

Simon, Jörg; Röthele, Sebastian

Working Paper

Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt: Entwicklungsstand und Chancen

Arbeitspapier, No. 06/04

Provided in Cooperation with:

Technische Universität Braunschweig, Institute of Marketing

Suggested Citation: Simon, Jörg; Röthele, Sebastian (2006) : Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt: Entwicklungsstand und Chancen, Arbeitspapier, No. 06/04, ISBN 3933628660, Technische Universität Braunschweig, Institut für Marketing, Braunschweig

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/54788>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Jörg Simon und Sebastian Röthele

**Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing
auf dem deutschen Pharmamarkt –
Entwicklungsstand und Chancen**

AP-Nr. 06/04

Technische Universität Braunschweig
Institut für Wirtschaftswissenschaften,
Abteilung BWL, insbes. Marketing
Braunschweig 2006

ISBN 3-933628-66-0

Zusammenfassung

Der direkten Bewerbung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beim Patienten – also dem Endkunden – sind in Deutschland enge Grenzen gesetzt. Das Heilmittelwerbe-gesetz dient hier seit 1965 dem Verbraucherschutz indem es das gesamte Werberecht auf dem Gebiet des Heilwesens unter folgenden Leitsatz stellt: „Die Werbung für Arzneimittel darf nach Art, Form und Inhalt nicht geeignet sein, den Entschluss zum Kauf, zur Verschreibung oder zur Anwendung des Arzneimittels unsachlich zu beeinflussen“. Auch auf europäischer Ebene wurden 1992 entsprechende Verordnungen zum Verbot von Werbemaßnahmen für verschreibungspflichtige Medikamente verabschiedet.

Die pharmazeutische Industrie in Deutschland verhält sich angesichts der geltenden Vorschriften noch sehr zögerlich hinsichtlich ihrer auf den Endkunden gerichteten Maßnahmen. Andererseits hat man erkannt, dass die Patienten – und hier insbesondere die chronisch Kranken – in zunehmendem Maße gut informiert und emanzipiert sind und so auf die Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte starken Einfluss ausüben. Aus dieser Erkenntnis heraus gewinnt die direkte Patientenansprache für die Arzneimittelhersteller an Bedeutung. Es besteht aber weiterhin eine große Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Erfolgsaussichten beim Einsatz von Direct-to-Consumer (DTC)-Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund skizziert der vorliegende Beitrag den Entwicklungsstand des DTC-Marketing in Deutschland. Die Aussagen basieren dabei auf einer unter den größten deutschen Pharmaherstellern durchgeführten Befragung von Marketing-Experten. Es wird weiterhin umschrieben, welche Möglichkeiten für pharmazeutische Anbieter auf dem deutschen Markt bestehen, verschreibungspflichtige Arzneimittel mit Maßnahmen des DTC-Marketing zu begleiten. Dabei wird auf Erfahrungen mit DTC-Marketing in den USA und Neuseeland rekurriert.

Direct-to-Consumer-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt – Entwicklungsstand und Chancen

Jörg Simon und Sebastian Röthele

Inhalt	Seite
1 Einleitung.....	1
2 Internationale Erfahrungen	2
2.1 DTC-Marketing in den USA.....	3
2.2 DTC-Marketing in Neuseeland.....	6
3 Situation in Deutschland.....	6
3.1 Relevanz des DTC-Marketing in Deutschland	6
3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	8
3.2.1 Das Heilmittelwerbegesetz.....	9
3.2.2 Entwicklung auf europäischer Ebene.....	10
3.3 DTC-Instrumente	12
4 Ergebnisse einer Befragung deutscher Pharmaunternehmen.....	15
5 Empfehlungen für die deutschen Pharmaunternehmen	20
6 Zusammenfassung und Ausblick	22
Literaturverzeichnis	24
Die Autoren	32

1 Einleitung

Die individuelle und selbst bestimmte Gestaltung des eigenen Lebens nimmt in unserer Gesellschaft einen immer höheren Stellenwert ein. Vor dem Hintergrund eines allgemein stark ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins überträgt sich dieser Wunsch nach Selbstbestimmung auch auf den medizinischen Bereich. Patienten informieren sich eigenständig über Arzneimittel (z.B. über Gesundheitsportale im Internet) und vertrauen bei deren Verschreibung nicht mehr allein auf den Rat der Ärzte. Aufgrund dieser zunehmenden Emanzipation der Endverbraucher gewinnt die direkte Patientenansprache im Allgemeinen – und somit im verschreibungspflichtigen Sektor das Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing – immer mehr an Bedeutung. Die pharmazeutische Industrie in den USA investierte im Jahr 2005 bereits 4,24 Mrd. US\$ in DTC-Werbemaßnahmen (vgl. IMS Health 2006). Damit ist der Bereich „DTC“ in den USA ein bedeutender Faktor beim Absatz rezeptpflichtiger Medikamente. Gerade angesichts der Fragen, ob die Effizienz des Außendienstes hinsichtlich der Ärzteansprache noch gewährleistet ist und die Mediziner weiterhin als die hauptsächlichen Meinungsbildner fungieren, bietet das DTC-Marketing den Pharmaunternehmen die Chance, bisherige Marketing-Konzepte neu zu gestalten.

DTC-Marketing bezieht sich auf den Bereich verschreibungspflichtiger Medikamente und setzt auf die unmittelbare Kommunikation zwischen pharmazeutischen Unternehmen und potentiellen Arzneimittel-Konsumenten (Patienten). Diese direkte Patientenansprache dient zunächst der Aufklärung und Sensibilisierung hinsichtlich bestimmter Krankheiten und Therapieformen aber auch einer Verbesserung der Compliance¹ während einer Therapie (vgl. Schmittgall/Krenz/Besse 2005, S. 350). Darüber hinaus verfolgen die Pharmaunternehmen selbstverständlich Ziele, die den eigenen ökonomischen Interessen dienen. Dazu zählt in erster Linie die Informationsgewinnung aus der direkten Interaktion mit den Patienten, die eine bessere Ausrichtung des Unternehmens an den Bedürfnissen ermöglicht. Aber auch die Erhöhung der Bekanntheit bestimmter Marken sowie die Bindung an das eigene Unternehmen sind beabsichtigt (vgl. Lonsert 1995, S. 339f.). In der Literatur sind verschiedene Ausprägungen des DTC-Marketing zu finden. Dabei reicht das Verständnis von der Herausgabe von Patienten-Broschüren über aufwendige Werbekampagnen bis hin zu zielgerichteten Strategien (vgl. Hardt/

¹ Compliance: „Bezeichnet die Therapietreue eines Patienten, d.h. richtige Einnahme der Medikation [und] Einhaltung begleitender Maßnahmen“; Burkard, 2002, S. 274.

Müller/Schüler 2002, S. 73). In diesem Arbeitspapier wird DTC-Marketing als umfassendes Konzept verstanden. Es bezieht sich auf alle an die Endverbraucher von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gerichteten Kommunikationsformen. „Direct“ beschreibt die unmittelbare Interaktion mit den Konsumenten, die ohne fachkundige Mittler erfolgt. Somit sollen im Rahmen des DTC-Marketing niedergelassene Ärzte, Apotheker oder Organisationen wie Kliniken und Krankenkassen keine Mittlerfunktion hinsichtlich der inhaltlichen Informationsübertragung übernehmen (vgl. Hohensohn 1998, S. 130).

In der pharmazeutischen Industrie in Deutschland ist zurzeit ein zögerliches Verhalten bezüglich einer konsequenten und umfassenden Patientenansprache zu beobachten. Ein Grund dafür ist im Verbot von Werbemaßnahmen für verschreibungspflichtige Medikamente laut der europäischen Richtlinie 92/28/EWG vom 31. März 1992 zu sehen. Kritische Anmerkungen seitens der Politik oder von Verbraucherschutzorganisationen gegenüber dem DTC-Marketing erschweren das Vorgehen. Aufgrund der bestehenden Unsicherheiten ist es sinnvoll, den internationalen Entwicklungsstand wiederzugeben (s. Abschnitt 2) und die rechtlichen Rahmenbedingungen für Deutschland sowie die möglichen Ansätze von DTC aufzuzeigen (s. Abschnitt 3). Die Ergebnisse einer Befragung von Vertretern der Pharmabranche in Abschnitt 4 helfen den Entwicklungsstand von DTC in Deutschland zu skizzieren. Im Gegensatz zur Vermarktung rezeptfreier Arzneimittel stellt das DTC-Marketing für die meisten deutschen Pharmaunternehmen Neuland dar. Daher werden in Abschnitt 5 Empfehlungen bezüglich der Ausgestaltung eines DTC-Konzeptes gegeben werden. Im abschließenden Abschnitt werden die zentralen Aussagen dieser Untersuchung kurz zusammengefasst und ein Ausblick auf mögliche Entwicklungstendenzen gegeben.

2 Internationale Erfahrungen

Die USA und Neuseeland sind die einzigen Länder, in denen Werbung erlaubt ist, die den Produktnamen eines verschreibungspflichtigen Medikaments verwendet (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000 S. IV; Schommer 2005, S. 32). Als Folge dessen ist in diesen Ländern gerade das DTC-Advertising (DTCA) stark ausgeprägt. Weil es in Deutschland aus rechtlichen Gründen noch keine Erfahrungen bezüglich produktspezifischer DTC-Werbung gibt, ist die internationale Entwicklung von DTCA von besonderem Interesse.

2.1 DTC-Marketing in den USA

Anfang der achtziger Jahre initiierten US-amerikanische Pharmaunternehmen zum ersten Mal DTC-Kampagnen. Seitdem diskutieren die Fachexperten, ob DTC-Werbung sowohl den Bedürfnissen der Pharmaunternehmen als auch dem öffentlichen Gesundheitsinteresse dient (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000, S. 5). Im Jahr 1997 erleichterte die US-Arzneimittelkontrollbehörde FDA (Food and Drug Association) durch neue offizielle Richtlinien das Vorgehen für die Pharmaunternehmen. Danach müssen die Unternehmen z.B. bei der produktspezifischen Werbung in TV und Rundfunk, bei welcher der Produktname, das Indikationsgebiet und die Wirkung dargestellt werden, nicht länger alle Risiken benennen (vgl. Abood 2005, S. 79). Als Folge der Richtlinien von 1997 war ein starker Anstieg der Werbeausgaben für Fernsehreklamen zu verzeichnen (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000, S. 6). Die Ausgaben für DTC-Werbung in den USA stiegen von 55 Mio. US\$ im Jahr 1991 (vgl. Wilkes/Bell/Kravitz 2000, S. 112) auf 4,024 Mrd. US\$ in 2004 (vgl. IMS Health 2005a). Damit investierte die pharmazeutische Industrie in den USA im Jahr 2004 14,5% (eigene Berechnung nach IMS Health 2005a) der Gesamtwerbeausgaben² in DTC-Maßnahmen. Insofern ist die direkte Patientenansprache in den USA zwar ein bedeutender Faktor im Marketing von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, aber sie erreicht bei weitem noch nicht das monetäre Ausmaß der Marketing-Aktivitäten, welche auf Ärzte abzielen.

Die Gründe für die steigenden Investitionen der US-Pharmaindustrie in DTC-Werbung liegen u.a. in der zunehmenden Emanzipation der Patienten, die empfänglicher für die Pharmakommunikation sind. Auch die zunehmende Konkurrenz von Präparaten gleicher Indikation erfordert den Aufbau von Präferenzen über die Betonung von Differenzierungsmerkmalen in der Kommunikation gegenüber den Patienten und somit eine Steigerung der Loyalität (vgl. Devereux 2001, S. 86ff.). Ein weitere Ursache für die sich ausbreitende DTC-Werbung liegt in der Bereitwilligkeit der FDA und der Legislative, Konsumenten mit Informationen versorgen zu lassen, um die Aufklärung in gesundheitsspezifischen Fragen zu fördern (vgl. Wilkes/Bell/Kravitz 2000, S. 114).

² Werbeausgaben werden hier als „Promotional Spending“ verstanden und umfassen neben Ausgaben für DTCA und Werbung in Fachliteratur auch die Aufwendungen für den Außendienst und den Einzelhandelswert von Arzneimittelmustern.

Der ökonomische Erfolg von DTCA für die Pharmaunternehmen ist z.B. am Return on Investment (ROI) festzumachen. Nach einer von IMS Health durchgeführten Untersuchung von 49 Marken-Medikamenten, für die zwischen 1998 und 2003 in den USA DTC-Werbung betrieben wurde, wiesen 90% der Marken-Produkte einen positiven ROI auf. 70% überstiegen einen ROI von 1,50 US\$ je eingesetzten US\$ und 35% erreichten einen höheren ROI als 2,50 US\$. Ein Marken-Präparat erreichte den Spitzenwert von 6,50 US\$ je eingesetztem Dollar. Damit schneidet produktspezifische DTCA verglichen mit Werbemaßnahmen in anderen Industrien hervorragend ab (vgl. Gascoigne 2004, S. 1f.).

Hinsichtlich der Beurteilung von DTCA sollte gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Werbung bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Krankheiten eingeschränkt werden. Ängste oder Hoffnungen der Patienten dürften nicht für Absatzförderungsmaßnahmen von Medikamenten missbraucht werden. Hingegen werden so genannten Disease-Education-Advertisements begrüßt, die nicht den Namen eines Medikaments abbilden, sondern den Informationsstand der Bevölkerung fördern und somit einen aufklärenden und präventiven Charakter aufweisen (vgl. Harms/Gänshirt/Lonsert 2005, S. 24). Mitglieder des US-Kongresses äußern sich kritisch und hinterfragen, ob die DTC-Richtlinien und das Vorgehen der FDA ausreichen, um gegen irreführende Aussagen der Endverbraucherwerbung vorzugehen (vgl. Hildebrand 2004, S. 314). Im März 2005 sprach Kathryn Aikin, Analytistin des DTC-Forschungsteams der FDA, besorgt über die Richtung, welche die DTC-Werbung einnimmt. Besonders die ausgewogene Darstellung der Wirkungen und Nebenwirkungen sei nicht immer gewährleistet. Die FDA erklärte stärker gegen solche Werbemaßnahmen vorzugehen – weitere Richtlinien seien in Arbeit (vgl. Arnold 2005b, S. 26).

Herauszustellen ist, dass das Vertrauen der amerikanischen Bevölkerung in die Pharmaindustrie seit 1997 – die FDA verabschiedete unternehmensfreundlichere Bedingungen für DTC-Fernsehwerbung – abgenommen hat. Sagten 1997 noch 79% der Bevölkerung aus, dass die pharmazeutische Industrie gute Arbeit leistet, waren es 2004 nur noch 44% (vgl. Kastner 2005, S. 165f.). Dazu tragen neben unausgewogener Werbung von Arzneimitteln auch Vorfälle wie z.B. der „Vioxx“-Skandal bei. War das Arthritis-Medikament „Vioxx“ im Jahr 2002 mit 160 Mio. US\$ eines der meistbeworbenen Produkte unter allen Konsumgütern (vgl. Stegmaier 2003, S. 7f.), zog Merck es im Herbst 2004 wegen bedeutender Nebenwirkungen, vor allem wegen eines erhöhten

Herzinfarkttrisikos, zurück. Im August 2005 gab ein US-Gericht dem Unternehmen eine Mitschuld am Tod eines Texaners. Die Strafe betrug 253 Millionen Dollar. Die Geschworenen begründeten ihr Urteil damit, dass sowohl Mängel des Medikaments als auch dessen Marketing zum Tod geführt hätten (vgl. o.V. 2005b). Die Werbemaßnahmen für das Medikament betonten zu stark dessen Vorteile und vernachlässigten die Risikoinformationen (vgl. DES Action Canada 2005). Im Sommer 2006 lagen ca. 14.000 Klagen gegen Merck hinsichtlich der „Vioxx“-Nebenwirkungen vor (vgl. o.V. 2006a).

Obwohl die DTC-Ausgaben im vierten Quartal 2004 nach der Marktrücknahme von „Vioxx“ leicht zurückgingen (vgl. Arnold 2005a, S. 34; West 2005, S. 156), überstiegen die Ausgaben im gesamten Jahr 2005 die des Vorjahres. Trotzdem wird der „Vioxx“-Skandal laut mehrerer Autoren und Industrierepräsentanten weitreichende Folgen haben: Die Pharmaunternehmen dürften weniger in produktbetonende Werbung in den Massenmedien wie TV und Radio investieren und sich mehr auf eine beziehungsorientierte DTC-Kommunikation konzentrieren (vgl. Krisanits 2004, S. 49; Arnold 2005a, S. 34). Die Furcht der Industrie vor einem weiteren Imageverlust, vor vermehrter Kritik aufgrund aggressiver DTCA-Maßnahmen und vor Schadensersatzforderungen weitet sich aus. Daher sollten mehr Disease-Education-Advertisements ausgestrahlt, das Online-Marketing gefördert und Beziehungsmanagement-Programme mit den Patienten initiiert werden. Neben dem Akquirieren von Neukunden müsste stärker die Kundenbindung berücksichtigt werden (vgl. Arnold 2005a, S. 34f.). Darüber hinaus wird von Marketing-Analysten ebenso eine Verschiebung der DTCA-Ausgaben hin zu Public Relations-Aufwendungen zur Stärkung der Reputation von Pharmaunternehmen prognostiziert (vgl. West 2005, S. 154ff.).

Das einsetzende Bestreben der Unternehmen, das Vertrauen der Bevölkerung in die Pharmaindustrie zu stärken, wird durch die Herausgabe von „Guiding Principles“ für DTC-Werbung seitens der „Pharmaceutical Research and Manufacturers of America“³ verdeutlicht. Die im Januar 2006 in Kraft getretenen freiwilligen Richtlinien sehen u.a. vor, dass die Ärzte frühzeitig vor dem Kampagnenstart einbezogen werden (vgl. o.V. 2005a) und die Unternehmen alle neuen DTC-TV-Anzeigen vor deren Ausstrahlung der FDA zur Prüfung vorlegen (vgl. PhRMA 2005a). Obwohl seitens der Pharmaindustrie

³ Organisation der führenden forschenden Arzneimittelhersteller und Biotechnologie-Unternehmen in den USA, vgl. PhRMA 2005b.

mit diesen Guiding Principles Kompromissbereitschaft gezeigt und die Wichtigkeit ausgewogener Aufklärung anerkannt wird, dürften die Maßnahmen, die über die aktuellen FDA-Richtlinien hinausgehen, nicht ausreichen, die FDA von einer stärkeren Regulierung abzuhalten (vgl. o.V. 2005a).

2.2 DTC-Marketing in Neuseeland

Da es in Neuseeland zu keiner Zeit explizit verboten war, verschreibungspflichtige Medikamente direkt bei den Konsumenten zu bewerben und mit dem „Medicines Act“ von 1981 günstige Rahmenbedingungen für DTCA geschaffen wurden (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000, S. 2), schalteten Pharmaunternehmen zur etwa gleichen Zeit wie in den USA die ersten DTCA-Kampagnen. Bei der Umsetzung der legislativen Regelungen unterliegt die Pharmaindustrie der Selbstkontrolle hinsichtlich ihrer Marketing-Aktivitäten. Dazu überprüft der verbindliche und gebührenpflichtige „Therapeutic Advertising Pre-Vetting Service“ vor dem jeweiligen Kampagnenstart die Werbemaßnahmen danach, ob sie den gesetzlichen Vorschriften genügen. Eine ungeprüfte oder mangelhafte Werbemaßnahme wird nicht veröffentlicht (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000, S. 4). In diesem Zusammenhang gibt es in den USA zunehmende Forderungen nach einer ähnlichen obligatorischen Prüfstelle (vgl. Eagle 2001, S. 9).

Eine impulsive Diskussion über die Vor- und Nachteile von DTCA wird in Neuseeland wie in den USA geführt. Als Folge der kritischen Meinungen von Ärzten und Verbraucherschutzorganisationen gegenüber DTCA plante die neuseeländische Gesundheitsministerin Annette King (Labour Party), Direct-to-Consumer-Advertising in Zukunft zu verbieten (vgl. Mansfield et al. 2005, S. 5). Jedoch übernahm im Oktober 2005 nach den landesweiten Wahlen Pete Hodgson, ebenfalls Mitglied der Labour Party, das Amt des Gesundheitsministers (vgl. Beehive.govt.nz 2005). Es bleibt somit abzuwarten, inwieweit sich der Vorschlag eines DTCA-Verbotes nicht nur in der Regierungskoalition, sondern auch gegen die Marketing-Lobby und die pharmazeutische Industrie durchsetzen kann.

3 Situation in Deutschland

3.1 Relevanz des DTC-Marketing in Deutschland

Sowohl im Vergleich mit den bevölkerungsreichsten europäischen Nachbarn als auch mit den USA weist der deutsche Pharmamarkt ein unterdurchschnittliches Umsatz-

wachstum auf. Während sich in den USA der Umsatz von 1998 bis 2004 mehr als verdoppelte und in Großbritannien, Frankreich, Italien und Spanien Umsatzzuwächse zwischen 40 und 77% verzeichnet wurden, konnten die Umsätze in Deutschland lediglich um ca. 30% gesteigert werden (vgl. VFA 2005, S. 41f.). Während der Umsatz mit verordneten aber rezeptfreien Medikamenten von 1996 bis 2002 um 27% zurück ging und der Selbstmedikationsmarkt mit rezeptfreien Arzneien ein Umsatzwachstum von 15% vorweisen konnte, ist der Umsatz mit verschreibungspflichtigen Präparaten um 66% gestiegen (vgl. Knöfel/Lang/Adler 2005, S. 91). Dies verdeutlicht die besondere ökonomische Bedeutung der verschreibungspflichtigen Medikamente für die Pharmahersteller auf dem deutschen Markt. Entsprechendes Gewicht sollte auf die Marketing-Anstrengungen für diese Medikamente gelegt werden.

Industriespezifische Argumente

- Steigende F&E-Ausgaben und weniger Produktzulassungen
- Sinkende effektive Patentlaufzeiten
- Nachlassende Effizienz und steigende Kosten des Außendienstes
- Zunehmende Erwartungen der Investoren und Aktionäre
- Abnehmende Differenzierung der Produkte bzw. zunehmende Substitutionsmöglichkeiten
- Verstärkte Wettbewerbskonkurrenz und steigender Generika-Absatz

Nachfragebezogene Argumente

- Zunehmendes Informationsbedürfnis und Gesundheitsbewusstsein der Konsumenten
- Zunehmende Entscheidungsmacht der Patienten
- Abnehmende Entscheidungsmacht der Ärzte
- Erfordernis zur Kundenbindung über Markenbildung
- Preisdruck seitens der Öffentlichkeit
- Schwindendes Vertrauen der allgemeinen Öffentlichkeit in die Pharmaunternehmen

Gesundheitspolitische Argumente

- Preisdruck durch die Reformen im Gesundheitswesen
- Zwangsrabatte für die Krankenkassen
- Abnehmende Erstattungsfähigkeit
- Zunehmende Kostenübernahme durch die Patienten

Tab. 1: Argumente für die Relevanz des DTC-Marketing

Weitere Argumente für die Relevanz des DTC-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt ergeben sich bei näherer Betrachtung der industriespezifischen Besonderheiten, der Besonderheiten der Nachfrage und der gesundheitspolitischen Entwicklungen (siehe Tabelle 1). Insbesondere hervorzuheben sind dabei die steigenden Aufwendungen für Forschung und Entwicklung bei einer gleichzeitigen Abnahme der effektiven Patentlaufzeiten (vgl. Rychlik 2005, S. 10). Diese Situation wird weiter verschärft durch die Erwartungen der Investoren und Aktionäre und den zunehmenden Wettbewerbsdruck – nach Ablauf der Patentlaufzeit auch durch das Angebot von Generika. Nachfrageseitig wirkt sich insbesondere das Gesundheitsbewusstsein der Patienten und deren zunehmende Emanzipation gegenüber den die Therapie bestimmenden Leistungserbringern des Gesundheitssystems aus (vgl. Lonsert 1995, S. 342; Cueni 2001, S. 149f.; Schmittgall/Krenz/Besse 2005, S. 349). Verschärfend hinzu kommen die Reformen des deutschen Gesundheitswesens, die eine abnehmende Erstattungsfähigkeit und damit eine zunehmende Übernahme der Kosten durch die Patienten zur Folge haben. Ein Empowerment ebenso wie eine Aufklärung der Patienten über ein entsprechendes DTC-Marketing bietet sich hier an.

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Folgenden soll auf die rechtlichen Vorschriften in Bezug auf die Pharmakommunikation im Bereich verschreibungspflichtiger Medikamente eingegangen werden. Es gelten für Arzneimittel, wie bei anderen Produkten auch, die Bestimmungen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG); (vgl. Hasskarl 1995, S. 960; §17 HWG). Darüber hinaus ist das Heilmittelwerbegesetz (HWG) entscheidend für die Arzneimittelwerbung und -kommunikation und wird deswegen im nächsten Abschnitt vorgestellt.

Neben den relevanten Gesetzen wurden einige Wettbewerbsregelungen durch pharmazeutische Fachverbände geschaffen, die für alle Mitgliedsunternehmen einzuhalten sind (vgl. Wiedmann/Meissner/Wegner 2003, S. 29). Der Bundesverband der deutschen Industrie (BPI)-Kodex beispielsweise enthält gegenüber den Gesetzen ausführlicher beschriebene und weitere zu beachtende Verpflichtungen, u.a. jene hinsichtlich der Anzeigengestaltung, der vergleichenden Werbung oder der Werbegaben (vgl. Hasskarl 1995, S. 960f.). Neben den nationalen Gesetzen und Kodizes müssen auch Vorschriften zur Arzneimittelwerbung auf europäischer Ebene Beachtung finden.

3.2.1 Das Heilmittelwerbe-gesetz

Gemäß *Walter* wird die Freiheit der Werbung als wesentliches Element der Wirtschaft von Artikel 2 des Grundgesetzes der BRD prinzipiell geschützt, und somit haben die Pharmaunternehmen ein berechtigtes Interesse, ihre Medikamente zu empfehlen (vgl. *Walter* 2002, S. 167). Doch aufgrund der besonderen Eigenschaft von Arzneimitteln, gewisse Risiken zu bergen, die für Laien oft nicht überschaubar sind, wurde 1965 das einzige deutsche Werbesondergesetz, das nun mehrmals novellierte (vgl. *Schumacher/Stegmaier* 2005, S. 218) „Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens“ (kurz: Heilmittelwerbe-gesetz) zum Schutz der Verbraucher geschaffen (vgl. *Borowy* 2003, S. 63f.). Das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) unterscheidet zwischen Fach- und Publikumswerbung: Nach § 10 HWG dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel nur bei Ärzten, Apothekern und sonstigen Personen, die mit Medikamenten erlaubter Weise Handel treiben, also nicht bei Endverbrauchern, beworben werden (vgl. § 10 HWG). Damit ist produktspezifische DTC-Werbung verboten. Im Weiteren bezieht sich das HWG auf die Publikumswerbung hinsichtlich rezeptfreier Medikamente und auf die Fachwerbung. Zu klären bleibt, welche Werbe- und Kommunikationsformen zur Ansprache der Konsumenten von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Deutschland erlaubt sind. Der Begriff der Werbung ist im HWG nicht definiert. Nach Ansicht mehrerer Autoren liegt Werbung im Sinne des HWG nur vor, wenn ausdrücklich ein Produkt beworben wird. Somit findet das HWG bei reiner Image- und Vertrauenswerbung sowie bei Public Relations keine Anwendung (vgl. *Lonsert* 1995, S. 355; *Walter* 2002, S. 170; *Borowy* 2003, S. 66). Diese Kommunikationsformen sind also grundsätzlich gestattet. Allerdings kann die Abgrenzung zwischen Produkt- und Unternehmenswerbung in Einzelfällen ein Problem darstellen, z.B. bei der Unternehmenswerbung eines hoch spezialisierten Anbieters (vgl. *Borowy* 2003, S. 66). Andere direkte Interaktionen mit den Konsumenten sind ebenfalls schwierig von der Werbung im Sinne des HWG abzugrenzen. Eine Compliance fördernde Maßnahme beispielsweise kann je nach Gestaltung auch als Werbung aufgefasst werden (vgl. *Lonsert* 1995, S. 355). Des Weiteren sind Packungsbeilagen, äußere Umhüllungen der Präparate oder Patientenmerkblätter keine Werbung gemäß HWG (vgl. *Walter* 2002, S. 170).

Da die Allgemeinverbindlichkeit, die u.a. durch die fehlende Definition des Begriffes der Werbung im HWG bedingt wird, zu Auslegungsschwierigkeiten führt, muss oft durch die Rechtsprechung eine Präzisierung der Gesetzesauslegung erfolgen. Eine

Rechtssicherheit für die Unternehmen, welche die Planung der Kommunikationsaktivitäten erleichtert, muss somit sukzessive geschaffen werden (vgl. Schumacher/Stegmaier 2005, S. 234). Es ist in jedem Fall hilfreich, jede Kommunikationsmaßnahme während der Planungsphase durch Juristen prüfen zu lassen und die Maßnahmen, die sich an die Verbraucher wenden, ausgewogen und objektiv in der Darstellung der Sachverhalte auszugestalten (vgl. Lonsert 1995, S. 356).

Obwohl Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel in Europa verboten ist, können sich die Konsumenten auf vielen amerikanischen Internetseiten der Hersteller Informationen über diese Mittel einholen (vgl. Schüler/Raming 2002, S. 262f.). Ab Januar 2007 werden den deutschen Patienten darüber hinaus Arzneimittelinformationen auf Deutsch im Internet zur Verfügung stehen. Die schweizerische Regulatorischebehörde „Swissmedic“ hat eine entsprechende Richtlinie verabschiedet, die eine klare Trennung zwischen Werbung und Information ermöglichen soll. Beabsichtigt ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patienteninformation über das Internet bei einer gleichzeitigen Vermeidung werblicher Inhalte (vgl. o.V. 2006b, S. 2). Auch in Deutschland sind Neuerungen zu verzeichnen: Veröffentlicht ein Pharmaunternehmen Gebrauchsinformationen, wie die Packungsbeilage eines verschreibungspflichtigen Medikaments im Internet, verstößt das nicht gegen das HWG, da es sich nicht um unerlaubte Werbung außerhalb der Fachkreise im Sinne des HWG handelt. Das entschied das Oberlandesgericht München in einem Urteil im Jahr 2004. Allerdings muss der Verbraucher den Namen des Produktes kennen und darf die Gebrauchsinformationen erst nach Eingabe des Namens erhalten (vgl. o.V. 2004, S. 7). Darüber hinaus ist es durch Hinzufügung des Absatzes 5 des § 1 HWG im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes, welches auch HWG-Änderungen beinhaltet (vgl. GMG, S. 2253 und § 1 Absatz 5 HWG), den Pharmaunternehmen seit Anfang 2004 erstmals erlaubt, gezielte Anfragen von Konsumenten zu rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu beantworten – allerdings nur in schriftlicher Form. Laut einer repräsentativen Umfrage von Emnid würden 54% der erwachsenen Bundesbürger diese Möglichkeit in Erwägung ziehen. Ferner gab rund ein Drittel der Befragten an, ihnen stünden nicht ausreichend Informationen über Arzneimitteln zur Verfügung (vgl. Grünert 2004, S. 1).

3.2.2 Entwicklung auf europäischer Ebene

Neben der Kenntnis der deutschen Gesetze muss ebenso das EU-Recht in die Überlegungen einbezogen werden, um ein zutreffendes Gesamtbild rechtlicher Rahmenbedin-

gungen zu gewinnen, zumal das Arzneimittelrecht einen Bereich der europäischen Harmonisierung darstellt (vgl. Hasskarl 1995, S. 949). Die Richtlinie 92/27/EWG gab die Gestaltung von Produktinformationen auf der Etikettierung und dem Beipackzettel vor und die Richtlinie 92/28/EWG beschäftigte sich mit der Werbung für Humanarzneimittel (vgl. Blasius/Cranz 1998, S. 103ff.). Diese beiden Direktiven wurden neben anderen in die Richtlinie 2001/83/EG vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel aufgenommen und damit aufgehoben (vgl. Richtlinie 2001/83/EG, S. 3 und Artikel 128). Die Richtlinie 2001/83/EG wurde seitdem mehrmals geändert.

Die Europäische Kommission entwarf die Direktive 92/28/EWG vom 31. März 1992 basierend auf den Überlegungen, dass sich unterschiedliche nationale Vorschriften eventuell negativ auf den europäischen Binnenmarkt auswirken könnten (vgl. Blasius/Cranz 1998, S. 108). Das HWG war beim Entwurf dieser Richtlinie beispielgebend. Daher weist diese Direktive bzw. die Richtlinie 2001/83/EG weitgehend entsprechende Vorschriften zum HWG hinsichtlich der Humanarzneimittelwerbung auf (vgl. Walter 2002, S. 167f.). Eine entscheidende europäische Vorgabe ist das Verbot der Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel nunmehr nach Artikel 88 Absatz 1 der Richtlinie 2001/83/EG (vgl. Richtlinie 2001/83/EG, Artikel 88). Ferner wird im Artikel 86 der Richtlinie, im Gegensatz zum HWG, die „Werbung für Arzneimittel“ definiert und grenzt u.a. „Informationen über die Gesundheit oder Krankheiten des Menschen, sofern darin nicht, auch nicht in indirekter Weise, auf ein Arzneimittel Bezug genommen wird“ (Richtlinie 2001/83/EG, Artikel 86), von Werbung ab. Damit sind auf Konsumenten gerichtete Disease-Education Advertisements in Europa erlaubt.

Patrick Deboyser, damaliger für pharmazeutische Produkte zuständiger Abteilungsleiter der Europäischen Kommission, merkte bereits 1999 an, dass das strikte Verbot, verschreibungspflichtige Arzneimittel bei den Konsumenten zu bewerben, aufgrund der steigenden Informationsbedürfnisse der Gesellschaft überholt sei (vgl. Harms 2003, S. 213). Später legte die Europäische Kommission den Plan eines Pilotprojektes vor, welches die Publikumswerbung für ethische Arzneimittel bezüglich der Krankheiten AIDS, Diabetes und Asthma in Europa erlaubt hätte. Das Pilotprojekt sollte auf fünf Jahre begrenzt sein und danach ausgewertet werden. Während z.B. die „European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations“ das Vorhaben begrüßte, sprachen sich mehrere Verbände wie „Health Action International Europe“, „European

Public Health Alliance“ (vgl. HAI/EPHA 2002) oder das „Bureau Européen des Unions de Consommateurs“ dagegen aus, da sie befürchteten, dass das Vorhaben das Markenbewusstsein steigert, aber nicht die Kenntnisse der Konsumenten über Krankheiten und deren Behandlung fördert (vgl. Quick/Dé 2004, S. 30). Der Meinung der letzt genannten Institutionen schloss sich das Europäische Parlament an und lehnte im Oktober 2002 den Vorschlag der Kommission ab (vgl. o.V. 2002, S. 1). Der Europäische Rat folgte diesem Beschluss (vgl. o.V. 2003, S. 6). Die EU-Kommission befasst sich derzeit erneut mit dem Thema und hat für das Jahr 2007 einen Entwurf zur besseren Informationsversorgung der Patienten angekündigt (vgl. o.V. 2006c, S. 2). Dabei soll den pharmazeutischen Unternehmen nun die Publikation geeigneter Arzneimittelinformationen gestattet werden. An Patienten gerichtete Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente soll weiterhin ungesetzlich bleiben. Dazu bedarf es einer klaren Definition von Richtlinien, die eine Trennung von Information und Werbung ermöglicht, sowie ein System zur Überwachung und Qualitätssicherung der publizierten Informationen.

3.3 DTC-Instrumente

In Deutschland ist zwar die Werbung mit Nennung des Namens eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels durch das HWG verboten, aber es gibt wirkungsvolle und rechtmäßige Möglichkeiten der direkten Patientenansprache, welche der Therapie mit rezeptpflichtigen Medikamenten dienen. Besonders chronisch Kranke sind für Informationen seitens der Pharmaunternehmen dankbar und beteiligen sich an Beziehungsmangement-Programmen (vgl. Liedler 2003, S. 47). Zu den ersten DTC-Kampagnen in Deutschland gehören die im Jahr 1989 von Schering für das gynäkologische Hormonpräparat „Diane-35“ initiierte Disease-Education-Anzeigenserie in Zeitschriften, die bereits von einem Call-Center begleitet wurde, sowie die Anfang der 90ziger Jahre gestartete Schlaganfall-Initiative von Sanofi in Zusammenarbeit mit der Bertelsmann Stiftung und der AOK, um das Bewusstsein für das Thema Schlaganfall zu stärken (vgl. Stegmaier 2003, S. 7ff.).

In Tabelle 2 sind ausgewählte DTC-Instrumente aufgelistet. Dabei ist zu beachten, dass diese nicht immer klar voneinander getrennt werden können und neben den Patienten zum Teil auch andere Zielgruppen ansprechen. Einige Maßnahmen können als ein Teil eines umfassenderen Ansatzes gesehen werden. Obwohl die Unternehmen teilweise die verschiedenen DTC-Instrumente bereits umsetzen, wird in der Literatur bemängelt, dass DTC noch keine umfassende Realisierung erfährt (vgl. Patzer 2003, S. 51) und sich in

Deutschland noch nicht befriedigend entwickelt hat (vgl. Stegmaier 2003, S. 7ff.). Patzer stellt fest, dass DTC-Maßnahmen „mitunter isoliert durchgeführt werden und es an einer systematischen Planung und Evaluation fehlt“ (Patzer 2004, S. 135).

- Informationsmaterialien wie Broschüren über Gesundheitsaufklärung und Indikationsgebiete oder Servicematerialien wie Gesundheitspässe, Notfallausweise und Dosierungsblöcke
- Telefon-Hotlines
- Auf ein Präparat oder ein Indikationsgebiet abgestimmte Internetpräsenz (einzelne Webpages, Gesundheitsportale oder auf den Herstellerseiten)
- Public Relations und Medienarbeit
- Werbung zur Gesundheitsaufklärung und Imageförderung ...
 - in Zeitschriften und Zeitungen
 - im Fernsehen
 - im Radio
 - im Internet
 - durch direkte Medien (z.B. E-Mail)
 - durch andere Medien (z.B. Außenwerbung)
- Beteiligung an Disease-Management-Programmen der Krankenkassen, Kliniken oder der niedergelassenen Ärzte
- Selbstveranstaltete Seminare und Compliance-Programme für Patienten
- Einsatz eines Patient-Relationship-Management oder von Konsumenten-Bindungsprogrammen
- Beteiligung an Veranstaltungen wie Messen und Kongressen für Patienten
- Selbstveranstaltete Informationstouren und ähnlichen Aktionen
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientengruppen
- Meinungs- und Marktforschung bezüglich der Patienten

Tab. 2: Ausgewählte DTC-Instrumente

An dieser Stelle sollen zwei erklärungsbedürftige DTC-Ansätze herausgegriffen werden – zum einen das Patient-Relationship-Management (PRM) und zum anderen das Disease-Management. Das PRM „ist ein innovatives Geschäftskonzept für den Aufbau und Erhalt langfristiger, profitabler Geschäftsbeziehungen zum Patienten als Endverbraucher“ (Badenhoop 2001, S. 15) und somit eine Ausprägung des Customer-Relationship-Management. Dabei ist das Arzneimittel nur Teil der therapeutischen Gesamtleistung. PRM konzentriert sich darüber hinaus auf Dienstleistungen wie z.B. Compliance-Management, bedient sich vielfältigen Kontaktmöglichkeiten wie E-Mail oder Call Center und nutzt Kundendatenbanken, das Internet sowie weitere Informationstechno-

logien. Hierbei werden unternehmensinterne Abläufe und Prozesse auch auf die Patienten ausgerichtet (vgl. Ryf/Sattlegger 2001, S. 114ff.). Gerade bei verschreibungspflichtigen Medikamenten für chronische Krankheiten sollte das PRM-Konzept umgesetzt werden (vgl. Ryf 2001, S. 39).

Des Weiteren können sich Pharmaunternehmen an Disease-Management-Programmen beteiligen. Disease-Management (DM) ist ein integrierter Ansatz zur optimalen Behandlung einer Krankheit von der Prävention bis zur Nachsorge unter Berücksichtigung von medizinischen und ökonomischen Aspekten (vgl. Szathmary 1999, S. 166ff.). In den USA scheiterten in den neunziger Jahren Versuche der Pharmaunternehmen, DM-Programme allein zu initiieren, da die Programme zu krankheitsorientiert und verkaufsoffensiv waren sowie die Prävention vernachlässigten (vgl. Navarro/Christensen/Leider 1999, S. 380). Heutzutage unterstützen die Pharmafirmen das Managed-Care-Konzept, welches in den Bereich des Disease-Management eingeordnet werden kann. Dies beinhaltet u.a. Gesundheitsaufklärungsprogramme für Patienten, Weiterbildungsmaßnahmen für Ärzte, technologische Informations- und Analyseressourcen sowie Preisrabatte für die Managed-Care-Anbieter. Im Gegenzug erhalten die Pharmahersteller alleinige Abgaberechte für bestimmte Präparate (vgl. Stefano/Navarro 1999, S. 435f. und 445f.). Der deutsche Gesetzgeber stellte mit der Reform des Risikostrukturausgleiches im Jahr 2002 neue Rahmenbedingungen auf, welche die Implementierung von DM-Programmen seitens der Krankenkassen fördern (vgl. Badenhoop/Ryf 2005, S. 173). Doch erst seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 erfährt die integrierte Versorgung eine erhöhte praktische Relevanz durch die Möglichkeit der Krankenkassen, mit beliebigen Leistungserbringern direkte Versorgungsverträge abschließen zu können (vgl. Fuchs 2004, S. 325ff.). Hierbei sollten z.B. Gesundheitsaufklärungs- und Compliance-Programme der Pharmaunternehmen ähnlich wie in den USA zum Einsatz kommen. Die Vorteile für die Pharmaunternehmen bei der Beteiligung an diesen Programmen liegen in der Entwicklung eines Zukunftsmarktes, in der Möglichkeit der Etablierung neuer Produkte und Dienstleistungen, im Abschluss von Verträgen mit Krankenkassen, Ärzten und weiteren Dienstleistern (vgl. Szathmary 1999, S. 172) und in der Generierung neuer Patientenkontakte für weitere Maßnahmen aus dem PRM-Bereich.

Für einen erfolgreichen Patientendialog müssen einzelne DTC-Maßnahmen gemeinsam geplant und auf einer integrativen Strategie basierend implementiert werden (vgl. Lied-

ler 2003, S. 47). Obwohl von integrierter Kommunikation viel gesprochen und geschrieben wird (vgl. Haas 2005, S. 56), bejahten nach einer im Jahr 2003 von Emnid und ECC Healthcare veröffentlichten Fokusbefragung nur 22% der rund 30 Vertreter führender deutscher Pharmaunternehmen und Kommunikationsagenturen die Frage, ob integrierte DTC-Kampagnen vom Unternehmen durchgeführt werden (vgl. Mutschler 2003, S. 11). Neben der zeitlichen Abstimmung der DTC-Aktivitäten müssen die jeweils zuständigen Abteilungen des Unternehmens eng zusammenarbeiten und auch eine inhaltliche Integration umsetzen, wodurch eine einheitliche Botschaft kommuniziert werden soll. Voraussetzung für die Integration ist das präzise Verständnis der Aufgaben und Funktionen der einzelnen Maßnahmen sowie das optimale Zusammenspiel aller Marketing-Aktivitäten (vgl. Haas 2005, S. 56). Ebenso sollten DTC-Instrumente mit den Maßnahmen zur Fachkreis-Ansprache (z.B. Fachwerbung und Außendienst) abgestimmt werden.

Eine erfolgreiche integrierte Kampagne war jene für das „Blockbuster“⁴-Medikament „Viagra“ von Pfizer: Der Fernsehspot vom Jahr 2002 mit dem Fußballstar Pelé, der über erektile Dysfunktion sprach und betroffene Männer ermutigte, zum Arzt zu gehen, zusammen mit Anzeigenstrecken in Printmedien, mit Response-Möglichkeiten per Telefon-Hotline und Antwortpostkarten, einer Informationstour mit einem speziell gestalteten LKW, einer Indikations-Webpage⁵, der Zusammenarbeit mit dem Verein „Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit“ und die groß angelegte Anzeigenkampagne in Fachzeitschriften für Ärzte in Verknüpfung mit wirkungsvoller PR machten „Viagra“ zu einer der bekanntesten und absatzstärksten Pharmamarken in Deutschland und der Welt (vgl. Pogoda 2003, S. 54ff.).

4 Ergebnisse einer Befragung deutscher Pharmaunternehmen

Um den Entwicklungsstand von DTC in Deutschland zu erfassen, wurde von der TU Braunschweig und Deloitte Consulting im Oktober und November 2005 eine schriftliche Befragung von Marketing-Managern⁶ pharmazeutischer Unternehmen durchgeführt.

⁴ Ein Medikament wird als Blockbuster bezeichnet, wenn es pro Jahr einen Umsatz von mindestens 500 Mio. US\$ erreicht, vgl. Burkard 2002, S. 274.

⁵ Indikations-Webpage: Auf ein Präparat oder ein Indikationsgebiet abgestimmte Internetpräsenz.

⁶ Unter Marketing-Managern werden in diesem Arbeitspapier Führungskräfte aus dem Marketing-Bereich und Produkt-Manager verstanden.

Die 30 Pharmaunternehmen, deren Marketing-Manager gebeten wurden, den standardisierten Fragebogen auszufüllen, beschäftigen zwischen 500 und 10.000 Mitarbeiter in Deutschland. Damit gehören sie zu der Gruppe der rund 40 größeren Firmen, die 8% der ca. 500 Pharmahersteller (vgl. BPI 2005, S. 6; die Prozentangabe basiert auf Daten des Statistischen Bundesamtes, Stand: September 2001) in Deutschland ausmachen.

Es lagen zehn Fragebögen zur Auswertung vor, womit eine Rücklaufquote von ca. 33% realisiert wurde. Aus dieser Zahl und der beschriebenen Auswahl an Unternehmen wird ersichtlich, dass diese Studie keinen repräsentativen Charakter für die gesamte deutsche Pharmaindustrie aufweist. Jedoch wurden ca. 25% der Firmen über 500 Mitarbeiter befragt. Somit spiegeln die Ergebnisse der Untersuchung das Vorgehen und die Sichtweisen der größeren Pharmaunternehmen in Deutschland wider.

Jeweils neun der zehn befragten Marketing-Manager schätzten den Beitrag der Kommunikationspolitik sowohl für den Erfolg ihres Unternehmens als auch speziell für den Absatz verschreibungspflichtiger Arzneimittel als sehr wichtig ein. Jeweils ein Befragter empfand diesen Beitrag „eher wichtig“. Auf die Aufforderung hin, die Bedeutung der einzelnen Zielgruppen der aktuellen unternehmensseitigen Kommunikationspolitik bezüglich ethischer Medikamente einzustufen, behaupteten sich die niedergelassenen Ärzte als die wichtigste Zielgruppe (siehe Abbildung 1). Die Patienten, Patientenorganisationen, Krankenkassen, Politiker, Journalisten, Investoren, Kliniken – und mit Abstrichen die Apotheken – bilden ein breites Mittelfeld mit einer großen Bedeutung als Zielgruppe für die Unternehmenskommunikation. Die Großhändler erhielten insgesamt eine nur mittelmäßige Bedeutung zugesprochen. Wird diese aktuelle Beurteilung mit der Einschätzung der zukünftigen Bedeutsamkeit der Zielgruppen in fünf Jahren verglichen, ergeben sich u.a. folgende Resultate: Die niedergelassenen Ärzte wurden trotz eines leichten Bedeutungsverlustes nach wie vor als die wichtigste Zielgruppe eingestuft. Die Patienten und die Patientenorganisationen erfahren eine gesteigerte Bedeutung. Es zeichnet sich ab, dass diese beiden nach den niedergelassenen Ärzten die wichtigsten Zielgruppen im ethischen Bereich bilden werden. Auch den Krankenkassen wird zukünftig eine größere Bedeutung beigemessen. Während Politiker und Behörden, Journalisten und Medien sowie die Investoren und Aktionäre ihre Bedeutung mindestens halten können, büßen Kliniken und Apotheken an Bedeutung ein. Die Großhändler können an Bedeutung zulegen und schließen zu den Apotheken auf.

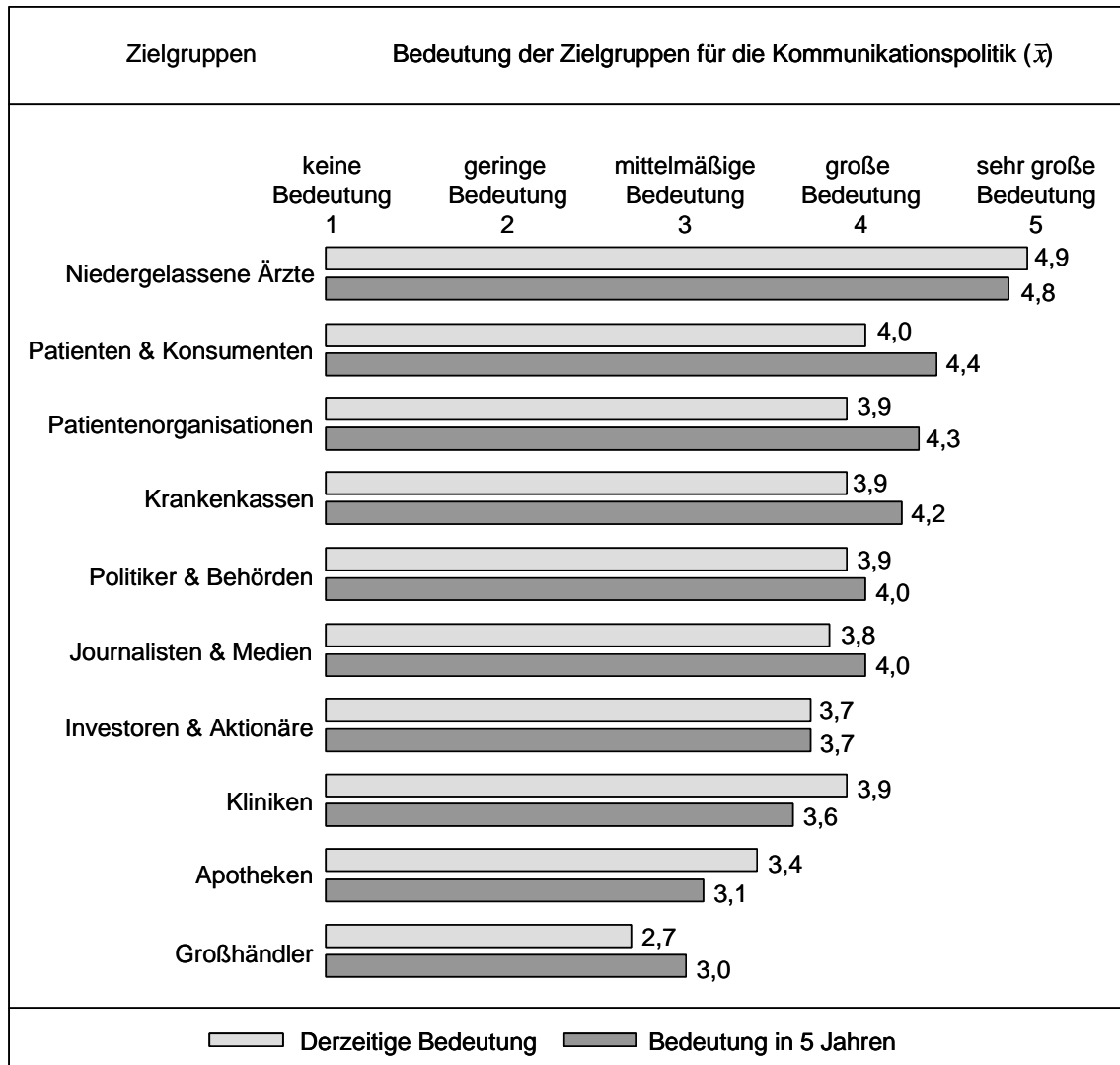


Abb. 1: Bedeutung von Zielgruppen der Kommunikationspolitik bezüglich ethischer Medikamente

Abbildung 2 zeigt die bereits umgesetzten DTC-Maßnahmen der Unternehmen und jeweils die Anzahl der Befragten, welche den Maßnahmen eine hohe bzw. sehr hohe Wirksamkeit bescheinigen. Zusätzlich wird jeweils die Anzahl der Unternehmen angegeben, welche bisher noch nicht realisierte Maßnahmen innerhalb der nächsten fünf Jahre beabsichtigen umzusetzen.

DTC-Maßnahmen	Anzahl der Unternehmen	
	Bereits umgesetzt (Umsetzung innerhalb der nächsten fünf Jahre)	Hohe und sehr hohe Wirksamkeit
Informations- und Servicematerialien	10 (0)	2
Public Relations und Medienarbeit	9 (1)	5
Werbung in Zeitschriften und Zeitungen	8 (1)	6
Selbstveranstaltete Seminare und Compliance-Programme ^b	8 (1)	4
Indikations-Webpages und Gesundheitsportale ^a	8 (0)	6
Werbung im Internet ^a	8 (0)	5
Beteiligung an Veranstaltungen wie Messen und Kongresse	8 (0)	3
Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientengruppen ^b	7 (2)	7
Telefon-Hotlines	7 (2)	5
Beteiligung an Disease- Management-Programmen	6 (3)	5
Einsatz eines Patient- Relationship-Managements	6 (2)	4
Meinungs- und Marktforschung bzgl. der Patienten	5 (4)	7
Werbung durch andere Medien (z.B. Außenwerbung) ^a	4 (3)	2
Werbung im Radio ^a	4 (2)	4
Werbung im Fernsehen ^a	4 (0)	7
Werbung durch direkte Medien (z.B. E-Mail) ^a	3 (2)	4
Informationstouren und ähnlichen Aktionen ^b	3 (1)	5
^a Auf die Frage hin, welche DTC-Maßnahmen bereits umgesetzt werden bzw. bei welchen eine Umsetzung innerhalb der nächsten fünf Jahre oder keine Umsetzung geplant ist, machte hier jeweils eine Person keine Angaben.		
^b Hier machte jeweils eine Person zur Frage nach der Wirksamkeit keine Angaben.		

Abb. 2: Umgesetzte und geplante DTC-Maßnahmen und ihre Wirksamkeit

Alle zehn Unternehmen geben Informations- und Servicematerialien für die Patienten aus. Public Relations bzw. die Medienarbeit, Internetseiten zur Patientenansprache, Werbung in Printmedien und im Internet, Patientenseminare bzw. Compliance-Programme sowie Beteiligungen an Patienten-Messen und -Kongressen werden von jeweils acht bzw. neun Unternehmen realisiert. Auch Telefon-Hotlines und die Zusam-

menarbeit mit Patientengruppen bilden für je sieben Unternehmen Bausteine im DTC-Konzept und jeweils zwei weitere Firmen planen hier eine Umsetzung. Ein PRM-Konzept oder eine Beteiligung an DM-Programmen werden von jeweils sechs Firmen realisiert, jedoch wollen zwei weitere Unternehmen ein PRM-Programm innerhalb der nächsten fünf Jahre initiieren bzw. drei weitere sich an DM-Programmen beteiligen. Nur die Hälfte der befragten Unternehmen sind in der Meinungs- und Marktforschung bezüglich der Patienten aktiv, aber vier weitere wollen spätestens in den nächsten fünf Jahren auf diesem Gebiet tätig werden. Dementsprechend wird auch die Wirksamkeit dieser Forschung von sieben Personen hervorgehoben. Obwohl ebenfalls sieben Befragte der Werbung im Fernsehen eine (sehr) hohe Wirksamkeit attestierten, schalteten nur vier Unternehmen rechtlich erlaubte DTC-Werbung im Fernsehen und fünf Firmen wollen weiterhin auf diese Werbeform verzichten. Vermutlich schrecken hier der finanzielle Aufwand und die Unsicherheit hinsichtlich der HWG-Bestimmungen die Unternehmen ab. Insgesamt ist kein Zusammenhang zwischen Wirksamkeit und Einsatz von Maßnahmen zu erkennen. Dieses verdeutlicht das Beispiel, dass die von allen Unternehmen genutzten Informations- und Servicematerialien nur von zwei Befragten als hoch oder sehr hoch wirksam eingestuft wurden.

Keines der Unternehmen versucht, bei den DTC-Ansätzen den Schwerpunkt nur auf beeinflussende Werbung zu legen. Acht Unternehmen bevorzugen bei der Patientenansprache aufklärende Informationen und zwei Firmen wollen gleichermaßen den Patienten aufklären und ihn mit Werbung beeinflussen. Sieben der zehn Firmen gaben an, dass alle bzw. die meisten DTC-Maßnahmen zusammen geplant und implementiert werden, und bei drei Unternehmen erfährt etwa die Hälfte der Maßnahmen eine Integration. Auf die Frage hin, inwieweit DTC-Maßnahmen und Kommunikationsaktivitäten zur Ärzte-, Apotheker- bzw. Klinikansprache aufeinander abgestimmt werden, meinten acht Personen, dass alle oder die meisten DTC- und Fachkreis-Maßnahmen zusammen geplant und implementiert werden. Zwei Befragte gaben an, dass etwa die Hälfte oder weniger Maßnahmen integriert werden. Für jeweils sieben Unternehmen ist die Markenbildung und -förderung der Unternehmensmarke bzw. eines verschreibungspflichtigen Markenmedikaments sehr wichtig. Nur zwei Unternehmen⁷ versuchen bewusst, mit Hilfe der Patientenansprache für rezeptfreie Arzneimittel auch positive Effekte für den Absatz von verschreibungspflichtigen Präparaten zu erzielen. Sieben der zehn Unternehmen

⁷ 3 von 10 Personen antworteten nicht auf diese Frage.

wünschen sich eine Liberalisierung des HWG, um produktspezifische DTC-Werbung in Deutschland betreiben zu können und fünf Unternehmen erwarten diese Liberalisierung in den nächsten fünf Jahren.

Zusammenfassend zeigt diese deskriptive Studie, dass die befragten Unternehmen den rechtlichen Spielraum nutzen und bereits viele der DTC-Maßnahmen umsetzen. Die DTC-Aktivitäten werden größtenteils aufeinander sowie mit der Fachkreiskommunikation abgestimmt, jedoch können die Intensität bzw. die monetären Aufwendungen für die einzelnen Maßnahmen nicht beurteilt werden. Des Weiteren hat die Markenpolitik einen hohen Stellenwert für die Unternehmen, und die Patienten gewinnen als Zielgruppe an Bedeutung.

Es kann davon ausgegangen werden, dass größere Pharmafirmen, zu denen die befragten Unternehmen zählen, dem DTC-Konzept aufgrund größerer finanzieller Ressourcen aufgeschlossener gegenüberstehen als kleinere Pharmahersteller und infolgedessen kleinere Firmen weniger DTC-Maßnahmen realisieren als in dieser Studie aufgezeigt wurde. Diese Vermutung stützt eine von PWC Consulting durchgeführte Befragung unter 32 Führungskräften von deutschen Arzneimittelherstellern, welche im Jahr 2002 veröffentlicht wurde und zum Ergebnis kam, dass Unternehmen, die weniger als 500 Pharmareferenten beschäftigen, die Möglichkeit eines DTC-Marketing u.a. aus Kostengründen ablehnen. Die Mehrheit der Firmen mit über 500 Pharmareferenten, die folglich bei weitem mehr als 500 Mitarbeiter beschäftigen, begrüßte die Möglichkeit eines DTC-Marketing (vgl. Leppin/Holzhammer 2002, S. 24ff.).

5 Empfehlungen für die deutschen Pharmaunternehmen

Benson fasst folgende Vorteile des DTC-Konzeptes für Pharmaunternehmen zusammen: DTC-Marketing kann den Marktanteil steigern, die Marktpenetration beschleunigen, das gesamte Marktwachstum begünstigen sowie die Markenloyalität und die Reputation des Unternehmens fördern (vgl. Benson 2001, S. 106). Ferner tragen Zusatzleistungen, wie z.B. Patientenseminare, zur Differenzierung der Produkte bei (vgl. Güttinger/Haldner 2001, S. 81f.). Ein Beitrag zum ökonomischen Erfolg (ROI und positive Umsatzentwicklungen) kann aufgrund der Erfahrungen in den USA erwartet werden (vgl. Gascoigne 2004, S.1f. bzw. National Institute for Healthcare Management 2001, S.2). Die sich aus dem Einsatz des DTC-Marketing ergebenden Chancen und Risiken sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Chancen	Risiken
für die Pharmaunternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Umsatzsteigerung • Markenloyalität bzw. Kundenbindung • Erhöhte Produktdifferenzierung • Förderung der Unternehmensreputation • Kosteneinsparungsmöglichkeiten bei der Ärzteesprache • Marktforschungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Produktverantwortung • Rechtliche Folgen • Möglicher Imageverlust

Tab. 3: Chancen und Risiken des Einsatzes des DTC-Marketing

Die deutschen Pharmaunternehmen können DTC als Chance verstehen und einen dauerhaften Dialog mit den Konsumenten in umfassendem Maße aufnehmen. Es müssen jedoch bestimmte Aspekte Beachtung finden, um die Erfolgsaussichten von DTC-Maßnahmen zu steigern und die Risiken zu minimieren. Unter bestimmten Voraussetzungen empfiehlt sich der Einsatz des DTC-Marketing in besonderem Maße (siehe Tabelle 4). Es können indikationsbezogene und markt- bzw. produktspezifische Voraussetzungen sowie unternehmensrelevante Bedingungen unterschieden werden.

Indikationsbezogene Voraussetzungen	Markt- & produktbezogene Voraussetzungen	Unternehmensbezogene Voraussetzungen
<i>Besondere Eignung von DTC unter folgenden Bedingungen:</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Unternehmensstruktur auf die Konsumenten ausrichten • Technologische Voraussetzungen schaffen • Mitarbeiter vorbereiten
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Erkrankungen • Unterversorgung auf dem Indikationsgebiet • Verbesserungswürdige Compliance • Große Anzahl an erkrankten Personen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auf- oder Ausbau einer Marke • Einführung eines neuen Präparats • Produkt mit medizinisch hoher Qualität & wenigen gefährlichen Nebenwirkungen • Angebot von Systemlösungen 	

Tab. 4: Voraussetzungen für DTC-Marketing

Für die Unternehmen ist es daher ratsam, auf der Basis von Marktforschungsdaten eine Potenzialanalyse durchzuführen (vgl. Patzer 2004, S. 136). Für die Planung und Durchführung der DTC-Maßnahmen empfiehlt es sich, die im folgenden zusammengestellten Hinweise zu berücksichtigen (s. Tabelle 5).

Anforderungen bei der Planung des Konzeptes	Anforderungen bei der Maßnahmengestaltung	Sonstige Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Budget und Mitarbeiter-team eigens für DTC bereitstellen • Konsistentes Zielsystem auf die Ansprüche der Konsumenten abstimmen • Zielgruppen identifizieren • Geeignete zielgruppen-spezifische DTC-Instrumente wählen 	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen integrieren und ein Corporate Design verwenden • Wahrheitsgemäß informieren • Themen ausgewogen darstellen • Keine übertriebenen Erwartungen wecken • Schwerpunkt auf Gesundheitsaufklärung legen • Responsemöglichkeiten einbringen • Maßnahmen juristisch prüfen und durch einen Testmarkt evaluieren 	<ul style="list-style-type: none"> • DTC-Maßnahmen mit der Fachkreisansprache abstimmen • Meinungsbildner (Ärzte, Apotheker, ...) frühzeitig einbeziehen • Realisierte Maßnahmen fortwährend kontrollieren • Umfangreiche Marktuntersuchungen veranlassen

Tab. 5: Anforderungen an das DTC-Marketing

6 Zusammenfassung und Ausblick

Während das DTC-Marketing in den USA und in Neuseeland ein fester Bestandteil der Kommunikationsstrategien der Pharmahersteller geworden ist, kommt ihm auf dem deutschen Pharmamarkt eine eher untergeordnete Bedeutung zu. Aufgrund der bereits gemachten Erfahrungen befindet sich das DTC-Marketing in den USA derzeit im Umbruch. Es steht zu erwarten, dass zukünftig weniger beeinflussende Werbung und mehr aufklärende Informationen über Krankheiten und verschreibungspflichtige Arzneimittel umgesetzt werden. Auch die Pharmaindustrie in Deutschland muss sich den Marktentwicklungen stellen. Die Emanzipation der Patienten und die nachlassende Effizienz des

Außendienstes stellen Herausforderungen für das Pharmamarketing dar. Das DTC-Konzept bietet die Chance, diesen Herausforderungen zu begegnen. Obwohl sich einzelne Pharmaunternehmen der in Deutschland erlaubten DTC-Instrumente bedienen, müssen diese Maßnahmen ausgebaut und DTC als grundlegende patientenorientierte Strategie betrachtet werden, um die Wettbewerbsfähigkeit auch zukünftig behaupten zu können. Dabei sollten die Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und eine Integration in die gesamte Kommunikationspolitik erfahren. Gleichwohl muss sich das Pharmamarketing aufgrund der besonderen Eigenschaften von Arzneimitteln seiner im Vergleich zum Konsumgütermarketing gesteigerten Verantwortung bewusst sein.

Ob produktspezifische DTC-Werbung in Deutschland und Europa erlaubt wird, bleibt abzuwarten. Mit einer diesbezüglichen Liberalisierung des Heilmittelwerbegesetzes innerhalb der nächsten fünf Jahre rechnet die Hälfte der zehn befragten Marketing-Manager deutscher Pharmaunternehmen. Eine Tendenz auf europäischer Ebene, die diese Erwartung etwas dämpft, ist bereits zu erkennen: Die EU-Kommission strebt in den zu entwickelnden Richtlinien eine klare Unterscheidung zwischen Information und Werbung an. Patientengerichtete Information soll dabei gestärkt, werbliche Aktivitäten jedoch gleichzeitig unterbunden werden.

Die US-amerikanischen und neuseeländischen Erfahrungen können bei der künftigen Konzeption von etwaigen Werbeanzeigen sowie zur Vermeidung von Fehlern und zur Optimierung der Maßnahmen dienen. Um DTC-Maßnahmen auf die jeweiligen Indikationsgebiete abstimmen und für alle Marktteilnehmer gewinnbringend umsetzen zu können, bedarf es umfangreicher Marktforschung zu den Einstellungen und Verhaltensweisen der deutschen Patienten. Bei der Realisierung von DTC-Maßnahmen empfiehlt sich weiterhin der Einsatz der Instrumente des Marketing-Controlling, um den jeweiligen Erfolgsbeitrag abschätzen zu können.

Literaturverzeichnis

Abood, R. (2005): Pharmacy Practice and the Law, 4. Aufl., Sudbury u.a. 2005.

AMG: Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) vom 24.08.1976 (BGBl. I S. 2445ff.), neugefasst durch die Bekanntmachung vom 11.12.1998 (BGBl. I S. 3586ff.), zuletzt geändert durch Art. 2 § 3 Abs. 7 des Gesetzes vom 01.09.2005 (BGBl. I S. 2618ff.).

Arnold, M. (2005a): Changing Channels, in: Medical Marketing & Media, Nr. 4, 2005, S. 34-42.

Arnold, M. (2005b): FDA Promises a Tougher Stance on DTC, in: Medical Marketing & Media, Nr. 4, 2005, S. 26.

Badenhoop, R. (2001): Patientenbeziehungsmanagement: Ein Paradigmenwechsel kündigt sich an, in: Badenhoop, R./Ryf, B. (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Science Industrie, Wiesbaden 2001, S. 13-25.

Badenhoop, R./Ryf, B. (2005): Patientenbeziehungsmanagement in der Gesundheitsindustrie, in: Harms, F./Gänshirt, D.: Gesundheitsmarketing: Patienten-Empowerment als Kernkompetenz, Stuttgart 2005, S. 166-179.

Beehive.govt.nz (2005): Biography: Hon Pete Hodgson, <http://www.beehive.govt.nz/Biography.aspx?MinisterID=36>, abgerufen am 10.11.2005.

Benson, R. (2001): Direct-to-Consumer-Branding – Europe and Asia, in: Blackett, T/Robins, R. (Eds.): Brand Medicine: The Role of Branding in the Pharmaceutical Industry, Basingstoke u.a. 2001, S. 95-112.

Blasius, H./Cranz, H. (1998): Arzneimittel und Recht in Europa, Stuttgart 1998.

Borowy, O. (2003): Juristisches Umfeld für den Produktmanager: Wichtige Aspekte, gefährliche Fallstricke, in: Trilling, T.: Pharmamarketing: Ein Leitfaden für die tägliche Praxis, Berlin u.a. 2003, S. 63-87.

BPI (2005): Pharma-Daten 2005, 35., überarb. Aufl., Berlin 2005.

Burkard, I. (2002): Praxis des Pharmamarketing, Weinheim 2002.

- Cueni, T.B. (2001): Der informierte Patient, in Badenhoop, R/Ryf, B. (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Science Industrie, Wiesbaden 2001, S. 147-153.
- DES Action Canada (2005): „Enforce the Ban on Direct-to-Consumer Advertising”, says Health Group, <http://www.whp-apsf.ca/en/press/pr-des.html>, abgerufen am 24.08.05.
- Devereux, A. (2001): Direct-to-Consumer Branding – the US Perspective, in: Blackett, T./Robins, R. (Hrsg.): Brand Medicine: The Role of Branding in the Pharmaceutical Industry, Basingstoke u.a. 2001, S. 85-94.
- Eagle, L. (2001): Massey University – Working Paper Series No 01.01: Direct to the Consumer Promotion of Prescription Drugs: A Review of the Literature and the New Zealand Experience, Auckland 2001.
- Fuchs, H. (2004): Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierte Versorgung, in: Die Rehabilitation, Nr. 5, 2004; S. 325-334.
- Gascoigne, D. (2004): DTC at the Crossroads: A “Direct” Hit or Miss?: Perspectives and Prescriptives for Enhanced ROI, IMS, Plymouth Meeting 2004.
- GMG: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14.11.2003, in: Bundesgesetzblatt, Jg. 2003, Teil 1, Nr. 55, S. 2190-2258.
- Grünert, T. (2004): Mehrheit will sich direkt beim Hersteller informieren, in: Arzneimittel Zeitung, Jg. 17, Nr. 14, 2004, S. 1.
- Güttinger, J./Haldner, C. (2001): Dienstleistungen als Differenzierungsstrategien für die Life-Science-Industrie, in Badenhoop, R/Ryf, B. (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Science Industrie, Wiesbaden 2001, S. 79-92.
- Haas, I. (2005): Better Promote with PR: Warum bessere Kommunikation mit PR beginnt, in: Strahlendorf, P./Meidinger, V. (Hrsg.): Jahrbuch Pharma + OTC-Marketing 2005, Hamburg 2005, S. 55-57.

- HAI/EPHA (2002): Joint Statement on the Proposed Relaxation of the EU Ban on Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines, <http://www.haiweb.org/campaign/DTCA/jointstatement.html>, abgerufen am 15.09.2005.
- Hardt, B./Müller, M./Schüler, P. (2002): Patient oder Konsument? – Chancen und Möglichkeiten von DTC im deutschen Markt, in: Burkard, I. (Hrsg.): Praxis des Pharmamarketing, Weinheim 2002, S. 73-84.
- Harms, F. (2003): DTC in den USA: Zukunftsaussichten DTC: Status Quo 2003, in: Pharma-Marketing Journal, Nr. 6, 2003, S. 212-213.
- Harms, F./Gänshirt, D./Lonsert, M. (2005): Zukunftsperspektiven für pharmazeutisches Marketing, in: Harms, F./Gänshirt, D.: Gesundheitsmarketing: Patienten-Empowerment als Kernkompetenz, Stuttgart 2005, S. 12-41.
- Hasskarl, H. (1995): Rechtliche Rahmenbedingungen und Verbandsdirektiven als neuer Handlungsrahmen: Marketing und Recht: Management einer Wechselbeziehung, in: Lonsert, M./Preuß, K.-J./Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management, Bd. 2, Wiesbaden 1995, S. 945-963.
- Hildebrand, J. R. (2004): Bericht aus USA, in: Die Pharmazeutische Industrie, Jg. 66, Nr. 3, 2004, S. 313-316.
- Hohensohn, H. (1998): Patientenorientiertes Pharmamarketing: Kommunikation und Entscheidungsverhalten am Markt für verschreibungspflichtige Medikamente, Wiesbaden 1998.
- HWG: Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbe-gesetz) vom 11.07.1965 (BGBl. I S. 604ff.), neugefasst durch die Bekanntmachung vom 19.10.1994 (BGBl. I S. 3068ff.), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 29.08.2005 (BGBl. I S. 2570ff.).
- IMS Health (2005a): Total U.S. Promotional Spend by Type, 2004, http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_49695992_75406357,00.html, abgerufen am 06.03.2006.

- IMS Health (2005b): Über uns, <http://www.imshealth.de/de/ueber-uns>, abgerufen am 18.08.2005.
- IMS Health (2006): Total U.S. Promotional Spend by Type, 2005, http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6025_78084568_78152318,00.html, abgerufen am 19.09.2006.
- Kastner, K. (2005): Information vs. Education, in: *Pharmaceutical Executive*, May 2005, S. 164-166.
- Knöfel, O./Lang, S./Adler, S. (2005): Pharmamarkt und Finanzdienstleistungen: Parallelen zum Thema Kundenempowerment, in: Harms, F./Gänshirt, D. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Patienten-Empowerment als Kernkompetenz*, Stuttgart 2005, S. 85-114.
- Krisanits, T. (2004): DTC's Big Source, in: *Medical Marketing & Media*, Vol. 39, Nr. 12, 2004, S. 49.
- Leppin, U./Holzhammer, S. (2002): Customer-Relationship-Management: Ergebnisse einer aktuellen Umfrage, in: *Pharma-Marketing Journal*, Nr. 1, 2002, S. 24-28.
- Liedler, A. (2003): Die Patienten im Visier, in: Strahlendorf, P./Meidinger, V. (Hrsg.): *Jahrbuch Pharma + OTC-Marketing 2003*, Hamburg 2003, S. 44-47.
- Lonsert, M. (1995): Direct-to-Consumer-Marketing in der pharmazeutischen Industrie: Möglichkeiten und Grenzen eines Relationship-Marketing mit Arzneimittel-Konsumenten, in: Lonsert, M./Preuß, K.-J./Kucher, E. (Hrsg.): *Handbuch Pharma-Management*, Bd. 1, Wiesbaden 1995, S. 337-359.
- Mansfield, P. R. et al. (2005): Direct to Consumer Advertising: Is at the Crossroads of Competing Pressures from Industry and Health Needs, in: *British Medical Journal*, Vol. 330, Jan. 2005, S. 5-6.
- Mutschler, J. (2003): Integration Fehlanzeige, in: *Pharma Relations*, Nr. 7, 2003, S. 11.
- Navarro, R. P./Christensen, D./Leider, H. (1999): Disease Management Programs, in: Navarro, R. P. (Hrsg.): *Managed Care Pharmacy Practice*, Gaithersburg 1999, S. 371-395.

- National Institute for Health Care Management (2001): Prescription Drugs and Mass Media Advertising, Washington 2001.
- New Zealand Ministry of Health (2000): Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines in New Zealand: A Discussion Paper, Wellington 2000.
- o.V. (2002): Erfolg im Europaparlament: Bessere Kontrolle statt mehr Werbung, in: Pharma-Brief, Nr. 7-8, 2002, S. 1-2.
- o.V. (2003): Tauziehen um Arzneimittelgesetze: Die Debatte um die Reform der Europäischen Arzneimittelgesetze geht in die nächste Runde, in: Pharma-Brief, Nr. 3-4, 2003, S. 6.
- o.V. (2004): Packungsbeilage ist keine Werbung, in: Arzneimittel Zeitung, Jg. 17, Nr. 10, 2004, S. 7.
- o.V. (2005a): PhRMA: A Commercial Compromise,
<http://uk.biz.yahoo.com/050804/241/foxvj.html>, abgerufen am 24.08.05.
- o.V. (2005b): Streit um Schmerzmittel: Merck zu Millionenstrafe wegen Vioxx verurteilt, <http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,370565,00.html>, abgerufen am 24.08.05.
- o.V. (2006a): Vioxx-Schadenersatzfall: Merck-Strafe aufgehoben,
<http://www.n-tv.de/705345.html>, abgerufen am 19.09.2006.
- o.V. (2006b): Swissmedic outlines new guidelines on internet advertising and information, in: SCRIP – World Pharmaceutical News, Nov 24th 2006, No 3212, S. 2
- o.V. (2006c): No DTC advertising for the EU, says the European Commission, in: SCRIP – World Pharmaceutical News, Nov 24th 2006, No 3212, S. 3
- Patzer, M. (2003): Gestaltungsmöglichkeiten von DTC-Kommunikation, in: Strahlendorf, P./Meidinger, V. (Hrsg.): Jahrbuch Pharma + OTC-Marketing 2003, Hamburg 2003, S. 48-51.
- Patzer, M. (2004): Planung von DTC-Kommunikation: Ein Planungsraster, in: Pharma-Marketing Journal, Nr. 4, 2004, S. 135-137.

PhRMA (2005a): America's Pharmaceutical Industry Announces Guidelines on Direct-to-Consumer Advertising,
<http://www.phrma.org/mediaroom/press/releases/02.08.2005.1195.cfm>, abgerufen am 24.08.2005.

PhRMA (2005b): Who we are, <http://www.phrma.org/whoweare>, abgerufen am 10.11.2005.

Pogoda, A. (2003): Auch Wunder muss man verkaufen: Wie Viagra wirbt, in: Brandmeyer, K. (Hrsg.): Pharma trifft Marke: Markentechnik für den Gesundheitsmarkt, München 2003, S. 54-74.

Quick, J./Dé, A. (2004): Update to the Direct-to-Consumer Debate: The Risks and Benefits of Pharmaceutical Promotion Across the Atlantic, in: The Public Relations Strategist, Nr. 2, 2004, S. 29-31.

Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 311 vom 28.11.2001, S. 67ff.), zuletzt geändert durch Richtlinie 2004/27/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel (ABl. L 136 vom 30.04.2004, S. 85ff.); Quelle: Paul-Ehrlich-Institut (2005): Richtlinie 2001/83/EG des europäischen Parlaments und des Rates,
http://www.pei.de/cIn_042/nn_432310/SharedDocs/Downloads/gesetze/rl-2001-83-eg-konsolidiert,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rl-2001-83-eg-konsolidiert.pdf, abgerufen am 06.03.2006.

Ryf, B. (2001): Studie „Patient Relationship Management (PRM)“: Resultate und Herausforderungen für die Zukunft, in: Badenhoop, R./Ryf, B. (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Science Industrie, Wiesbaden 2001, S. 29-47.

Ryf, B./Sattlegger, C. (2001): Der Patient im Visier der Life Science-Industrie: Das Beziehungsmanagement mit dem Patienten wird die Life Science-Industrie grundlegend verändern: Eine Marktstudie, in: Pharma-Marketing Journal, Nr. 4, 2001, S. 114-117.

- Schmittgall, F./Krenz, W./Besse, D. (2005): Zeit für Taten: direkte Patientenkommunikation als Herausforderung, in: Harms, F./Gänshirt, D. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Patienten-Empowerment als Kernkompetenz, Stuttgart 2005, S. 346-370.
- Schommer, J. C. (2005): Direct-to-Consumer Advertising for Prescription Drugs, in: Minnesota Medicine, Nr. 88, März 2005, S. 32-45.
- Schüler, P./Raming, B. (2002): e-Business: Chance und Herausforderung für die pharmazeutische Industrie, in: Burkard, I. (Hrsg.): Praxis des Pharmamarketing, Weinheim 2002, S. 261-271.
- Schumacher, C./Stegmaier, P. (2005): Chancen und Fallstricke in der Healthcare-Kommunikation, in: Harms, F./Gänshirt, D.: Gesundheitsmarketing: Patienten-Empowerment als Kernkompetenz, Stuttgart 2005, S. 215-236.
- Stefano, S./Navarro, R. P. (1999): The Role of the Pharmaceutical Industry in Managed Health Care, in: Navarro, R. P. (Hrsg.): Managed Care Pharmacy Practice, Gaithersburg 1999, S. 433-447.
- Stegmaier, P. (2003): Überall Bedenkenträger, in: Pharma Relations, Nr. 7, 2003, S. 6-10.
- Szathmary, B. (1999): Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease und Case Management, Neuwied und Kriftel 1999.
- VFA (2005): Statistics 2005: Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, Berlin 2005.
- Walter, K. M. (2002): Grundzüge des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens, in: Burkard, I. (Hrsg.): Praxis des Pharmamarketing, Weinheim 2002, S. 167-186.
- West, D. (2005): Changing Lanes, in: Pharmaceutical Executive, May 2005, S. 154-158.
- Wiedmann, K.-P./Meissner, S./Wegner, A.-S. (2003): Reputationsmanagement als strategische Chance für die pharmazeutische Industrie, Hannover 2003.

Wilkes, M. S./Bell, R. A./Kravitz, R. L. (2000): Direct-To-Consumer Prescription Drug Advertising: Trends, Impact, and Implications, in: Health Affairs, Vol. 19, Nr. 2, 2000, S. 110-128.

Die Autoren

Dipl.-Wirtsch.-Ing. Jörg Simon ist Berater bei Simon – Kucher & Partners, Strategy & Marketing Consultants, Bonn und Absolvent der Technischen Universität Braunschweig. Die dem Arbeitspapier zu Grunde liegende Diplomarbeit wurde von Herrn Simon in Zusammenarbeit mit der Deloitte Consulting GmbH, Hannover angefertigt.

Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sebastian Röthele ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung (Lehrstuhl) Marketing im Institut für Wirtschaftswissenschaften der Technischen Universität Braunschweig.