Titelinterview mit Dr. Marcel Gmünder, Global Head von Roche Diabetes Care

„Wir managen Diabetiker für einen Fixbetrag“

Kenntnis von Algorithmen, Kooperationen und Studien: So könnte man die neue Begriffstrias bezeichen, mit dem sich Roche Diabetes Care einen Weg in die Zukunft des nachindustriellen Zeitalters sichern will. Nicht dass der Diagnostik-Konzern künftig keine Blutzuckermessgeräte- und Teststreifen produzieren möchte, aber eben nicht nur, und dies dann eingebettet in ein evidenzbasiertes Diabetesmanagement. Das ist nach Meinung von Dr. Marcel Gmünder ein wesentlich zukunftsgerichteteres Geschäftsmodell als das alte. Innovative IV-Verträge und Integrated-Care-Modelle sind dabei die Wegbereiter.

>> IGI Stat, ein Spin-Off-Unternehmen der Stanford-Universität arbeitet an einem Chip, der Antikörper im Blut nachweisen kann, um so Arten von Diabetes zu unterscheiden. Der Online-Gigant Google ist gemeinsam mit dem Kontaktlinsenhersteller Alcon, einer Unternehmenstochter des Pharmakonzerns Novartis dabei, eine Kontaktlinse zu entwickeln, welche Glukose in Tränen misst. Intarcia testet gerade in einer Phase-3-Studie ein nur zündholzgroßes Gerät, das unter die Haut implantiert eine kontinuierliche Dosis des Eli Lilly-Inkretin-Mimetikas Exenatide abgibt. Und Medtronic will bereits in diesem Jahr den lang ersehnten künstlichen Pankreas auf den Markt bringen. Wo, Herr Dr. Gmuender, findet sich in diesem Innovationskonzert Roche Diagnostics wieder? Oder gibt es vielleicht gar keinen Innovationsgap?

Ich würde nicht sagen, dass es keinen Innovationsgap gibt. Roche Diabetes Care hat tatsächlich in den letzten vier, fünf Jahren nicht die Innovationskraft auf den Markt gebracht, die von uns zu erwarten wäre oder die wir uns selbst vorgestellt hatten. Das heißt aber nicht, dass nach der Markteinführung des neuen Pumpensystems „Accu-Chek Insight“ vor rund zwei Jahren unsere Pipeline leer wäre.

Was kommt denn demnächst?

Wir werden noch in diesem Jahr ein neues Blutzuckermesssystem namens „Accu-Chek Guide“ auf den Markt bringen. Die Markteinführung startet dieses Jahr in einigen Pilotländern, danach folgen Deutschland und andere großen Märkte. Parallel dazu wird unser erster eigener Continuous-Glucose-Monitoring-Sensor eingeführt, der den Zucker in der Zwischenzellflüssigkeit misst – das wird zuerst in Skandinavien, gefolgt von Österreich und den Niederlanden geschehen.

Warum zuerst in Test- oder Pilotmärkten?

Die Testmärkte helfen uns zu lernen. Diese Art strukturierter Launches sind für ein international tätiges Unternehmen sehr sinnvoll. Auch sieht man an diesen beiden Einführungen, dass wir dabei sind, aufzuholen, was die Innovation anbelangt. Nichts desto trotz muss man offen zugeben, dass wir durchaus eine gewisse Verspätung gegenüber unseren ursprünglichen Plänen zu verzeichnen haben.

„Wir sind in einem sehr komplexen Markt tätig, der an der Schnittstelle von Medizin, Diagnostik und IT angesiedelt ist.“

Worin begründen sich denn diese Verspätungen?

Wir sind in einem sehr komplexen Markt tätig, der an der Schnittstelle von Medizin, Diagnostik und IT angesiedelt ist. Je mehr man sich von relativ „einfachen“, weil singulär agierenden Systemen entfernt, desto herausfordernder wird das Ganze. Beim Continuous-Glucose-Monitoring, kurz CGM, haben wir sicher die Komplexität, die man für solche Software-gestützten Systeme benötigt, unterschätzt, ,. Diese Arbeit ist weitestgehend getan, sodass wir sehr zuversichtlich sind, noch in diesem Jahr unseren ersten Sensor launchen zu können.

Der aber immer noch ein ganzes Stück weit weg ist von dem künstlichen Pancreas, der bei Roche schon seit 2007 auf der Agenda stand.

Das stimmt. Unser CGM-Sensor ist ein unabhängiger Sensor, der noch nicht automatisch mit einer Insulin-Pumpe verbunden sein wird. Das ist das nächste Teilziel, das es erlauben wird, eine gewisse Steuerung der Insulindosierung vornehmen zu können. Doch auch das wird noch keine wirkliche Vollautomatisierung bedeuten, die dann den Namen eines künstlichen Pancreas verdienen würde.

Wie lang wird der Weg dahin noch sein?

Wir bewegen uns derzeit noch auf dem Level eines sogenannten Low-Glucose Suspends, der – einfach gesprochen – die Insulin-Pumpe abstellt, wenn der Blutzucker zu tief fällt, was insbesondere während der Nacht von großer Bedeutung ist, weil hier die Hypoglykämie-Gefahr erhöht ist. Im zweiten Schritt braucht man ein sogenanntes Treat to Range-System, das es erlaubt, bestimmte Bandbreiten von Blutzuckerwerten einzustellen, an denen sich die Pumpe orientieren kann, und dann über ständige Rückkopplungen mit den Messwerten die entsprechende Insulinmenge abgibt. Das ist aber für uns noch Zukunftsmusik.

Wie lange wird das noch so sein?

Das wird schon noch zwei bis drei Jahre dauern.

Woran hapert es denn?

Es ist nicht so, dass wir es nicht versuchen würden. Für uns ist der künstlichen Pancreas nach wie vor das ultimative Ziel, weil es quasi eine Art Heilung des Diabetes Typ I bedeuten würde. Doch sind die Schwierigkeiten auf dem Weg dahin enorm. Was aber weniger ein Problem der Technologie ist, sondern von kompetenten Algorithmen, die es einem solchen System erlauben würden entsprechend zu reagieren. Und wenn die einmal existieren, dann steht es auf einem ganz anderen Blatt, ob die Regulierungsbehörden diese Algorithmen auch abnehmen werden.

Das Hauptgeschäft von Roche ist nun das der Blutzuckermessgeräte bei Typ 2 Diabetes, nicht unbedingt das Pumpengeschäft im Bereich des Diabetes Typ 1. Nun versucht Google gemeinsam mit Alcon in dieses Business einzudringen, indem sie über spezielle Kontaktlinsen den Blutzucker in der Augenflüssigkeit messen wollen. Falls das funktionieren sollte, ist Roche sein Geschäftsmodell quitt.

Es ist nichts Neues, den Blutzucker nicht-invasiv messen zu wollen. Ich erinnere an die ganz frühen Anfänge mit Urin, gefolgt von

Schweiß oder auch über die Elektrizität der Haut. Letztere Idee hat vor rund zehn Jahren ein Schweizer Unternehmens namens Pendragon versucht, das mit der Businessidee der „Zucker-Uhr Pendra“ an die Börse gegangen und gescheitert ist, weil es das, was es im Börsenprospekt versprochen hat, nicht halten konnte. Das ist aber auch kein großes Wunder, weil es eben auf den Zuckergehalt im Blut ankommt und nicht auf den in irgendwelchen anderen Flüssigkeiten gemessenen oder gar auf die an irgendwelchen Körperstellen detektierte elektrische Leitfähigkeit der Haut, die Veränderungen des Zuckerspiegels im Blut anzeigen soll.

Es liegt sicher wieder am fehlenden Algorithmus.

Genau. Man kann zwar heute durchaus eine gewisse Korrelation zwischen dem Zucker im Blut und dem Zucker in Zwischenzellflüssigkeiten herstellen. Das ist nicht das Problem an sich. Doch nun fehlt der Algorithmus zwischen dem Zucker im Blut und dem Zucker in der Tränenflüssigkeit. Das ist die Schwierigkeit, vor der Google und Alcon und alle anderen stehen.

Nun kann man doch annehmen, dass Google, wenn es darum geht, einen umfangreichen Algorithmus zu entwerfen und zu finden, wahrscheinlich einer der besten Kandidaten ist. Denn das ist das Kerngeschäft dieses Unternehmens.

Wenn es jemand schafft, einen derartigen Algorithmus zu finden, dann wahrscheinlich Google. Nur: Wenn es ihn nicht gibt, dann findet man ihn auch nicht. Das war bei allen anderen nicht-invasiven Systemen so, ob sie nun Temperaturunterschiede, elektrische Spannungen oder Schweiß analysieren wollten. Keiner hat es bisher geschafft, eine stimmige Korrelation zum Blutzucker herzustellen.

Im Moment ist das mit Sicherheit richtig. Doch ein internationaler Großkonzern mit 130 Jahren Geschichte muss doch anders und weiter voraus denken.

Das tut Roche. Wir überlegen sehr wohl, ob das Blutzuckermessen ein Geschäftsmodell ist, das es noch in 50 Jahren geben wird.

Ihre Antwort?

Die ist ganz eindeutig: Das Geschäft, das wir heute betreiben, ist kein zukunftsgerichtetes Geschäftsmodell. Der pure Ansatz der Entwicklung und des Verkaufs von Blutzuckermessgeräten und -teststreifen wird in Zukunft nicht mehr so wie heute funktionieren. Das liegt aber auch daran, dass Teststreifen mehr und mehr generisch werden.

Sie sind doch zum Teil schon generisch.

Entsprechend ist dieses recht simple Geschäftsmodell für uns nicht tragfähig.

Welches Geschäftsmodell ist denn zukunftsfähig?

Das des Diabetesmanagements. Die Kosten, die durch die ungenügende Behandlung dieser Krankheit und deren Komplikationen entstehen, addieren sich auf weltweit dreistellige Milliardenbeträge. Jedoch kann ein gutes Diabetesmanagement dafür sorgen, dass der Diabetes trotz zunehmender Prävalenz und Inzidenz seitens der Gesundheitssysteme finanzierbar bleibt. Diabetes ist schon heute, aber noch viel mehr in naher Zukunft ein Riesenproblem nicht nur sämtlicher Gesundheitssysteme, sondern aller Beteiligten – ob Patienten, Ärzte samt ihrem Betreuungspersonal oder den Krankenkassen.



Können Sie denn diesen drei Anspruchsgruppen die passenden Instrumente in die Hand geben, mit denen diese unheilbare Krankheit – bis es einmal den automatischen Pancreas gibt – kontrollierbar wird.

Sicher, das ist keine Zukunftsmusik. Das können wir schon heute. Mit unseren bereits seit einigen Jahren existenten Diabetesmanagement- und Versorgungsprogrammen können wir den weltweit dreistelligen Milliardenbetrag beeinflussen – und zwar massiv nach unten. Das relativ Simple im Vergleich zu anderen Krankheiten ist beim Diabetes, dass es im Prinzip nur einen Parameter gibt, den man unter Kontrolle bringen muss: Das ist eben der Blutzucker. Natürlich gibt es sehr viele Faktoren, die auf den Blutzucker einwirken, aber wenn man den Blutzucker unter Kontrolle hat, dann hat man auch den Diabetes mitsamt all seiner Komplikationen in Griff.

Dazu würde das IQWiG sagen: Sie haben vielleicht recht, aber der HbA1c ist doch nur ein Surrogat.

Da hat das IQWiG auch Recht. Der HbA1c ist nun einmal ein Surrogat. Darum brauchen wir - wenn schon nicht permanent, dafür aber strukturiert gemessene - langfristige Blutzuckerwerte, wobei jedoch jeder einzelne Wert für sich genommen wichtig ist. Denn nur kurzfristige Blutzuckerwerte offenbaren Ausreißer nach oben und nach unten, die man im Auge behalten muss, wenn man Hypo- oder Hyperglykämien vermeiden will. Doch bisher war das Blutzucker- und HbA1c-Messen so etwas wie der Blick eines Autofahrers in den Rückspiegel: Er sieht nur das, was hinter ihm liegt. Ein modernes Diabetesmanagement braucht aber viel mehr, nämlich einen prospektiven Indikator, der möglichst verlässlich voraussagt, wie seriös mögliche Komplikationen sein werden und wie durch sie Morbidität, Mortalität und Lebensqualität beeinflusst werden.

Sie wollen damit weg von der rückwärtigen zur prospektiven Sicht. Sind sie denn schon so weit?

Das ist genau das, was wir derzeit in diversen Studien untersuchen.

Die vielen Open-House-Verträge, die bei Blutzuckermessstreifen eigentlich nur auf den Preis fokussieren, während es nur einen einzigen qualitativen Vertrag zwischen Roche und der AOK Hessen gibt, zeigen doch ein anderes Bild.

Darum muss man den IV-Vertrag mit der AOK-Hessen als Pilotvertrag betrachten. Das damit etablierte Versorgungssystem ist für uns ein System der Zukunft, das wir schnell skalieren können, wenn die Kassen dazu bereit sind.

Was sie aber noch nicht tun, weil sie mit Open-House-Verträgen, bei denen meist B- oder C-Ware mitmachen, durchaus sparen.

Ich kann die Krankenkassen verstehen, wenn sie aus reiner Einkäufersicht bei einem winzigen Detailpunkt wie jenem der Blutzuckermessstreifen sparen wollen. Doch verlieren sie dabei allzu schnell das große Ganze aus den Augen – das sind die immer mehr ausufernden Kosten für die Diabetesbehandlung und vor allem die der durch sie ausgelösten Komplikationen, die bei einem guten Diabetesmanagement nicht oder nicht in der Höhe auftreten. Genau hier liegen die größten Einsparungsmöglichkeiten.

„Wir sind sogar bereit, eine Art Wette darauf einzugehen."

Beim Diabetes liegt doch der Kostenanteil der Teststreifen an den Gesamtkosten bei nur rund einem Prozent.

Bei weniger als einem Prozent.

Wenn dem so ist, dann hat es Ihre Branche wohl versäumt, den Wert des Blutzuckermessens mit entsprechenden Studien zu hinterlegen.

Das hat unsere Branche zu einem gewissen Teil verpasst. Es reicht eben nicht mehr, nur zu verstehen, was Diabetesmanagement verändern kann und wie dadurch die Kosten beeinflusst werden können, man muss es auch beweisen. Und das geht leider nur durch Versorgungsforschung.

Warum leider?

Wir haben uns viel zu lange damit beschäftigt, möglichst akkurate und immer noch akkuratere Messsysteme auf den Markt zu bringen. Wir sind im Prinzip ein hochqualitatives und absolut technologieorientiertes Unternehmen, das es erst lernen muss, sich mit der Versorgungsforschung oder anderen Studienarten rund um patientenrelevante Endpunkte intensiv zu beschäftigen. Aber als Teil des Roche-Konzerns unterstützen wir den Ansatz der evidenzbasierten Medizin. Es ist für uns entscheidend, dass für Innovation auch der Nutzen nachgewiesen werden kann.

„Qualität. Qualität. Qualität" könnte ihr bisheriger Begriffstrias heißen.

Das wird sich bei einem Schweizer Unternehmen wie Roche auch künftig nicht ändern. Doch nun muss dieser Begriffstrias erweitert werden in Richtung Versorgungsrealität. Doch hier sind wir lernfähig: So haben wir beispielsweise die Pro-Value-Studie im Hausarzt- und im Diabetologenbereich aufgesetzt, mit der wir zeigen wollen, dass man mit einem guten Diabetesmanagement tatsächlich Kostenvorteile generieren kann. Die Basis eines jeden Diabetesmanagements - das muss man immer wieder sagen – ist jedoch das Messen des Blutzuckers. Man kann Diabetes nicht managen, wenn man den Blutzucker nicht strukturiert kontrolliert.

Warum geschieht das erst jetzt?

Dass wir uns im Prinzip erst seit wenigen Jahren auf die neuen Versorgungsmodelle fokussieren, mit denen wir uns ein Stück weit vom alten Geschäftsmodell lösen können, liegt nicht alleine an uns. Um ein gutes effektives und effizientes Diabetesmanagement installieren zu können, braucht es Partner auf der Patienten- und Ärzteseite, vor allem aber auf jener der Krankenkassen. Bevor man aber vor allem Ärzte und Kassen überzeugen kann, benötigt man entsprechende Studien, für die man wiederum Partner braucht, um solche Studien überhaupt aufsetzen und durchführen zu können. Das macht es aus Industriesicht enorm schwierig, Innovationen in den Markt zu bringen.

Erwarten Sie sich eine Hilfestellung aus dem Innovationsfonds?

Die Industrie wird beim Innovationsfonds explizit außen vor gehalten, auch wenn Diabetesmanagement, wie es wir verstehen, weit mehr als ein Produkt oder Dienstleistung ist. Darum wäre es schon sinnvoll, einen Pilotversuch wie beispielsweise den mit der AOK Hessen in den Innovationsfonds einzubringen, um damit die Overheads aufzufangen, die durch die beim Arzt anfallenden Mehrkosten entstehen, die jedoch durch die Minimierung der Folgekosten mehr als aufgewogen werden.

Was zu beweisen ist.

Wir können bereits innerhalb von einem bis zwei Jahren zeigen, dass es funktioniert. Und wir sind sogar bereit, eine Art Wette darauf einzugehen.

In welcher Art?

Wie sehr wir an die Effektivität und Effizienz unseres Diabetesmanagements glauben, noch bevor wir die Studienergebnisse vorliegen haben, erkennt man beispielsweise daran, dass wir in einer Provinzregion in Spanien alle Diabetiker für einen Fixbetrag managen – das ist eine Art Kinzigtal für Diabetes.

Sind schon andere Gesundheitssysteme auf diesem Weg?

Leider nicht. Es gibt sogar noch Gesundheitssysteme, die „fixed insulin" ganz ohne Blutzuckermessen vergüten. Das ist für mich nichts anderes als eine maßgebliche Geldverschwendung. Um beim vorigen Autobeispiel zu bleiben: Das ist ungefähr so, als wenn man blind Auto fährt, aufs Gaspedal drückt und dabei hofft, dass die Strecke vor einem schon gerade sein wird.

Oder kein Hindernis auf der Straße ist.

Wenn etwas auf dem Weg steht, fährt man rein. Ende und Aus. Genau das passiert Patienten mit einer „fixed insulin"-Therapie ohne Blutzuckerkontrolle. Wenn irgendetwas Unvorhergesehenes passiert, entgleisen sie.

Und so etwas nimmt die Ärzteschaft und das jeweilige Gesundheitssystem in Kauf?

Beide nehmen es sogar bewusst in Kauf; wohl wissend, dass man mit relativ bescheidenen finanziellen Mitteln für die Blutzuckermessung und die entsprechenden Ausbildungsprogramme Komplikationen und Folgeschäden verhindern könnte. Anderseits ist es nicht so, als dass sich nichts zum Positiven verändern würde. So gibt es innerhalb der Europäischen Union Ansätze, wie man künftig mit dem Management chronischer Krankheiten umgehen will, zu denen Diabetes

zählt. Hier wird auf einen Regelkreis fokussiert, den der spanische Wissenschaftler Prof. Antonio Ceriello entwickelt hat, der wiederum auf Vorarbeiten von Roche Deutschland basiert. Den Regelkreis hat nun die europäische Kommission aufgenommen.

Ist dieser Regelkreis in der EU schon etabliert?

Spontan fällt mir hier Holland ein, doch auch in Spanien wird in einigen Regionen nach diesem System gearbeitet.

Und in Deutschland?

Hier gibt es bisher nur den Pilotversuch mit der AOK Hessen, wobei man dazu sagen muss, dass hier zwar der Ceriello-Regelkreis als Basis hinterlegt ist, aber noch nicht als durchgängige Behandlungs-Leitlinie definiert ist. Doch wird immerhin unsere Software genutzt, um den Behandlungsprozess abzubilden und zu steuern.

Ihre eigene Software, die sie selbst entwickelt haben?

Aber ja. Moderne Managementprogramme sind absolut IT-getrieben. Diabetesmanagementprogramme werden erst durch die heutigen technischen Möglichkeiten, durch Digitalisierung von Daten, durch die Kommunikation zwischen Messsystemen und Basissoftware und die nötige Interoperabilität ermöglicht. Das ist etwas, das vor 20 oder auch nur 10 Jahren noch gar nicht möglich war. Auch wenn wir auch das bereits damals versucht haben.

Kommt nun das Stichwort Big Data?

Diabetesmanagement verlangt schon eine holistische Sichtweise. Es ist absolut von Vorteil, wenn man nicht nur den Blutzuckerwert misst, sondern auch andere Einflussfaktoren wie Schlafqualität, Bewegung, Herzschlagrate und Ernährung kennt. Alle diese Daten haben ihren eigene Wertigkeiten, die man theoretisch miteinander verbinden und wiederum über Algorithmen abbilden kann. Doch reden wir hier nicht über den viel strapazierten Begriff des Big Data. Es gibt nur vier, fünf, vielleicht sieben Datenkategorien mit kleinster Datengröße, die man miteinander verbinden muss. Wenn man dagegen betrachtet, welche gigantischen Datenströme im Terrabyte-Bereich im Bereich der Krebstherapie oder der Genome zu handeln sind, ist das, was man im Diabetesmanagement an Daten braucht, nahezu ein Scherz. Das ist jedoch von großem Vorteil für uns: Denn Dank der geringen Datenmengen braucht man meist keine stationäre Computerpower, sondern kann schon vieles mit mobilen Computern oder gar Smartphones und -tablets machen.

Das könnte man fast als Anforderung an Roche als Marktführer verstehen, ihre Software zu öffnen.

Diese Diskussion führen wir seit langem intern. Bei uns wäre inzwischen die Bereitschaft dazu vorhanden, was aber noch auf keine große Gegenliebe der Mitbewerber stößt. Doch bin ich persönlich davon überzeugt, dass uns alle nur ein offenes System weiterbringen wird.

Es ist auch keinem Arzt und keiner Kasse zuzumuten, die Patienten mit diversen proprietären Systemen zu betreuen.

Eben. Wir brauchen ein offenes System. Denn nur das wird zukunftsfähig sein. Wenn schon unser Geschäftsmodell, einen Blutzuckerwert zu generieren, ein Stück weit verloren gehen wird, muss an dessen Stelle die Fähigkeit treten, die damit erhobenen Daten zu managen. Für Roche Diabetes Care lautet der Anspruch, medizinischen Fortschritt zu generieren, indem durch die Auswertung medizinischer Daten eine wichtige Therapieunterstützung geleistet wird.

Da muss man doch irgendwie an Dr. Volker Pfahlert, einen ehemaligen Roche-Manager in Deutschland denken, der von McKinsey kam und bereits Ende der 90er Jahre den Begriff der „Actionable Health Informations“ geprägt hat.

Ich muss an der Stelle Volker Pfahlert Anerkennung zollen. Die Idee war damals die absolut richtige, nur kam sie leider zur falschen Zeit, weil damals die technologischen Möglichkeiten einfach nicht gegeben waren.

Manchmal werden diejenigen, die zu früh gute Ideen haben, nicht genug wertgeschätzt.

Das ist oft so, nicht nur bei uns. Das ändert indes nichts daran, dass die Idee an sich gut war. Wir sind sogar an einem Punkt, an dem wir sagen: Es geht künftig nicht nur um Daten, und es geht auch nicht mehr darum, Daten zu sammeln und zu generieren, sondern nur noch darum, aus diesen Daten Erkenntnisse zu gewinnen und aus diesen richtige Handlungsanleitungen abzuleiten.

Das war genau die „Actionable Health Information“. Nur: Wann und wie wird ein Geschäftsmodell daraus?

Sobald Studien beweisen können, dass Diabetesmanagement eindeutig dazu führt, dass richtig eingestellte und – im besten Sinne des Wortes - geführte Diabetiker weniger Folgekosten, niedrigere Hospitalisierungskosten bis hin zu geringeren Komplikationsraten haben. Das wird wohl Anfang nächsten Jahres sein, dann werden die ersten Daten vorliegen.

Ist das ein Thema, das von Roche auch international verfolgt wird?

Das ist für mich in meiner neuen Rolle als Globaler Leiter Roche Diabetes Care- ganz zentral. Doch erfordert dieser Schritt in unserem Unternehmen auch eine Art Kulturwandel, um von der Produktions- und Produkt-Ebene auf eine Systemebene zu kommen. Das bedeutet für uns ein hartes Change Management, das nicht ganz einfach umzusetzen ist.

Warum?

Machen Sie einmal einem Techniker klar, dass es nicht mehr reicht, bestehende Produkte immer weiter zu optimieren, zu verfeinern und immer noch ein Quäntchen genauer zu machen. Bis man einfach irgendwann feststellen muss, dass der Mehrwert für den Kunden nicht mehr nachvollziehbar, und er darum auch nicht mehr bereit ist, dafür zu bezahlen.

Das nennt man Grenzkostenthematik.

Genau. Mit unserem neuen Blutzuckermessgerät kommen wir auf Genauigkeitswerte, die absolut spitze sind. Rein medizinisch gesehen, schafft es aber keinen Mehrwert mehr, wenn man nun noch genauer als genau würde. Anders gesagt: Es lohnt sich einfach nicht mehr, ein noch besseres System zu bauen. Wo es hingegen große Notwendigkeiten gibt, ist das Diabetesmanagement. Das muss uns allen intern klar sein, erst dann können wir es glaubhaft nach außen vermitteln – hier ist übrigens Deutschland wirklich führend, ein absoluter Vorreiter.

Ist das der Hauptgrund für die Gründung der eigenständigen Roche Diabetes Care Deutschland GmbH, kurz RDCD?

Das ist richtig. Um besser und schneller auf die sich ändernnden

Marktanforderungen reagieren zu können, gründen wir nicht nur in Deutschland eigenständige Gesellschaften, sondern nahezu gleichzeitig in 20 wichtigen Märkten. Wir verselbständigen damit bis zu einem gewissen Grad die gesamte Division Diabetes Care, auch wenn die einige Prozesse sowie regulatorischen Bereiche zentral gesteuert werden.

Ebenso gibt es erst seit kurzer Zeit Kooperationen, die in den vergangenen Jahren bei Roche keine Rolle spielten: beispielsweise mit SAP oder Pendiq: Warum wurde das früher nicht gemacht?

Das Potenzial des Markts Blutzuckermessstreifen war einfach groß genug. Und man sah nicht die Notwendigkeit zu diversifizieren, oder gar eigene Pens zu entwickeln, auch, weil die von Insulinherstellern nahezu gratis abgegeben werden. Erst mit der Idee des Diabetesmanagements kam beispielsweise die Kooperation mit Pendiq zustande. Denn nun macht es auf einmal sehr viel Sinn, auch die Insulindaten aus dem Pen für Therapieentscheidungen heranzuziehen. Und mit SAP haben wir eine technische Lösung entwickelt, die das Thema Bewegung aufgreift und eine Gewichtsreduktion fördert – ein essentieller Faktor, zur Vermeidung von Diabetes oder Verbesserung der Therapieeinstellungen.

Ist Kooperation ein Weg der Zukunft?

Absolut. Diabetes ist nun einmal eine sehr komplexe Krankheit. Wir können nur dann ein stimmiges Managementprogramm anbieten, wenn wir Zugriff auf möglichst alle wichtigen Einzeldaten haben. Und die bekommen wir nur, wenn wir kooperieren. Genau das tun wir.Darüber hinaus ist neben der Verknüpfung aller wichtigen Informationen auch die Vernetzung mit Partnern aus unterschiedlichen Industrien ein wesentlicher Pfeiler, um innovative und zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln. Daher arbeiten wir erfolgreich mit verschiedenen Start-ups und Universitäten zusammen und betreiben so konsequent unseren offenen Innovations-Ansatz.

Wie würden Sie die Funktion Ihres Unternehmens in diesem Konzert bezeichnen?

Roche Diabetes Care will kein bloßer Integrator, sondern Enabler sein. Dazu brauchen wir gewisse IT- und medizinische Kernkompetenzen sowie die nötige Messstreifen- und Sensortechnologie. All das haben wir. Alles andere, was wir noch brauchen, können und werden wir arrondieren.

Ist das nicht auch ein Appell an den Markt, an den Mitbewerb und ebenso an die Krankenkassen, mehr Innovationen zuzulassen?

Wenn wir das gemeinsam anpacken, wird uns das gelingen.

Herr Dr. Gmünder, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Dr. Marcel Gmünder

Kurze Vita