

1 Warum Key Account Management wichtig ist

In den meisten Ländern Europas ist die demografische Entwicklung derer in Deutschland sehr ähnlich. Mindestens eines ist überall gleich: Menschen werden immer älter.

Dieser individuell sehr erfreuliche Sachverhalt, hat allerdings einen makroökonomischen Pferdefuß. Wenn immer mehr Menschen älter werden, steigen damit die Aufwendungen für Gesundheitsfürsorge, für die Gesundheitspflege und die Diagnose und Behandlung von Krankheiten.

Ein großer Teil dieser Kosten wird bei uns von den Sozialversicherungssystemen finanziert. Diese wiederum erhalten ihre finanziellen Ressourcen weitgehend von Beitragszahlern. Daran wird sich auch wenig ändern, wenn zukünftig der Zuschussbedarf der Systeme wächst und aus Steuergeldern mitfinanziert wird. Auch die Steuern stammen zu einem großen Teil von dem Teil der Bevölkerung, der aktiv arbeitet und Beiträge in die Sozialversicherungssysteme entrichtet. Dieser Teil der Beitragszahler wird aber auch weniger (s. Abb. 1). Es ist wichtig zu erkennen, dass diejenigen, die später, z.B. 2050, die meisten Lasten tragen müssen, alle bereits geboren sind. Wir reden also nicht von Hochrechnungen, sondern von bestehenden Fakten.

Wenn parallel zum Älterwerden auch noch die Zeit, die wir im Ruhestand verbringen, länger wird, so ist es eindeutig, dass die Politik handeln muss.

1 Warum Key Account Management wichtig ist

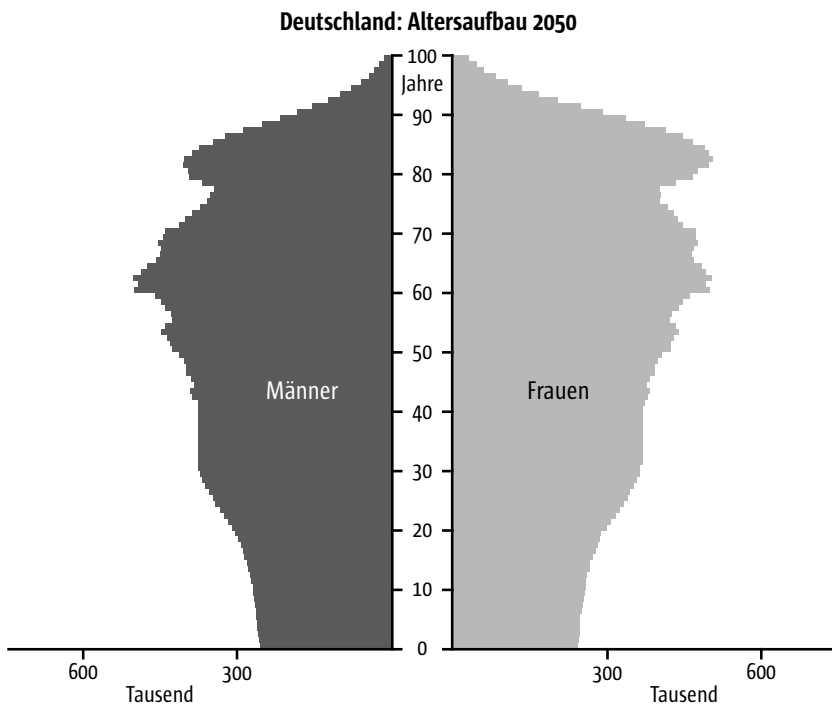
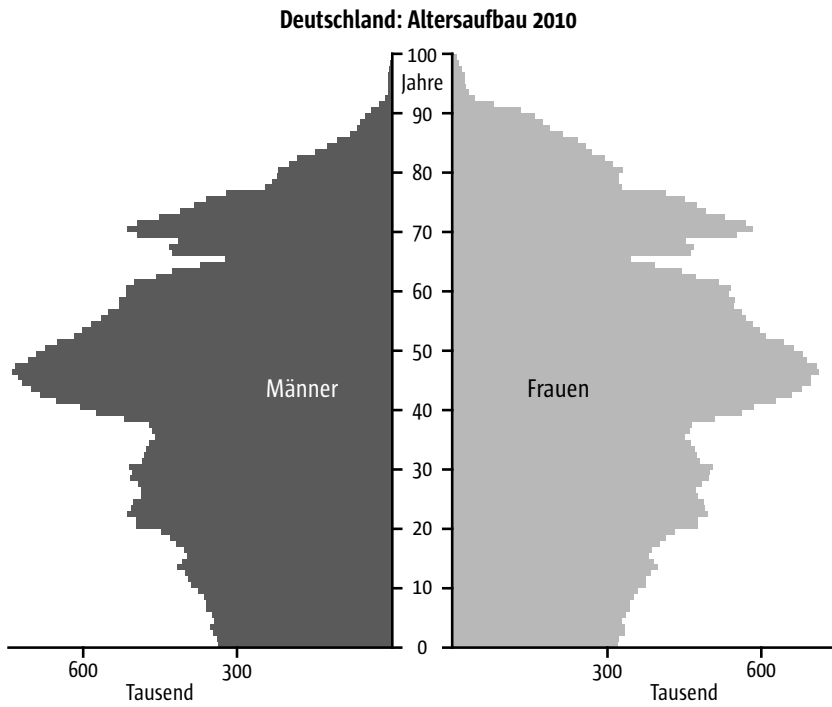


Abb. 1 Altersaufbau Deutschland: 2010 und 2050 (Statistisches Bundesamt 2009)

Man kann unterstellen, dass die Politik bestrebt ist,

1. die sozialen Sicherungssysteme so oder so ähnlich behalten zu wollen,
2. die Finanzen dieser Systeme so zu gestalten, dass sie langfristig überlebensfähig sind, und
3. damit die Ausgabensteigerungen zu begrenzen.

Der Aufwand für Gesundheit steigt aber nicht nur wegen der demografischen Entwicklung und damit einer Mengenkompente. Der Aufwand steigt auch, weil die Leistungen, die erbracht werden (können), in Preis und Art steigen. Diesen strukturellen Veränderungen auf der Leistungsseite, müssen ebenso strukturelle Anpassungen auf der Anbieterseite folgen.

Die strukturellen Veränderungen betreffen seit Mitte der 70er Jahre vor allem die Entscheidungsstrukturen. Hat früher noch jeder verordnende Arzt selbstständig und vor allem autark über seine Therapie entschieden, so wurden und werden diese Entscheidungen zunehmend von anderen sog. Stakeholdern im Gesundheitswesen getroffen.

Viele werden sich noch an die ersten Ansätze des Verantwortungszugs beim Verschreiber in den frühen 70er und 80er Jahren erinnern. KVen und deren Prüfarzte wurden in eine Position gebracht, das Verschreibungsverhalten einzelner Ärzte zu erheben, zu prüfen und korrigierend einzugreifen. Dies betraf vor allem Ärzte und Verordnungen, die den Kosten nach, um mehr als 20% vom Fachgruppendurchschnitt abwichen.

Im Jahre 2010 hat sich die politische Absicht von damals etabliert: Die ärztliche Hoheit beschränkt sich zunehmend auf den Teil, der als ärztliche Kunst bezeichnet werden kann. Dies sind (s. Abb. 2):

- die Befunderhebung und
- die Diagnose.

Die Therapiehoheit, wie die Art und Verfahren, Stufenpläne zur Therapie und die Anwendung der Arzneimittel, werden heute weitgehend von anderen Instanzen und Institutionen bestimmt.

Die Arzneimitteltherapie wird in Zukunft immer weitgehender von Erstattungsregeln, Empfehlungen Dritter, den Leitlinien oder Verträgen zwischen Industrie und Zahlern determiniert.

Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten über die Verwendung eines spezifischen Arzneimittels sind den Ärzten damit weitgehend entzogen. Begründete Ausnahmen im Sinne der ärztlichen Therapiefreiheit sind selbstverständlich und immer möglich. Als Nebeneffekt entsteht damit erstmals Arzneimittel-Markt.

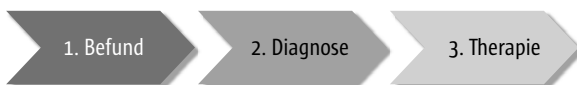


Abb. 2 Der Dreischritt ärztlichen Tuns

2 Gesundheitswesen vs. Gesundheitsmarkt

Bis heute gibt es unterschiedliche Sprachregelungen, die beide eine spezielle Bedeutung haben.

2.1 Gesundheitswesen

Die Google-Suche nach dem Stichwort „Gesundheitswesen“ Ende des Jahres 2010, ergibt annähernd 3,7 Mio. Treffer. Dabei imponieren eine hohe Zahl Hinweise auf Fort- und Weiterbildungen, die sich diesem Thema widmen.

Nach dem Lexikon des AOK-Bundesverbandes umfasst das Gesundheitswesen „... alle staatlichen Einrichtungen, die die Gesundheit der Bevölkerung erhalten, fördern und wiederherstellen, sowie Krankheiten vorbeugen.“ (AOK-Bundesverband 2010). Das englische Synonym ist das „public health system“. Ob das Gesundheitswesen heute tatsächlich nur alle staatlichen Einrichtungen umfasst, sei hier nicht diskutiert.

In den 70er Jahren allerdings, sprach man in Pharmakreisen ausschließlich vom Gesundheitswesen, auch wenn man Arzneimittel, Umsatz und Verordnungszahlen meinte. Das Wort Gesundheits- oder Arzneimittelmarkt fand in diesem Zusammenhang (meist) noch nicht statt.

2.2 Gesundheitsmarkt

Grundsätzlich ist der Begriff Markt durch das Vorhandensein von Angebot und Nachfrage definiert. Faktisch fehlte aber im Zusammenhang mit der Pharma-

industrie und Arzneimitteln in der Vergangenheit die Nachfrageseite genauso, wie die Preisbildungseigenschaften von Markt. Die tatsächlich vorhandenen Preisbildungssysteme sind inzwischen nicht durch den Markt, sondern die Regulatoren des sog. Marktes entstanden.

Die fehlende Nachfrageseite liegt an den Spezifika von Arzneimitteltherapie und der Wertschöpfungskette (s. Abb. 3) der Pharmaindustrie, soweit es um rezeptpflichtige Arzneimittel geht.

Der Verordner ist lediglich Intermediär oder Vermittler, der Patient konnte und kann bis heute eher keine aktive Nachfrage ausüben.

Seit dem AMNOG gibt es zwar diese (Zuzahlungs-)Option, sie setzt beim Patienten aber nicht unerhebliche Erkenntnisse und die Bereitschaft zur Zuzahlung voraus.

Krankenkassen und Krankenversicherungen waren bis 2006 lediglich in der Rolle der Bezahler. Was zu bezahlen war, wurde im Sozialgesetzbuch V und in Leistungsverzeichnissen festgelegt. Wie hoch die Arzneimittelpreise oder -kosten waren, konnte von der Industrie weitgehend selbständig festgelegt werden.

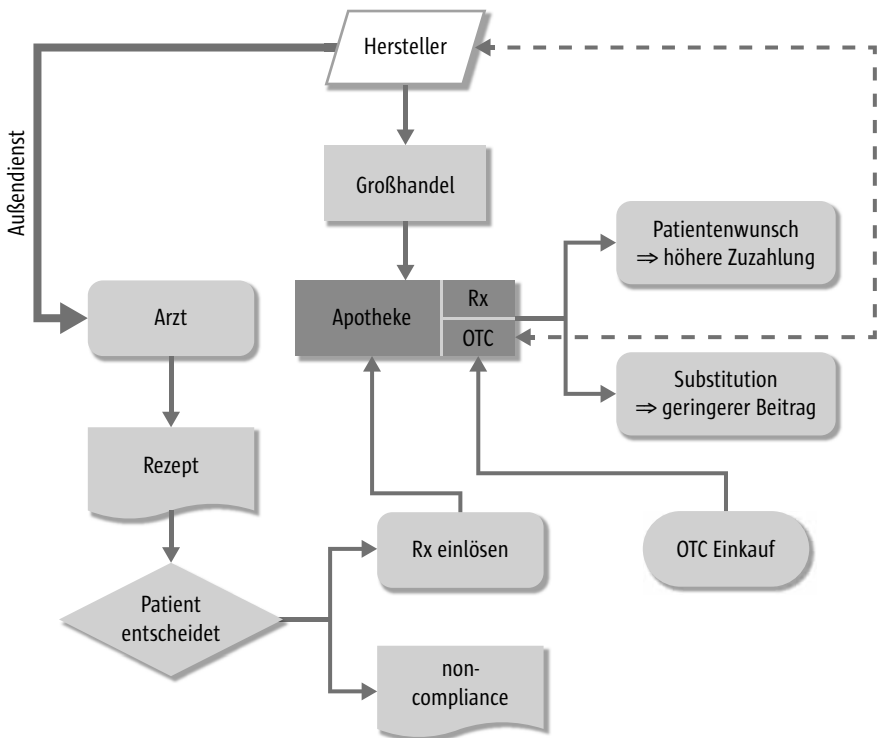


Abb. 3 Die Wertschöpfungskette der Pharmaindustrie

Im Januar 2003 trat das Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) in Kraft. Dieses Gesetz regelte die Weitergabe von Arzneimittel-Rabatten an die GKV. Das im Mai 2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) schrieb einen „Zwangsrabatt“ der Hersteller zu Gunsten der GKV vor und eröffnete die Möglichkeit, dass zwischen Arzneimittelhersteller und Krankenkasse Rabattverträge abgeschlossen werden konnten. Das im April 2007 nachfolgende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erweiterte die Vertrags- und Ausschreibungsmöglichkeiten der Krankenkassen. Als erste schrieb die AOK die Versorgung ihrer Versicherten mit mehr als 40 Wirkstoffen und deren Kombinationen aus. Wenn vom Arzt nicht ausdrücklich ausgeschlossen, mussten ab diesem Zeitpunkt die Apotheken die jeweils rabattierten Arzneimittel abgeben. Dies galt und gilt weiterhin im Wesentlichen für Generika.

Die Preise patentgeschützter Arzneimittel hat die Industrie bis 2010, wenigstens in Deutschland, selbst festgelegt. Die Auswirkungen der im AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, 2010) verfassten Abläufe auf die Preisfindung in Deutschland sind für die Industrie erheblich, denn in vielen Ländern wurden und werden die Arzneimittelpreise an Preisen in Referenzländern wie Deutschland ausgerichtet.

Ein erster Schritt zu einem Paradigmenwechsel und gegen die freie Preisgestaltung fand aber bereits mit der Veröffentlichung des Abschlussberichts des IQWiG „Kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2“ am 15.12.2005 statt. Auf Seite 69 ist dieses Fazit des IQWiG zu lesen:

„Es existieren keine überzeugenden Belege für eine Überlegenheit kurzwirksamer Insulinanaloga gegenüber Humaninsulin hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele bei der Behandlung des Typ 2 Diabetes mellitus.“ (IQWiG 2005)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat anschließend die Aussagen des von ihm beauftragten IQWiG, bei seiner Erklärung zur Erstattungsfähigkeit durch die GKV umgesetzt. Er statuierte:

„Diese Wirkstoffe sind nicht verordnungsfähig, solange sie mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamen Humaninsulin verbunden sind. Das angestrebte Behandlungsziel ist mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich.“ (G-BA 2007)

Dieses Vorgehen war ein erster Schritt auf dem Weg, die Preishoheit der Hersteller zu brechen. Der Paradigmenwechsel und die Einführung der neuen Disziplinen „Pricing und Market Access“ waren damit eingeleitet.

Bis zu diesem Tag, waren die Prozesse der Pharmaindustrie bei der Einführung neuer Produkte eindeutig und einfach. Im optimalen Fall war der Außendienst mit dem Tag der Markt-Zulassung unterwegs, um Ärzte über die neue Therapieoption zu informieren und das neue Arzneimittel zu „verkaufen“. Mögliche Verordner waren im besten Fall selektiert und segmentiert und die Vertriebs-

strategie harrte ihrer Umsetzung im Feld. Der Außendienst war fit, die KPIs geklärt und es galt.

Mit multiplen Vertriebslinien und in hoher Kontaktfrequenz wurden Ärzte aufgesucht, zu Therapieversuchen animiert und oftmals auch gedrängt, das neue Arzneimittel ihren Patienten zu verordnen.

Seit der Übernahme der IQWiG-Stellungnahme durch den G-BA im Jahr 2007 ist dieses Verfahren nur noch eingeschränkt möglich. Zu diesem Zeitpunkt, durch die Empfehlung des IQWiG und mit dem Ausschluss von der Erstattung durch den G-BA haben sich diese zwei neuen Player endgültig etabliert.

IQWiG und der Gemeinsame Bundesausschuss sind es, die zukünftig über die Erstattungsfähigkeit und Preisgestaltung entscheiden und damit auch den Marktzugang wesentlich beeinflussen.

Dies gilt vor allem in Deutschland, da die Nicht-Erstattung traditionell nur zu sehr geringen Umsätzen von verordnungspflichtigen Arzneimitteln führt. Der Marktzugang ist damit erheblich erschwert, wenn nicht betriebswirtschaftlich sinnlos. Dies gilt vor allem, wenn die bisherigen Vermarktungswege und Verfahren angewendet werden.

Viele Paradigmen sind also bereits geändert, aber wie reagiert die Industrie und warum fehlen bis heute weitgehend die gestalterischen also proaktiven Ansätze?

Wenn man in diesem Zusammenhang die Pharmaindustrie i.e.S. als Angebotsseite betrachtet, dann muss sich analog zu den Rahmenbedingungen auch die Industrie ändern. Sie tut dies seit Jahrzehnten allerdings nur auf Druck und damit reaktiv. Kein Schachspieler allerdings schätzt das Leben in der Defensive.

Wenn also die Entscheidungsmöglichkeiten eines singulären Entscheiders, der aus eigener Machtfülle und Kompetenz über die Verordnung eines erstatteten Arzneimittels entscheiden kann, geringer werden, beginnt der zwingende Weg „Vom Verordner zum Account“.

3 Anpassung von Vertriebs- und Geschäftsmodell

Der Unterschied dieser beiden unscharfen und häufig vermischten Begriffe ist im Zusammenhang mit (Key) Account Management von erheblicher Bedeutung.

Nachdem das klassische Vertriebsmodell über den Außendienst auf dem Rückzug ist, gibt es bereits nachhaltige Veränderungen bei den Vorgehensmustern im Zusammenhang mit dem Vertriebsmodell.

Getrieben von zunehmenden Restriktionen für den betriebswirtschaftlich lohnenden Handel mit Arzneimitteln, deuten sich auch erste Veränderungen im Geschäftsmodell an.

Es ist eine interessante Sehensweise und in manchen Fällen bereits Tendenz, dass zentrale Aufgaben des Key Account Management, im einen oder anderen Fall auch Katalysator einer Transition zu neuen Geschäftsmodellen der Pharmaindustrie werden.

Für das Account Management notwendig werdende added values oder added value services können sich durchaus zu neuen Geschäftsbereichen für die Pharmaindustrie entwickeln.

3.1 Vertriebsmodell (sales model)

In unserem Sinn bezeichnet das Vertriebsmodell den Weg und die Verfahren, wie ein Produkt an seinen Bestimmungsort gelangt.

Das ehemalige Großversandhaus Quelle mag ein Beispiel für das Vertriebsmodell „Katalog-Versandhandel“ sein.

Die berühmten „Parties“, bei denen Hausfrauen ihren Freunden und Bekannten in den eigenen Räumen die neuesten Kunststoffkreationen für Küche und Haushalt anbieten, stehen beispielhaft für einen Strukturvertrieb.

Die Pharmaindustrie nutzte, im Unterscheid dazu, viele Jahrzehnte erfolgreich den Vertrieb mittels einer angestellten Vertriebsmannschaft, die den Intermediär „Verordner“ von Nutzen und Wert des jeweiligen Medikaments zu überzeugen und die Verordnungen zu mehren hatte.

Seit dem Beginn des Jahres 2009 fällt allerdings auf, dass die Vertriebs- bzw. Umsatzerfolge auch mit deutlich reduzierten Außendienstleistungen möglich zu sein scheinen. In vielen Ländern, vor allem den sog. „mature markets“, also USA und den Big-5 in Europa, werden die angestellten Außendienste seitdem regelmäßig kleiner. Dies geschieht erstaunlicherweise oft ohne negative Auswirkungen auf den Umsatz. Allerdings zeitigt dies erhebliche Verbesserungen der unternehmerischen „bottom line“.

3.2 Geschäftsmodell (business model)

Den Unterschied zwischen Vertriebs- und Geschäftsmodell kann darin gesehen werden, dass mit dem übergeordneten Geschäftsmodell die Gesamtarchitektur der Wertschöpfung eines Unternehmens gemeint ist.

Es gibt eine Anzahl Beispiele, die zeigen, dass das unschlagbar umfangreiche Wissen über einzelne Krankheiten oder Indikationsgebiete und die noch vorhandene Finanzkraft von Pharmaunternehmen in der weiteren Zukunft sehr erfolgreich genutzt werden könnten.

Weit jenseits der alleinigen Erforschung, Produktion und Vermarktung von Medikamenten, zeigen sich auch in Westeuropa Situationen, die darauf hindeuten, dass z.B. aus diesem Wissen neue, breitere, tiefere oder sogar ganz andere Geschäftsmodelle entstehen könnten.

Solche Geschäftsmodelle werden sich dann als langfristig und werthaltig erweisen, wenn es einem Unternehmen gelingt, sich über die vorhandenen Kernkompetenzen klar zu werden. Mit dieser Klärung würde ein erster Schritt vom Arzneimittelanbieter zum „Systemlieferanten“ gemacht.

Systemlieferant wird ein Unternehmen, wenn es den Weg vom reinen Produktvertrieb zum Angebot von umfassenden und wirkungsvollen Gesamtlösungen geschafft hat. Es gibt auch in der „Healthcare Welt“ bereits gute Beispiele.

So hat z.B. die AOK Niedersachsen Ende 2010 ein (Bundesärzteblatt 2010) integriertes Versorgungsprojekt für Schizophrenie-Patienten gestartet. Die Janssen-Cilag GmbH ist über eine Tochtergesellschaft wesentlich daran beteiligt.