

Christel Röttinger im Gespräch mit „Pharma Relations“:

„Wir bieten den Kunden größere Flexibilität“

Sollte es doch möglich sein, dass sich in der Struktur des Pharma-Außendienstes (AD) Entscheidendes ändert? Jedenfalls deuten Berichte aus der Branche darauf hin (vgl. „Pharma Relations“ 10/2009 und 01/2010). Eine solche Entwicklung käme zu einem Zeitpunkt, in dem die Personaldienstleister recht gut im Markt stehen. Sie entwickeln immer häufiger spezielle Services, die mit „Produkt-Pushing“ nichts zu tun haben. Wir sprachen mit Christel Röttinger, seit Dezember vergangenen Jahres Geschäftsführerin der Pharmexx GmbH, Hirschberg. Pharmexx hat in Deutschland neun Tochter-Unternehmen und gehört seit einiger Zeit zur Celesio-Gruppe.



>> Frau Röttinger, vorweg meinen Glückwunsch zu Ihrer neuen Funktion und die besten Wünschen für eine erfolgreiche Tätigkeit. Sie treten Ihr neues Amt offensichtlich in einer Phase an, in der es Personaldienstleistern unternehmerisch gut bis sehr gut geht, wie man gelegentlich hört. Teilen Sie diese Einschätzung und wie sieht es bei Pharmexx aus?

Ihr Eindruck über die Entwicklung in der Branche kann ich auf Grund meines Kenntnisstandes bestätigen. Auch die Entwicklung bei Pharmexx bestätigt den allgemeinen Trend. Damit will ich sagen, wir stehen gut im Markt.

Lassen Sie mich nochmals nachfragen zum Punkt „gutes Ergebnis der

Branche“. Was sind die Gründe für das insgesamt gute Abschneiden der Branche? Liegt es nur an der Portfolio-Ausweitung, wie bei einigen Ihrer Mitbewerber? Von Pharmexx ist mir das so nicht bekannt. Oder war einfach der Bedarf beim Kunden nach Ersatz für zuvor freigestellte AD-Mitarbeiter ausschlaggebend?

Die Personal-Dienstleister haben in der Tat ihr Portfolio geändert und vergrößert. Das gilt auch für uns. Wir haben eine stattliche Zahl von Aktivitäten gestartet. So haben wir zum Beispiel ein Callcenter mit Sitz in Karlsruhe übernommen, mit dem wir auch Marktforschung durchführen. Wir bieten sogenannte Health-Management-Services an. In diesem Punkt ist der Markt sehr neugierig. Wir stellen z.B. Nurses/Krankenschwestern zur Verfügung, die zum Patienten gehen und die Patienten praktisch, aber auch mental im motivierenden Sinne unterstützen. Wir sind in der Lage, ein Paket zu schnüren, das wegen der Zugehörigkeit zu Celesio und der Möglichkeit, auf Dienstleistungen in der Gruppe zugreifen zu können, für unsere Kunden sehr interessant geworden ist.

Pharmexx bietet im Personaldienstleistungssektor die gesamte Palette an: Von klassischen Vakanz-Services über den Aufbau einer neuen AD-Linie bis hin zu Syndicated-Linien (*Teams, die für mehrere Kunden arbeiten, Anm. d. Red.*). Wir sind sehr flexibel, weil wir auch mit selbstständigen Außendienstlern, also Freiberuflern, zusammenarbeiten. Darüber hinaus haben wir ein großes Apotheken-Team mit über 400 PTA und schließlich die Health-Management-Service-Teams. Dieses breite Spektrum ist natürlich auch die Antwort auf die Nachfrage der Kunden, die vermehrt den API aus dem Fokus nehmen und sich statt dessen Spezialaufgaben widmen.

Hatten Sie das Apothekenteam und die stattliche Anzahl von PTA schon vor der Übernahme durch Celesio?

Ja. Wir konnten schlicht eine sinnvolle Erweiterung zu dem anbieten, wofür Celesio steht.

Ok, wir sprachen über die Spezialisierung und Portfolio-Erweiterung bei Ihnen und bei den Personaldienstleistern generell. Was aber waren konkrete Gründe für die verstärkte Nachfrage auf Kundenseite? Ein

IM FOKUS: Strukturwandel im Außendienst?

Sie alle wollen richtig verordnet sein - Chaos im Pillenschrank

Der Kommentar von Wolfgang Vogel (BdP) > S. 21

Neue Wege und neues Denken

Die Pharma-Unternehmen ebnen für den Außendienst die Wege zu neuen Aufgaben - Strukturwandel aber erst in Ansätzen erkennbar.

> S. 25 f.

Basics und Specials gut gemischt

Das Qualifizierungsprogramm bei den Personaldienstleistern ist sehr unterschiedlich.

> S. 27 f.

Sie alle wollen richtig verordnet sein - Chaos im Pillenschrank



>> Die Therapie mit Arzneimitteln ist ein riskanter Prozess. Dosierungsfehler, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und mangelnde Überwachung können dem Patienten erheblichen Schaden zufügen. Vermutlich sterben mehr Menschen durch inadäquate Verordnungen als durch Verkehrsunfälle. Nach einer im „British Medical Journal“ veröffentlichten Studie gehen fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurück. Zwei Drittel der Fälle seien vermeidbar gewesen. Ähnliche Zahlen gibt es auch in Deutschland. Vermutlich zeigen sie nur die Spitze des Eisbergs.

Weil die wenigsten Behandlungsfehler entdeckt werden, besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen der wissenschaftlich belegten und der subjektiv wahrgenommenen Dimension des Problems. Die Anwendungssicherheit zugelassener Medikamente war deshalb auch lange Zeit kein Thema der Gesundheitspolitik und der Pharmaindustrie. Gefordert sind aber verbindliche Rahmenbedingungen für ein systematisches und vorbeugendes Fehlermanagement beim Umgang mit Arzneimitteln. Die Vereinigten Staaten und einige europäische Länder haben die Senkung schwerwiegender Medikationsfehler schon vor neun Jahren zum nationalen Ziel erklärt. Für Deutschland kam der Weckruf erst 2005 mit einem ersten Kongress zur Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie in Saarbrücken. Vor zwei Jahren legte das Bundesgesundheitsministerium einen Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit vor.

Koordiniert und moderiert wird der Prozess von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Es geht bei den 49 Einzelmaßnahmen um eine bessere Sicherheitskultur, um einen schnelleren Zugriff auf ordnungsrelevante Daten und um die Entwicklung eines strukturierten Verschreibungsprozesses. Einige der Maßnahmen sind zwar umgesetzt worden. Man hat sich aber noch immer nicht auf Indikatoren geeinigt, die zeigen, dass der eingeschlagene Weg auch tatsächlich zu weniger Ordnungsfehlern führt.

Zu den Initiatoren der Initiative zählt Prof. Dr. Daniel Grandt vom Klinikum Saarbrücken und Mitglied im Vorstand der Arzneimittelkommission. Beim Thema Sicherheit und Wirksamkeit von Medikamenten, klagt er zu Recht, habe man sich lange Zeit nur auf die klinischen Studien konzentriert, nicht auf die Anwendungssicherheit. Nebenwirkun-

gen erfasst man auch nach der Zulassung, vermeidbare Risiken durch Verordnungsfehler dagegen nicht. Dabei gilt die Arzneimitteltherapie als ein Hochrisikoprozess. Verordnet wird unter Zeitdruck und oft auch ohne Kenntnis der Begleiterkrankungen und deren Therapie.

Viele Wirkstoffe sind hochpotent, die Patienten oft kränker als die Patienten in den klinischen Studien. Außerdem werden im klinischen Alltag Wirkstoffkombinationen verwendet, die so nie zuvor getestet worden waren. Es fehle, sagt Prof. Dr. Grandt, überhaupt an Überlegungen, wie der individuelle Verordnungsprozess sicher gestaltet werden und wie Schäden durch Arzneimittel vermieden werden könnten. Es geht also um ein vorausschauendes Risikomanagement, nicht um Schuldzuweisung oder das Aufdecken individueller Fehler.

Besonders problematisch ist das Verordnen der falschen Dosis. Viele Ärzte beachten wider besseres Wissen nicht, dass die Organfunktion mit dem Alter nachlässt. Bei einer eingeschränkten Nierenfunktion können bestimmte Wirkstoffe nicht mehr schnell genug ausgeschieden werden und reichern sich bis zu einer lebensbedrohlichen Konzentration im Körper an. Auch das Gewicht der Patienten wird bei der Festlegung der Dosis nicht immer ausreichend berücksichtigt. Viele Kranke kommen auch durch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu Schaden. Ohne vollständige Kenntnis aller eingenommenen Medikamente ist jede Verordnung riskant.

Transparenz gilt deshalb als wichtigste Voraussetzung für die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Sie ist so lange unerreichbar, wie der Patient in den Prozess nicht einbezogen und in seiner Eigenverantwortung gestärkt wird. Erheblicher Schaden entsteht auch durch Unterlassung. Vermutlich sterben sogar mehr Patienten, weil sie die verordneten Medikamente nicht einnehmen, statt dass ihnen etwas Falsches verordnet wird.

Somit trägt die Entwicklung der Pharmaberater im Jahre 2009, durch Reduzierung des Außendienstes, nicht zur Verbesserung der Anwendungssicherheit bei. Der volkswirtschaftliche Schaden durch fehlende Beratung der Pharmaindustrie wird die Bevölkerung zur Vorsicht mit Medikamenten bewegen und somit die Akzeptanz von Arzneimitteln zurückgehen. Ob dies das Ziel der Pharmahersteller sein kann, ein schrumpfender Verbrauch von Arzneimittel verbunden mit einem geringeren Umsatz, ist zu bezweifeln. Somit dürfte für die Zukunft eine Beratung durch hochqualifizierte Berater bei den Fachkreisen unumgänglich sein. <<

Wolfgang Vogel, HMP
BdP-Vorsitzender

Stichwort könnte der teils massive Abbau von AD-Mitarbeitern bei der Industrie sein.

In gewisser Weise, ja. Dabei mag der Kostenaspekt auf Kundenseite durchaus eine Rolle spielen. Wichtiger und entscheidender aber ist die Tatsache, dass Kunden durch die Zusammenarbeit mit uns eine erhöhte Flexibilität besitzen. Man darf nicht vergessen, dass die Firmen, wenn akuter Bedarf ansteht, intern meist keine große Recruitment-Abteilung zur Verfügung haben. Da sind wir einfach besser ausgestattet. Wir sind, was das Recrutement angeht, die Spezialisten. Wir sind schneller und breiter aufgestellt, allein schon, was die notwendigen Vorarbeiten angeht. Innerhalb kürzester Zeit können wir komplett neue Linien auf die Beine stellen. Heute brauchen wir zwar nicht mehr die großen Linien, man braucht aber spezialisierte Mitarbeiter, die in entsprechende Vakanz der Pharma-Firmen passen. Klar, wir alle fischen im gleichen

Becken, die Industrie wie wir. Aber wir haben meistens die gesuchten Leute schon im Pool. Die sind gar nicht mehr auf dem Markt. Wir können in kürzester Zeit die geforderten Profile zur Verfügung stellen. Das meine ich mit Flexibilität, die die Kunden durch uns bekommen.

Die Flexibilität ist sicher eine wichtige Sache, aber steht die Kostenfrage nicht doch im Vordergrund? Schließlich gehört der AD zu den teuersten Marketing-Instrumenten überhaupt.

Natürlich, der Kostendruck ist gegeben und es gibt in der Tat einen Abbau. Es gab mal 22.000 Pharmaberater, jetzt haben wir vielleicht noch 16.000. Daneben gibt es noch eine andere Entwicklung: Die Unternehmen stellen heute andere Aufgaben an den AD-Mitarbeiter. Es wird ein anderer Typ eines Pharmareferenten gefordert, es werden Key Accounter gebraucht, es werden Spezialisten nachgefragt, es wird nicht mehr der API, sondern meist Fachärzte und Kliniken bedient.

Nennen Sie doch bitte ein Beispiel.

Fachärzte aus den Therapiebereichen Urologie, Pädiatrie, Onkologie sind zum Beispiel sehr gefragt. Auch Key Accounter sind gefragt, aber bei weitem nicht so viele, wie man Anfang 2008 noch vermutet hat, als alle damit begonnen haben, Key Accounter auszubilden. Es sind ein paar Vereinzelte, denn diese Leute brauchen alle eine Spezialausbildung. Hinzu kommt: Sie können Key Accounter nicht einfach vorhalten. Ich halte nichts davon, einen Pharmareferenten ein, zwei Wochenenden auszubilden und ihn dann „Key Accounter“ zu nennen. Was ist denn ein „Key Accounter“ überhaupt? Die einen verstehen darunter AD-Mitarbeiter, die nur zu bestimmten Kundengruppen, Apothekern, Klinikern gehen. Die anderen meinen damit etwas völlig anderes. Die verstehen darunter Menschen, die zu Krankenkassen gehen und dort Verträge verantwortlich verhandeln können. Das heißt, wenn vom Key Accounter die Rede ist, muss man zuerst fragen, was gemeint und erwartet wird, um dann festlegen zu können, welches Profil erforderlich ist.

Dieser Meinung bin ich auch. Wenn man sich auf eine eher niedrig angesetzte Definition einlässt, Key Accounter ist der AD-Mitarbeiter, der aus dem normalen AD-Aufgabenbereich eine herausragende Aufgabe hat, dann kann ich mir nicht vorstellen, dass ein Personaldienstleister, egal ob er Pharmexx oder anders heißt, in der Lage ist, solche Key Accounter sozusagen auf Vorrat auszubilden und einzustellen. Ich denke, das ist immer oder meistens Sache des Unternehmens selbst, soll heißen, ein Key Accounter muss ein Eigengewächs sein, muss im Unternehmen groß geworden sein.

Oder wird auf jeden Fall übernommen, weil diese Leute mit so sensiblen Daten umgehen. Sie sehen das vollkommen richtig. Um nochmals auf die Frage nach der Entwicklung des klassischen Geschäfts zurückzukommen. Meine Antwort lautet: Das Vakanzmanagement ist nach wie vor sehr, sehr stark und es bleibt relativ stabil. Dazu kommt, dass mehr Marketing-Services nachgefragt werden. Dazu werden neue Ideen gesucht, denken Sie an das Modell mit den Nurses. Alle haben davon gesprochen, es standen auch dann sehr schnell die ersten Artikel in der Zeitung. Aber wie es dann wirklich zu handhaben ist, war unklar. Gefragt werden Konzepte sein, die verschiedene Player einbeziehen, das Callcenter, den Pharmareferenten, den Arzt. Wir helfen den Unternehmen, neue Konzepte zu entwickeln. Aber wir entwickeln auch selbst Ideen und sprechen mit Schlüsselkunden, ob es den Bedürfnissen des Kunden entspricht, oder ob intern schon in diese oder jene Richtung überlegt wurde. Also wir fragen uns, macht ein solches Konzept Sinn oder ist das ein Wolkenkuckucksheim, das wir uns da gerade überlegen. Das Stichwort Health-Management ist sehr wichtig geworden, weil die meisten Kunden in diesem Bereich noch ziemlich schwimmen.

Ein Begriff, der in dieses Thema hineingreift, wäre „Disease Management“. So weit würden Sie aber nicht gehen wollen?

Nein, nicht unmittelbar, weil bei einem klassischen Disease Management die Rolle des Arztes klar dominiert. Aber zusammen mit Arzneimittel-Herstellern überlegen wir, bei welchen Medikamenten gibt es beim Patienten ein Compliance-

Problem? Compliance-Probleme können ja zur Folge haben, dass ein Patient im bisher erreichten Behandlungsstatus stark zurückfällt und mit viel Geld wieder in den ursprünglichen Gesundheitszustand gebracht werden muss.

Sie sagen, Sie sprechen Firmen auf solche Ideen an. Sprechen Sie da in der Regel nur mit den Großen?

Das geht querbeet, es sind oft Nischen-Firmen mit Nischen-Produkten, die in Frage kommen, bei denen alle Beteiligten von einer funktionierenden Compliance etwas haben. Wenn Sie beispielsweise ein Medikament haben, das wahnsinnig teuer ist, dann macht es immer Sinn, auf eine richtige Compliance, also auf ein intaktes Therapieumfeld, auf die korrekte Applikation usw. zu achten. Es sind immer wieder die kleineren Firmen, die solche Nischen-Medikamente zur Verfügung haben.

Es erstaunt immer wieder, wie sich manche Dinge zeitgleich entwickeln. Anfang vorigen Jahres war in etwa der Zeitpunkt, an dem Ihre Mitbewerber mit den neuen Dienstleistungen, die Sie als Health-Management-Services bezeichnen, an die Öffentlichkeit herangetreten sind ...

Wir kannten solche Konzepte von unseren britischen und schwedischen Kollegen schon früher. Dort gehören solche Konzepte schon länger zur Realität, u.a. auch deswegen, weil hier eine andere Bedarfslage vorliegt. Für mich steht die besondere Art der Zusammenarbeit mit den Ärzten im Vordergrund, die in der Mehrheit sehr offen für solche Modelle sind.

Sie haben gerade das Stichwort „Ärzte sind offen“ erwähnt. Sie kennen sicher die Diskussion und Kritik aus der Ärzteschaft, die in Richtung Manipulation geht. Wenn man mit solchen Kritikern spricht, zum Beispiel mit dem Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der Ärzte, Prof. Dr. Ludwig, dann spürt man so etwas wie eine undefinierbare Grundangst im Sinne von „Die wollen was von mir“. Wie sehen Sie das?

Für mich ist das eine politische Frage. Da wird immer so getan, als hätte die Pharma-Industrie keine Daseinsberechtigung. Die Pharma-Industrie wird ja von keiner Seite subventioniert. Sie forscht aus eigenem Antrieb, bringt neue Produkte auf den Markt und muss diese irgendwie auch bekannt machen, um verkaufen zu können. Wenn sie irgendwann dazu keine Chance mehr hat, einen Arzt über pharmazeutische Neuheiten zu informieren, gibt es sehr schnell eine Unterbrechung dieser Versorgungskette. Für mich ist das eine feindbildgesteuerte Sache und das ist nicht in Ordnung.

Wir haben allerdings beim Thema Arztkontakt auch ein grundsätzliches Problem: Es wird in starken Worten von der Qualität der Ausbildung der Mitarbeiter gesprochen. Es heißt, die Gesprächspalette sei sehr breit:

Nicht nur das Produkt, sondern große Themen wie Indikations- und Therapie-Konzepte und das gesamte Umfeld stehen im Mittelpunkt. Und dann weiß man, dass der durchschnittliche Arztkontakt zwischen drei und fünf Minuten dauert. Für mich stimmt da etwas nicht. Sind das Luftblasen?

AD-Mitarbeiter müssen schon gut ausgebildet sein. Da führt kein Weg daran vorbei, allein schon deswegen, damit die Zusammenhänge verstanden werden.

Christel Röttinger

>> Christel Röttinger ist Jahrgang 1960 und kam 1989 zu Glaxo Wellcome. Ihre berufliche Laufbahn startete sie als Pharmareferentin. Sehr schnell übernahm sie leitende Funktionen. In den elf Jahren bei Glaxo verantwortete sie verschiedene Aufgabenbereiche, u. a. war sie mitverantwortlich bei Vertriebskooperationen mit anderen Pharma-Herstellern. Eine aktive Rolle übernahm sie auch beim Zusammenschluss von Glaxo und Wellcome. 1990 entschloss sie sich zu einem Wechsel und gründete im Jahr 2000 die Pharmexx-Tochter „pharmdirect“. Aufgabe von „pharmdirect“ ist es, spezielle Anforderungen an kurzfristig benötigte Außendienst-Mannschaften/-Linien zu erfüllen. So konzentrierte sich „pharmdirect“ schon sehr früh auf spezielle Facharzt-Gruppen. Als Novum in der Branche der Personaldienstleister öffnete sich „pharmdirect“ auch für andere, gesundheitsaffine Branchen, z.B. für Functional-Food-Hersteller. Mit der Geschäftsleitung der deutschen Pharmexx wurde Röttinger im Dezember letzten Jahres betraut. Sie löste den langjährigen Geschäftsführer Georg Nagl ab. <<

Sie müssen schon wissen, wovon die Rede ist. Wir haben gerade im letzten Jahr unsere Mitarbeiter mit internetbasierten Modulen durch ein solches Lern- oder auch Auffrisch-Programm zum Thema Gesundheitspolitik durchgeschleust. Ziel war es, Kenntnis darüber zu vermitteln, was derzeit den Arzt bewegt. Ich weiß natürlich auch, dass Arzt und Pharmareferent nicht da sitzen und ausführlich über Gesundheitspolitik sprechen. Ich gebe Ihnen Recht, in den drei bis vier Minuten können Sie die Themen, die wir eben angesprochen haben, nicht erschöpfend abhandeln. Im Übrigen, es kann immer nur darüber gesprochen werden, was der Arzt wissen will. Und noch eins: Ich möchte nicht behaupten, ein AD-Mitarbeiter ist komplett auf Augenhöhe. Ich habe nicht das Wissen eines Arztes. Es sind immer nur Teilbereiche, über die ich mich mit dem Arzt unterhalte, über die ich dann allerdings Bescheid wissen sollte.

Das ist eine ehrliche Antwort, die nachvollziehbar und glaubhaft ist. Auch der Hinweis ist nachvollziehbar, dass immer der Arzt bestimmt, wie lange das Gespräch dauert.

Genau, ich habe das sehr oft selbst erlebt, dass ein Gespräch zehn, 15 Minuten und länger dauert. Ob ein Arzt interessiert ist, merkt man nicht nur an den Minuten, sondern an den Fragen, die gestellt werden. Und dann muss der Mitarbeiter schon beweisen können, dass er fit ist. Wenn nicht, wird der Arzt sich beim nächsten Mal entsprechend zurückhalten, egal, ob es sich um Gesundheitspolitik, um das Produkt oder um eine Studie handelt. Wenn das Wartezimmer voll ist, konzentriert sich ein Arztgespräch auf die Frage: „Was gibt es Neues?“ Das ist doch normal. Zusammengefasst, Sie müssen den AD-Mitarbeiter fit machen, er muss ein breites Wissensspektrum haben. Aber was Sie davon dann an den Mann oder die Frau bringen können, ist eine ganz andere Frage. Wenn ich nichts zu berichten habe, dann habe ich schlechte Karten. Aber man kann nicht erwarten oder gar fordern, dass ein AD-Mitarbeiter wissenschaftlich zu einem Experten zu allen Themen, die einen Arzt interessieren könnten, werden kann. Das geht einfach nicht.

Wir haben in „Pharma Relations“ in den letzten Ausgaben von zwei komplett neuen Ansätzen berichtet. Haben Sie dazu eine Meinung?

Ich frage mich, wer das bezahlen soll? Wenn ich das Schweizer Modell der „Medical Tribune“ nehme, bin ich sehr stark an die Funktion und Beschreibung des Medizinischen Dienstes erinnert. Also, wer zahlt das eigentlich?

Die Industrie. Die beteiligten Unternehmen wollen sich damit einen guten Namen verschaffen. Es ist ein Modell, das auf Vertrauen und auf ein „Do ut des“ aufbaut. Und es scheint zu funktionieren, zumindest zeigt sich das in der Schweiz. Könnte das für Sie eine Zukunftsvision sein?

Wenn klar ist, wer bezahlt, vielleicht. Spontan würde ich sagen, eigentlich muss das der Arzt bezahlen. Es ist ja, wenn das Programm so läuft, wie Sie es beschreiben, wie eine kleine Unternehmensberatung. Es geht um ein Stück Fortbildung, unter Einbeziehung sämtlicher Therapie- bzw. Medikationsalternativen. Das könnte schon eine gute Sache sein. Doch im Augenblick kann ich mir noch nicht so recht vorstellen, dass es funktioniert. Ich bin Optimist: Alles, was gedacht wird, kann auch gemacht werden. Man muss nur dran bleiben. Insofern bin ich offen. Der kritische Punkt ist, wer bezahlt. Ich kann mir vorstellen, in drei, vier Jahren wäre das Modell so weit. Man muss sehen, wie es angenommen wird. Wenn die ersten Ärzte positive Erfahrungen sammeln und diese an ihre Kollegen weitergeben, dann profitiert das Konzept von der Mund-zu-Mund-Propaganda. Das ist das Beste, was den Konzepturhebern passieren könnte.

Wir kommen so langsam zum Schluss. Eine unpolitische Frage: Wir haben den klassischen AD-Mitarbeiter, der persönlich den Kunden Arzt besucht. Mittlerweile haben wir auch den „digitalen AD-Mitarbeiter“, also die Arztsprache via eDetailing und eLearning-Modelle. Wird der Digital-



AD-Mitarbeiter den Präsenz-AD-Mitarbeiter verdrängen?

Nein, ich denke internetbasierte Formen sind eine Ergänzung. miteinander reden, wird das Wichtigste bleiben. Ich bin überzeugt, wir verarmen, wenn wir das nicht mehr tun. Der AD-Mitarbeiter ist der Repräsentant eines Unternehmens, und dieser Repräsentant kommt zum Arzt. Die Ärzte müssten sich schon sehr wandeln, wenn das verdrängt würde. Die Ärzte oder auch Apotheker sind ja zum Teil beleidigt, wenn jemand schon länger nicht mehr besucht worden ist. Das erleben wir immer wieder. Der persönliche Kontakt ist also noch immer gefragt.

Würden Sie sagen, dass eine der wichtigsten, vielleicht sogar die wichtigste Funktion des AD-Mitarbeiters es ist, den Kontakt herzustellen und erst nachrangig die Präsentation bestimmter Botschaften?

Ja, es ist zweifellos eine Form von Wertschätzung im Sinne von: Diese Firma denkt an mich. Das schlägt sich auch in einem aktuellen Trend nieder. Man ist bei den Unternehmen zusehends bereit, dem AD-Mitarbeiter mehr Zeit für den Besuch einzuräumen. Es gab Zeiten, wo es nur darum ging, möglichst viele Gespräche, Calls, wie es neudeutsch heißt, zu führen. Es gab eine Zeit, wo stark gepusht wurde. Ich war ja selbst mal auf der anderen Seite und habe das mitgemacht. Heutzutage steht im Vordergrund, einen guten Service abzuliefern, auf die Qualität der Produkte abzustellen, Infos zu vermitteln. Man sieht den AD-Mitarbeiter wieder stärker als Bindeglied zwischen Firma und Arzt.

Lassen Sie mich eine letzte Frage stellen: Können Sie den Beruf des Pharmareferenten einem jungen Menschen heute noch empfehlen?

Ja, eindeutig ja. Wer in diese Richtung will, hat einen bestimmten Grund. Für manche ist es nur ein Einstieg in eine Unternehmenskarriere. Andere gehen in diesem Beruf auf, können sich gar nichts anderes vorstellen, auch weil es ein sehr freies Arbeiten ist und - nicht zu vergessen -, weil der Verdienst stimmt. Apropos Verdienst. Es ist falsch, wenn es gelegentlich heißt, Mitarbeiter bei Personaldienstleistern verdienen um ein Drittel und mehr weniger als in der Industrie. Stimmt nicht. Gute, erfahrene Leute kosten Geld. Und erfahrene Leute sind gefragt, haben Berufserfahrung und sind, grob gesagt, so um die 30. Natürlich gilt auch bei uns: Lehrjahre sind keine Herrenjahre. Ich habe ja selbst als Pharmareferentin gearbeitet: Es ist mit das Schönste, was ich gemacht habe. Man lernt sich kennen und schätzen. Ich habe in den Jahren 1989 bis 1991 Ärzte besucht, die mir heute noch Grüße ausrichten lassen.

Frau Röttiger, herzlichen Dank für das Gespräch. <<

Das Angebot an Weiterbildungen bei Personaldienstleistern ist völlig unterschiedlich

Specials und Basics gut gemischt

Die Ansprüche der Pharma-Unternehmen sind hoch, wenn sie auf Mitarbeiter der Personaldienstleister zurückgreifen. Doch wie schaffen es die Dienstleister, den individuellen Wünschen der Pharma-Kunden gerecht zu werden? Wie bereiten sie ihre Mitarbeiter auf den Einsatz bei einem Global Player und wie bei einem mittelständischen Unternehmen vor? Welche Möglichkeiten bieten sie ihnen zur Weiterqualifizierung? Die Praxis zeigt: In der Schulung der Mitarbeiter setzt jeder Personaldienstleister auf seine eigene Strategie. Der Unterschied: Während einige Anbieter ihren Mitarbeitern auch Trainings außerhalb der Einsätze anbieten, schulen andere ihre Angestellten erst nach Start eines bestimmten Projekts.

>> Das Angebot der Außendienstleister an Weiterbildungen für ihre Mitarbeiter ist sehr unterschiedlich. Während einige jetzt schon ihre Mitarbeiter für die Zukunft fit machen, bilden andere nur „ad hoc“ fort - „je nach aktuellem Bedarf des Kunden“. Zu der ersten Gruppe gehört das Unternehmen Marvecs. Wie dessen General Manager Katrin Wenzler berichtet, bietet der Leihaußendienst jetzt schon spezifizierte Weiterbildungen für Zukunftsindikationen an. Dazu zählen die seit diesem Jahr laufenden Fortbildungen zu Spezialisten in Onkologie und ZNS. „Wir möchten damit unsere Mitarbeiter optimal auf die Zukunft vorbereiten und die Marktchancen für den Einzel-

nen erhöhen“, sagt Wenzler. In eine ähnliche Richtung steuert auch Sellxpert: „Seit 2005 haben wir festgestellt, dass Ärzte immer öfter spezielle Kenntnisse erwarten. Deshalb haben wir uns darauf spezialisiert, den Großteil unserer Mitarbeiter zu Beratern für Management im Gesundheitswesen auszubilden“, sagt Sybille Queißer, Geschäftsführerin von Sellxpert. Jedes Jahr bildet das Unternehmen 15 bis 20 Berater aus, die am Schluss eine IHK-Prüfung ablegen müssen. Zwar sind die Inhalte dieser Schulung grundsätzlicher Natur, sie lassen sich aber speziell auf einen bestimmten Kunden „umstricken“, wie Queißer erzählt. Das belegt

ein Beispiel aus der Vergangenheit: „Für einen Kunden, der ein neues Produkt aus der Gastroenterologie einführen wollte, haben wir ein Drittel des Schulungsinhalts geändert und für den Kunden angepasst.“ Zunehmend nutzen die Leihaußendienste die Möglichkeiten des Blended Learning. Innovex zum Beispiel bietet unter anderem ein Online-Training für die persönliche Weiterentwicklung zu Themen Kommunikation, Verhandlungsstrategien oder Projektmanagement nach internationalen Standards an. „Wir sind stolz auf unser Standards of Excellence Programm, das ständig nach neuesten Blended-Learning-Erkenntnissen überarbeitet wird. Es ist ein dreistufiges Schulungs-

programm, bei dem ein Baustein auf dem anderen aufbaut und die letzte Stufe die Grundlage für die Arbeit im Klinik- und Spezialistenbereich bildet. Parallel dazu können die Teilnehmer, aber auch alle anderen Außendienstmitarbeiter, eine Fülle an Kursen auf der Quintiles Learning Curve Plattform nutzen, darunter Indikationskurse sowie Trainings zu allgemeinen Skills oder Softwarekurse“, erzählt Monika Beintner, Geschäftsführerin von Innovex. Welche Differenzierungen in der Mitarbeiterschulung bei einzelnen Projekten nötig sind, weiß Dr. Oliver Giebler, Mitglied der Geschäftsleitung von MKM. „Es gibt immer verschiedene Trainingsbereiche, die von dem Kunden und



Partner gesucht!


Partnering Außendienstleistungen im Trend. Das liegt einerseits am Preisvorteil: Ein teiles sich ein Vertriebsteam mit anderen Unternehmen. Andererseits behalten Sie die volle Kontrolle. Als ein führender Anbieter von Partnering Teams mit MARVECS konsequent vereinbarte Qualitäts- und Leistungsparameter.

Setzen Sie bei der Betreuung Ihrer Haus- und Fachärzte auf einen starken Partner. Unsere eingespielten Partnering Teams sind mit vielen Indikationen vertraut und haben exzellente Kontakte u. a. zu Gyn-, Derma- und Thrombo-Spezialisten. Fragen Sie uns nach den Optionen für Ihre Zielgruppen.

Wir beraten Sie gerne - Case Studies und Referenzen unter www.marvecs.de

Für weitere Informationen: Melanie Spier, Telefon 0731/74000-57

MARVECS GmbH · Bolt-Allen-Platz 2 · 89070 Ulm
Telefon: 0731/74000-57 | info@marvecs.de | www.marvecs.de



seiner Marktstellung abhängen. Dazu gehören die Indikations- und Produktschulung, Kenntnisse über den Mitbewerb, aber auch spezifische KV-Informationen. Wir empfehlen ein mehrstufiges Konzept, das die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigt und Trainingseinheiten mit echten Ärzten vorsieht.“ Das Unternehmen bietet außerdem eine Weiterbildung zum Key Account Manager und ein E-Learning-Fortbildungsprogramm zu verschiedenen Indikationsgebieten für Pharmareferenten an, sowie Trainings zu Soft Skills (Präsentation, Moderation) und Persönlichkeitsentwicklung (Rhetorik-Seminare oder psychologische Kommunikationstrainings).

Gegen den Strom

Lutz-W. Schwender, Leiter der Academy von Curam GmbH, vertritt beim Thema Weiterbildung eine entgegengesetzte Meinung: „Wir lehnen es grundsätzlich ab, Pauschalschulungen durchzuführen. Wir befinden uns als Unternehmen in einem fließenden System, das immer vom Kunden abhängt.“ Dementsprechend würden sich auch die Schulungsinhalte stets verändern. Zwar bietet Curam Basistrainings in Rhetorik, Mediation oder Kommunikation an, das Trainingsprofil werde jedoch für die Mitarbeiter einzeln definiert und richte sich immer nach den Bedürfnissen des Kunden. Den größten Wert legt das Unternehmen darauf, von Anfang an möglichst passende Mitarbeiter auszuwählen. Hinweise auf die Fähigkeiten der Mitarbeiter liefert die so genannte „Biostruktur-Analyse“. Dieses Modell geht davon aus, dass das menschliche Verhalten von dem Zusammenspiel des Stammhirns, des Zwischenhirns und des Großhirns bestimmt wird. In einem „Struktogramm“ - einer Art Persönlichkeitsanalyse - wird das „Anteilsverhältnis“ der Gehirne dargestellt. Mit Hilfe dieses Systems analysiert Curam das Potenzial der Mitarbeiter und legt

in den jeweiligen Kundenprojekten die Coaching-Schwerpunkte der Mitarbeiter in den Projekten fest.

Ein ähnliches Werkzeug setzt auch Careforce ein: Mit einem Assessment-Tool – Profile XT – nimmt das Unternehmen die Mitarbeiter genau unter die Lupe. Verlangt der Kunde die Neuzusammenstellung eines Teams, setzt Careforce das Instrument ein, um die bestmöglichen Kandidaten auszusuchen. Vorbereitet auf den Einsatz beim Kunden werden die Careforce-Mitarbeiter, indem sie die Basics in Kommunikation und Administration erlernen. „Die Produkt- und Argumentationsschulung übernimmt meistens der Kunde selbst“, sagt Marko-René Scholl, Geschäftsführer von Careforce. Anders ist es, wenn das Unternehmen dem Kunden „ganze Teams“ zur Verfügung stellt: „Dann entwickeln wir auch Schulungsprogramme für den Kunden, die sich nur für ihn anwenden lassen“, sagt Scholl. „Grundsätzlich bin ich aber kein Verfechter von Gießkannen-Programmen. Die Coaching-Maßnahmen sollten immer von dem Bedarf des Kunden und der Mitarbeiter abgeleitet werden. Und diese Maßnahmen sollten projektbezogen und nicht entgeltfrei durchgeführt werden.“

Marvecs fährt bei der Vorbereitung der Mitarbeiter auf ein bestimmtes Projekt eine Kombinationsstrategie: „Die Pharma-Unternehmen liefern das Wissen zur eigenen Philosophie und das Wissen über die Produkte sowie die Trainer, die beides vermitteln können“, berichtet Wenzler. „Parallel dazu stimmen wir unsere Trainingseinheiten auf die einzelnen Kunden ab.“ Am Anfang stehe immer eine Analyse, in der die Ziele des Kunden definiert werden. Darauf folge die Ausarbeitung der Strategie und die Vermittlung der Inhalte, wie etwa der Feinheiten der Kommunikation mit einer speziellen Zielgruppe an die Außendienstmitarbeiter. „Wir schauen zunächst, ob es sich um einen Global Player oder

um ein kleines Unternehmen handelt, das ein neues Produkt einführen will. Dann definieren wir gemeinsam mit dem Kunden die Zielgruppe und die Botschaft, die vermittelt werden soll. Der Inhalt der Schulungen zum Produkt kommt also größtenteils vom Kunden selbst, die Verpackung aber – die Expertise zu Besonderheiten einer bestimmten Ärzteguppe – die kommt von uns“, sagt Wenzler.

Von der gleichen Erfahrung berichtet auch Queißer von Sellxpert: „In 95 Prozent der Fälle finden die Produktschulungen beim Kunden statt.“ Sellxpert trägt zum Feintuning der Herangehensweise an die spezielle Zielgruppe bei, nicht zuletzt mit der Expertise seiner Netzwerkpartner. Einem Pharma-Kunden griff die Firma kürzlich unter die Arme, als es ein neues Produkt in Deutschland einführen wollte. Dafür führte Sellxpert Experten wie Ärzte oder Apotheker aus dem Netzwerk an einem Tisch zusammen, um gemeinsam die Kernbotschaft für den Kunden zu definieren. Queißer geht davon aus, dass große Unternehmen auch weiterhin die Außendienstmitarbeiter selbst hinsichtlich der Produkte schulen werden. „Was aber unsere Kunden immer mehr erwarten, ist die Weiterqualifizierung der Mitarbeiter durch den Leihaußendienst, nachdem sie ein bestimmtes Projekt abgeschlossen haben. Diesem Wunsch wollen wir mit E-Learning- und Blended-Learning-Modulen entgegenkommen. Im Frühjahr 2010 werden wir deshalb die Sellxpert Akademie ins Leben rufen und den Trainingsbereich ausbauen“, sagt Queißer.

Eine sehr detaillierte Vorgehensweise bei der Vorbereitung der Mitarbeiter auf den Einsatz bei einem Kunden bietet das Konzept des Trainers und Coaches im Gesundheitswesen Volker Böhning. Er schlägt vor, zunächst den Ist-Zustand und die Ziele des Kunden zu definieren, um daraufhin einen Trainingsplan für die Mitarbeiter

zu erstellen. Der Lernverlauf müsse durchgehend bei den Teilnehmern kontrolliert werden. Unter Nutzung aller Lernkanäle und mit Einsatz von täglichen Gesprächssimulationen empfiehlt Böhning sowohl die Vermittlung der Indikations- und Produktinhalte als auch gezieltes Training der Präsentationstechniken und der Sprechleistung.

Gesundheitspolitik - bei den Meisten ein Muss

In einem Punkt scheiden sich die Geister beim Thema Schulung sehr deutlich - der Bedeutung des gesundheitspolitischen Wissens für die Außendienstmitarbeiter. Marvecs informiert seine Mitarbeiter in einem Projekt durchgehend über gesundheitspolitische Veränderungen - in Schulungen, per Mail oder auch telefonisch. Die Themen hingen aber stets davon ab, ob die Mitarbeiter für einen Generikahersteller oder ein forschendes Unternehmen tätig seien, sagt Wenzler. Gesundheitspolitik spielt auch für Sellxpert, Innovex und MKM eine Rolle. Während Sellxpert zwei Mal im Jahr seine Mitarbeiter in einem eintägigen Workshop über neueste gesundheitspolitische Veränderungen informiert, bieten Innovex und MKM einen Online-Trainingskurs zum Thema Gesundheitspolitik an. Curam und Careforce schwimmen allerdings beim Thema Gesundheitspolitik gegen den Strom. Schwender (Curam) findet: „Gesundheitspolitische Themen sollten immer nur bei Kundenwunsch vermittelt werden.“ Scholl von Careforce ist der gleichen Ansicht: „Ich bin der Meinung, dass andere Fähigkeiten wichtiger als gesundheitspolitische Kenntnisse sind, zuerst sollten klassische Dinge wie Kommunikation und Selbstorganisation geschult werden.“ Dennoch hat das Unternehmen „einen Kollegen, der in einem Newsletter die Mitarbeiter regelmäßig über gesundheitspolitische Themen informiert“. <<

Anzeichen für ein Umdenken in der Außendienst-Struktur mehren sich

Neue Wege und neues Denken

Der Außendienst (AD) der Arzneimittelhersteller war und ist die Speerspitze im Vertrieb der Unternehmen. Vor gut zehn Jahren erlebte der AD wohl seinen Höhepunkt, was Personalstärke und Intensität betrifft. Zu ein und demselben Produkt wurden gleich mehrere AD-Linien ins Feld geschickt. In den Praxen, beim Hausarzt, gaben sich die ADler die Türklinken in die Hand. Der AD gilt nicht nur als effektiv, sondern auch als das teuerste Instrument im Marketing. 100 bestenfalls, oft aber 150 bis 200 Euro werden von Fachleuten pro Einsatz und Kontakt bilanziert. Nicht zuletzt deswegen begann ein Umdenken, getrieben auch von Änderungen in der Struktur der Ärzteschaft als Folge gesetzgeberischer Eingriffe. Schmerzhaft war und ist die anhaltende, oft scharfe Kritik gerade von Kundenseite, den Ärzten.

>> Da ist von Manipulation, von Druck auf die Verordnung, gar von Bestechung und ähnlich schwerwiegenden Vorgängen die Rede. Die Ärztekritik kommt und kam meistens von den Körperschaften und ihren Funktionären - der KV-Vorsitzende aus Bayern, die KV Nordrhein als Ganzes, die Arzneimittelkommission der Ärzte mit ihrem Präsidenten Prof. Dr. Ludwig an der Spitze, waren und sind Protagonisten dieser Kritik. Auch wenn diese Kritik der Ärztfunktionäre ernst zu nehmen war und ist: Der „Arzt an sich“, der Mediziner an der Front, hat eine ganz andere Einstellung zum AD.

Ärzte-Kritik am Außendienst im Kern überzogen

In diesem Sinne äußern sich auch drei von „Pharma Relations“ befragte Fachleute. Der Vorsitzende des Berufsverbandes der Pharmaberater e.V. Deutschland (BdP), Wolfgang Vogel, beruhigt die Gemüter, indem er darauf verweist, dass diese Kritik bei weitem nicht von allen Ärzten mitgetragen werde, und oft sei ein gutes Stück Polemik dabei. Torsten Boethin, Vertriebschef bei Opfermann Arzneimittel GmbH und Madaus GmbH, erinnert an eine Veranstaltung der KV Nordrhein vor einiger Zeit mit dem Titel „Pharmareferenten brauchen Ärzte - Brauchen Ärzte Pharmareferenten?“. Ein interessanter Nebeneffekt: Diese Veranstaltung war mit 4 (!) CME-Punkten bewertet worden. Boethin

weiß aus seinem unmittelbaren Kontakt mit der Zielgruppe, den niedergelassenen Ärzten, dass der einzelne immer wieder betont, ohne die Beratung durch Pharmareferenten der Informationsflut nicht Herr werden zu können.

Schließlich Dr. Josef Bichler, Direktor Vertrieb bei Merck Serono GmbH. Grundsätzlich hält er die Ärztekritik „primär für nicht angebracht“. Fügt aber in seiner Kommentierung hinzu: „Die Kritik ist zum Teil berechtigt“, womit er auch die Position der beiden anderen Fachleute mit umschreibt, die ebenfalls ein Stück Berechtigung nicht abstreiten mochten. Bichler stellt dabei vor allem auf die enorme Überdimensionierung der AD-Aktivitäten zu Beginn dieses Jahrzehnt vor allem in großen Indikationen ab und nennt als Beispiel den Kardiovaskulären Bereich. In „Nischenmärkten“, wie beispielsweise Onkologie, Rheumatologie, Neurologie, könne von einer „Zusammenarbeit“ zwischen den AD-Mitarbeitern und dem Arzt gesprochen werden. Jeder wisse um die Interessen des anderen. Auf dieser Ebene würden die Dinge natürlich beim Namen genannt. „Da ist kein Platz für Manipulation“. Und Dr. Bichler erinnert daran, dass die „Einflüsse auf die Verordnung“ durch viele Faktoren ausgeübt werde. Die gesundheitspolitische Entwicklung ist einer davon, ein anderer ist die „Netzwerkkommunikation“. Darunter versteht Dr. Bichler die Kommunikation und Information im Kollegenkreis, die

„für den einzelnen“ sehr wichtig sind, möglicherweise sogar die wichtigste Informationsquelle. Deswegen fragt sich Bichler, ob der Einfluss des AD-Mitarbeiters auf die Verordnung in der Regel erheblich überschätzt werde.

Torsten Boethin sagt aber auch, die Kritik richte sich in erster Linie „an uns“ und meint damit das Management: Es gebe immer noch viele, die die Kritik der Ärzte nicht wahrnehmen und „immer noch im alten Stil“ weitermachen, sozusagen, Kontakte auf Teufel komm raus. Dieser „alte Stil“, so scheint es, wird zaghaft zwar, aber immerhin in Frage gestellt. „Pharma-Relations“ berichtete in der Januar-Ausgabe (vgl. 01/2010, S. 24 f.) über einen neuen Ansatz zur Ermittlung des ärztlichen Interesses und im Oktober (vgl. 10/2009, S. 22 f.) über das Modell der „Medical Tribune“ mit produktunabhängigen Informationen.

Die Beweggründe für diese neuen Modelle mögen vielfältig sein. Beide und alle anderen Modelle, die noch entwickelt werden, müssen sich aber einem bisher nicht gelösten Problem, ja einem gewissen Widerspruch zwischen Aussage und Wirklichkeit stellen:

Es heißt immer, beim Arztbesuch würden heutzutage Themen wie Indikationsumfeld, Therapiealternativen im Mittelpunkt stehen statt pure Produkt-Eigenschaften, Informationen und Tipps vor dem Hintergrund der permanenten Änderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wür-

den wichtiger als die Präsentation des neuesten Flyers, ohne Service-Angebote zum Bereich Praxis- und Patienten-Management gehe es nicht mehr. Dies zweite Aussage lautet: Die Fachkompetenz des Pharmaberaters (Stichwort „Gleiche Augenhöhe“) sei wesentlich ausgebaut worden. Es sei unbestritten, dass enorme Aktivitäten in diese Richtung bei Unternehmen und Personaldienstleistern unternommen werden. Führt man sich aber vor diesem Hintergrund die Tatsache vor Augen, dass ein Kontaktgespräch beim Arzt in der Regel zwischen drei und vier Minuten dauert, kommt man zwangsläufig ins Grübeln: In drei, vier oder fünf Minuten lassen sich nicht Indikationsalternativen, Unterstützung beim Praxismarketing und -management, neue wissenschaftliche Erkenntnis im nennenswerten Umfang vermitteln.

BdP: CPE als Pendant zu CME?

Der BdP-Vorsitzende Wolfgang Vogel weiß um dieses Problem. Der Verband hat als Antwort darauf eine Qualitätsinitiative entwickelt. Vor drei Jahren habe der BdP mit der Bundesärztekammer das Konzept der „Continuous Pharmaceutical Education“ (CPE) als Pendant zur ärztlichen „Continuous Medical Education“ (CME) ausgearbeitet. Das Agreement mit der Ärzteschaft besage, wenn es gelinge, gut ausgebildete und hochqualifizierte AD-Mitarbeiter zum Arzt zu schi-

cken, dann gehe man auf Seiten der Bundesärztekammer von einer Bringschuld des Arztes aus, die besagte, in solche Informationsgespräche mehr Zeit als drei, vier Minuten zu investieren. Das Problem für den Berufsstand: Ein CPE als Pendant zu CME gibt es - noch - nicht. Also bleibt die Qualifizierung des Berufsstandes weiterhin Sache des einzelnen Unternehmens bzw. Dienstleisters.

„Statt Produktberater heute Konzeptberater“

Was auf diesem Gebiet möglich ist, demonstriert Boethin. Er berichtet, dass er 25 Mitarbeitern aus seiner AD-Mannschaft von knapp 100 Personen die Fortbildung zum „Health Manager Pharma“ an der Fachhochschule Hannover - ein akademisches Qualifizierungsprogramm, das die FH mit dem BdP auf die Beine gestellt hat - finanzierte. Der Grund dafür: Boethin ist überzeugt - und das schon seit zehn Jahren, sagt er -, dass der „AD-Mitarbeiter der Zukunft viel stärker Konzeptberater als Produktberater“ sein müsse. Boethin erinnert daran, dass die Konzentration auf das Produkt und den Produktwettbewerb schon allein deswegen nicht mehr funktionieren könne, weil sich die Produktmarken immer ähnlicher würden, also ein Wettbewerb auf der Basis von Produktunterschieden gar nicht mehr funktionieren könne. Für Bichler heißt das nichts anderes, dass die Arztkontakte seiner AD-Mitarbeiter heute „primär keine reinen Produktgespräche mehr sind“. Das Produkt bleibe zwar nicht außen vor, aber ein AD-Mitarbeiter müsse heute „ganz andere Informationen transportieren können“.

Vor diesem Hintergrund glauben Boethin wie Bichler nicht an das angeblich durch Tests zementierte „Drei-bis-Fünf-Minuten-Syndrom“. Beide betonen: Immer dann, wenn es gelinge, über den AD-Mitarbeiter die den Arzt interessierenden Themen aus seinem Berufsumfeld - also keineswegs



Torsten Boethin (li.), Sales Manager Prokurist der Opfermann Arzneimittel GmbH und Madaus GmbH, und Dr. Josef Bichler, Direktor Vertrieb der Merck Serono GmbH



nur das Medikament, seine Eigenschaften und allenfalls noch seine Applikation - zu besprechen, könnten zehn, fünfzehn und mehr Minuten Gespräch zustande kommen. Bichler weiß, dass in solchen Fällen der Arzt mit dem AD-Mitarbeiter sogar eine Fortsetzung des Gespräches in den Abendstunden vereinbare. Dort, wo es auf die fünf Minuten hinaus laufe, gehe es heutzutage um eine noch offene Frage aus dem letzten Kontakt.

Vogel wie Boethin und Bichler sind sich einig, dass der Außendienst sich ändern muss. Dieser Prozess sei schon im Gange. Das Wesentliche dieses Strukturwandels ist die Erkenntnis, dass der Außendienst immer eindeutiger, ja sogar fast ausschließlich durch die Interessenlage des AD-Zielpartners, also durch Arzt, Apotheker, gegebenenfalls auch PTA und andere medizinische Hilfskräfte, gesteuert werden müsse. Für Boethin gibt es nur ein Fazit: „Die Grundlage für meinen Besuch ist die Frage, was will der Arzt von mir?“ Die Kenntnis der genauen Situationsanalyse des Zielpartners am Tag des Besuchs sei das A und O. Im gleichen Sinne äußert sich Bichler: „Der AD-Mitarbeiter ist schon derjenige, der natürlich darauf hinweist, womit das Geld verdient wird. Aber er ist zunehmend Bedarfsermittler.“

Der Arztbesuch besitzt somit keinen Selbstzweck, er ist keine soziale Wohltat, sondern bleibt verkaufsorientiert - aber mit den Instrumenten, die für den Arzt & Co. einen Mehrwert versprechen. Bichler formuliert das sinngemäß so, der „Bedarfsermittler AD-Mitarbeiter“ suche permanent nach

neuen und anderen Wegen, wie ein Produkt dem Arzt oder Apotheker direkt oder indirekt präsentiert werden kann. Bichler sagt, es werde heute unterschieden zwischen dem Bereich, mit dem man das Geld verdienen könne, und dem Bereich, „ohne den es heute nicht mehr geht“: Der AD biete dem Zielpartner an, am Know-how des Unternehmens zu partizipieren. Um den Arzt nur über Produkte etc. zu informieren, sei ein Besuch nicht notwendig, denn „der Arzt kennt das Produkt. Das wäre verlorene Zeit.“ Hingegen machten Themen, „die einen Mehrwert für den Arzt bedeuten“, Sinn. Dazu gehören für Bichler neben dem Bereich „Gesundheitspolitik“ der gesamte Themenkranz der Patienten-Compliance und das Gebiet „Praxismarketing“: „Nur noch das Produkt zu erwähnen, wäre viel zu wenig.“

Neue Praxisstrukturen erfordern ein Umdenken

Ein Strukturwandel im Arztkontakt ist für Boethin aber nicht nur Ergebnis einer geänderten Interessenlage. Ein mindestens gleichgewichtiger Grund liegt für ihn in der sich wandelnden Struktur der Arztpraxis: „Wir haben es künftig immer weniger mit einer Einzelpraxis zu tun, sondern mit komplexen Strukturen.“ Boethin verweist damit auf die sich etablierenden neuen Organisationsformen in Richtung Netzwerke, Genossenschaften, Versorgungszentren, Gründung von GmbH etc. Der entscheidende Punkt: Diese neuen „Versorgungsformen werden von Betriebsmanagern“ geführt,

sagt Boethin und das bedeutet: Der AD-Mitarbeiter werde mit „neuen Kunden“, die keine Ärzte sind, konfrontiert. Diesem „neuen Kunden“ sei es völlig egal, ob das Präparat von Ratiopharm, Hexal oder Stada komme. Das wiederum verlange nach einer komplett neuen Gesprächskompetenz: Weniger medizinische Fragen als vielmehr betriebswirtschaftliche Aspekte rückten in den Vordergrund. Boethin: „Ein Betriebswirtschaftler wird jene Firmen auswählen, die den besten Mehrwert bieten. Deswegen müssen wir uns umstellen.“

Der Berufsverband der Pharmaberater hat schon vor Jahren die neue Welt des AD-Mitarbeiters antizipiert. Ob mehr Betriebswirtschaft oder mehr medizinisches Know-how, das wird immer auch eine Frage an das jeweilige Unternehmen und dessen Prioritäten sein. Bei einem Generika-Unternehmen gelten andere Prämissen als bei einem Original-Hersteller, einem forschenden Unternehmen oder einem OTC-Hersteller. Allen aber wird wohl gemeinsam bleiben, an den AD-Mitarbeiter hohe Anforderungen sowohl, was den Berufseinstieg, als auch, was die Qualifizierung im Berufsleben, also die klassische Fortbildung, anbelangt. Der BdP, so dessen Vorsitzender Wolfgang Vogel, glaubt jedenfalls nicht, dass ein AD für den deutschen Markt grundsätzlich mit Medizinern bestückt werden kann, wie in einigen EU-Ländern vorgeschrieben und wie das „Medical Tribune“-Konzept es vorlebt. Gleichwohl geht der BdP davon aus, dass eine naturwissenschaftliche Ausbildung (Medizin, Pharmazie, Biologie etc.) als Voraussetzung für den Berufseinstieg gelten soll. Des weiteren arbeitet der BdP an der Durchsetzung seiner Forderung, dass beim geprüften Pharmareferenten auch vier Medizin-Semester in den 1.000-Pflicht-Ausbildungsstunden enthalten sein müssten. Im Übrigen, so Vogel, werde ein vollwertiger akademischer Abschluss - über den Health-Manager-Pharma hinaus - angestrebt. <<