Mit Erfolgsgarantie

Die Marketingstrategien der Pharmaindustrie

Gerd Glaeske

Pharmakonzerne wissen sich darzustellen – hier Bayer auf einer Messe 2011 in Berlin. Foto: www.global-picture.de

Pharmahersteller gehören zu den einflussreichsten Interessengruppen in unserem Gesundheitswesen. Bevor das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes 2011 in Kraft trat, diktierten sie in Deutschland uneingeschränkt die Arzneimittelpreise und verhinderten mit geschickter Lobbyarbeit immer wieder Reformversuche der Politik. Für gute Umsätze sorgt aber vor allem ein erfolgreiches Marketing – ein Marketing, das immer wieder haarscharf am Vorwurf der Korruption vorbeischrammt.

Arzneimittel gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Ihr Einsatz reicht von akuten Gesundheitsstörungen über chronische Krankheiten, die Verhinderung und Verzögerung kurzfristiger und ferner Krankheitskomplikationen bis zur rein palliativen Schmerztherapie. Die Hoffnungen vieler PatientInnen, die an schwerwiegenden, bisher nur symptomatisch behandelbaren Krankheiten leiden, richten sich auf die Entwicklung neuer Medikamente.

Informationssteuerung

Der Einsatz von Pharmaka in der medizinischen Versorgung bewegt sich aber im Spannungsfeld von Qualität und Kosten. Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie Verschwendung von finanziellen Ressourcen zulasten der Beitragszahler, Versicherten und PatientInnen sind immer noch an der Tagesordnung in unserer Arzneimittelversorgung.

Die Gründe hierfür liegen oftmals in der Informationssteuerung und dem Produktmarketing pharmazeutischer Hersteller. Sie zielen vor oder nach der Markteinführung eines Arzneimittels darauf ab, das zu behandelnde Krankheitsbild sowie den Produkt- oder Herstellernamen im Bewusstsein der verordnenden Ärzte und der Verbraucher zu verankern.

Pharma-Marketing

Informationen zu Krankheiten und Medikamenten werden gezielt selektiert und über den Lebenszyklus eines Produkts in unterschiedlichen Strategien vermittelt. Dazu gehören unter anderem:

— das Erstellen vielfältiger Pressematerialien, die teilweise direkt von den Medien verwendet werden; entsprechende Berichte lenken die Aufmerksamkeit auf die fokussierte „Krankheit“ und die passenden „Therapieoptionen“,

— das Sponsoring von „unabhängigen Experten“, „wissenschaftlichen“ Symposien und anderen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen bis hin zu internationalen Konsensuskonferenzen,

— das Entsenden von Pharmareferenten, die in Praxen und Krankenhäusern zu bestimmten Produkten informieren,

— die Finanzierung von sogenannten Anwendungsbeobachtungsstudien, deren Ergebnisse nicht immer wissenschaftlich wertvoll sind

und die teilweise selektiv publiziert werden,
— die Unterstützung (bis hin zur Gründung) von Selbsthilfeorganisationen, aus deren Reihen bei Bedarf Betroffene für Auskünfte zur Verfügung stehen und
— die Initiierung und Beteiligung an „Aufklärungskampagnen“ zu absatzrelevanten Gesundheitsstörungen.

Selbstkontrolle

Der Einsatz von Marketingstrategien ist, solange sie sich im Bereich der Legalität befinden, das „gute Recht“ der Hersteller. Allerdings gibt es immer wieder Verstöße gegen geltendes Recht durch einzelne Hersteller oder deren Referenten. So hatte die Aachener Pharmafirma Trommsdorff 2004 bis 2007 ÄrztInnen Elektrogeräte versprochen, wenn diese ihre Blutdrucksenker Emestar mono oder Emestar plus in der Verordnung berücksichtigten. Als Dankeschön gab es Flachbildschirme, Laptops, Beamer oder Computer mit Drucker. Dabei sollen Emestar mono/plus nur angewendet werden, wenn Patienten die bewährten und kostengünstigen ACE-Hemmer nicht vertragen.

Wegen der negativen Publicity in solchen Fällen hat die Pharmaindustrie den Verein „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie“ ins Leben gerufen. Der Verein – vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) im Jahr 2004 gegründet – soll den Umgang zwischen Pharmaunternehmen und Ärzten regeln und kontrollieren.

Selbstkontrolle oder Verhaltensempfehlungen können jedoch einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen und die Sanktionierung von Verstößen nicht voll ersetzen. In diesem Zusammenhang geht es letztlich um die Grenze zwischen legalen Marketingaktivitäten und Korruption. „Dabei besteht die Grundstruktur der Korruption in einem Geber und einem Nehmer. Die aktive Form besteht im Anbieten, Versprechen und Gewähren eines Vorteils, die passive Form in der Annahme des Vorteils, die mit regelwidrigen, nicht sachgerechten und bevorzugenden Entscheidungen verbunden ist.“[1]

Anwendungsbeobachtungen

Pharmahersteller und ÄrztInnen „schrammen“ durch bestimmte Aktivitäten und Verbindungen immer wieder haarscharf am Vorwurf der Korruption vorbei. Anders lässt sich der Erfolg bestimmter Arzneimittel kaum erklären. Sie finden sich auf der Liste der umsatzstärksten Medikamente wieder, obwohl ihr Nutzen bzw. Zusatznutzen unklar bleibt.

Die Verordnung dieser Mittel dürften Angebote pharmazeutischer Hersteller für die Durchführung von wissenschaftlich fragwürdigen, aber für ÄrztInnen finanziell interessanten Anwendungsbeobachtungen befördern („gekaufte Verordnungen“), ebenso wie die Bewerbung der jeweiligen Produkte durch bekannte Wissenschaftler und Kliniker – von den jeweiligen Herstellern bezahlte Experten („Mietmäuler“ oder „habilitierte Pharmaberater“).

Je nach Arzneimittelpreisen können pro neu eingestelltem oder – besser noch – von einem Konkurrenzpräparat auf das neue Produkt umgestellten Patienten 80 bis 500 Euro, oft auch mehr, „eingesteckt“ werden. Nach der Korruptionsdefinition geht es hier häufig genug um „nicht sachgerechte und bevorzugende“ Entscheidungen, nämlich wenn die PatientInnen bereits gut auf ein Arzneimittel eingestellt waren.

Bekannt geworden sind auch „Fortbildungsveranstaltungen“ im Spreewald mit gleichzeitigen lustigen Bootsfahrten und Grillpartys oder die Einflussnahme mit hohen Honoraren oder hochwertigen Geschenken auf die Medikamententenentscheidungen von ÄrztInnen durch Firmen wie Novartis, Trommsdorff oder ratiopharm.

Pharmareferenten

Noch immer sind in Deutschland rund 15 bis 16.000 Pharmareferenten unterwegs, um etwa 70.000 vielverordnende und für die Pharmabranche lukrative ÄrztInnen zu besuchen, vor allem Allgemeinmediziner und Internisten. 25 Millionen Kontakte kommen so im Jahr zustande. Manche Arztpraxen versuchen sich auf eher skurrile Art vor den Heimsuchungen zu schützen. So hatte ein Arzt den Hinweis an seine Praxistür geheftet: „Jeder dritte Pharmareferent wird erschossen, zwei waren schon da!“

Rund 80 bis 120 Euro kostet ein solcher Besuch die Pharmafirmen – von Personalkosten bis hin zu kleinen Aufmerksamkeiten oder größeren Einladungen. Drei Milliarden Euro werden pro Jahr ausgegeben, um Ärzten ganz bestimmte Arzneimittel bevorzugt in die Feder zu drücken.

Erfolgreiche Strategie

Es liegen zahlreiche empirische Befunde aus internationalen Studien in Industrieländern darüber vor, dass die Marketingmaßnahmen der Pharmaunternehmen erfolgreich sind.[2] Dies trifft in besonderem Maße auf die Tätigkeit der Pharmareferenten zu. Je häufiger Ärzte Vertriebsagenten sehen,
— desto eher sind sie geneigt, Arzneimittel in Fällen einzusetzen, in denen eine nicht medikamentöse Therapie die beste Option ist,
— desto häufiger vertreten sie Ansichten, die eher den Angaben aus der Werbung als denen in wissenschaftlichen Publikationen entsprechen,
— desto wahrscheinlicher ist es, dass sie Antibiotika unangemessen verschreiben,
— desto unwahrscheinlicher ist es, dass sie Generika rezeptieren und
— desto wahrscheinlicher verordnen sie teure Medikamente auch dann, wenn vergleichbar wirksame, aber billigere verfügbar sind.

Ärzte sind sich zwar der werbenden, verzerrenden Darstellung der produktbezogenen Informationen bewusst. Sie leugnen jedoch – trotz gegenteiliger empirischer Befunde – häufig, dass diese ihr Verhalten beeinflussen.[3] Sie glauben vielfach an ihre persönliche Immunität gegenüber den Marketingmaßnahmen der Industrie.

Kritische Blockbuster

Aber wie kann es sein, dass schon lange kritisch diskutierte Produkte immer noch die höchsten Umsätze generieren, wie zum Beispiel Seroquel®, Lyrica® oder Inegy® (siehe Tabelle S. 32)? Pharmareferenten überzeugen offenbar mehr als die publizierte Evidenz!

Auf die in der Tabelle erfassten 20 „Blockbuster“-Produkte (Hochumsatzprodukte), die auch allesamt zu den umsatzstärksten in der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören, entfallen mit 3,7 Milliarden Euro bereits rund 14,1 % des gesamten Umsatzes der Pharmaindustrie in Deutschland. Es ist eine auffällige Konzentration auf wenige Produkte und wenige Firmen, verbunden mit zum Teil erheblichen Umsatzsteigerungen von 2010 auf 2011, obwohl kostengünstigere

Umsatzstärkste Arzneimittel in Deutschland (2011)

Rang	Präparat (Wirkstoff)	Anwendungsgebiet	Umsatz 2011 in Mio. Euro	+ / - gegenüber 2010 in Prozent
1	Humira (Adalimumab)	Rheuma u.a.	415,2	+ 15,6
2	Enbrel (Etanercept)	Rheuma u.a.	307,3	+ 6,9
3	Glivec (Imatinib)	Krebs	245,8	+ 7,6
4	Spiriva (Tiotropium)	COPD	233,1	+ 8,1
5	Rebif (Interferon β-1a)	MS	228,6	+ 7,1
6	Seroquel (Quetiapin)	Schizophrenie u.a.	223,9	+ 28,9
7	Lyrica (Pregabalin)	Epilepsie / Neuropathie	216,3	+ 15,7
8	Symbicort β-2 + Corticoid)	Asthma / COPD	194,6	– 6,3
9	Avonex (Interferon β-1a)	MS	157,5	+ 2,0
10	Lucentis (Ranibizumab)	Netzhauterkrankungen	153,2	+ 100,0
11	Viani (β-2 + Corticoid)	Asthma / COPD	148,5	– 15,1
12	Inegy (Simvastatin + Ezetimib)	Lipidsenker	145,3	– 3,2
13	Lantus (Analog-Insulin)	Diabetes	139,0	+ 5,9
14	Clexane (Enoxaparin)	Thromboseprophylaxe	137,8	+ 17,5
15	Zyprexa (Olanzapin)	Schizophrenie u.a.	132,3	+ 99,2
16	Copaxone (Glatiramer)	MS	132,2	– 29,9
17	Truvada (Emtricitabin + Tenofovir)	HIV / AIDS	131,7	+ 38,6
18	Betaferon (Interferon β-1b)	MS	128,1	+ 2,2
19	Keppra (Levetiracetam)	Epilepsie	127,3	– 3,4
20	Targin (Oxycodon + Naloxon)	Starke Schmerzen	111,7	+ 13,9
	Gesamtmarkt Industrieumsatz 2011		26.308,4	+ 1,5
	Gesamtpackungsmarkt 2011		1,53 *	+ 1,0

*** Mrd. Packungen / Quelle: nach IMS, 2012**

Alternativen verfügbar sind (z.B. Seroquel® +28,9 %, Lyrica® +15,7 %). Das Kostenbewusstsein vieler ÄrztInnen wird wahrscheinlich auch hier durch die absatz- und umsatzfördernde Tätigkeit von Pharmareferenten beeinflusst.[4]

Für Lyrica® sind belegte Vorteile bisher nicht eindeutig, der Preisunterschied zu Mitteln mit Gabapentin (Tagesdosierungskosten 4,90 Euro zu 1,79 Euro) oder zu Carbamazepin (4,90 Euro zu 0,53 Euro) macht eine Diskussion von Effektivität und Effizienz dringend erforderlich.[5] Das Gleiche gilt für Seroquel®. Studien zeigen einen realen Unterschied zu typischen Neuroleptika, die bereits seit Langem als Generika verfügbar sind.[6] Auch die unerwünschten Wirkungen wie Gleichgewichtsstörungen, Somnolenz sowie Hinweise auf Blutbildungsstörungen mahnen zu einer sorgfältigen Anwendung[7]. Die Unterschiede in den Tagesdosierungskosten sind erheblich – 8,20 Euro gegenüber Mitteln, die zwischen 0,50 und 2,50 Euro kosten. Auch die Umsätze für Inegy® bleiben trotz des geringen Umsatzrückgangs von 3,2 % ärgerlich. Rund acht Jahre nach Markteinführung liegen für dieses Mittel in der Hauptindikation zur Cholesterinsenkung noch immer keine überzeugenden Belege für einen Zusatznutzen gegenüber Simvastatin allein vor, das Mittel ist in den Tagesdosierungskosten rund sieben bis acht Mal teurer.[8]

Strafe muss sein

Werbung, Marketing und Korruption liegen oftmals nah beieinander. Sicherlich hat sich in den vergangenen Jahren schon vieles verändert, allein schon in der Berichterstattung, besser geworden ist es nur bedingt. Die „Schwarzen Flecken auf dem Arztkittel“ (*Wirtschaftswoche*) werden aufgedeckt, in manchen Fällen auch gerichtlich verfolgt.

Und das ist auch gut so: Korruption im Gesundheitssystem nutzt immer nur den Anbietern, bezahlen müssen die Versicherten und Patienten. Und das ist mehr als schlecht und muss bestraft werden! ■

Literatur:

1 Herzog F. (2011): Korruption im Gesundheitswesen. In: Lieb K. u.a. (Hrsg.), Interessenkonflikte in der Medizin. Springer. Berlin, Heidelberg. S. 127–138, hier S. 130.

2 Lexchin J. (1997): What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Canadian Family Physician*, Vol. 43: 941–945.

3 Lieb K., Brandtönies S. (2010): Eine Befragung niedergelassener Fachärzte zum Umgang mit Vertreterbesuchen der Pharmazeutischen Industrie. *Deutsches Ärzteblatt International* 107: 392–398.

4 Glaeske G. (2010): Kosten senken an oder mit Arzneimitteln. *Der Internist* 8/2010: 1057–1063.
Wiesner A., Lieb K. (2011): Interessenkonflikte durch Arzt-Industrie-Kontakte in Praxis und Klinik und Vorschläge zu deren Reduzierung. In: Lieb K. u.a. (Hrsg.), Interessenkonflikte in der Medizin. Springer. Berlin, Heidelberg. S. 159–174.

5 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007): *Wirkstoff aktuell*. Pregabalin (Lyrica). Ausgabe 02/2007.

6 Leucht S., Corves C. u.a. (2009): Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet* 373: 31–41.

7 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006): *Wirkstoff aktuell*. Quetiapin (Seroquel). Ausgabe 05/2006.

8 Kastelein J.J., Akdim F., Stroes E.S. u.a. (2008): Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. *The New England Journal of Medicine* 358: 1431–1443.

Alle im Beitrag genannten Tagesdosierungen aus: Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg.) (2011): Arzneiverordnungs-Report 2011. Springer. Berlin, Heidelberg.

Wie haben Sie sich zuletzt für einen Menschen oder eine Sache stark gemacht?

„Gerade für eine Kollegin aus der Wissenschaft ‚mit Dauerstelle‘, die eine Tanzausbildung machen möchte. Ich habe ihr meine Hilfe angeboten, wenn sie diesen ungewöhnlichen Weg trotz aller Unsicherheiten gehen will – wenn nicht jetzt, wann dann?“

Gerd Glaeske

geb. 1945, Arzneimittelexperte, ist Professor am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen.
gglaeske@zes.uni-bremen.de