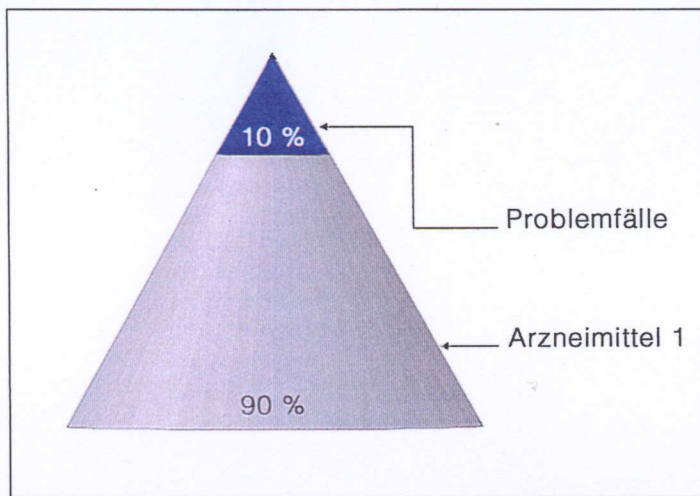


Bei Neueinführungen nicht auf Problemfälle setzen

Erfahrungen mit einem neuen Arzneimittel sollten zunächst in der Gruppe der Basispatienten gemacht werden.

Bonn (eb). Ein neues, innovatives Präparat tritt in den Markt, ein neuer Wirkansatz verspricht Erfolg - greifen die niedergelassenen Fachärzte im Praxisalltag zu? Laufen die Pharmareferenten ob des neuen Wirkansatzes offene Türen ein? Die Erfahrung sagt etwas anderes: Oft treffen die Pharmareferenten auf eine zögerliche, vielleicht sogar überzogen kritische Resonanz.



Der Platz für eine 2. Innovation scheint vorgezeichnet.

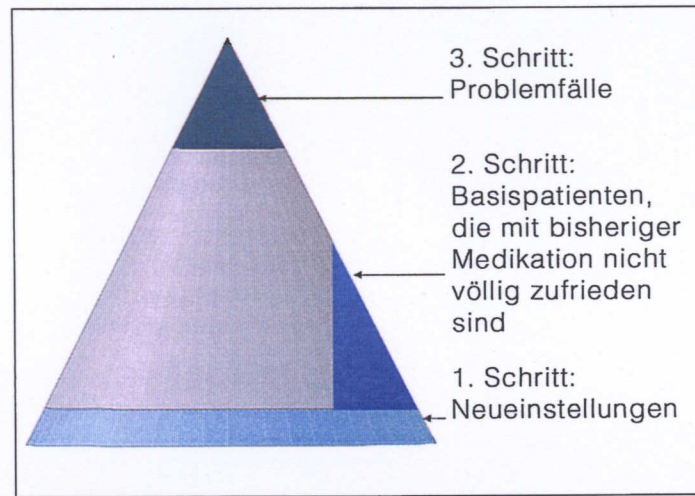
stehen, wird es breit eingesetzt. Für ein zweites, neu in den Markt drängendes Präparat ergeben sich besondere Hürden für den Arzt und den Arzneimittel-Anbieter.

„Bei jemandem, der gut eingestellt ist, ändere ich nichts“ ist eine weit verbreitete Ansicht unter niedergelassenen Ärzten. Wie sollen sie einem „gut eingestellten“ Patienten auch die Notwendigkeit einer Veränderung erklären: Es läuft doch alles mehr oder weniger problemlos. Der Patient ist schließlich kein Versuchskaninchen. – Was bleibt, sind die Patienten, die mit den bisherigen medikamentösen Optionen nicht zufrieden sind.

Forthe-Geschäftsführer

Joachim Sandner: „Im Laufe der vergangenen Jahre haben wir durch eine Vielzahl bundesweit durchgeführter Workshops von niedergelassenen Fachärzten erfahren, daß eine weitere, neue Substanz normalerweise direkt bei den schwierigen Fällen eingesetzt wird.“

Doch gleichzeitig bringt diese Patientengruppe aufgrund ihrer therapeutischen Vorgeschichte eine viel geringere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg mit. Und sie unterliegt, gerade wegen der Vorgeschichte, der besonderen Aufmerksamkeit des betreuenden Arztes. Reagieren von hundert Patienten zehn Prozent negativ auf ein Arzneimittel, beeinflusst das den Arzt we-



Besser nicht gleich auf die Problemfälle gehen.

niger stark als zehn Problempatienten von denen ebenfalls zehn Prozent negativ reagieren. Subjektiv wird er Fehlschläge deshalb bewußter wahrnehmen, als bei der Gruppe der Basispatienten.

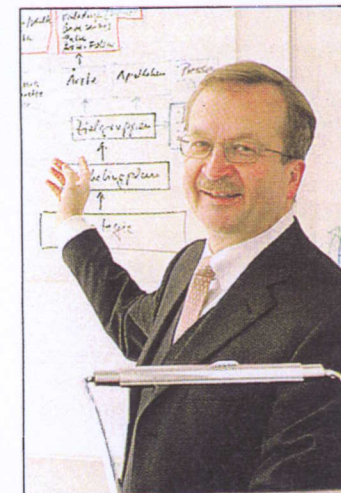
Der neue Anbieter hat also bei Markteintritt mit drei unterschiedlichen Handicaps zu kämpfen: Mit der etablierten Konkurrenz, der problembehafteten Patientengruppe und dem kritisch geschärften Blick des Verordners.

Damit der Verordner ein realistisches Bild des neuen Präparates erhält und dieses eine faire Marktchance, müßte es in der gesamten Breite des relevanten Patientenguts eingesetzt wer-

den. Was bedeutet das für die Kommunikation zwischen Pharmareferent und Facharzt in der Einführungsphase?

Er sollte sein Produkt nicht überschwenglich bewerben, sondern mit dem Arzt konkret besprechen, wie dieser erste Erfahrungen mit der neuen Substanz sammeln kann.

Der erste Schritt sollte der Einsatz bei neuen Patienten (Neueinstellungen) sein. Hier ist die Ausgangsvoraussetzung für ein neues Arzneimittel am besten, denn die Patienten haben im Idealfall noch keine medikamentöse Vorgeschichte, stehen dem Präparat also neutral bis aufgeschlossen gegenüber.



Joachim Sandner

Die zweite Teilzielgruppe bilden die bereits behandelten Patienten, die mit der bisherigen Medikation subjektiv (Beispiel: Geschmack der Tablette, Größe der Kapsel, Tagesdosis) oder objektiv (Zielwert Blutdrucksenkung, Bioverfügbarkeit, Interaktionen) nicht völlig zufrieden sind.

Hat der Arzt das neue Präparat in diesen beiden Gruppen und mit einer ausreichend großen Zahl von Patienten kennengelernt, dann kann der neue Wirkstoff auch bei der Patientengruppe angewendet werden, die den eigentlichen Problemfall darstellt, also bei denen in der Modellannahme zehn Prozent Non-Responder sind.