

Fritz, Wolfgang; Simon, Jörg; Röthele, Sebastian

**Working Paper**

## Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt: Stand und Entwicklungschancen

Arbeitspapier, No. 08/02

**Provided in Cooperation with:**

Technische Universität Braunschweig, Institute of Marketing

*Suggested Citation:* Fritz, Wolfgang; Simon, Jörg; Röthele, Sebastian (2008) : Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing auf dem deutschen Pharmamarkt: Stand und Entwicklungschancen, Arbeitspapier, No. 08/02, Technische Universität Braunschweig, Institut für Marketing, Braunschweig

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/54782>

**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.*

Wolfgang Fritz,  
Jörg Simon und Sebastian Röthele

**Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing  
auf dem deutschen Pharmamarkt –  
Stand und Entwicklungschancen**

Schriftenreihe „Wissen schafft Wissen“

Hübner & Sturk Werbeagentur GmbH

Nr. 2

Bensheim 2008

## **Zusammenfassung**

Der direkten Bewerbung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beim Patienten – also dem Endkunden – sind in Deutschland insbesondere durch das Heilmittelwerbe-gesetz seit 1965 enge Grenzen gesetzt. Auf europäischer Ebene existieren seit 1992 entsprechende Verordnungen zum Verbot von Werbemaßnahmen für verschreibungs-pflichtige Medikamente.

Die pharmazeutische Industrie in Deutschland verhält sich angesichts der geltenden Vorschriften bei rezeptpflichtigen Medikamenten 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 Patientenan-sprache für die Arzneimittelhersteller auch im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel an Bedeutung. Es besteht aber weiterhin eine große Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Erfolgsaussichten beim Einsatz von Di-rect-to-Consumer (DTC)-Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Beitrag den Stand des DTC-Marketing in Deutschland analysiert. Die Aussagen basieren dabei auf einer unter den größten deut-schen Pharmaherstellern durchgeführten Befragung von Marketing-Experten. Es wird weiterhin untersucht, welche Möglichkeiten für Pharmaunternehmen auf dem deutschen Markt bestehen, den Absatz verschreibungspflichtiger Arzneimittel mit Maßnahmen des DTC-Marketing zu begleiten. Dabei wird auch auf Erfahrungen mit DTC-Marketing in den USA und Neuseeland rekurriert.

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
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.....	7
3.1 Relevanz des DTC-Marketing in Deutschland .....	7
3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	8
3.2.1 Das Heilmittelwerbegesetz.....	9
3.2.2 Entwicklung auf europäischer Ebene.....	11
3.3 DTC-Instrumente .....	13
4 Ergebnisse einer Befragung deutscher Pharmaunternehmen.....	16
5 Empfehlungen für die deutschen Pharmaunternehmen.....	21
6 Zusammenfassung und Ausblick .....	23
Literaturverzeichnis .....	25
Die Autoren .....	33

# 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 heutzutage oft 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 auch im verschreibungspflichtigen Sektor immer mehr an Bedeutung, und damit das Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing. 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 Ärzteesprache noch gewährleistet ist und ob die Mediziner weiterhin als die hauptsächlichen Meinungsbildner ihrer Patienten fungieren, bietet das DTC-Marketing den Pharmaunternehmen die Chance, bisherige Marketing-Konzepte neu zu gestalten.

DTC-Marketing bezieht sich auf den Bereich verschreibungspflichtiger (ethischer) Medikamente und setzt auf die unmittelbare Kommunikation zwischen pharmazeutischen Unternehmen und den Arzneimittel-Konsumenten (Patienten). Diese direkte Patientenansprache dient zunächst der Aufklärung und Sensibilisierung hinsichtlich bestimmter Krankheiten und Therapieformen, aber auch einer Verbesserung der Compliance<sup>1</sup> während einer Therapie (vgl. Schmittgall/Krenz/Besse 2005, S. 350). Darüber hinaus verfolgen die Pharmaunternehmen damit selbstverständlich auch 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 Patientenbedürfnissen ermöglicht. Aber auch die Erhöhung der Bekanntheit bestimmter Marken sowie die Bindung an das eigene Unternehmen sind beabsichtigt (vgl. Lonsert 1995, S. 339 f.).

---

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

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/Müller/Schüler 2002, S. 73). In unserer Studie 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. Somit sollen im Rahmen des DTC-Marketing niedergelassene Ärzte, Apotheker oder Organisationen wie Kliniken und Krankenkassen keine oder zumindest keine exklusive Mittlerfunktion bei der inhaltlichen Informationsübertragung übernehmen (vgl. Hohensohn 1998, S. 130).

In der pharmazeutischen Industrie in Deutschland ist noch ein zögerliches Verhalten bezüglich einer konsequenten und umfassenden Patientenansprache zu beobachten. Ein Grund dafür ist im Verbot von Werbemaßnahmen für verschreibungspflichtige Medikamente gemäß 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 zudem das Vorgehen. Aufgrund der bestehenden Unsicherheiten ist es sinnvoll, den internationalen Entwicklungsstand des DTC-Marketing zu untersuchen (s. Abschnitt 2) und die rechtlichen Rahmenbedingungen für Deutschland sowie die möglichen Ansätze des DTC-Marketing aufzuzeigen (s. Abschnitt 3). Die Ergebnisse einer Befragung von Vertretern der Pharmabranche in Abschnitt 4 helfen den Stand des DTC-Marketing in Deutschland zu skizzieren. Für die meisten deutschen Pharmaunternehmen stellt das DTC-Marketing noch weitgehend Neuland dar. Daher werden in Abschnitt 5 Empfehlungen zur Ausgestaltung eines DTC-Konzeptes formuliert. Im abschließenden Abschnitt werden die zentralen Aussagen dieser Untersuchung kurz zusammengefasst und mögliche Entwicklungstendenzen skizziert.

## **2 Internationale Erfahrungen**

Die USA und Neuseeland sind die einzigen Länder, in denen eine 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 produktspezifi-

scher 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 Zielen 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 für rezeptpflichtige Medikamente in TV und Hörfunk, 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 TV-Spots zu verzeichnen (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000, S. 6). Die Ausgaben für DTC-Werbung stiegen in den USA von 55 Mio. US-\$ im Jahr 1991 auf 4,024 Mrd. US-\$ in 2004 (vgl. Wilkes/Bell/Kravitz 2000, S. 112; IMS Health 2005a). Damit investierte die pharmazeutische Industrie in den USA im Jahr 2004 14,5% der Gesamtwerbeausgaben<sup>2</sup> in DTC-Maßnahmen (eigene Berechnung nach IMS Health 2005a). 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 geworden sind. Darüber hinaus macht die zunehmende Konkurrenz von Präparaten gleicher Indikation werbliche Differenzierungsmaßnahmen erforderlich, die dem Aufbau von Präferenzen und der Steigerung der Loyalität dienen (vgl. Devereux 2001, S. 86 ff.). Ein weitere Ursache für die sich ausbreitende DTC-Werbung liegt in der Bereitwilligkeit der FDA und der Legislative, Konsumenten mit Informatio-

---

<sup>2</sup> 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.

nen versorgen zu lassen, um die Aufklärung in gesundheitspezifischen Fragen zu fördern (vgl. Wilkes/Bell/Kravitz 2000, S. 114).

Der ökonomische Erfolg von DTCA für die Pharmaunternehmen ist z. B. am Return on Investment (ROI) festzustellen. 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. 1 f.). Der originäre Beitrag des DTCA zur Gesamtentwicklung des ROI wird in dieser Studie aber nicht differenziert erfasst, so dass sich der Gewinn nur zum Teil kausal auf die Werbeinvestitionen zurückführen lässt.

Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte die Werbung bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Krankheiten aber 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 dennoch kritisch und hinterfragen, ob die DTC-Richtlinien und das Vorgehen der FDA ausreichen, um irreführende Aussagen der Endverbraucherwerbung zu verhindern (vgl. Hildebrand 2004, S. 314). Im März 2005 sprach Kathryn Aikin, Analytikerin des DTC-Forschungsteams der FDA, besorgt über Tendenzen der DTC-Werbung. 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).

Festzustellen ist, dass das Vertrauen der amerikanischen Bevölkerung in die Pharmaindustrie seit 1997 – die FDA verabschiedete in diesem Jahr 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. 165 f.). 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. 7 f.), 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 die Mitschuld am Tod eines Texaners. Die Strafe betrug 253 Millionen US-\$. 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 im vierten Quartal 2004 die DTC-Ausgaben von Merck nach der Marktrücknahme von „Vioxx“ leicht zurückgingen, überstiegen die Ausgaben im gesamten Jahr 2005 die des Vorjahres (vgl. Arnold 2005a, S. 34; West 2005, S. 156). Trotzdem hat der „Vioxx“-Skandal weitreichende Folgen: 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. 34 f.). Darüber hinaus wird von Marketing-Analysten eine Verschiebung der DTCA-Ausgaben hin zu Public Relations-Aufwendungen prognostiziert, die der Stärkung der Reputation von Pharmaunternehmen dienen (vgl. West 2005, S. 154 ff.).

Das einsetzende Bestreben der Unternehmen, das Vertrauen der Bevölkerung in die Pharmaindustrie wiederzugewinnen, dokumentiert die Herausgabe von „Guiding Principles“ für DTC-Werbung seitens der „Pharmaceutical Research and Manufacturers of

America“<sup>3</sup>. Die im Januar 2006 in Kraft getretenen freiwilligen Richtlinien sehen u. a. vor, dass die Ärzte frühzeitig vor dem Kampagnenstart einbezogen werden und die Unternehmen alle neuen DTC-TV-Anzeigen vor deren Ausstrahlung der FDA zur Prüfung vorlegen (vgl. o.V. 2005a; PhRMA 2005a). Obwohl seitens der Pharmaindustrie 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

In Neuseeland war es zu keiner Zeit explizit verboten, verschreibungspflichtige Medikamente direkt bei den Konsumenten zu bewerben. Bereits 1981 wurden mit dem „Medicines Act“ erstmals die rechtlichen Rahmenbedingungen für DTCA einheitlich geregelt (vgl. New Zealand Ministry of Health 2000, S. 2), so dass die Pharmaunternehmen in Neuseeland die ersten DTCA-Kampagnen etwa zur gleichen Zeit wie in den USA schalteten. Weiterhin unterwirft sich die forschende Pharmaindustrie („Researched Medicines Industry (RMI)“) einer freiwilligen Selbstkontrolle ihrer Marketing-Aktivitäten durch den „Therapeutic Products Advertising Code“ (vgl. Cameron/Stubbs 2007, S. 247). Dazu überprüft der gebührenpflichtige „Therapeutic Advertising Pre-Vetting Service (TAPS)“ die geplanten Werbemaßnahmen verbindlich 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 auch in Neuseeland geführt. Auf den Druck DTCA-kritischer Ärzte und Verbraucherschutzorganisationen, plante die ehemalige neuseeländische Gesundheitsministerin Annette King (Labour Party) einen Gesetzesentwurf („Therapeutic Products and Medicines Bill“) in das Neuseeländische Parlament einzubringen, der DTCA in Neuseeland zukünftig verbieten sollte (vgl. Mansfield et al. 2005, S. 5). Der im Dezember 2006 eingebrachte Gesetzesentwurf wurde zwar mit 61 zu 60 Stimmen angenommen, enthielt letztlich aber kein Verbot von DTCA, da sich dafür bereits im Vorfeld keine parlamentarische Mehr-

---

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

heit fand (vgl. Cameron/Stubbs 2007, S. 247). Vielmehr wird der zukünftige Einsatz von DTCA zur wahrheitsgemäßen und ausgewogenen Darstellung von Therapiemöglichkeiten mit den beworbenen Medikamenten ausdrücklich gestattet (vgl. King 2006). Um den aufklärenden Charakter von DTCA sicherzustellen, sieht der Gesetzesentwurf ein entsprechendes Zulassungsverfahren für Werbemaßnahmen für verschreibungspflichtige Medikamente vor.

### **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 Umsatzwachstum 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. 41 f.). 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, stieg der Umsatz mit verschreibungspflichtigen Präparaten um 66% (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.

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). Hervorzuheben sind dabei insbesondere 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 steigenden Ansprüche der „Shareholder“ und den zunehmenden Wettbewerbsdruck – nach Ablauf der Patentlaufzeit auch durch das Angebot von Generika. Nachfrageseitig wirkt sich insbesondere das höhere Gesundheitsbewusstsein der Patienten und deren zunehmende Emanzipation gegenüber den die Therapie bestimmenden Leistungserbringern des Gesundheitssystems aus (vgl. Lonsert 1995, S. 342; Cueni 2001, S. 149 f.;

Schmittgall/Krenz/Besse 2005, S. 349). Verschärfend kommen hinzu die Reformen des deutschen Gesundheitswesens, die eine abnehmende Erstattungsfähigkeit von Verordnungen und damit eine zunehmende Übernahme der Kosten durch die Patienten selbst zur Folge haben. Vor diesem Hintergrund wird die direkte Patientenansprache durch das DTC-Marketing der Hersteller verschreibungspflichtiger Medikamente immer wichtiger.

<p><b>Industriespezifische Argumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende F&amp;E-Ausgaben und weniger Produktzulassungen</li> <li>• Sinkende effektive Patentlaufzeiten</li> <li>• Nachlassende Effizienz und steigende Kosten des Außendienstes</li> <li>• Zunehmende Erwartungen der Investoren und Aktionäre</li> <li>• Abnehmende Differenzierung der Produkte im Wettbewerb bzw. zunehmende Substitutionsmöglichkeiten</li> <li>• Verstärkte Wettbewerbsintensität und steigender Generika-Absatz</li> </ul>
<p><b>Nachfragebezogene Argumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zunehmendes Informationsbedürfnis und Gesundheitsbewusstsein der Konsumenten</li> <li>• Zunehmende Entscheidungsmacht der Patienten</li> <li>• Abnehmende Entscheidungsmacht der Ärzte</li> <li>• Notwendigkeit einer höheren Kundenbindung über starke Marken</li> <li>• Preisdruck durch die Patienten</li> <li>• Schwindendes Vertrauen der allgemeinen Öffentlichkeit in die Pharmaunternehmen</li> </ul>
<p><b>Gesundheitspolitische Argumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preisdruck durch die Reformen im Gesundheitswesen</li> <li>• Zwangsrabatte für die Krankenkassen</li> <li>• Abnehmende Erstattungsfähigkeit von Verordnungen</li> <li>• Zunehmende Kostenübernahme durch die Patienten</li> </ul>

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

### 3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

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 von allen Mitgliedsunternehmen einzuhalten sind (vgl. Wiedmann/Meissner/Wegner 2003, S. 29). Der Kodex des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) in Deutschland beispielsweise enthält gegenüber den Gesetzen ausführlicher beschriebene und weitere zu beachtende Verpflichtungen, u. a. 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 eingehalten werden.

### **3.2.1 Das Heilmittelwerbegesetz**

Die Freiheit der Werbung wird als wesentliches Element der Wirtschaft von Artikel 2 des Grundgesetzes der BRD prinzipiell geschützt, und somit haben die Pharmaunternehmen ein berechtigtes Interesse daran, ihre Medikamente werblich 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 „Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens“ (kurz: Heilmittelwerbegesetz) zum Schutz der Verbraucher geschaffen (vgl. Schumacher/Stegmaier 2005, S. 218; Borowy 2003, S. 63 f.). Das Heilmittelwerbegesetz (HWG) unterscheidet zwischen Fach- und Publikumswerbung: Nach § 10 HWG dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel nur bei Ärzten, Apothekern und sonstigen Personen, die mit Medikamenten in erlaubter Weise Handel treiben, beworben werden, also nicht bei Endverbrauchern (vgl. § 10 HWG). Damit ist produktspezifische DTC-Werbung verboten. Im Weiteren bezieht sich das HWG auf die Publikumswerbung für rezeptfreie 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 „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-Maßnahmen keine Anwendung (vgl. Lonsert 1995, S. 355; Walter 2002, S. 170; Borowy 2003, S. 66; Dieners/Klümper, 2007, S. 140). 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). Manche direkte Interaktionen mit den Konsumenten sind ebenfalls schwierig von der Produktwerbung abzugrenzen. Eine Compliance, d.h. die Therapietreue fördernde Maßnahme beispielsweise kann je nach Gestaltung auch als Werbung aufgefasst werden (vgl. Lonsert 1995, S. 355). Jedoch werden Packungsbeilagen, äußere Umhüllungen der Präparate oder Patientenmerkblätter nicht als explizite Werbung gemäß HWG eingestuft (vgl. Walter 2002, S. 170).

Da die Allgemeinverbindlichkeit, die u. a. durch die fehlende Definition des Begriffes „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, wird somit erst sukzessive geschaffen (vgl. Schumacher/Stegmaier 2005, S. 234). Es ist in jedem Fall hilfreich, alle Kommunikationsmaßnahmen 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 die Konsumenten auf vielen amerikanischen Internetseiten der Hersteller Informationen über diese Mittel einholen (vgl. Schüler/Raming 2002, S. 262 f.). Seit Januar 2007 stehen den deutschen Patienten darüber hinaus Arzneimittelinformationen auf Deutsch im Internet zur Verfügung. Die schweizerische Regulierungsbehörde „Swissmedic“ hat eine entsprechende Richtlinie verabschiedet, die eine klare Trennung zwischen Werbung und Information schaffen 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, etwa die Beipackzettel 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, den Pharmaunternehmen seit Anfang 2004 erstmals erlaubt, gezielte Anfragen von Konsumenten zu rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu beantworten – allerdings nur in schriftlicher Form (vgl. GMG, S. 2253 und § 1 Absatz 5 HWG). 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 Rahmenbedingungen zu erhalten, 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 aufgrund der Befürchtung, dass sich unterschiedliche nationale Vorschriften 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 dem HWG entsprechende Vorschriften hinsichtlich der Humanarzneimittelwerbung auf (vgl. Walter 2002, S. 167 f.). Eine entscheidende europäische Vorgabe ist das Verbot der Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel nunmehr nach Artikel 88 Absatz 1 der Richtlinie 2001/83/EG. Ferner wird im Artikel 86 der Richtlinie, im Gegensatz zum HWG, die „Werbung für Arzneimittel“ definiert und von „Informationen über die Gesundheit oder

Krankheiten des Menschen, sofern darin nicht, auch nicht in indirekter Weise, auf ein Arzneimittel Bezug genommen wird“, explizit abgegrenzt (Richtlinie 2001/83/EG). Damit sind z. B. 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 für ein Pilotprojekt 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) und 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 im Jahr 2007 eine öffentliche Befragung zur Zukunft des Umgangs mit Humanarzneimitteln in Europa durchgeführt. In der Zusammenfassung der öffentlichen Beiträge wird bereits eine klare Trennung zwischen Patienteninformationen und patientengerichteter Werbung vorgenommen (vgl. European Commission, 2008, S. 3). Es ist zu erkennen, dass den pharmazeutischen Unternehmen nun die Publikation geeigneter Arzneimittelinformationen gestattet werden soll. Die direkt an Patienten gerichtete Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente wird eher misstrauisch beurteilt. Noch erarbeitet werden müssen eindeutige Richtlinien, die eine Trennung von Information und Werbung ermöglichen, sowie ein System zur Überwachung und Qualitätssicherung der publizierten Informationen. Der gesamte Themenkomplex ist mit dem Ziel, eine verbindliche Rechtsgrundlage zu schaffen, zur weiteren Vertiefung und Diskussion



in das offizielle Arbeitsprogramm des Europäischen Parlaments für das Jahr 2008 aufgenommen worden. (vgl. ebenda S. 4 f.)

### 3.3 DTC-Instrumente

In Deutschland ist zwar die Endverbraucherwerbung mit Nennung des Namens eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels durch das HWG verboten, aber es gibt dennoch wirkungsvolle und zulässige Möglichkeiten der direkten Patientenansprache, welche der Therapie mit rezeptpflichtigen Medikamenten dienen. Besonders chronisch Kranke sind für Informationen seitens der Pharmaunternehmen dankbar und beteiligen sich deshalb häufig an entsprechenden Informationsprogrammen (vgl. Liedler 2003, S. 47). Zu den ersten DTC-Kampagnen in Deutschland gehörten die im Jahr 1989 von Schering für das gynäkologische Hormonpräparat „Diane-35“ initiierte Disease-Education-Anzeigenserie in Zeitschriften, die damals 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, die das Ziel verfolgte, das Bewusstsein für das Thema Schlaganfall zu stärken (vgl. Stegmaier 2003, S. 7 ff.).

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 auch als Teil eines umfassenderen Ansatzes gesehen werden. Obwohl die Unternehmen die verschiedenen DTC-Instrumente teilweise bereits umsetzen, fehlt dem DTC-Marketing noch die umfassende Realisierung (vgl. Patzer 2003, S. 51). Insbesondere in Deutschland existieren noch erhebliche Entwicklungsdefizite (vgl. Stegmaier 2003, S. 7 ff.). So stellt z. B. *Patzer* fest, dass DTC-Maßnahmen „mitunter isoliert durchgeführt werden und es an einer systematischen Planung und Evaluation fehlt“ (Patzer 2004, S. 135).

Aus dem Gesamtspektrum der DTC-Ansätze sollen zwei besonders relevante näher erläutert werden, nämlich zum einen das Patient-Relationship-Management (PRM) und zum anderen die Disease-Management-Programme (DMP). 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 spezielle Ausprägung des Customer-Relationship-Managements. Dabei ist das Arzneimittel nur ein Teil der therapeutischen Gesamtleistung. PRM konzentriert sich darüber hinaus auf Dienstleistungen wie z. B. dem Compliance (bzw. Therapietreue)-

Management, bedient sich vielfältigen Kontaktmöglichkeiten wie E-Mail oder Call Center und nutzt Kundendatenbanken, das WWW sowie weitere Informationstechnologien. Hierbei werden auch unternehmensinterne Abläufe und Prozesse auf die Patienten ausgerichtet (vgl. Ryf/Sattlegger 2001, S. 114 ff.). Gerade bei verschreibungspflichtigen Medikamenten für chronische Krankheiten bietet sich das PRM-Konzept an (vgl. Ryf 2001, S. 39).

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsmaterialien (Broschüren zur Gesundheitsaufklärung und über Indikationsgebiete)</li> <li>• Servicematerialien (Gesundheitspässe, Notfallausweise und Dosierungsblöcke)</li> <li>• Eine auf Indikationsgebiete abgestimmte Internetpräsenz (als eigenständiger Auftritt, im Rahmen eines Gesundheitsportals oder integriert in die Unternehmenswebseite)</li> <li>• Bereitstellung telefonischer Beratungshotlines</li> <li>• Werbung zur Gesundheitsaufklärung und Imageförderung (z. B. in Printmedien, Radio &amp; Fernsehen, Internet, Direktmedien, Außenwerbung)</li> <li>• Eröffnung von Response-Möglichkeiten</li> <li>• Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientengruppen</li> <li>• Von den Herstellern initiierte Veranstaltungen (z. B. Therapietreue- bzw. Compliance-Programme, Seminare)</li> <li>• Einsatz eines Patient-Relationship-Management (PRM)</li> <li>• Beteiligung an Veranstaltungen für Patienten (z. B. Informationsseminare)</li> <li>• Beteiligung an Disease-Management-Programmen (DMP) der Krankenkassen, Kliniken oder der niedergelassenen Ärzte</li> <li>• Meinungs- und Marktforschung bezüglich der Patienten</li> <li>• Public Relations</li> </ul> |
|---|

Tab. 2: Ausgewählte DTC-Instrumente

Des Weiteren können sich Pharmaunternehmen an Disease-Management-Programmen (DMP) beteiligen. Damit ist ein integrierter Ansatz zur optimalen Behandlung einer Krankheit von der Prävention bis zur Nachsorge unter Berücksichtigung von medizinischen und ökonomischen Aspekten angesprochen (vgl. Szathmary 1999, S. 166 ff.). In den USA scheiterten in den neunziger Jahren allerdings Versuche der Pharmaunternehmen, DMP allein zu initiieren, da die Programme zu sehr therapieorientiert und verkaufsoffensiv waren, wodurch sie die Prävention vernachlässigten (vgl. Navarro/Christensen/Leider 1999, S. 380). Heutzutage unterstützen die Pharmafirmen die überwiegend von den Krankenkassen gesteuerten Managed-Care-Konzepte zur integ-

rierten Versorgung, in welche auch die DMP eingeordnet werden können. Die Managed-Care-Konzepte haben eine erhöhte Versorgungs- und Kosteneffizienz zum Ziel. Entsprechend beinhalten sie einerseits z. B. Programme zur Gesundheitsaufklärung für Patienten, Weiterbildungsmaßnahmen für Ärzte aber auch technologische Informations- und Analyseressourcen im Rahmen der Qualitätssicherung. Andererseits können die Krankenkassen als Managed-Care-Anbieter und Kostenträger erhebliche Preisrabatte beim Bezug von Versorgungsleistungen (z. B. von Medikamenten) realisieren. Für die Pharmahersteller ist die Beteiligung an den integrierten Versorgungsansätzen interessant, da ihnen im Rahmen des jeweiligen Programms für bestimmte Präparate ein exklusives Versorgungsrecht eingeräumt wird (vgl. Stefano/Navarro 1999, S. 435 f. und 445 f.). Der deutsche Gesetzgeber schuf mit der Reform des Risikostrukturausgleiches im Jahr 2002 neue Rahmenbedingungen, welche die Umsetzung von DMP durch die Krankenkassen fördern (vgl. Badenhoop/Ryf 2005, S. 173). Doch erst seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 erfahren die Ansätze der integrierten Versorgung eine erhöhte praktische Relevanz durch die Möglichkeit der Krankenkassen, mit beliebigen Leistungserbringern direkte Versorgungsverträge abzuschließen (vgl. Fuchs 2004, S. 325 ff.). Dadurch können 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 Medikamente und Dienstleistungen, im Abschluss von Verträgen mit Krankenkassen, Ärzten und weiteren Dienstleistern und in der Generierung neuer Patientenkontakte für weitere Maßnahmen aus dem PRM-Bereich (vgl. Szathmary 1999, S. 172).

Für einen erfolgreichen Patientendialog müssen einzelne DTC-Maßnahmen gemeinsam geplant und auf einer integrativen Strategie basierend implementiert werden (vgl. Liedler 2003, S. 47). Darüber hinaus bedarf es der zeitlichen Abstimmung der DTC-Aktivitäten sowie einer engen Zusammenarbeit der jeweils zuständigen Abteilungen des Unternehmens, damit auch eine inhaltliche Integration der einzelnen Maßnahmen gelingt und eine einheitliche Botschaft kommuniziert werden kann. 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 sollte der Einsatz der DTC-Instrumente mit den Maßnahmen zur Fachkreis-Ansprache (z. B. Fachwerbung und Außendienst) abgestimmt werden.

Eine erfolgreiche integrierte Kampagne war jene für das „Blockbuster“<sup>4</sup>-Medikament „Viagra“ von Pfizer: Der Fernsehspot aus dem Jahr 2002 mit dem Fußballstar Pelé, der über erektile Dysfunktion sprach und betroffene Männer ermutigte, zum Arzt zu gehen, wurde kombiniert mit Anzeigenstrecken in Printmedien, mit Response-Möglichkeiten per Telefon-Hotline und Antwortpostkarten, einer Informationstour mit einem speziell gestalteten LKW, einer Indikations-Webpage<sup>5</sup>, der Zusammenarbeit mit dem Verein „Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit“ und groß angelegten Anzeigenkampagne in Fachzeitschriften für Ärzte in Verknüpfung mit wirkungsvoller PR. Diese Kampagne machte „Viagra“ zu einer der bekanntesten und absatzstärksten Pharmamarken in Deutschland und der Welt (vgl. Pogoda 2003, S. 54 ff.).

## **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-Managern<sup>6</sup> pharmazeutischer Unternehmen durchgeführt. 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 in Deutschland ausmachen (vgl. BPI 2005, S. 6; die Prozentangabe basiert auf Daten des Statistischen Bundesamtes, Stand: September 2001).

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. Sie kann aber als Pilotstudie mit dem Charakter einer Expertenbefragung angesehen werden. Weil jedoch ca. 25% der Firmen über 500 Mitarbeiter

---

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

<sup>5</sup> Indikations-Webpage: Auf ein Präparat oder ein Indikationsgebiet abgestimmte Internetpräsenz.

<sup>6</sup> Unter Marketing-Managern werden Führungskräfte aus dem Marketing-Bereich und Produkt-Manager verstanden.

befragt wurden, spiegeln die Ergebnisse der Untersuchung das Vorgehen und die Sichtweisen der größeren Pharmaunternehmen in Deutschland wider.

Jeweils neun der zehn befragten Marketing-Manager schätzen 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 empfindet diesen Beitrag als „eher wichtig“. Auf die Aufforderung hin, die Bedeutung der einzelnen Zielgruppen der aktuellen unternehmensseitigen Kommunikationspolitik bezüglich ethischer Medikamente einzustufen, treten die niedergelassenen Ärzte als die wichtigste Zielgruppe hervor (siehe Abbildung 1).

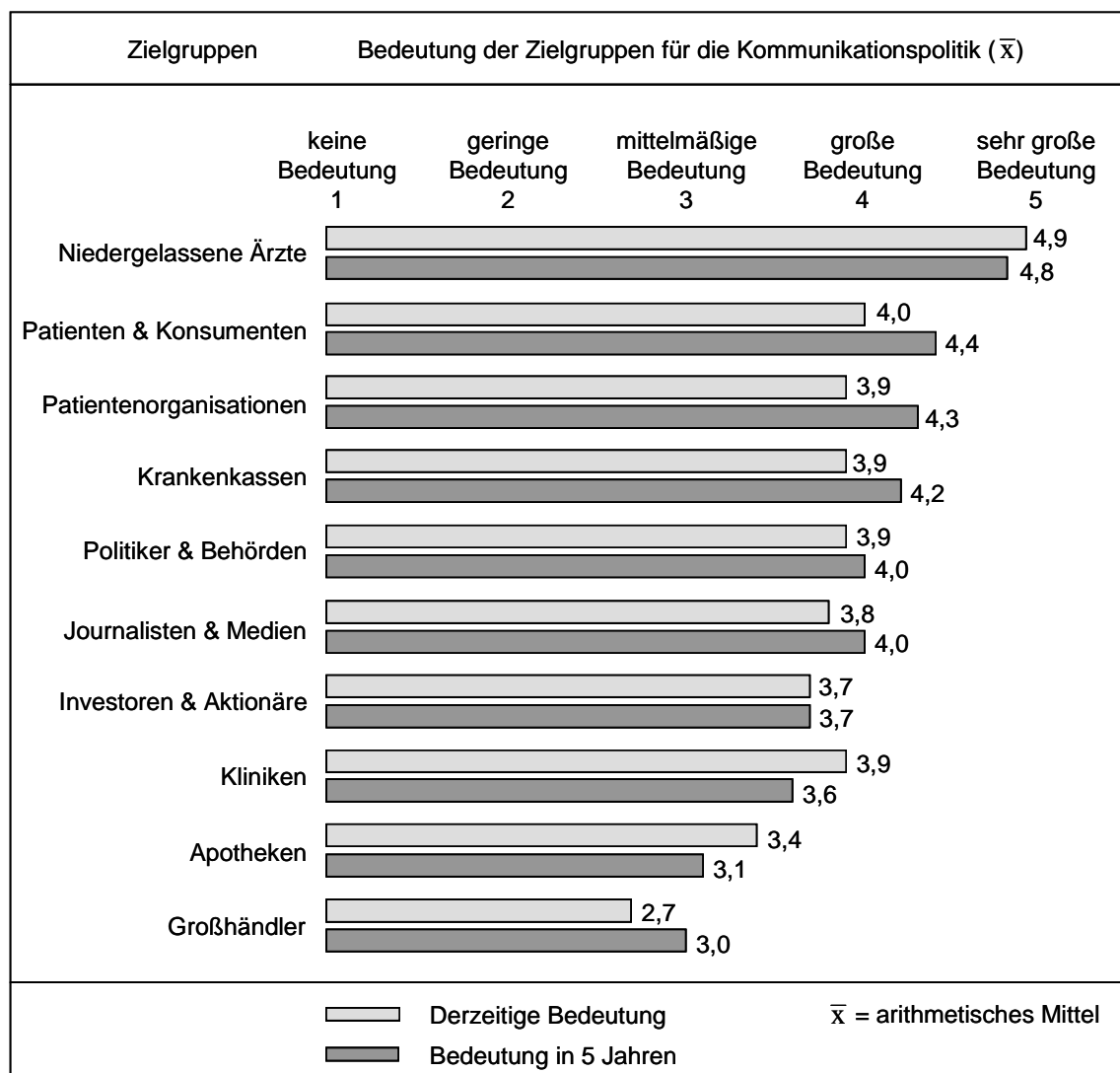


Abb. 1: Bedeutung von Zielgruppen der Kommunikationspolitik bezüglich ethischer Medikamente

Die Patienten, Patientenorganisationen, Krankenkassen, Politiker, Journalisten, Investoren, Kliniken – und mit Abstrichen die Apotheken – bilden ein breites Mittelfeld mit

einer ebenfalls großen Bedeutung als Zielgruppe für die Unternehmenskommunikation. Großhändlern wird 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 werden trotz eines leichten Bedeutungsverlustes nach wie vor als die wichtigste Zielgruppe eingestuft. Die Patienten und die Patientenorganisationen erfahren aber eine gesteigerte Bedeutung. Es zeichnet sich ab, dass diese beiden die nach den niedergelassenen Ärzten 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.

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 in Klammern die Anzahl der Unternehmen angegeben, welche bisher noch nicht realisierte Maßnahmen innerhalb der nächsten fünf Jahre umzusetzen beabsichtigen. 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 Zusammenarbeit mit Patientengruppen bilden für je sieben Unternehmen Bausteine eines DTC-Konzeptes, und jeweils zwei weitere Firmen planen hier eine Umsetzung. Ein PRM-Konzept oder eine Beteiligung an DMP 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 DMP 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 Maßnahmen von sieben Personen hervorgehoben. Obwohl ebenfalls sieben Befragte der Werbung im Fernsehen eine (sehr) hohe Wirksamkeit attestierten, schalteten nur vier Unternehmen 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.

DTC-Maßnahmen	Anzahl der Unternehmen	
	Bereits umgesetzt (Umsetzung innerhalb der nächsten fünf Jahre)	Hohe oder sehr hohe Wirksamkeit
Informations- und Servicematerialien	10 (0)	2
Medienarbeit	9 (1)	5
Werbung in Zeitschriften und Zeitungen	8 (1)	6
Selbstveranstaltete Seminare und Compliance Programme <sup>b</sup>	8 (1)	4
Indikations-Webpages und Gesundheitsportale <sup>a</sup>	8 (0)	6
Werbung im Internet <sup>a</sup>	8 (0)	5
Beteiligung an Veranstaltungen wie Messen und Kongresse	8 (0)	3
Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientengruppen <sup>b</sup>	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. durch Außenwerbung <sup>a</sup>	4 (3)	2
Werbung im Radio <sup>a</sup>	4 (2)	4
Werbung im Fernsehen <sup>a</sup>	4 (0)	7
Werbung durch direkte Medien z. B. E-Mail <sup>a</sup>	3 (2)	4
Informationstouren und ähnliche Aktionen <sup>b</sup>	3 (1)	5

<sup>a</sup> Auf die Frage hin, welche DTC-Maßnahmen bereits umgesetzt werden bzw. bei welchen eine Umsetzung innerhalb der nächsten fünf Jahre oder gar keine Umsetzung geplant ist, machte hier jeweils eine Person keine Angabe.

<sup>b</sup> Hier machte jeweils eine Person zur Frage nach der Wirksamkeit keine Angabe.

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

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 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 geben 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 würden. Für jeweils sieben Unternehmen sind der Aufbau und die Förderung der Unternehmensmarke bzw. einer Marke eines verschreibungspflichtigen Medikaments sehr wichtig. Nur zwei Unternehmen<sup>7</sup> versuchen bewusst, mit Hilfe der Patientenansprache für rezeptfreie Arzneimittel auch positive Effekte für den Absatz von verschreibungspflichtigen Präparaten zu erzielen. Sieben der zehn Unternehmen 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 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. Dennoch ist der Spielraum des DTC-Marketing bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Es kann davon ausgegangen werden, dass größere Pharmafirmen, zu denen die befragten Unternehmen zählen, dem DTC-Konzept aufgrund größerer finanzieller Ressourcen

---

<sup>7</sup> 3 von 10 Personen antworteten nicht auf diese Frage.



aufgeschlossener gegenüberstehen als kleinere Pharmahersteller und infolgedessen kleinere Firmen weniger DTC-Maßnahmen realisieren als in dieser Studie aufgezeigt wurde. Diese Vermutung stützt auch 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. 24 ff.).

## 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 der Patienten bzw. Konsumenten sowie 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. 81 f.). Ein Beitrag zum ökonomischen Erfolg (ROI und positive Umsatzentwicklungen) kann aufgrund der Erfahrungen in den USA ebenfalls 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.

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

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 Sinne 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"> <li>• Unternehmensstruktur auf die Konsumenten ausrichten</li> <li>• Technologische Voraussetzungen schaffen</li> <li>• Mitarbeiter vorbereiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische Erkrankungen</li> <li>• Unterversorgung auf dem Indikationsgebiet</li> <li>• Verbesserungswürdige Compliance</li> <li>• Große Anzahl an erkrankten Personen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf- oder Ausbau einer Marke</li> <li>• Einführung eines neuen Präparats</li> <li>• Produkt mit medizinisch hoher Qualität &amp; wenigen gefährlichen Nebenwirkungen</li> <li>• Angebot von Systemlösungen</li> </ul>	

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 (siehe Tabelle 5).

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

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 noch eine vergleichsweise 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 stattfinden und mehr aufklärende Information über Krankheiten und verschreibungspflichtige Arzneimittel bereitgestellt wird. 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 bereits bedienen, müssen diese Maßnahmen weiter 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 Kommunikations-

politik erfahren. Gleichwohl muss sich das Pharmamarketing aufgrund der besonderen Eigenschaften von Arzneimitteln seiner im Vergleich zum Konsumgütermarketing höheren 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, Endverbraucherwerbung bei ethischen Medikamenten jedoch gleichzeitig unterbunden werden.

Die US-amerikanischen und neuseeländischen Erfahrungen können Hilfestellung leisten bei der künftigen Konzeption von etwaigen Werbeanzeigen sowie zur Vermeidung von Fehlern und zur Optimierung der Maßnahmen beitragen. Um DTC-Maßnahmen auf die jeweiligen Indikationsgebiete abzustimmen und für alle Marktteilnehmer gewinnbringend umzusetzen, bedarf es umfangreicher Marktforschung zu den Einstellungen und Verhaltensweisen der deutschen Patienten. Bei der Realisierung von DTC-Maßnahmen empfiehlt sich zudem 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. 2445 ff.), neugefasst durch die Bekanntmachung vom 11.12.1998 (BGBl. I S. 3586 ff.), zuletzt geändert durch Art. 2 § 3 Abs. 7 des Gesetzes vom 01.09.2005 (BGBl. I S. 2618 ff.).

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.

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.

Cameron, N./Stubbs, P. (2007): New Zealand, in: Global Legal Group (Ed.): *The International Comparative Legal Guide to: Pharmaceutical Advertising*, <http://www.iclg.co.uk/khadmin/Publications/pdf/1394.pdf>, abgerufen am 12.02.2008, S. 247-255.

- Cueni, T. B. (2001): Der informierte Patient, in Badenhop, 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.
- Dieners, P./Klümper, M. (2007): Germany, in: Global Legal Group (Ed.): The International Comparative Legal Guide to: Pharmaceutical Advertising, <http://www.iclg.co.uk/khadmin/Publications/pdf/1380.pdf>, abgerufen am 12.02.2008, S. 140-148.
- 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.
- European Commission (2008): The Future of Pharmaceuticals for Human Use in Europe – Outcome of the Public Consultation, [http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacommunication/contributions/summary\\_outcome-2008-01-14.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacommunication/contributions/summary_outcome-2008-01-14.pdf), abgerufen am 13.2.2008.
- 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. 604 ff.), neugefasst durch die Bekanntmachung vom 19.10.1994 (BGBl. I S. 3068 ff.), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 29.08.2005 (BGBl. I S. 2570 ff.).

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](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](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.

King, A. (2006): Therapeutic Products and Medicines Bill tabled, <http://beehive.govt.nz/release/therapeutic+products+and+medicines+bill+tabled>, abgerufen am 12.02.2008.

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.
- 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
- Patzer, M. (2003): Gestaltungsmöglichkeiten von DTC-Kommunikation, in: Strahendorf, 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. 67 ff.), 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. 85 ff.); Quelle: Paul-Ehrlich-Institut (2005): Richtlinie 2001/83/EG des europäischen Parlaments und des Rates, [http://www.pei.de/cln\\_042/nn\\_432310/SharedDocs/Downloads/gesetze/rl-2001-83-eg-konsolidiert,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rl-2001-83-eg-konsolidiert.pdf](http://www.pei.de/cln_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: Badenhop, 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**

**Prof. Dr. Wolfgang Fritz** ist Universitätsprofessor an der Technischen Universität Braunschweig und Leiter des dortigen Instituts für Marketing sowie Honorarprofessor an der Universität Wien. Er nimmt auch verschiedene Funktionen in der Praxis wahr und ist u. a. wissenschaftlicher Beirat einer Unternehmensberatungsgesellschaft in Mannheim sowie einer Werbeagentur in Bensheim.

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

**Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sebastian Röthele** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Marketing an der Technischen Universität Braunschweig und Betreuer der dem vorliegenden Bericht zu Grunde liegenden Studie.