische Forschung häufig nicht mit den angemessenen und notwendigen wissenschaftlichen Methoden durchgeführt.

Der Forward Look "Implementation of Medical Research in Clinical Practice" (FLIP – Implementierung medizinischer Forschungsergebnisse in der Patientenversorgung) des European Medical Research Council der European Science Foundation beschreibt, wie die Qualität der medizinischen Forschung verbessert werden kann und wie Forschungsergebnisse besser in die Patientenversorgung Eingang finden können.

Der Bericht und seine Empfehlungen beruhen auf umfassender Analyse und Diskussion der Problematik unter Beteiligung von mehr als 90 führenden Experten aus Europa und nichteuropäischen Ländern. Nach mehreren Arbeitstreffen wurden im Oktober 2010 in einer Konsensuskonferenz am Europarat in Straßburg die wesentlichen Herausforderungen und mögliche Lösungen zum besseren Transfer klinischer Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung diskutiert sowie Schlussfolgerungen und Empfehlungen herausgearbeitet. Der so entwickelte Forward-Look-Bericht "Implementation of Medical Research in Clinical Practice" wurde am 11. Mai 2011 in Berlin vorgestellt. Die wichtigsten Schlussfolgerungen sind im Folgenden zusammengefasst.

Patientenorientierte Forschungsfragen sollten sich auf solche Probleme beziehen, die für Patienten und die Gesellschaft als die eigentlichen Adressaten medizinischer Forschungsaktivitäten relevant sind. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass Ressourcen nicht durch überflüssige, erneute Bearbeitung von Forschungsfragen, die bereits solide beantwortet wurden, verschwendet werden. Um dies zu vermeiden, sollte zu jeder Forschungsfrage vor Studienbeginn zunächst eine systematische Literatur-Analyse und -Bewertung (Review) erstellt werden.

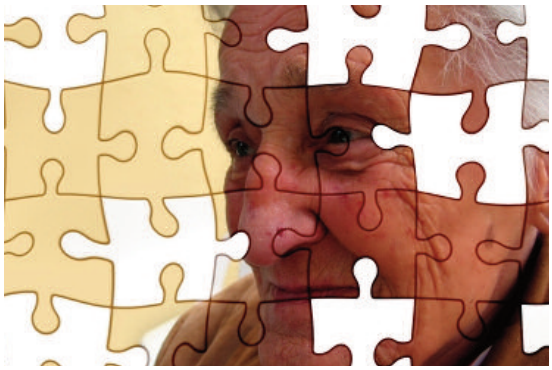
Forschung muss methodisch einwandfrei durchgeführt werden, so dass die Ergebnisse verlässlich sind und man sie mit gutem Gewissen nutzen kann. Hierzu sollten grundsätzlich alle Protokolle und Ergebnisse von klinischen Studien öffentlich

zugänglich gemacht werden, und zwar mit unverzerrter (ohne Bias) und angemessen detaillierter Dokumentation.

Es besteht erhöhter Bedarf an Studien zur vergleichenden Nutzenbewertung von Arzneimitteln, medizinischen Prozeduren, Heil- und Hilfsmitteln und anderen medizinischen Technologien. Außerdem sollten klinisch relevante und toxikologische Informationen zu medizinischen Technologien öffentlich verfügbar gemacht werden.

Die Aus- und Weiterbildung in klinischer Forschung ist derzeit in den meisten europäischen Ländern unzureichend entwickelt. Es fehlt an Wissenschaftlern, Ärzten und weiteren Gesundheitsberufen mit methodologischer Ausbildung bzw. mit Kenntnissen in den Bereichen evidenzbasierte Medizin (EbM), Health-Technology-Assessment (HTA) und Gesundheitsökonomie. Die Ausbildung in diesen Methoden sollte bereits Teil des Medizinstudiums sein.

Medizinische Leitlinien sind ein wichtiges Instrument, um Forschungsergebnisse in die Versorgung zu implementieren. Leitlinien werden in unterschiedlicher Weise und von verschiedenen Organisationen entwickelt und herausgegeben, unter anderem durch wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften, durch regierungsnahe Institutionen und durch Einrichtungen der Selbstverwaltung. Die verschiedenen Vorgehensweisen haben ihre Vor- und Nachteile. Allerdings gibt es derzeit keine wissenschaftlichen Belege zu der Frage, auf welchem Wege Forschungsergebnisse durch Leitlinien am besten implementiert werden. Hier besteht Forschungsbedarf. Derzeit existiert



Konsens darüber, dass die Nutzung systematisch entwickelter medizinischer Leitlinien von bester Qualität der künftige Goldstandard für die Implementierung verlässlicher Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung sein sollte. Evidenzbasierte Medizin soll bei jeder Patientenbehandlung und in allen Versorgungsbereichen zum Einsatz kommen.

Wesentliche Instrumente zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen sind Maßnahmen des Qualitätsmanagements (sogenanntes „Audit and Feedback“). In diesem Zusammenhang kann die Anwendung von sorgfältig entwickelten Qualitätsindikatoren hilfreich sein. Darüber hinaus können klinische Register wichtige Informationsquellen und Grundlage für neue Forschungsprojekte sein.

Der Primärversorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung, kommt sowohl in der patientenorientierten Forschung als auch bei deren Implementierung eine Schlüsselrolle zu, da hier im Rahmen der Grundversorgung mehr Menschen als im Krankenhaus betreut werden. Forschungsergebnisse aus der hochspezialisierten Medizin sind oftmals nur schwer in der Routine der Primärversorgung umzusetzen, insbesondere auch wegen der Multimorbidität in diesem Bereich. Vor diesem Hintergrund besteht vor allem in der Primärversorgung Forschungsbedarf.

Die Öffentlichkeit (d.h. Patienten und Gesellschaft) muss stärker an allen Bereichen der Gesundheitsforschung beteiligt werden. Ärzte und andere Gesundheitsberufe sollten in die Lage versetzt werden, verständlich über Forschung kommunizieren zu können – inklusive deren Nutzen und Risiken. Anträge zur Finanzierung von klinischen Forschungsprojekten sollten die geplante Form der Patienten- bzw. Bürgerbeteiligung obligatorisch darlegen.

Die nachstehenden 10 Schlüssel-Empfehlungen fassen die zahlreichen Darlegungen und Empfehlungen der verschiedenen Kapitel des „Forward-Look“-Berichtes „Implementation of Medical Research in Clinical Practice” (FLIP – Implementierung medizinischer Forschungsergebnisse in der Patientenversorgung) zusammen.

1. Auf den Gebieten der systematischen Reviews, der evidenzbasierten Medizin, der vergleichenden Nutzenbewertung, des Health Technology Assessment und auf dem Gebiet der medizinischen Leitlinien sind in Europa die Zusammenarbeit, Koordination und finanzielle Förderung zu verstärken.

2. Auf dem Gebiet der vergleichenden Nutzen- und Kostenbewertung von Arzneimitteln und anderen neuen Technologien gilt es, – insbesondere im Zusammenhang mit deren Zulassung – die Transparenz zu fördern und wissenschaftliche Belege für einen eventuellen Zusatznutzen zu fordern.

3. Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Rahmenbedingungen für die berufliche Entwicklung für Ärzte und andere Gesundheitsberufe sind zu verbessern.

4. Die Öffentlichkeit, d.h. Patienten und alle anderen Bürger, ist über Projekte der vergleichenden Nutzenbewertung und der evidenzbasierten Medizin in angemessener Weise zu folgenden Aspekten in Kenntnis zu setzen: Prioritätensetzung, Finanzierung, Planung, Durchführung und Berichterstattung.

5. Methodologisch und qualitativ hochwertige klinische Forschung ist zu unterstützen und zu fördern, und zwar insbesondere dann, wenn sie sich um Forschungsfragen kümmert, die auf der Grundlage systematischer Reviews Bedürfnisse von Patienten, Gesundheitsberufen und Gesellschaft adressieren.

6. Die Etablierung und Pflege von Studienregistern und die vollständige Publikation aller Studien ist konsequent zu fördern.

7. Die Bemühungen um freien Zugang für jedermann (Open-Access) zu Datenbanken mit Studien-Protokollen, -Daten, -Berichten, systematischen Reviews und Health-Technology-Assessment-Berichten sind zu intensivieren.

8. Qualitativ hochwertige, evidenzbasierte, medizinische Leitlinien sind durch multiprofessionelle Teams unter Beteiligung von Patienten nach allgemein akzeptierten Standards und Kriterien zu entwickeln.

9. Medizinische Leitlinien sind in der Patientenversorgung zu implementieren und kontinuierlich zu optimieren, und zwar mithilfe geeigneter elektronischer Informationstechnologien, mittels Maßnahmen des Qualitätsmanagements („Audit und Feedback“), unter Nutzung von Qualitätsindikatoren und bei regelmäßiger Aktualisierung. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse (die Evidenz) über erfolgreiche Implementierungsstrategien sind auszuweiten.

10. Nutzung und Implementierung von qualitativ hochwertigen Health-Technology-Assessment-Berichten und medizinischen Leitlinien sind in allen Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Gesundheitsverwaltung – inklusive der Finanzierung der Patientenversorgung – zu intensivieren.

Die Empfehlungen und die zugrunde liegenden Ausführungen des Forward-Look-Berichtes zielen auf die Verbesserung von Forschungsqualität sowie der Patienten- und Gesundheitsversorgung – hier in Europa und weltweit.

Dr. Kirsten Steinhausen

Der vollständige Text des Berichtes und die englische Originalfassung der Empfehlungen finden sich im Internet-Angebot der ESF unter der Adresse:

http://www.esf.org/activities/forward-looks/medical-sciences-emrc/current-forward-looks-in-medical-sciences/implementation-of-medical-research-in-clinical-practice.html.

Verantwortliche seitens des European Medical Research Councils:

Chair:
Professor Liselotte Højgaard, EMRC Chair; Director, Professor, Clinical Physiology, Nuclear Medicine and PET, Rigshospitalet, University of Copenhagen & DTU, Denmark
Co-Chairs:
Dr Edvard Beem, Co- director, The Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw), the Netherlands
Professor Stig Slørdahl, Dean of the medical faculty of the Norwegian University of Science and Technology; Research Council of Norway (RCN), Norway

*Die **European Science Foundation** (ESF) ist eine internationale, unabhängige Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung mit Sitz in Straßburg. Ihr gehören derzeit 78 Forschungsinstitutionen aus 30 europäischen Ländern als Mitgliedsorganisationen an. Sie fördert und koordiniert gemeinsame Forschungsvorhaben und wirbt auf europäischer Ebene für die Interessen der Wissenschaft.*

*Der **European Medical Research Council** (EMRC) repräsentiert innerhalb der ESF die medizinischen Forschungsförderer Europas.*

***“Forward Looks”** sind Dokumente, in denen zu wichtigen wissenschaftlichen Themen Forschungsagenden auf europäischer Ebene definiert werden.*

Gesundheitspolitik

Von der Landarztförderung bis zum Medikationsmanagement: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in der Schlussfassung

Jürgen Merz
Krankenkassenfachwirt, Gesundheitsökonom (EBS)
Koordinator Politik und Verbände der AOK Hessen

Kontakt:
Merz-ruesselsheim@arcor.de
Tel: +49 (0) 171 511 9471

Was einst als Gesetz gegen Ärztemangel angekündigt und konzipiert wurde, hat sich unter dem Titel „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ (GKV-VStG) im Laufe seiner mehrmonatigen politischen Beratungen im Jahr 2011 zu einer umfassenden Sammlung von Einzelregelungen entwickelt, die nahezu alle Beteiligte des Gesundheitswesens mehr oder minder stark betrifft. Durch 125 Änderungsanträge wurden bis zum letzten Tag vor der Schlussabstimmung im Bundestag am 01.12.2011 immer weitere Einzelpunkte aufgenommen bzw. wieder abgeändert.

Im Folgenden soll eine kurze Zusammenfassung – bezogen auf die Akteure des Gesundheitswesens – von wichtigen Einzelregelungen erfolgen, die erst in der Schlussberatung im Zuge von Änderungsanträgen in das GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeflossen sind.

Ärzte

Die wesentlichen Regelungen zur Förderung von Ärzten und zur Sicherstellung der regionalen Versorgung waren bereits in einem Beitrag in der Juni-Ausgabe 2011 des HEALTH ECONOMIST zusammengefasst. Bei einer Maßnahme zum Ausgleich von Über- und Unterversorgung hat sich im Zuge der Gesetzesberatung jedoch noch eine wichtige Änderung ergeben: Bei Arztsitzen in überversorgten Regionen soll der Zulassungsausschuss zunächst prüfen, ob eine Wiederbesetzung erforderlich ist. Sollte dies nicht der Fall sein, leistet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis an den ausscheidenden Vertragsarzt. Ursprünglich war ein Vorkaufsrecht der KV für diese Arztsitze vorgesehen.

Krankenhäuser

Den Krankenhäusern wurde im Rahmen einer Ergänzung von § 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) untersagt, für Behandlungen in ausgegliederten Einrichtungen höhere Entgelte als im regulären DRG-System zu erheben. Hiermit wurde ein Trend gestoppt, der insbesondere der privaten Krankenversicherung in jüngster Vergangenheit zum Problem wurde: Durch Ausgründung von Privatkliniken umgingen immer mehr Krankenhäuser die gesetzlichen Preisregularien und Budgetgrenzen und belasteten Privatpatienten – und damit letztlich die PKV – mit höheren Rechnungsbeträgen. Die Bundesregierung bezifferte jüngst die Anzahl solcher Ausgründungen von Privatkliniken auf 104.

Vergeblich hofften die Krankenhäuser hingegen bis zum Schluss auf eine Lockerung der gesetzlichen Einsparungen durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), das auch für das Jahr 2012 eine rigide Begrenzung des Ausgabenanstiegs vorsieht.

Ärzte und Krankenhäuser

Bis zum Schluss gerungen wurde um das Thema „spezialärztliche Versorgung“. Die offizielle Bezeichnung im Gesetzestext lautet nunmehr **ambulante spezialfachärztliche Versorgung**. Gegenüber dem ursprünglichen Entwurf wurde der Rahmen für diesen neuen Versorgungssektor enger gestaltet. So werden die ambulanten Operationen hiervon nicht wie ursprünglich vorgesehen erfasst, sondern verbleiben in der bisherigen Ordnung – und damit im KV-Budget. Zuständig für die Anzeige der Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung sind nicht mehr wie geplant die Landesbehörden, sondern die gemeinsame Selbstverwaltung durch die Landesausschüsse nach § 90 SGB V, die hierzu um Vertreter der Krankenhäuser erweitert werden.

Krankenkassen

Aus den Erfahrungen im Rahmen der Schließung der City-BKK zur Jahresmitte 2011 haben die politisch Verantwortlichen ebenfalls Konsequenzen gezogen und den Krankenkassen klare Verpflichtungen für weitere Schließungen auferlegt:

- Leistungsentscheidungen einer geschlossenen Krankenkasse sind grundsätzlich für die neuen Krankenkassen der Versicherten bindend.

- Sofern Krankenkassen die Aufnahme von Mitgliedern aus geschlossenen Kassen behindern oder verzögern, wird ihnen ein Ordnungsgeld angedroht.

- Die Aufsichtsbehörden erhalten die Befugnis, in diesen Fällen auch disziplinarisch gegen den Vorstand der Krankenkasse vorzugehen – bis hin zur Amtsenthebung.

Weiterhin wurden die Krankenkassen verpflichtet, bis Ende 2012 insgesamt 70 % ihrer Versicherten die neue **elektronische Gesundheitskarte** zur Verfügung zu stellen. Außerdem müssen Krankenkassen künftig ihre jährlichen Rechnungsergebnisse im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlichen und Versicherte haben das Recht, über die in den vergangenen 18 Monaten in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten informiert zu werden. Auch können Krankenkassen ihre satzungsmäßigen Zusatzleistungen künftig erweitern, was in der Praxis voraussichtlich insbesondere eine Option für die Kostenübernahme von alternativen Behandlungsmethoden darstellen dürfte.

Ein Querschnittsthema für alle Akteure der GKV stellt das **Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung** dar. Hierbei ist in § 65 SGB V nF vorgesehen, dass KV, Krankenkassen und Apotheker in einer Modellregion ein neues Arzneimittelmanagement erproben, bei dem die Vertragsärzte anhand eines vereinbarten Katalogs diagnosebezogen einen entsprechenden Wirkstoff hieraus verordnen und die Apotheker dafür Sorge tragen, dass ein preisgünstiges Medikament dieses Wirkstoffs abgegeben wird. Vertragsärzte wären hiernach lediglich für die indikationsgerechte Verordnung von Wirkstoff, Menge und Darreichungsform verantwortlich. Eine direkte Ausgabenverantwortung über Budgets bzw. Richtgrößen und damit auch entsprechende Regresse in heutiger Form wären mit diesem Modell hinfällig. Sollten mit diesem Konzept Einsparungen erzielt werden, sind Ärzte und Apotheker hieran zu beteiligen.

Die Reaktionen auf dieses Modellprojekt waren höchst unterschiedlich. Während Ärzteverbände und einzelne KVen die Therapiefreiheit bzw. -hoheit in Gefahr sehen, fürchten die Krankenkassen um ihre bisherigen Einsparungen aus den etablierten Rabattverträgen, die mit diesem neuen Konzept in Frage gestellt würden. Es bleibt daher spannend, welche Erfahrungen die Umsetzung des Modellversuchs erbringen wird. Bei einem Erfolg könnte der Arzneimittelmarkt in Deutschland perspektivisch einen tiefgreifenden Wandel erfahren.

Ausblick

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat die schwarz-gelbe Regierungskoalition nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und dem GKV-Finanzierungsgesetz das dritte große Gesetzespaket für das Gesundheitswesen geschnürt. Im Jahr 2012 stehen Änderungen in der Pflegeversicherung auf der Agenda. Ob diese das Ausmaß einer „Reform“ erreichen werden, bleibt eher fraglich. Im Gesundheitsbereich ist mit dem Patientenrechtegesetz noch ein weiteres – wenn auch voraussichtlich kleineres – Gesetzgebungsvorhaben angekündigt. Danach dürfte das Augenmerk der Verantwortlichen voraussichtlich bereits auf das Wahljahr 2013 gerichtet sein.

Jürgen Merz

Management

Die Rolle des Pharmareferenten im Wandel

Martin Schneider
Gesundheitsökonom (EBS)
Vetriebsleiter und
Prüfer (IHK München)

Kontakt:
LAPHARM GmbH
Pharmazeutische Produkte
Wittelsbacherstr. 9
83022 Rosenheim
Tel.: +49 (0) 8031 234 5527
Fax: +49 (0) 8031 234 5510

Vom Gesetz her sind die Aufgaben des Pharmareferenten klar definiert: § 75 Abs. 3 AMG beschreibt den Tätigkeitsschwerpunkt im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit. Mit den Änderungen des AMG vom 02.05.1978 wurde der Beruf des Pharmaberaters (vormals Ärztebesucher) stärker definiert, um den zunehmenden Sicherheitsbestimmungen zu genügen. Vor dieser Zeit konnte nahezu jeder den Beruf des Ärztebesuchers ausüben. Das Berufsbild Pharmaberater, zu dem der Pharmareferent gehört, bedingt einen Hochschulabschluss als Naturwissenschaftler, einen Assistenzberuf oder die abgelegte Prüfung zum „geprüften Pharmareferenten“.

Die im AMG bezeichnete Aufgabe der medizinischen Information, die Abgabe der Fachinformation und die Abgabe von Mustern, macht nur einen Teil der Aufgaben der Pharmareferenten aus. Der Pharmareferent war von jeher auch Verkäufer. Schon die Abgabe von Mustern unterlag Überlegungen des Marketings, die dann aber im Laufe der Zeit vom Gesetzgeber eingeschränkt wurden (zwei Muster der kleinsten Größe pro Jahr).

Der Einsatz als Botschafter und Umsetzer von Marktstrategien gehört zu den wichtigsten Gründen, Pharmareferenten zu beschäftigen. Zuwächse in Umsatz und Absatz standen in der Prä-Rabattvertrags-Ära in einem messbaren Zusammenhang mit dem Besuchsschnitt von Pharmareferenten. Auswüchse zwangen den Gesetzgeber und die Industrie, die Tätigkeiten der Pharmareferenten schärfer zu definieren. Dieses findet sich in dem § 128 SGB V (15. AMG-Novelle) und in dem Ehrenkodex wieder. Auch die zuständigen Prüfgremien, die Industrie- und Handelskammern, bekamen 2007 eine neue Prüfungsordnung (PharmRefPrV vom 26.06.2007). Zusätzlich etablierten sich Bildungsangebote im tertiären Sektor wie der Gesundheitsberater und auch universitäre Bildungsgänge.

Ändert sich die Rolle des Pharmareferenten im Rahmen von AMNOG, Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und Rabattverträgen?

Positive Aspekte an den Besuchen von Pharmareferenten
1. Die Fortbildungsangebote
2. Die fachlichen Informationen
3. Die Arzneimittelmuster
4. Die persönlichen Kontakte
5. Die Informationen zur Wirtschaftlichkeit
6. Die gesundheitspolitischen Informationen
7. Die Werbegeschenke

Quelle: *http://bdp-pharmaberater.de. Die Bewertung erfolgte durch eine schriftliche Befragung von Vertragsärzten im Oktober 2006.*

Die Entlassungen von Pharmareferenten nach Eintreten eines Arzneimittels in die generische Phase sprechen eine deutliche Sprache. Auf der anderen Seite kann man neue Berufsbilder, Spielarten des Pharmareferenten, finden. Diese sind Spezialformen mit medizinischem, kaufmännischem oder gesundheitspolitischem Schwerpunkt. Teilweise sind diese Schwerpunkte in den neuen Curricula zu finden (Fachgespräch). Im medizinischen Bereich sind dies Spezialaußendienste (Medical Field Manager), die über komplexe wissenschaftliche Zusammenhänge informieren. Spezielle kaufmännische Kenntnisse werden von dem Key Account Manager verlangt, der Großkunden und Einkaufsgemeinschaften betreut.

Fachgebiete und Stundenverteilung	Unterrichts-Stunden
Arbeitsmethodik	10
Allgemeine Grundlagen der Chemie, Physik und Biologie	90
Anatomie, Physiologie, Pathologie	270
Pharmazie einschließlich Allgemeine Pharmakologie	80
Spezielle Pharmakologie mit den zughörigen Krankheiten und Krankheitsverläufen	240
Biochemie	80
Rechtskunde	35
Betriebs- und Volkswirtschaftslehre, Datenverarbeitung und Marketing	95
Allgemeine Gesprächspsychologie	100
Gesamtdauer	**1000**

Quelle: DIHK

Die Antwort auf die immer komplexer werdenden Regelwerke im Gesundheitswesen ist der gesundheitspolitische oder Kassen-Außendienst. So gibt es Firmen, die medizinische Field Manager, Key Accounter, gesundheitspolitische Außendienstler und auch den „normalen" Pharmareferenten beschäftigen. In diesem Fall werden die Freiheitsgrade des Pharmareferenten stark eingeschränkt. Bei Pharmafirmen, die nur eine klassische Außendienstlinie haben, ist das Tätigkeitsfeld des Pharmareferenten umso vielseitiger: Fragen zu Rabattverträgen oder anderen Selektivverträgen müssen genauso beantwortet werden können wie Nachfragen bei der Unterstützung in Netzwerken und in der Weiterbildung.
Das GKV-VStG sieht eine Aufwertung der Ärztenetze vor. Hieraus ergeben sich für Pharmareferenten neue Herausforderungen. Die Frage, welcher Anteil seiner Tätigkeit der Pharmareferent mit den jeweiligen Themen beschäftigt ist, untersucht eine im Dezember startende Bachelorarbeit. (Informationen über diese Arbeit sind beim Autor erhältlich).

Welche Rolle der Pharmareferent in der Zukunft einnehmen wird, hängt unter anderem auch von dem gesetzlichen Rahmen ab, in dem er sich bewegen wird. Das klassische Business-to-Customer-Modell (B2C) wird sicherlich verlassen werden müssen, um sich zu einem Business-to-Business-Modell (B2B) entwickeln zu können. So könnte der Pharmareferent zu einem Gesundheitsmanager werden, der Ansprechpartner für Ärzte, Kassen und Patienten wird. Dieser Trend lässt sich bei einigen Pharmafirmen beobachten, wobei die jetzige Gesetzeslage den direkten Kontakt zu Patienten nur sehr eingeschränkt zulässt. Die eingangs genannte Prüfung zum Pharmareferenten bleibt davon unberührt. Mit dem Anstieg von Betriebswirten im Pharmamarketing bleibt diese Zusatzausbildung der Einstieg in die Karriere, da nur mit diesem Titel Produktgespräche mit Fachkreisen geführt werden können.

Martin Schneider

Vorankündigung: Member-Meeting 2012

Unser Member-Meeting 2012 findet am 11. und 12. Mai 2012 (Freitag/Samstag) an der EBS in Oestrich-Winkel statt. Einladung und Programm folgen voraussichtlich bis März.

Impressum

HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von
HEALTH EBS
Alumni-Vereinigung der gesundheitsökonomischen Studiengänge der European Business School e.V.

Kontakt:
HEALTH EBS e.V.
Geschäftsstelle:
Osterholzer Dorfstraße 63
28307 Bremen
www.health-ebs.de

Layout/ Gestaltung:
marismed
Claudia Ambrus-Köhler
www.marismed.de

Fotos:
Fotolia, Pixelio, aboutpixel