

## Inhalt

- Pflegekosten - Wer soll das bezahlen?
- Absichtserklärungen, Prüfaufträge und eine Finanzierungsreform 2011 - Die gesundheitspolitischen Eckpunkte von Schwarz-Gelb
- Braucht die Health Care-Industrie mehr Customer Relationship Management (CRM)?
- Neuregelung durch die 15. AMG-Novelle

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

nach längerer Pause freuen wir uns, Ihnen und Euch eine neue Ausgabe des HEALTH ECONOMIST zusenden zu können. Die „Atempause“, die unser Vereinsmedium einlegen musste, hatte im Wesentlichen zwei Gründe: Neben personellen Wechsels im Redaktionsteam lagen längere Zeit zu wenige Beiträge vor, um eine Ausgabe des HEALTH ECONOMIST in der gewohnten Qualität füllen zu können. Nun ist uns dies nach einem neuerlichen Aufruf gelungen und wir hoffen, dass wir wieder regelmäßig über dieses Medium Entwicklungen und Perspektiven des Gesundheitswesens beleuchten und diskutieren können. Ein herzliches Dankeschön an alle Autoren und Helfer, die dazu beigetragen haben, diesen „relaunchten“ HEALTH ECONOMIST zu erstellen. Wir wünschen eine interessante Lektüre und freuen uns auf weitere Reaktionen, Anregungen und Beiträge.

**Jürgen Merz**  
(für den Vorstand)



**Kai-Uwe Latten**

Diplomkaufmann  
Gesundheitsökonom (EBS)  
EFQM - Assessor

### Kontakt:

CMS Consulting GmbH & Co.KG  
Konrad-Adenauer-Str. 25  
50996 Köln  
Tel.: +49 (0) 221 935 760  
Fax: +49 (0) 221 935 7622  
latten@cms-verbund.de

## Pflegekosten – Wer soll das bezahlen?

Aufgrund der demografischen Alterung ist in den kommenden Jahrzehnten trotz insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahlen mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen zu rechnen. Wie stark dieser letztlich ausfällt, wie hoch die Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen und damit die Kosten sein werden, hängt jedoch von verschiedenen Faktoren ab.

Auf den Pflegesektor kommen in den nächsten Jahrzehnten erhebliche Probleme und Belastungen zu. Bei der zu erwartenden demografischen Entwicklung muss bei unveränderten Rahmenbedingungen von einer höheren Zahl Pflegebedürftiger und damit von steigenden Pflegekosten ausgegangen werden. Eine exakte Einschätzung der künftigen Pflegesituation ist jedoch schwierig, da unterschiedliche, z.T. interdependente Faktoren den Pflegebedarf und die Pflegekosten beeinflussen.

### Demografische Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist nach dem derzeitigen Stand auch künftig im Wesentlichen abhängig vom Alter. Die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden nimmt ab dem 70. Lebensjahr deutlich zu und steigt in den Folgejahren rapide an. Nach aktuellen Modellrechnungen des statistischen Bundesamts könnte die Zahl der Pflegebedürftigen ausgehend von heute ca. 2,25 Mio. Pflegebedürftigen bis 2030 um 1,15 Mio. Personen steigen (+51%). Ihr Bevölkerungsanteil wird von 2,74% auf 4,4% in 2030 anwachsen. Allerdings basieren die Prognosen auf unveränderten Pflegequoten. Die künftige Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen hängt aber auch davon ab, wie sich der Anteil der Pflegebedürftigen in den einzelnen Altersgruppen zukünftig entwickeln wird. Während beispielsweise bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“

5% pflegebedürftig waren, sind es bei den ab 90-Jährigen bereits 62%. Gelingt es, die Pflegebedürftigkeit, z.B. durch Prävention und technischen Fortschritt, hinauszuzögern, fallen die Prognosen geringer aus. Verschieben sich die heutigen Pflegequoten analog dem Anstieg der Lebenserwartung in höhere Altersklassen, dann würde sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf nur rund 3 Mio. erhöhen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die steigende Lebenserwartung.

Die Altersentwicklung in Deutschland hängt maßgeblich davon ab, wie viele Menschen in Zukunft an Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sterben werden. Dies ist einerseits eng mit der Entwicklung der Medizintechnik und andererseits mit dem Umstand verbunden, wie die künftigen Alten mit den bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Fettleibigkeit umgehen werden. Neben Fortschritten in Diagnostik und Behandlung typischer Krankheitsbilder beeinflusst auch die Entwicklung der medizinischen Versorgung die Bedarfsgestaltung. Durch das Fallpauschalengesetz wird die professionelle Pflege im Krankenhaus kurzfristiger, intensiver und zunehmend nach dem Primary-Nursing-System organisiert. In der ambulanten und stationären Pflege sind entsprechende Anpassungsprozesse zu leisten, da die früher entlassenen Patienten mehr medizinisch-pflegerische, auch intensiv-pflegerische und rehabilitative Nachsorge und Hilfeleistungen benötigen werden.

### Häusliches Pflegepotential

Wesentlich für die Pflegekosten ist die Frage **wo, wie und von wem** künftig gepflegt wird. Dies hängt auch von heute nicht genau zu beziffernden Entwicklungen ab, wie z.B. Singularisierung, Erwerbsquoten insbesondere von Frauen, familiären Ressourcen und Le-

bensentwürfen. Derzeit findet Pflege häufig noch im familiären Umfeld statt. Mehr als zwei Drittel (68% oder 1,54 Mio.) der Pflegebedürftigen wurden 2007 zu Hause versorgt. Davon wiederum 1,03 Mio. Pflegebedürftige (46%) in der Regel allein durch Angehörige. Das familiäre Pflegepotential wird sich günstigstenfalls in etwa auf dem derzeitigen Niveau halten können, da sich die Familienstrukturen verändern: weniger Kinder, mehr Scheidungen, größerer Generationenabstand durch spätere Geburten. Parallel dazu gestaltet sich die Familienpflege aufgrund zunehmender räumlicher Mobilität sowie Erwerbstätigkeit der potentiellen (jüngeren) Pflegepersonen rückläufig. Dem steht aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung und einem Anwachsen der Paarhaushalte eine steigende Zahl älterer Menschen gegenüber, die potentiell häusliche Pflegeleistungen erbringen könnten. Dies wird jedoch durch die Zunahme der Geschiedenen, Ledigen und getrennt Lebenden in den künftigen älteren Generationen kompensiert. Schon heute zeigt sich ein Trend hin zur professionellen Pflege. Von 1999 bis 2007 wuchs die Zahl der Pflegeheimbewohner um 23,7% und die der ambulant betreuten Pflegebedürftigen um 21,4%. Dagegen sank die Zahl der nur von Angehörigen zu Hause Betreuten von 72% auf 68%; ist jedoch seit 2005 nicht mehr rückläufig, sondern konstant. Ein Trend, der sich künftig aber wieder verschärfen dürfte und durch die gerade beschlossene finanzielle Aufstockung der ambulanten Pflege allenfalls verlangsamt wird.

Parallel steigen die **Qualitätsanforderungen** an die Pflege. Das Pflegequalitätssicherungs- und das Pflegeweiterentwicklungsgesetz sowie die aktuelle Transparenzdebatte zeigen, dass hier noch weitere Maßnahmen zu erwarten sind. Selbst wenn alle Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte ausgeschöpft werden, ist ein wesentlicher Qualitätssprung nur durch höheren Mitteleinsatz, insbesondere beim Personal, zu erreichen. Das bedeutet nicht nur mehr Pflege- und andere Fachkräfte, sondern auch eine bessere Qualifikation, die wiederum bei dem zu erwartenden Nachwuchsmangel in diesen Berufen zu höheren Personalkosten führen wird. Zudem kann die Qualitätsdiskussion nicht vor der Familienpflege Halt machen. Es ist kaum vermittelbar, dass bei professionellen Pflegeleistungen immer mehr Wert auf Qualifikation und Fachlichkeit gelegt wird, die Laienpflege in den Familien hiervon aber unberührt bleiben soll. Qualitätssteigerung oder -kontrolle in der häuslichen Pflege wird aber entweder zu einer Verringerung oder einer Verteuerung (z.B. durch professionelle Ergänzung oder Schulung) der Familienpflege führen.

Problematisch sind auch die **pauschalierten Leistungen** der Pflegeversicherung (PV). Die Pauschalen richten sich nach Pflegestufe und Pflegeform. Anpassungsmechanismen an die Preissteigerung gab es bisher keine. Seit ihrer Einführung 1995 haben die Leistungen der Pflegeversicherung durch Inflation im

Schnitt rd. 20% an Wert verloren. Über die Pauschalen hinausgehende Kosten gehen zu Lasten des Pflegebedürftigen oder seiner Angehörigen bzw. der Sozialhilfe. Preissteigerungen wirken sich somit nicht auf die Pflegekasse, sondern auf die anderen Kostenträger aus. Diese **Kostenträgervielfalt** führt dazu, dass nicht nur eine Gesamtkostenbetrachtung fehlt, sondern auch eine gemeinsame Strategie zur Kostenoptimierung. Vielmehr ist die Tendenz zur eigenen Kostenreduktion festzustellen, auch wenn dies zur Kostenerhöhung bei anderen führt. **Sektoregoismen** werden auch dadurch deutlich, dass die Pflege- bzw. Folgekosten bei Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht einbezogen werden. So berücksichtigen z.B. die DRGs nicht eventuelle Folgekosten für die Pflege. Die oft postulierte Kostensenkung durch geriatrische Rehabilitation oder Prävention scheitert regelmäßig daran, dass die Mehrkosten hierfür bei der GKV liegen, die Einsparpotentiale aber den Pflegekassen zu Gute kommen. Durch bessere Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten wie Altersdiabetes und Bluthochdruck ist eine erhebliche Kostenersparnis im Pflegebereich möglich. Ge-



rade diese beiden Krankheiten führen im Alter zu multiplen Folgeerkrankungen und daher zu hohen Pflegekosten. Unklare Zuständigkeiten und mangelhafte Informationsflüsse aufgrund der ungenügenden Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verursachen suboptimale Ergebnisse. Kontrovers ist auch die „Behandlungspflege“, bei der Finanzierung und Verantwortlichkeit problematisch sind. In den Heimen werden niedergelassene Ärzte, die keine vertragliche Beziehung zum Heim haben, tätig (Fiktion des Heimplatz als Privatwohnung). Der arbeitsrechtlich externe Arzt ordnet nun Maßnahmen an, die ihm nicht unterstellte Mitarbeiter ausführen sollen. Er veranlasst Leistungen, deren Kosten beim Heim anfallen, ohne dass die Einrichtung Einfluss auf den Leistungsumfang hat. Erschwert wird das Ganze dadurch, dass in einem Heim häufig mehrere Ärzte, mit ganz unterschiedlichen Vorgehensweisen, tätig sind.

Ein wesentlicher Kostenfaktor ist zudem die **Pflegeform**. Mit der wachsenden Zahl der Heimbewohner werden die Pflegekosten künftig weiter steigen. So kostet die Pflegekasse ein Heimaufenthalt in der Pflegestufe I fünfmal so viel wie das Pflegegeld bei selbst organisierter Pflege zu Hause. Schon heute reicht das Geld aus der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht

einmal annähernd. Eine stationäre Pflege kostete 2007 in der Pflegestufe III durchschnittlich 3.280 € im Monat. Dagegen zahlt die PV in dieser Stufe für die Pflegekosten gerade mal 1.470 €/Monat. Wenn das Vermögen der Pflegebedürftigen aufgebraucht ist, springt der Staat ein. Bereits heute ist jeder vierte Pflegeheimbewohner auf Geld vom Sozialamt angewiesen und die Alterseinkünfte werden weiter sinken. Parallel nimmt die Zahl der Erwerbstätigen ab. Eine Verschlechterung der konjunkturellen Entwicklung verschärft das Problem noch. Das bisherige Pflegeversicherungssystem stößt dadurch an seine Grenzen. Auf der Einnahmenseite sinkt die Zahl der Beitragszahler, auf der Ausgabenseite steigt die Zahl der Leistungsbezieher. Bei einer langfristigen Festschreibung des Beitragssatzes und keiner Dynamisierung der Leistungen würde das reale Leistungsniveau durch den stetigen Kaufkraftverlust weiter absinken. Andererseits ist es keine Option, den Beitragssatz permanent zu steigern, um höhere Leistungen zu ermöglichen. Denn dadurch würde der Faktor Arbeit erheblich belastet.



Die „Reform“ der Pflegeversicherung vom Juli 2008 reicht nicht, um bei konstanten Pflegequoten auf Dauer die Pflege ohne Anzapfen der Kapitalreserven zu finanzieren. Zwar wird der Beitragsanstieg um 0,25 Prozentpunkte auf nun 1,95% die Finanzlage der Pflege-

gekassen zunächst deutlich verbessern, da die beschlossenen Leistungsverbesserungen nur stufenweise bis 2012 in Kraft treten und die Dynamisierung der Pflegeleistungen erst 2015 startet. Bis 2010 soll so die Finanzrücklage, die in den vergangenen Jahren stetig geschrumpft war, von zuletzt 3 Milliarden Euro auf bis zu 4,5 Milliarden Euro wachsen. In den Folgejahren werden die Rücklagen jedoch schnell zusammenschmelzen, weil dann stark besetzte Jahrgänge in ein Alter mit steigender Pflegewahrscheinlichkeit kommen. Der nächste Kostenschub droht dann um 2050, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 60er-Jahre das „Pflegealter“ erreichen. Das derzeitige System sichert noch ca. 8 Jahre. Deshalb müssen die Beitragssätze spätestens ab 2014 nochmals angehoben werden. Die meisten Prognosen stimmen daher darin überein, dass der Beitrag zur Pflegeversicherung nach oben klettern wird. Je nach Szenario und Zeithorizont werden Beitragssätze zwischen 2,4% bis 4% bzw. 5% erwartet.

### Fazit

Alle Faktoren sprechen für eine unvermeidliche Steigerung der Pflegekosten und zeigen wie bedeutsam für die Kostenentwicklung auch Rahmenbedingungen sind, die außerhalb der Pflege gesetzt werden. Diese Kosten führen zu höheren Ausgaben von Pflegeversicherung, Sozialhilfe und vor allem aber der Pflegebedürftigen selbst. Lediglich das Ausmaß der Kostensteigerungen ist beeinflussbar. Ansatzpunkte hierfür sind u.a. mehr Transparenz, besserer Informationsaustausch, stärkere Verknüpfung von Medizin und Pflege, Veränderungen der Finanzierungszuständigkeiten und der Rahmenbedingungen bis hin zur Zusammenführung von Kranken- und Pflegeversicherung oder kapitalgedeckte Zusatzversicherungen. An Erkenntnissen und Verbesserungsansätzen mangelt es nicht, wohl aber (immer noch) am notwendigen Reformwillen.

*Kai-Uwe Latten*

## Absichtserklärungen, Prüfaufträge und eine Finanzierungsreform 2011 – Die gesundheitspolitischen Eckpunkte von Schwarz-Gelb

### Die Bilanz der Ära Schmidt

Mit dem Regierungswechsel in Berlin ist auch gesundheitspolitisch eine Ära zu Ende gegangen: So umstritten Ulla Schmidt auch war, ist sie mit neun Amtsjahren doch auch „dienstälteste Gesundheitsministerin Europas“ gewesen. Die Grundlinien ihrer Gesundheitspolitik waren widersprüchlich und folgten nicht immer einer „roten Linie“. Mehr Staat und Zentralismus (Gesundheitsfonds, einheitlicher Beitragssatz, GKV-Spitzenverband,...) standen neben neuen wettbewerblichen Elementen in der GKV (Arzneimittel-Rabattverträge, selektive Verträge im ambulanten Sektor,

Wahltarife der Krankenkassen). So werden dirigistische Kostensteuerungsmaßnahmen, Leistungskürzungen, Praxisgebühr und Zuzahlungserhöhungen ebenso als Vermächtnis von Ulla Schmidt in Erinnerung bleiben wie punktuelle „Wohltaten“ für Hausärzte und Krankenhäuser in der jüngsten Vergangenheit.

Finanziell hat Ulla Schmidt zumindest geordnete Verhältnisse hinterlassen: Die GKV ist schuldenfrei; teilweise konnten Kassen sogar wieder Rücklagen aufbauen, von denen sie aktuell zehren und die sie (noch) vor Zusatzbeiträgen schützen. Die Finanznot der GKV durch das abzusehende Defizit 2010 ist vor-



### Jürgen Merz

Krankenkassenfachwirt,  
Gesundheitsökonom (EBS)  
Koordinator Politik und Ver-  
bände der AOK Hessen

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

nehmlich das Ergebnis stagnierender Einnahmen in Folge der Wirtschaftskrise bei gleichzeitig weiter steigenden Ausgaben. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik besteht zunächst nicht, wengleich das Grundproblem der GKV-Finanzierung erneut offenkundig wird - nämlich die nahezu ausschließliche Anbindung an Löhne bzw. Renten, während andere Einkunftsarten unberücksichtigt bleiben.

### **Koalitionsvereinbarung: Wenige Festlegungen, viele Prüfaufträge und Hausaufgaben**

Was ist nun in den kommenden vier Jahren von der neuen Regierungskoalition zu erwarten?

Beim bedeutendsten Thema, der **Finanzierung der GKV**, ist ein inhaltlicher Konsens nur bedingt gelungen. Für das Jahr 2010 soll zunächst der prognostizierte Fehlbetrag des Gesundheitsfonds von 7,45 Mrd. Euro durch 3,9 Mrd. Euro zusätzliche Steuermittel reduziert werden. Verbleibende Fehlbeträge müssen ggf. von einzelnen Krankenkassen über Zusatzbeiträge ihrer Mitglieder aufgebracht werden. Ab 2011 soll dann die Finanzierung der GKV auf ein System mit einkommensunabhängigen Mitgliederbeiträgen (also Pauschalprämien) verbunden mit einem Sozialausgleich umgestellt werden, das im Detail noch von einer Regierungskommission zu erarbeiten ist. Die Arbeitgeberbeiträge sollen hierbei eingefroren werden. Ob dies das Ende des Gesundheitsfonds oder eine Modifizierung bedeutet, bleibt abzuwarten; die bisherigen Festlegungen lassen einigen Gestaltungsspielraum offen.

Bemerkenswert sind die vielen **Aufträge zu weiteren Prüfungen**, die die Koalitionspartner vereinbart haben. So sollen u.a. überprüft werden:

- die Praxisgebühr mit ihren Steuerungswirkungen,
- das Verfahren zur Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen,
- das Geschäftsmodell und die Organisationsstrukturen der Gematik sowie die bisherigen Erfahrungen in den Testregionen der elektronischen Gesundheitskarte,
- die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente, die den Arzneimittelmarkt regeln,
- die Notwendigkeit von Richtgrößen für ärztliche Verordnungen und
- ob Mehrkostenregelungen (also Festpreissysteme mit Zuzahlungsoptionen für Versicherte) in weiteren Bereichen zum Tragen kommen können.

Auch ansonsten gibt es nur **wenige konkrete Festlegungen** auf Einzelmaßnahmen im Gesundheitsbereich, die zudem eher marginale Änderungen bedeuten. Zu den bedeutendsten gehören noch:

- das Verbot sog. Pick-up-Stellen für Arzneimittel (also der Versandhandel z.B. über Drogeriemärkte),
- die Ankündigung eines Patientenschutzgesetzes und
- eine Kampagne zur Förderung der Organspendebereitschaft.



Markant ist hingegen die vereinbarte Neuregelung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Deren Geschäftsanteile sollen künftig mehrheitlich in den Händen von Ärzten liegen. Reine "Krankenhaus-MVZs" wären daher nicht mehr möglich. Dies dürfte einen Trend der vergangenen Jahre stoppen, der durchaus auch zu wettbewerblich problematischen "Einweiser-Kooperationen" zwischen MVZ und Krankenhäusern geführt hat.

Für die **Pflegeversicherung** wurde der Einstieg in eine ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung vereinbart - die allerdings alleine von den Versicherten geleistet werden soll. Näheres hierzu soll ebenfalls noch erarbeitet werden.

Die größte Überraschung im Bereich Gesundheit war allerdings keine inhaltliche, sondern eine personelle: Mit Philipp Rösler (FDP) nimmt nicht nur der jüngste Gesundheitsminister dieses Amt auf, sondern erstmals auch ein liberaler Politiker, der im Übrigen bei keinen der zahlreichen Personalspekulationen im Vorfeld für dieses Amt gehandelt wurde.

### **Resümee & Perspektiven:**

Die gesundheitspolitischen Vereinbarungen der Regierungspartner erinnern stark an die Kompromisse der großen Koalition im Jahr 2005: Auch damals wurden vornehmlich Prüfaufträge und Absichtserklärungen in den Koalitionsvertrag aufgenommen; das markanteste Ergebnis war schließlich der Gesundheitsfonds, der nunmehr nach nur zwei Jahren bereits vor dem Aus stehen könnte. Zunächst hat die FDP im Gesundheitsbereich eine deutlich lesbare Handschrift im Koalitionsvertrag hinterlassen. Es bleibt nun abzuwarten, wie die Vielzahl der offenen Punkte mit Leben erfüllt werden. Die Lobbyarbeit aller Akteure des Gesundheitswesens dürfte vor diesem Hintergrund sicherlich kaum nachlassen. Bemerkenswert ist auch, dass jegliches Bekenntnis oder konkrete Vereinbarungen zur Kostendämpfung fehlen. Ob dies angesichts der drohenden Defizite der GKV das letzte Wort bleiben kann, ist sicher fraglich.

### **Randnotiz:**

Beinahe schon skurril erschien die Rolle der Union bei den Koalitionsverhandlungen: Musste sie in der großen Koalition noch die PKV gegen zu große Einschnitte der SPD verteidigen, musste sie nun der GKV gegen Privatisierungsbestrebungen der FDP beistehen...



**Andreas Iffland**

**Diplom Kaufmann & Gesundheitsökonom (EBS)**

Leiter des HEALTH-EBS Arbeitskreises „Health Care Industry“, Leiter des Institutes für Customer Relationship Management in der Gesundheitswirtschaft  
Studienleiter für Gesundheits- und Sozialökonomie & Health Care Management an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie (VWA) in Frankfurt a. Main.

**Kontakt:**

info@CRM-Institute.org  
Tel.: +49 (0) 163 924 1892  
oder  
Tel.: +49 (0) 177 272 6455  
andreas.iffland@hessische-vwa.de



## Braucht die Health Care-Industrie mehr Customer Relationship Management (CRM)?

Unter dem Druck leerer öffentlicher Kassen gerät die Verbesserung der Beziehung zu Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken verstärkt in den Fokus der Anbieter in der Gesundheitswirtschaft.

Customer Relationship Management (CRM) ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Unternehmensführung. Er integriert und optimiert auf der Grundlage einer Datenbank und Software zur Marktbearbeitung sowie eines definierten Verkaufsprozesses abteilungsübergreifend alle kundenbezogenen Prozesse in Marketing, Vertrieb, Kundendienst, Forschung & Entwicklung und anderen Abteilungen. Historisch entwickelte sich der CRM-Begriff aus dem Databasemarketing, dem Relationship-Marketing und der Vertriebssteuerung, die in Deutschland als Computer Aided Selling, in den USA als Salesforce Automation bezeichnet worden ist und auch heute noch Teil des operativen CRM ist.

Kunden bemerken CRM, wenn Sie das Gefühl haben, im Mittelpunkt zu stehen, also einem gut informierten und vorbereiteten Außendienstmitarbeiter gegenüberzustehen. Der Außendienst bemerkt Verbesserungen durch CRM, wenn eine bessere Beziehung zu seinen Fachkreisen, Zielgruppen und Kunden möglich wird und dies durch harte und weiche Fakten wie z.B. steigende Umsätze und Kundenzufriedenheit untermauert wird.

Insbesondere die Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen führen in den Unternehmen dazu, sich immer intensiver mit Kundenbindung und Customer Relationship Management zu beschäftigen. Das Bild des klassischen Außen- und Innendienstes und der Außendienst-Steuerung ändert sich. Einsparungen im Vertrieb, neue gesundheitsökonomische Aufgabebereiche, Rabattverträge, Verschiebungen in den Zielgruppen (z.B. „Zweitmeinungen“, Krankenkassen, MVZ, Ärztenetze, Apothekenketten) machen ein umfassenderes Customer Relationship Management mit veränderten Vertriebskanälen (z.B. Ausbau des Key Account Management, Telefon-Service Dienstleistungen, gesundheitspolitischer Außendienst) als bisher erforderlich.

Die Effektivität des Außendienstes kann leiden, wenn z.B.:

- Aktionen des Marketing dem Außendienst unzureichend bekannt sind,
- Präparate aufgrund schlecht dokumentierter Besuchsberichte unzureichend besprochen werden,

- Ärzte mit hohem Umsatzpotenzial nicht zielgerichtet besucht werden,
- offene Fragen aus dem letzten Kundenbesuch nicht ausreichend beantwortet werden,
- Preise oder Rabatte von Produkten und Präparaten dem Kunden nicht umgehend mitgeteilt werden,
- Anfragen von Kunden zu Arzneimittelmustern und Werbemitteln mit Zeitverzögerung an die Zentrale zur Bearbeitung weitergeleitet werden,
- Daten der Kundenbesuche umständlich und zeitverzögert erfasst werden,
- Besuchs- und Kundendaten nicht schnell und zielgerichtet ausgewertet werden,
- keine Informationen vorliegen, welche Inhalte Kunden auf der Firmenwebseite (Log-in-Bereich) vor kurzem abgerufen haben.

Ein für Unternehmen im Bereich der Health Care-Industrie zugeschnittenes CRM-System unterstützt z.B. den Außendienst bei der Optimierung der oben aufgeführten Punkte. Daneben müssen solche Lösungen unter anderem auch Maßnahmen rund um Veranstaltungen, Anwendungsbeobachtungen, Studien, Fortbildungen, Messen und Mailings an Fachkreise und Zielgruppen wie niedergelassene Ärzte, Kliniken (Klinikärzte, Klinikapotheker, Verwaltung), Apotheken, Krankenkassen, Gesundheitsorganisationen, den medizinischen Fachhandel, Drogerien aber auch Selbsthilfegruppen steuern und abbilden können. Wie können Key Account- (Krankenkassen, Klinik- und Apothekenketten), Key Opinion Leader- (Meinungsbildner) und Contract Management-Strukturen im CRM-System abgebildet werden? Erfolgt bereits eine Einbeziehung von Rabattverträgen und Kosten-Nutzen-Analysen (IQWiG/G-BA)? Werden die Abteilungen Health Care Management / Market Access / Gesundheitsökonomie / Reimbursement / gesundheitspolitischer Außendienst / Key Account Management / med.-wiss. Marketing (Medical Advisor/Medical Specialist) in die Arbeit mit dem CRM-System eingebunden?

### Grundvoraussetzung eines CRM-Systems

Ein geeignetes CRM-System muss ein für alle Abteilungen zugängliches Kontakt-Management haben, in



Abbildung: Der Kunde im Mittelpunkt der Aktivitäten

dessen Kontakthistorie beispielsweise Besuche des Außendienstes, Telefonate des Innendienstes oder Call Center (inbound oder outbound) festgehalten werden, um eine nachvollziehbare Dokumentation der mit dem Kontakt durchgeführten Aktivitäten schnell verfügbar zu haben. Weitere Funktionen im CRM-System müssen sicherstellen, dass Aufgaben und Aktivitätenplanung innerhalb des Vertriebsteams aufgeteilt werden können, um den Vertrieb effektiv zu steuern.

Zeit ist für den Außendienst das knappste Gut, sowohl die eigene, als auch die der Besuchten. Empfehlenswert ist unter dem Aspekt der Kundenwertbetrachtung eine optimierte Besuchsplanung durchzuführen. Der Besuchsrhythmus sollte auf Basis analytischer Auswertungen nach Kundenklassifikationen festgelegt werden, so dass für die Routenplanung Ärzte, Kliniken oder Apotheken nach marketingrelevanten oder lokalen Kriterien selektiert werden können.

Um den analytischen Bereich des CRM-Systems schnell mit externen Daten füttern zu können, sollten Daten externer Anbieter wie beispielsweise Daten zum Verschreibungsverhalten von Ärzten schnell in das CRM-System integriert werden können. Auf Basis der aktuellen Analyse-Fragestellung muss sehr flexibel auf Daten wie zum Beispiel den Präparateumsatz, die Darreichungsform oder den Zeitraum zugegriffen werden können.

Durch das CRM-System sollten die Außendienstmitarbeiter ein Werkzeug erhalten, das ihnen die Analyse ihrer regionalen Marktdaten und das Planen von Aktivitäten in ihrem Gebiet einfach macht. Durch die kundenindividuelle Formulierung der Fragen sollte sichergestellt sein, dass die Daten einheitlich interpretiert werden.

### **Der CRM-Manager/CRM-Koordinator (Projektleiter)**

CRM-Aufgaben sollten anfangs nicht unkoordiniert bei zu vielen Personen im Unternehmen platziert werden, da dadurch Zielkonflikte entstehen. Die Aufgaben sind z. Z. sehr unterschiedlicher Natur und oftmals nicht

eindeutig definiert und bedürfen einer Harmonisierung und besseren Ausgestaltung. Das tiefere Fachwissen über CRM ist meist noch nicht oder nur partiell vorhanden. Unterschätzt wird bei CRM-Projekten oftmals der Aspekt, in welcher Abteilung und bei welcher Person das Thema CRM platziert ist. CRM kann bei entsprechender Qualifikation der Mitarbeiter auch in den Abteilungen Marketing, Vertrieb (Außendienst-Steuerung), Service oder in anderen Bereichen angesiedelt werden. Besser ist es jedoch, wenn die Unternehmen einen CRM-Projektleiter/CRM-Koordinator bzw. abhängig von der Unternehmensgröße auch einen CRM-Manager benennen.

### **Praktische Einführung und Weiterentwicklung eines Customer Relationship Management (CRM)-Systems**

Die praktische Einführung und Weiterentwicklung eines Customer Relationship Management (CRM)-Systems beinhaltet die Ermittlung des CRM-Bedarfs im eigenen Unternehmen und die Maßnahmen zur optimalen Ablaufplanung und Umsetzung eines erfolgreichen CRM-Projektes. Wie können Unternehmensprozesse verbessert werden, sind CRM-Kostensenkungs- und Umsatzsteigerungspotenziale vorhanden? Wenn diese Kosten-Nutzen-Analyse positiv verläuft, sollte der CRM-Verantwortliche sich mit den Maßnahmen zur optimalen Ablaufplanung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines erfolgreichen CRM-Projektes beschäftigen. Ziel ist es, CRM-Projekte im Rahmen einer individuellen Bedarfsanalyse richtig einzuschätzen und ein Mehr an Investitionssicherheit bei der Auswahlentscheidung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines erfolgreichen CRM-Projektes zu haben.

### **Hat Ihr Unternehmen bereits einen CRM-Verantwortlichen?**

CRM ist grundsätzlich „Chefsache, d.h. auch die Unternehmensleitung - Vorstand und/oder die Geschäftsführung - muß „im Boot“ sein, wenn es um CRM-Einzelprojekte und CRM-Einführungen geht.

Ein CRM-Verantwortlicher sollte mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet sein und als „Schiedsrichter“ wirken können, wenn es um die Umstrukturierung und Verbesserung von Marketing-, Vertriebs- und Serviceprozessen geht. Die Realität bei CRM-Projekten zeigt bei Nichtbeachtung eine starke Verzögerung bei der Umsetzung. Auch ein externer CRM-Spezialist mit Branchenexpertise, der als Berater aller Abteilungen agiert und von der Geschäftsführung den Auftrag erhalten hat, als ein solcher „Schiedsrichter“ zu wirken, kann diese Zielkonflikte abschwächen und zu schnelleren CRM-Projekterfolgen beitragen.



**Martin Schneider**

**Gesundheitsökonom (EBS)**  
Leiter Marketing und Vertrieb

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

## 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



## Neuregelung durch die 15. AMG-Novelle

Das „Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ wurde vom Bundestag angenommen und vom Bundesrat Ende Juni 2009 gebilligt. Die 15. AMG-Novelle beinhaltet Änderungen in vielerlei Hinsicht, von der elektronischen Gesundheitskarte bis hin zur Versorgung über den Großhandel. Neben dem Arzneimittelgesetz wurden 17 weitere Gesetze und Verordnungen mit der AMG-Novelle abgeändert. Nachfolgend betrachte ich einige - aus Sicht der Pharmaindustrie - wichtige Punkte ohne Anspruch auf Vollständigkeit und juristische Korrektheit.

### 1. Arzneimittelbegriff

Der deutsche Gesetzgeber übernimmt den Europäischen (zweigeteilten) Arzneimittelbegriff (§ 2 AMG Abs. 1). Demnach wird zwischen Präsentationsarzneimittel und Funktionsarzneimittel unterschieden.

### 2. Der Schutz vor Täuschung

Es wurde ein Anwendungsverbot für bedenkliche Arzneimittel festgeschrieben (§ 5 AMG). Ferner dürfen nicht mehr nur gefälschte Arzneimittel, sondern auch keine gefälschten Wirkstoffe nach Deutschland eingeführt werden (§ 8 Abs. 1 Nr. 1a). In dieser neuen Regelung besteht nun nach § 73 Abs. 1b, dem Verbot, gefälschte Arzneimittel und Wirkstoffe nach Deutschland zu bringen, Straftatbestand.

### 3. Rekonstitution

In dem § 4 Abs. 3 wird die Überführung eines Arzneimittels in seine anwendungsfähige Form geregelt. Hieran in Anlehnung wurde auch § 5 Abs. 5 der Arzneimittelpreisverordnung dahingehend geändert, dass für onkologische Rezepturen die Arzneimittelpreisverordnung aufgehoben wurde. Ab dem 01.01.2010 sollen Rabattvorteile von onkologischen Rezepturen in einer noch zu bestimmenden Form von den Apotheken an die Krankenkassen weitergegeben werden. Für diese Rezepturen gilt ab dem 01.01.2010 § 130a Abs. 1 SGB V ein Herstellerrabatt von 6%.

### 4. Ausnahmen von der Zulassungspflicht

§ 21 Abs. 2 Nr. 1b regelt die Ausnahmen von der Zulassungspflicht, wie z.B. Einzelverblisterung und von Apotheken in Auftrag gegebenen Rezepturen.

### 5. Belieferungsanspruch des pharmazeutischen Großhändlers

§ 52b Abs. 2 regelt den Belieferungsanspruch des pharmazeutischen Großhändlers gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmen. Pharmazeutische Unternehmen sollen den Großhandel mit allen Abpackungen beliefern. Das Direktgeschäft bleibt davon unberührt. In Foren wird über die Auslegung dieses Paragraphen kontrovers diskutiert.

### 6. Compassionate Use

Weitere neue Bestimmungen betreffen den Compassionate Use. Arzneimittel können vor der Erteilung der Zulassung abgegeben werden, wenn schwerkranke Patienten mit zugelassenen nicht zufriedenstellend behandelt werden können. Diese Substanzen müssen jedoch vom Hersteller jetzt kostenlos abgegeben werden (§ 21 Abs. 6 SGB V).

Der § 128 SGB V beschreibt die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten. Ausdrücklich wurden pharmazeutische Unternehmen, Apotheken, pharmazeutische Großhändler und sonstige Anbieter von Gesundheitsleistungen in den Katalog mit aufgenommen. Ursprünglich für Medizinprodukte vorgesehen, fallen nun Arzneimittel, Verbandstoffe und andere Produkte in diesen Regelungsbereich.

Ausdrücklich verboten ist:

- Ärzten Geräte und Materialien unentgeltlich oder verbilligt zu überlassen,
- Ärzten Räumlichkeiten oder Personal zu stellen oder sich an den Kosten zu beteiligen,
- Ärzten Schulungsmaßnahmen kostenlos anzubieten.

Verboten war das auch vorher, aber nicht in dieser Deutlichkeit dargestellt.

Es bleibt spannend, wie die einzelnen Unternehmen auf die Änderungen reagieren werden.

*Martin Schneider*

### In eigener Sache:

**Member-Meeting 2010:** Das Member-Meeting 2010 von HEALTH EBS e.V. findet am 25./26. Juni 2010 in Oestrich-Winkel statt.

**Call for papers:** Weitere Beiträge für den HEALTH ECONOMIST sind herzlich willkommen. Bitte bei Interesse Kontaktaufnahme mit Jürgen Merz (Kontakt Daten siehe Seite 3).