

DTC (Direct to Costumer) – wer gewinnen will, muss individualisierte Patienten-Management-Programme aufbauen

Wie besetzt man langfristig die Gehirne der Patienten?

Malte W. Wilkes + Michael Patzer

Bereits vor zwei Jahren sollte der DTC-Durchbruch in Deutschland gelungen sein – glaubt man der von Cap Gemini und Ernst & Young durchgeführten Studie zum „Thema Patient Relationship Management“ Die Studie stützt sich auf die Aussagen von 70 Top-Managern in der Life Sciences Industrie in Deutschland und der Schweiz im Jahr 2000. Danach sollten bereits im Jahr 2003 die Patienten die Hauptzielgruppen im Pharmamarketing sein.

Wie sieht die DTC-Realität aus – ist die trial-and-error-Phase vorbei?

De facto spiegeln die Marketing-Pläne deutscher Produkt-Manager die Forderung der Priorisierung des Patienten-Marketings nur vereinzelt wider: Nach wie vor wird der Löwenanteil der Budgets in die traditionellen Zielgruppen investiert - allen voran in den Arzt. Trotz allem ist in den letzten Jahren in puncto DTC einiges in Bewegung geraten. Viele Unternehmen haben erste Erfahrungen gesammelt - einzelne Unternehmen haben sogar bereits spezialisierte DTC-Manager ins Rennen geschickt. Die Diskussion über DTC-Kommunikation wird aber häufig noch über die eingesetzten Instrumente geführt. Eine Emnid-Umfrage von 2003 zeigte in einem Ranking, dass Broschüren, Hotline, Internetpräsenz, Info-Seminare, Messen/Kongresse, PR & Medienarbeit und Bücher als wichtige DTC-Maßnahmen eingeschätzt und/oder bereits genutzt wurden. Diese primär auf die Instrumente fokussierte Diskussion ist u.a. auch ein Indiz dafür, dass die strategische Dimensionen des DTC noch nicht entscheidend weiterentwickelt worden sind.

Insbesondere eine Frage wurde bislang nur unbefriedigend beantwortet: Es werden oftmals gewaltige Patientendateien von 10.000 oder mehr Namen angehäuft, ohne genau zu wissen, was damit im Weiteren geschehen soll. Häufig gibt es gar kein follow up oder die Phantasie erschöpft sich bereits mit der Versendung eines Newsletters.

In der Beratungspraxis werden weitere Defizite der DTC-Kommunikation offenkundig :

- a) Das Wissen um die Bedürfnisse der Patienten und das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten sind oftmals nicht hinreichend bekannt.
Wie verlaufen die Gespräche?
Welchen Einfluss hat der Patient auf das Verordnungsverhalten?
Welche Informationsdefizite liegen vor?

Dies sind Fragen, die immer indikations- und produktspezifisch zu klären sind, am besten vor dem Start einer Kampagne!

- b) Aufgrund mangelnder Vorkenntnisse oder aus anderen Gründen werden oftmals keine genauen Zielvorgaben definiert: Vorgaben aus dem Bauchgefühl wie „10.000 neue Patienten in der Datenbank“ oder „Steigerung der Awareness“ sind nicht ausreichend.

- c) Es herrscht Unsicherheit über notwendige Budget-Größenordnungen. Wirkungsvolle und nachhaltig angelegte DTC-Kommunikation ist nicht zum Billigtarif zu bekommen. Siebenstellige Summen sind im Allgemeinen eine *conditio sine qua non*. Insbesondere dann, wenn DTC nicht als add on im Marketingplan, sondern als strategische Alternative zu etablierten Instrumenten wie Außendienst oder Fortbildung gesehen wird.
- d) Es gibt wenig repräsentative und verlässliche Daten zu Responsequoten bei Einsatz von DTC-Instrumenten wie Werbung oder PR. Ebenso selten liegen sauber durchgeführte Evaluationen in Bezug auf quantitative Zielgrößen wie Umsatzsteigerung oder Erhöhung von Arztbesuchen vor.

Grundsätzliche Überlegungen zur Initiierung eines individualisierten Patienten-Dialoges

Die grundsätzliche Vorgehensweise bei der Erstellung von DTC-Konzepten ist dreiteilig. Es gilt, den Patienten durch geeignete Instrumente zu identifizieren, zu klassifizieren und ihn dann individualisiert in ein Kommunikationssystem zu überführen, das ihn mit maßgeschneiderten Informationen versorgt.

In diesem Beitrag soll die Fragestellung der Individualisierung von Informationen ausführlicher diskutiert werden. Zwei wesentliche Problemfelder, die es vorab sorgfältig abzuklären gilt, werden nur kurz angeschnitten – nämlich:

1. Die Identifizierung und Klassifizierung der Patienten respektive Kunden.
2. Die Frage, ob ein langfristiger Dialog überhaupt initiiert werden sollte.

Dass allein die Klärung erstgenannten Punktes alles andere als trivial ist, sei explizit erwähnt. (Vollständige) Adressdaten von Patienten einer bestimmten Indikation gibt es aus verschiedenen Gründen nicht. Der Weg über Selbsthilfegruppen ist nicht immer möglich und sinnvoll, weil entweder nicht genügend Datensätze vorliegen oder diese nicht zur Verfügung gestellt werden. In der Regel ist deshalb eine Vorgehensweise erforderlich, die Daten aus unterschiedlichen Quellen eruiert, zusammenführt und auswertet.

Bei Punkt 2 geht es um die ganz konkreten inhaltlichen Zielsetzungen des langfristigen Kunden-Dialoges. Hier kann es zum Beispiel um Compliancefragen gehen wie bei chronischen Erkrankungen oder um generelles Empowerment des Patienten bei innovativen Therapien, die vom Arzt als zu teuer empfunden werden.

Ferner stehen zwei Kern-Überlegungen im Zentrum des Interesses:

- a) Das Investment pro Patient bzw. pro Kunde: wie hoch darf dies sein, damit (noch) ein positiver Mehrwert generiert wird, der sich in (zusätzlichem) Umsatz pro Kunde ermitteln lässt ?

Wenn zum Beispiel von 100 Hypertonie-Patienten, die zu Jahresbeginn behandelt werden, am Jahresende nur noch 50 das betreffende Medikament nehmen, kann eine Berechnung relativ leicht erfolgen. Voraussetzungen hierfür sind allerdings valide evaluierte Daten als Berechnungsbasis, die sinnvoller Weise im Rahmen eines Pilotprojektes oder einer Studie zu ermitteln sind.

- b) Die Kundenbindung an das Produkt bzw. die Marke: wie gelingt es einem Unternehmen Loyalität beim Kunden zu erzeugen, so dass das eigene Produkt verstärkt (wieder) nachgefragt wird?

Wie kann dies erreicht werden? Ein kurzer Exkurs zum Arzt-Marketing ist hilfreich. Idealtypisch werden hier ebenfalls die drei Stufen Identifizierung, Klassifizierung und Individualisierung durchlaufen. Außerdem existiert die berechtigte Meinung, dass die persönliche Interaktion von Pharmareferent und Arzt eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Einflussgröße auf das Verordnungsverhalten des Arztes ist. Dies ist nachvollziehbar, wenn beispielsweise von sechs bis acht qualifizierten persönlichen Kontakten pro Jahr ausgegangen wird. Als Folge kann daraus dann eine mehr oder weniger intensive Kundenbindung entstehen. Neben der Kontaktfrequenz interessiert uns hier, was sich auf der Beziehungsebene abspielt: Theoretisch gesprochen finden dialogische Austauschprozesse statt, die für beide Partner zu einer Befriedigung von individuellen Bedürfnissen führen. Praktisch gesprochen ist es ein permanentes „Geben-und-Nehmen“, das für beide Partner lohnenswert sein sollte. Was ein Arzt als „belohnend“ empfindet, kann interindividuell sehr unterschiedlich sein. Bei dem einen stehen fachliche Informationen im Vordergrund, ein anderer legt Wert auf informelle Kontakte, bei anderen wiederum dominieren ausschließlich monetäre Motive.

Aufgabe des Außendienstmitarbeiters ist es, im Rahmen seines individuellen Mikro-Marketings diese Motive zu erkennen und entsprechende „Belohnungspotentiale“ zur Verfügung zu stellen.

Das Ziel des langfristig angelegten Patientenmarketings ist analog. Es geht darum, derartige lohnenswerte Austauschprozesse zu initiieren und langfristig mit Leben zu füllen.

Eine tiefer gehende Wirkung im Sinne einer stärkeren Kundenbindung muss konzeptionell deshalb anders unterfüttert werden. Der Patient muss als Kunde mit seiner individuellen Bedürfnisstruktur gesehen werden. Dabei geht es nicht nur um Informationsfragen, sondern auch verstärkt um emotionale Aspekte wie „verstanden werden“ oder „sich Zeit nehmen“. Dass dies der bereits zitierte Patienten-Newsletter (allein) nicht leisten kann, ist einigermaßen offensichtlich.

Wie aufwendig und differenziert es sein kann, diese Forderung in die Praxis umzusetzen, verdeutlicht allein schon ein Blick auf potentielle Patientenzahlen, die die Zahl der Verordner um ein Vielfaches übersteigen kann. Dass diese Aufgabe deshalb nicht nebenbei zu erledigen ist und insbesondere höchste Ansprüche an die Thematik Data-Base-Management gestellt werden, ist offenkundig und erfordert deshalb ein sehr professionelles Vorgehen.

Benchmarking- Ansätze in der Praxis ?

Die zuvor diskutierten Formen der intensiveren Kundenbindung durch persönliche Kontakte und individualisierte Austauschprozesse sind in der Praxis des Gesundheitsmarktes bereits in verschiedenen Ausprägungen anzutreffen und unterstreichen die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens. Als Beispiele seien hier nur erwähnt:

- der nahe liegende „Klassiker“ ist das Verhältnis von Arzt und Patient in der Praxis. Durch jahrelange persönliche Kontakte kann es hier zu dem erwähnten Vertrauensverhältnis kommen.
- die Funktion der Selbsthilfegruppen, die teils via Internet, über lokale Veranstaltungen oder über Telefonberatung auf die individuellen Bedürfnisse von Betroffenen einzugehen versuchen.
- auch Krankenversicherungen nutzen diese Möglichkeiten verstärkt durch Aufbau von Call-Centern. In erster Linie geht es jedoch um das Zurverfügungstellen von individuellen Informationen wie Terminvermittlungen, Erläuterungen zu Erkrankungen und Diagnosen, Auskünfte zu alternativen Heilmethoden und psychologischen Themen oder Fragen zum Beipackzettel. Strategisch gesehen steht auch hier wiederum die langfristige Kundenbindung im Vordergrund.

Um in Pharmaunternehmen derartige intensive Kundenbeziehungen aufzubauen, ist ein Paradigmenwechsel erforderlich. Den Lippenbekenntnissen zur Priorisierung des Patientenmarketings müssen Taten folgen. Dazu sollte in erster Konsequenz der Patient als Mensch und nicht als Adresse erkannt und behandelt werden. In diesem Zusammenhang sei explizit auf die derzeitige öffentliche Diskussion um die (vermeintlichen) Abhängigkeiten der Selbsthilfegruppen von Pharmaunternehmen hingewiesen. Der hier vorgestellte Ansatz greift diesen Punkt offensiv auf und empfiehlt zwei Stoßrichtungen. Entweder werden Selbsthilfegruppen einbezogen, allerdings nicht als scheinheiliger Deckmantel, sondern als aktiver Partner mit Offenlegung der Beziehung oder es wird das Pharma-Unternehmen als Absender und Initiator genannt.

Dieser Paradigmenwechsel in Bezug auf die Patientenpriorisierung muss auch von einer weiteren rechtlichen Liberalisierung begleitet werden. Hier sind - im Rahmen der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen - die Möglichkeiten eines legalen, langfristigen und effektiven Aufbaus von Kundenbeziehungen zu Patienten allerdings noch lange nicht ausgeschöpft. Darüber hinaus ist eine aktivere Kommunikationspolitik der Unternehmen erforderlich. Patienten-Marketing ist nichts Anrüchiges oder Illegales, das unterhalb der öffentlichen Wahrnehmungsschwelle ablaufen sollte. Gefragt ist deshalb zunächst einmal eine intensivere und mutigere Auseinandersetzung mit der Thematik.

Die Veränderung der Perspektive lautet also:

- von der oberflächlichen Ansprache und Informationsvermittlung
- zum individualisierten Kontakt im systematischen One to One.

Das Ziel lautet: den identifizierten, persönlichen Kontakt mit einzelnen Patienten in der Langzeittherapie zu suchen und systematisch mit diesen Patienten in einen Wertaustausch zu kommen. Eine derartige, von Aktionen unabhängige Systematik findet man zum Beispiel in einem Kundenclub.

Unter Kundenclub wird heute alles Mögliche verstanden, was in irgendeiner Form systematisch Kunden in Gemeinschaften bindet. Da sind zunächst die Geschenkgemeinschaften. Hier bekommt der Kunde Goodies unter dem „Deckmantel“ von Kundenloyalität und Kundenbindung. Am anderen Ende der Betrachtungsskala steht der Kundenclub als Leistungs-Club. Ohne Leistung keine Gegenleistung, ohne eigenen Vorteil und Bonus keinen Rückbonus. Nur im letzteren Fall kann ein Kundenclub tief und fest im Vertrieb mit Verkaufszielen verankert werden.

Ein Patientenclub soll nicht binden – sondern steuern

Ein Patientenclub, der auch als Vertriebsinstrument erfolgreich wirken soll – und nur das ist die Königsklasse -, ist eng an ein Bonusprogramm geknüpft. Der vertriebliche Kundenclub ist ein systematisches Angebot von Unternehmen an Kunden, für bestimmte Verhaltensweisen (wie Produkt- oder Dienstleistungskauf) spezifisch kreierte Werteinheiten (Bonuspunkte) zu sammeln, die ab einer bestimmten Größenordnung (Einlöseschwelle) in Vorteile (Boni) umgewandelt werden können.¹ Ein Unternehmen sollte einen vertrieblichen Kundenclub aber nur dann inszenieren, wenn es selbst einen Bonus dadurch erwirtschaftet.

Kundenclubs setzen eine abgestimmte Kombination von leistungs-, preis-, kommunikations- und distributionsbezogenen Kundensteuerungsmaßnahmen ein, wobei der Aktivitätenschwerpunkt klar auf der Kommunikation liegt. Mit dem Instrumentarium des Direktmarketings (online und offline) wird eine gezielte und effektive Einzel-Ansprache der Kunden ermöglicht sowie die Kontaktfrequenz erhöht. Doch geht es weniger um Kundenbindung als um Kundensteuerung: in Bezug auf Präparate, Indikationen, neue Produkte, Dienstleistungen, weitere Patienten mit hohem Potential u.a.².

Natürlich können Kundenclubs auch binden und sogar eine stärkere Identifikation ihrer Mitglieder mit dem Unternehmen und dessen Leistungsangebot erreichen.

¹ vgl. Lauer, Thomas: Bonusprogramme. Rabattsysteme für Kunden erfolgreich gestalten. Springer, Berlin 2004

² vgl. IFAM Institut: Kundenclub als Vertriebsinstrument. Weil wir nichts zu verschenken haben! In: Ideetorial 3/2004

Die zentralen Arbeitsschritte sind deshalb:

- Anregen einer intensiven, dialogorientierten Kommunikation und
- Anbieten exklusiver und individueller Service-Leistungen für Mitglieder

Bevor also DTC wirklich starten kann, gilt es die strategische Perspektive innerhalb eines Systems aufzusetzen:

- Was darf und will ich dem Kunden/dem Patienten geben?
- Was erwarte ich von dem Kunden/dem Patienten als Gegenleistung?
- Wie sieht das kommunikative, strukturelle und ökonomische System dazu aus?
- Wie betreue ich die Mitglieder in meinem System nach dem Prinzip Leistung vs. Gegenleistung über Jahrzehnte?

DTC: Patientenfischer für den Patientenclub

Die Stärke des DTC liegt nicht im Verteilen von Broschüren, sondern im Erreichen von Massen, die mit den klassischen Methoden nicht angesprochen werden konnten. PR & Medienarbeit bis hin zu TV und Hörfunk zeigen, dass sich Patienten bei den Unternehmen melden, die gegenüber Ärzten bisher verschlossen waren oder bisher auf (teils veraltete) Präparate von Wettbewerbern fixiert waren.

Das Ziel ist dabei eindeutig: Der Patient soll auf breit gestreute kommunikative Ansprache reagieren, sich identifizieren und Interesse bekunden, an einem Patientenclub mitzuwirken – bei dem er Leistung gegen Leistung bekommt, so dass beide Seiten gewinnen. What und why sind damit strategisch festgelegt.

Doch auch das how to do ist eine hohe Kunst. Viel Detailarbeit ist notwendig und die Beantwortung von Fragen wie:

- Welche Kanäle gibt es, um in den Kundenclub zu gelangen ?
- Wie bekannt sind das Krankheitsbild und seine Folgen in der breiten Öffentlichkeit?
- Wie stark wird die Lebensqualität des Betroffenen (subjektiv) eingeschränkt?
- Kann der Patient bereits eine Selbstdiagnose und Therapiekontrolle vornehmen?
- Werden die Betroffenen selbst und/oder Bezugspersonen angesprochen ?
- Welche Informationsangebote werden erwartet ?³

Werden diese Hausaufgaben durch Marktforschung sorgfältig und mit der notwendigen Kreativität durchgeführt, steigen die Chancen die via Medienarbeit, Werbung und anderer Instrumente aktivierten Interessenten langfristig für den Kundenclub zu gewinnen.

³ vgl. Patzer, Michael: Planung von DTC-Kommunikation. In: Pharma-Marketing Journal 4/2004

Betrachtet man das gesamte strategische Bild, so zeigen sich folgende Ebenen:

- Zielsetzung: Gewinnen von einzelnen, personalisierten Patienten auf freiwilliger Basis bei Langfristindikationen, um diese durch die gesamte Patienten-Präparatezeit zu führen. Die Zielsetzungen (z.B. Compliancesteigerung) sollten auch im Interesse des Arztes und der Kassen sein.
- Methode: Aufbau eines strategisch angelegten Patientenclubs mit differenzierten attraktiven Leistungssystemen und ökonomischen Betrachtungen.
- Saubere Auslotung der rechtlichen Rahmenbedingungen: das Informationsangebot muss im Vordergrund stehen.
- Instrumente im System: Prinzipiell alle Methoden des Dialoges.
- Instrumente zur Gewinnung der Patienten: Effiziente Kombination reichweitenstarker Massenmedien mittels Werbung und PR/Medienarbeit und Ausschöpfung sämtlicher zur Verfügung stehender Dialoginstrumente.

Malte W. Wilkes ist Geschäftsführender Gesellschafter der Unternehmensberatung und Kommunikationsagentur IFAM Institut für angewandte Marketing-Wissenschaften, Düsseldorf sowie Alt- und Ehrenpräsident des BDU Bundesverband Deutscher Unternehmensberater.

Michael Patzer ist Geschäftsführender Partner der Agentur Pleon in München, Deutschlands führender Agentur für Public Relations.

IFAM und Pleon kooperieren bei dem DTC/Patientenclub. Sie erreichen die Autoren unter wilkes@ifam.de und michael.patzer@pleon.com