

Institut für
Marktorientierte Unternehmensführung
Universität Mannheim
Postfach 10 34 62

68131 Mannheim

Reihe:
Wissenschaftliche Arbeitspapiere
Nr.: W108

Institut für Marktorientierte Unternehmensführung

Bauer, H. H. / Hahn, O. K. / Hammerschmidt, M.

Patientenbindung durch Kommunikation – Impulse für das Pharmamarketing

Mannheim 2006
ISBN 3-89333-347-9

Prof. Dr. Hans H. Bauer

ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Marketing II an der Universität Mannheim. Außerdem ist er Wissenschaftlicher Direktor des Instituts für Marktorientierte Unternehmensführung (IMU) an der Universität Mannheim.

Dr. Olaf K. Hahn

ist Consultant bei Prof. Homburg und Partner in Mannheim.

AR Dr. Maik Hammerschmidt

ist wissenschaftlicher Assistent und Habilitand am Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Marketing II an der Universität Mannheim.

Das Institut für Marktorientierte Unternehmensführung

Das **Institut für Marktorientierte Unternehmensführung** an der Universität Mannheim versteht sich als Forum des Dialogs zwischen Wissenschaft und Praxis. Der wissenschaftlich hohe Standard wird gewährleistet durch die enge Anbindung des IMU an die beiden Lehrstühle für Marketing an der Universität Mannheim, die national wie auch international hohes Ansehen genießen. Die wissenschaftlichen Direktoren des IMU sind

Prof. Dr. Hans H. Bauer und **Prof. Dr. Dr. h.c. Christian Homburg**.

Das Angebot des IMU umfasst folgende Leistungen:

◆ **Management Know-How**

Das IMU bietet Ihnen Veröffentlichungen, die sich an Manager in Unternehmen richten. Hier werden Themen von hoher Praxisrelevanz kompakt und klar dargestellt sowie Resultate aus der Wissenschaft effizient vermittelt. Diese Veröffentlichungen sind häufig das Resultat anwendungsorientierter Forschungs- und Kooperationsprojekte mit einer Vielzahl von international tätigen Unternehmen.

◆ **Wissenschaftliche Arbeitspapiere**

Die wissenschaftlichen Studien des IMU untersuchen neue Entwicklungen, die für die marktorientierte Unternehmensführung von Bedeutung sind. Hieraus werden praxisrelevante Erkenntnisse abgeleitet und in der Reihe der wissenschaftlichen Arbeitspapiere veröffentlicht. Viele dieser Veröffentlichungen sind inzwischen in renommierten Zeitschriften erschienen und auch auf internationalen Konferenzen (z.B. der American Marketing Association) ausgezeichnet worden.

◆ **Schriftenreihe**

Neben der Publikation wissenschaftlicher Arbeitspapiere gibt das IMU in Zusammenarbeit mit dem Gabler Verlag eine Schriftenreihe heraus, die herausragende wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Gebiet der marktorientierten Unternehmensführung behandelt.

◆ **Anwendungsorientierte Forschung**

Ziel der Forschung des IMU ist es, wissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren, die für die marktorientierte Unternehmensführung von Bedeutung sind. Deshalb bietet Ihnen das IMU die Möglichkeit, konkrete Fragestellungen aus Ihrer Unternehmenspraxis heranzutragen, die dann wissenschaftlich fundiert untersucht werden.

Wenn Sie weitere Informationen benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das **Institut für Marktorientierte Unternehmensführung, Universität Mannheim, L5, 1, 68131 Mannheim (Telefon: 0621 / 181-1755)** oder besuchen Sie unsere Internetseite: **www.imu-mannheim.de**.

In seiner Arbeit wird das IMU durch einen **Partnerkreis** unterstützt. Diesem gehören an:

Dr. Arno Balzer,
Manager Magazin

BASF AG,
Hans W. Reiners

Bremer Landesbank,
Dr. Stephan-Andreas Kaulvers

BSH GmbH,
Matthias Ginthum

Carl Zeiss AG,
Dr. Michael Kaschke

Cognis Deutschland GmbH & Co. KG,
Dr. Antonio Trius

Continental AG,
Tor O. Dahle

Deutsche Bank AG,
Rainer Neske

Deutsche Messe AG,
Ernst Raue

Deutsche Post AG,
Jürgen Gerdes

Deutsche Telekom AG,
Achim Berg

Dresdner Bank AG,
Andree Moschner

Dürr AG,
Ralf W. Dieter

E.On Energie AG,
Dr. Bernhard Reutersberg

EvoBus GmbH,
Wolfgang Presinger

Hans Fahr

Fiege Deutschland GmbH & Co. KG,
Jens Meier

Freudenberg & Co. KG,
Jörg Sost

Focus Magazin Verlag,
Frank-Michael Müller

Fuchs Petrolub AG,
Stefan Fuchs

Grohe Water Technology AG & Co. KG,
N.N.

Stephan M. Heck

Heidelberg Druckmaschinen AG,
Dr. Jürgen Rautert

HeidelbergCement AG,
Andreas Kern

Hoffmann-La Roche AG,
Dr. Hagen Pfundner

HUGO BOSS AG,
Dr. Bruno Sälzer

IBM Deutschland GmbH,
Johann Weihen

IWKA AG,
N.N.

K + S AG,
Dr. Ralf Bethke

KARSTADT Warenhaus GmbH,
Prof. Dr. Helmut Merkel

Prof. Dr. Dr. h.c. Richard Köhler

Körber PaperLink GmbH,
Martin Weickenmeier

L'Oréal Deutschland GmbH,
Rolf Sigmund

Nestlé Deutschland AG,
Christophe Beck

Pfizer Pharma GmbH,
Jürgen Braun

Dr. Volker Pfahlert,
Roche Diagnostics GmbH

Thomas Pflug

Dr. Ing. h.c. F. Porsche AG,
Hans Riedel

Procter & Gamble GmbH,
Willi Schwerdtle

Dr. h.c. Holger Reichardt

Robert Bosch GmbH,
Uwe Raschke

Roche Diagnostics GmbH,
Jürgen Redmann

Rudolf Wild GmbH & Co. KG,
Dr. Eugen Zeller

RWE Energy AG,
Dr. Andreas Radmacher

R+V Lebensversicherung AG,
Hans-Christian Marschler

Thomas Sattelberger,
Continental AG

SAP Deutschland AG & Co. KG
Joachim Müller

Dr. Karl H. Schlingensief,
Hoffmann-LaRoche AG

St. Gobain Deutsche Glass GmbH
Udo H. Brandt

Prof. Dr. Dieter Thomaschewski
FH Ludwigshafen

TRUMPF GmbH & Co. KG,
Dr. Mathias Kammüller

VDMA e.V.,
Dr. Hannes Hesse

Voith AG,
Dr. Helmut Kormann

- W108 Bauer, H. H. / Hahn, O. K. / Hammerschmidt, M.: Patientenbindung durch Kommunikation – Impulse für das Pharmamarketing, 2006
- W107 Bauer, H. H. Falk, T. / Hammerschmidt, M.: Kundenzufriedenheit im Internet – Identifizieren Sie die Leistungen, die ihre Kunden begeistern, 2006
- W106 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Bryant, M. D. / Thomas, T.: Effective Product Placement, 2006
- W105 Homburg, Ch. / Hoyer, W. / Stock-Homburg, R.: How to get lost customers back? Insights into customer relationship revival activities, 2006
- W104 Homburg, Ch. / Fürst, A.: See No Evil, Hear No Evil, Speak No Evil: A Study of Defensive Organizational Behavior towards Customer, 2006
- W103 Homburg, Ch. / Klarmann, M.: Die Kausalanalyse in der empirischen betriebswirtschaftlichen Forschung - Problemfelder und Anwendungsempfehlungen, 2006
- W102 Homburg, Ch. / Jensen, O.: The Thought Worlds of Marketing and Sales: Which Differences Make a Difference?, 2006
- W101 Homburg, Ch. / Luo, X.: Neglected Outcomes of Customer Satisfaction, 2006
- W100 Bauer, H. H. / Donnevert, T. / Hettenbach, M.: Sind Pannen ein Glücksfall für die Automobilindustrie? Value-Added Recovery-Services als Instrument zur Steigerung der Kundenzufriedenheit, 2006
- W099 Homburg, Ch. / Fürst, A.: Beschwerdeverhalten und Beschwerdemanagement. Eine Bestandsaufnahme der Forschung und Agenda für die Zukunft, 2006
- W098 Bauer, H. H. / Exler, S. / Reichardt, T. / Ringeisen P.: Der Einfluss der Dienstleistungsqualität auf die Einkaufsstättentreue. Ein empirischer Vergleich zwischen Deutschland und Spanien, 2006
- W097 Bauer, H. H. / Mäder, R. / Wagner, S.-N.: Übereinstimmung von Marken- und Konsumentenpersönlichkeit als Determinante des Kaufverhaltens – Eine Metaanalyse der Selbstkongruenzforschung, 2005
- W096 Bauer, H. H. / Haber, T. E. / Reichardt, T. / Bökamp, M.: Akzeptanz von Location Based Services. Eine empirische Untersuchung, 2006
- W095 Bauer, H. H. / Schüle, A. / Reichardt, T.: Location Based Services in Deutschland. Eine qualitative Marktanalyse auf Basis von Experteninterviews, 2005
- W094 Bauer, H. H. / Reichardt, T. / Schüle, A.: User Requirements for Location Based Services. An analysis on the basis of literature, 2005
- W093 Bauer, H. H. / Reichardt, T. / Exler, S. / Kiss, S.: Entstehung und Wirkung von Smart Shopper-Gefühlen. Eine empirische Untersuchung, 2005
- W092 Homburg, Ch. / Stock, R. / Kühlborn, S.: Die Vermarktung von Systemen im Industriegütermarketing, 2005
- W091 Homburg, Ch. / Bucerius, M.: Is Speed of Integration really a Success Factor of Mergers and Acquisitions? An Analysis of the Role of Internal and External Relatedness, 2006
- W090 Bauer, H. H. / Falk, T. / Kunzmann, E.: Akzeptanz von Self-Service Technologien – Status Quo oder Innovation?, 2005
- W089 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Huber F.: Präferenzschaffung durch preis-psychologische Maßnahmen. Eine experimentelle Untersuchung zur Wirkung von Preispräsentationsformen, 2005
- W088 Bauer, H.H. / Albrecht, C.-M. / Sauer, N. E.: Markenstress bei Jugendlichen. Entwicklung eines Messinstruments am Beispiel von Kleidung, 2005
- W087 Bauer, H. H. / Schüle, A. / Neumann, M. M.: Kundenvertrauen in Lebensmitteldisounter. Eine experimentelle Untersuchung, 2005
- W086 Bauer, H. H./ Neumann, M. M. / Mäder, R.: Virtuelle Verkaufsberater in interaktiven Medien. Eine experimentelle Untersuchung zur Wirkung von Avataren in interaktiven Medien, 2005
- W085 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Haber, T. E. / Olic, K.: Markendifferenzierung mittels irrelevanter Attribute. Eine experimentelle Studie, 2005
- W084 Homburg, Ch. / Kuester, S. / Beutin, N. / Menon, A.: Determinants of Customer Benefits in Business-to-Business Markets: A Cross-Cultural Comparison, 2005
- W083 Homburg, Ch. / Fürst, A.: How Organizational Complaint Handling Drives Customer Loyalty: An Analysis of the Mechanistic and the Organic Approach, 2005
- W082 Homburg, Ch. / Koschate, N.: Behavioral Pricing-Forschung im Überblick – Erkenntnisstand und zukünftige Forschungsrichtungen, 2005
- W081 Bauer, H. H. / Exler, S. / Sauer, N.: Der Beitrag des Markenimage zur Fanloyalität. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Klubmarken der Fußball-Bundesliga, 2004

- W080 Homburg, Ch. / Bucerius, M.: A Marketing Perspective on Mergers and Acquisitions: How Marketing Integration Affects Post-Merger Performance, 2004
- W079 Homburg, Ch. / Koschate, N. / Hoyer, W. D.: Do Satisfied Customers Really Pay More? A Study of the Relationship between Customer Satisfaction and Willingness to Pay, 2004
- W078 Bauer, H. H. / Hammerschmidt, M. / Garde, U.: Messung der Werbeeffizienz – Eine Untersuchung am Beispiel von Online-Werbung, 2004
- W077 Homburg, Ch. / Jensen, O.: Kundenbindung im Industriegütergeschäft, 2004
- W076 Bauer, H. H. / Reichardt, T. / Neumann, M. M.: Bestimmungsfaktoren der Konsumentenakzeptanz von Mobile Marketing in Deutschland. Eine empirische Untersuchung, 2004
- W075 Bauer, H. H. / Sauer, N. E. / Schmitt, P.: Die Erfolgsrelevanz der Markenstärke in der 1. Fußball-Bundesliga, 2004
- W074 Homburg, Ch. / Krohmer, H.: Die Fliegenpatsche als Instrument des wissenschaftlichen Dialogs. Replik zum Beitrag „Trotz eklatanter Erfolglosigkeit: Die Erfolgsfaktorenforschung weiter auf Erfolgskurs“ von Alexander Nicolai und Alfred Kieser, 2004
- W073 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Lange, M. A.: Bestimmungsfaktoren und Wirkungen von Mitarbeiterzufriedenheit. Eine empirische Studie am Beispiel des Automobilhandels, 2004
- W072 Bauer, H. H. / Hammerschmidt, M. / Garde, U.: Marketingeffizienzanalyse mittels Efficient Frontier Benchmarking - Eine Anwendung der Data Envelopment Analysis, 2004
- W071 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Hölzing, J. A.: Markenallianzen als Instrument des Imagetransfers im elektronischen Handel, 2004
- W070 Bauer, H. H. / Mäder, R. / Valtin, A.: Auswirkungen des Markennamenwechsels auf den Markenwert. Eine Analyse der Konsequenzen von Markenportfoliokonsolidierung, 2003
- W069 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Hoffmann, Y.: Konsumententypologisierung im elektronischen Handel. Eine interkulturelle Untersuchung, 2003
- W068 Homburg, Ch. / Stock, R.: The Link between Salespeople's Job Satisfaction and Customer Satisfaction in a Business-to-Business Context. A dyadic Analysis, 2003
- W067 Homburg, Ch. / Koschate, N.: Kann Kundenzufriedenheit negative Reaktionen auf Preiserhöhungen abschwächen? Eine Untersuchung zur moderierenden Rolle von Kundenzufriedenheit bei Preisanstiegen, 2003
- W066 Bauer, H. H. / Neumann, M. M. / Hölzing, J. A. / Huber, F.: Determinanten und Konsequenzen von Vertrauen im elektronischen Handel. Eine kausalanalytische Studie, 2003
- W065 Bauer, H. H. / Hammerschmidt, M. / Elmas, Ö.: Messung und Steuerung der Kundenbindung bei Internetportalen, 2003
- W064 Bauer, H. H. / Falk, T. / Hammerschmidt, M.: Servicequalität im Internet. Messung und Kundenbindungseffekte am Beispiel des Internet-Banking, 2003
- W063 Bauer, H. H. / Sauer, N. E. / Müller, V.: Nutzen und Probleme des Lifestyle-Konzepts für das Business-to-Consumer Marketing, 2003
- W062 Bauer, H. H. / Sauer, N. E. / Ebert, S.: Die Corporate Identity einer Universität als Mittel ihrer strategischen Positionierung. Erkenntnisse gewonnen aus einem deutsch-amerikanischen Vergleich, 2003
- W061 Homburg, Ch. / Sieben, F. / Stock, R.: Einflussgrößen des Kundenrückgewinnungserfolgs. Theoretische Betrachtung und empirische Befunde im Dienstleistungsbereich, 2003
- W060 Bauer, H. H. / Sauer, N. E. / Müller, A.: Frauen als Zielgruppe. Das Beispiel einer geschlechtsspezifischen Vermarktung von Bildungsangeboten, 2003
- W059 Bauer, H. H. / Keller, T. / Hahn, O.K.: Die Messung der Patientenzufriedenheit, 2003
- W058 Homburg, Ch. / Stock, R.: Führungsverhalten als Einflussgröße der Kundenorientierung von Mitarbeitern. Ein dreidimensionales Konzept, 2002
- W057 Bauer, H. H. / Hammerschmidt, M./Staat, M.: Analyzing Product Efficiency. A Customer-Oriented Approach, 2002
- W056 Bauer, H. H. / Grether, M.: Ein umfassender Kriterienkatalog zur Bewertung von Internet-Auftritten nach markenpolitischen Zielen, 2002
- W055 Homburg, Ch. / Faßnacht, M. / Schneider, J.: Opposites Attract, but Similarity Works. A Study of Interorganizational Similarity in Marketing Channels, 2002
- W054 Homburg, Ch. / Faßnacht, M. / Günther, Ch.: Erfolgreiche Umsetzung dienstleistungsorientierter Strategien von Industriegüterunternehmen, 2002
- W053 Homburg, Ch. / Workman, J.P. / Jensen, O.: A Configurational Perspective on Key Account Management, 2002
- W052 Bauer, H. H. / Grether, M. / Sattler, C.: Werbenutzen einer unterhaltenden Website. Eine Untersuchung am Beispiel der Moorhuhnjagd, 2001

Weitere Arbeitspapiere finden Sie auf unserer Internet-Seite: www.imu-mannheim.de

ABSTRACT

Der zunehmende Einfluss des Patienten auf die Therapieentscheidung und damit auf die Verschreibung eines Medikaments erfordert patientenorientierte Führungskonzepte. Der ehemalige Verschreibermarkt entwickelt sich vor allem bei chronisch Kranken auf Grund zunehmender Selbstverantwortung und größerer Wahlmöglichkeiten zu einem Käufermarkt mit mündigen Entscheidern. Insbesondere bei dieser Patientengruppe sind auf Grund der Langfristigkeit und Komplexität der Erkrankung umfangreiche Kommunikations- und Informationsaktivitäten erforderlich. Solche zusätzlichen Serviceleistungen neben dem Arzneimittel fördern die Stabilität und Intensität der Beziehung zwischen pharmazeutischem Unternehmen und Patient. Die aus der subjektiv wahrgenommenen Dienstleistungsqualität resultierende Patientenbindung kann somit als entscheidender Wettbewerbsfaktor genutzt werden.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt deshalb auf dem Teilbereich der Patientenbindung. Es wird zunächst ein Messinstrument für das Konstrukt Patientenbindung konzeptualisiert und validiert. Anschließend wird ein Patientenbindungsmodell entwickelt, um sowohl den Einfluss der Qualität der Kernleistung in Form des Arzneimittels als auch der direkten Kommunikation zwischen Patient und Pharmaunternehmen auf die Beziehungsqualität und die Patientenbindung zu bestimmen. Das entwickelte Modell dient der kontinuierlichen Überprüfung der Unternehmensleistungen und dem rechtzeitigen Ergreifen von Korrekturmaßnahmen zur langfristigen Optimierung des Leistungsangebots eines pharmazeutischen Unternehmens. Auf diese Weise kann auch im Pharmabereich ein konsequentes Kundenbeziehungsmanagement implementiert werden.

INHALT

1. Neue Herausforderungen für das Pharmamarketing	1
1.1. Der Patient als Mitentscheider	1
1.2. Patientenbindung als Erfolgsfaktor des Pharmamarketing.....	2
2. Entwicklung eines Modells der Patientenbindung	4
2.1. Anforderungen an ein Patientenbindungsmodell	4
2.2. Konzeptualisierung der Modellkonstrukte und Hypothesenableitung	5
2.2.1. Patientenbindung, Patientenzufriedenheit und Beziehungsqualität .	5
2.2.2. Modelle der Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen	8
2.2.3. Leistungsqualität eines Pharmaunternehmens	11
2.3. Messung der Modellkonstrukte	14
3. Empirische Überprüfung des Patientenbindungsmodells	17
3.1 Zur Stichprobe.....	17
3.2 Methodische Vorgehensweise	20
3.3 Validierung der Konstruktmessungen	21
3.4 Überprüfung des Einflusses von Kernleistung und Kommunikations- leistung auf die Patientenbindung	24
4. Handlungsempfehlungen und methodische Schlussfolgerungen.....	27

1. Neue Herausforderungen für das Pharmamarketing

1.1. Der Patient als Mitentscheider

Der Gesundheitsmarkt befindet sich im Umbruch. Der Gesetzgeber bindet den Bürger und Versicherten zunehmend in den Veränderungsprozess im Gesundheitswesen mit ein und beteiligt diesen im Zuge einer politisch gewollten Förderung der Selbstverantwortung an den Kosten für seine Gesundheit (*Weller 2004, Hardt/Müller/Schüler 2002, Hohensohn 1998*). Wahlmöglichkeiten zwischen einzelnen Therapieeinrichtungen oder Kassen verdeutlichen die größeren Freiräume, aber auch die gestiegene Verantwortung des Bürgers und die zunehmende Komplexität des Systems. Hieraus resultiert – in Verbindung mit einem verstärkten Gesundheitsbewusstsein – ein gestiegenes Informationsbedürfnis des Patienten (*Dierks/Schwartz/Walter 2001, Vos 2001, Hurrelmann 2001*).

Die klassische Rollenverteilung in der Arzt-Patient-Beziehung unterliegt insbesondere bei chronisch Kranken einem einschneidenden Wandel. Diese Patientengruppe vertraut nicht mehr ausschließlich auf die Erfahrung des Arztes. Die Verordnung eines Präparats wird zunehmend kritisch hinterfragt. Zweitmeinungen werden eingeholt, um Informationen über Nebenwirkungen und alternative Behandlungsmethoden zu erhalten (*Homburg/Dietz 2005, Homburg/Sieben/Dietz 2002*). Der ehemalige Verschreibermarkt entwickelt sich vor allem bei chronisch Kranken auf Grund umfassender Informations- und Serviceangebote zu einem Käufermarkt mit mündigen Entscheidern, die ihr Mitspracherecht bei der Therapieentscheidung einfordern und damit verstärkt Einfluss auf das Verschreibungsverhalten des Arztes nehmen (*Dietz 2004, Pfahlert/Fürst 2003, Homburg/Sieben/Dietz 2002*).

Das bisherige Marketing der pharmazeutischen Industrie mit der Konzentration auf die Vermarktung der Präparate durch Außendienstmitarbeiter im Ärztekontakt gelangt durch den zunehmenden Einfluss des Patienten auf die Therapieentscheidung an seine Grenzen (*Homburg/Dietz 2005, Sheikh 2004*). Die Bedeutungszunahme des Verbrauchers stellt die Marktarbeitungsstrategie der pharmazeutischen Unternehmungen vor eine neue Herausforderung: den Einsatz patientengerichteter Kommunikation bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, um eine wiederholte Verschreibung und eine langfristige Bindung des Mitentscheiders Patient an das pharmazeutische Unternehmen zu erreichen (*Kreyher/Harms 2002, Harms/Brucksch/Drüner/Rohmann 2001, Jost 1998*).

1.2. Patientenbindung als Erfolgsfaktor des Pharmamarketing

In den meisten Unternehmen gilt heute ein effizientes Marketing als der entscheidende Erfolgsfaktor. Subjektive Messgrößen, wie z. B. die Kundenzufriedenheit und die Kundenbindung stellen zentrale Zielgrößen des Marketing-Management dar und gewinnen auch in einschlägigen Studien der Erfolgsfaktorenforschung an Bedeutung. Entsprechend der empirischen Erkenntnisse zur Satisfaction Profit Chain wird durch eine Verbesserung einzelner Leistungsattribute die Kundenzufriedenheit insgesamt gesteigert. Daraus resultiert eine Erhöhung der Loyalität, welche sich in Wiederholungsgeschäften, geringerer Preissensibilität, erhöhten Cross-Buying-Absichten und intensiverer Mund-zu-Mund-Propaganda äußert. Dies generiert im Zeitverlauf steigende Cash Flows, die den Unternehmenswert nachhaltig steigern (*Anderson/Fornell/Mazvancheryl 2004*). Da die Sicherstellung von Kundenzufriedenheit und die Erhaltung von Kundenbindung somit zentrale Stellhebel für die Realisierung ökonomischer Unternehmensziele darstellen, werden die beiden Größen zu Recht als Grundlage des langfristigen Markterfolges angesehen (*Anderson/Mittal 2000*). Durch Messung der Kundenbindung kann hierbei neben anderen quantitativen Größen, wie z. B. Kundenzufriedenheit und Reklamationsanteil, die Effektivität eines marktorientierten Managements überprüft werden. Der Nutzen derartiger Untersuchungen liegt in der kontinuierlichen Analyse des eigenen Leistungsangebots, der frühzeitigen Feststellung der Veränderung von Kundenerwartungen und der Festigung interner Qualitätssicherungsprogramme.

Auch im Gesundheitswesen finden in den letzten Jahren subjektive Messungen als Ausdruck der zunehmenden Patientenorientierung vermehrt Verwendung und werden mittlerweile als valides Verfahren zur Bewertung von Gesundheitsleistungen akzeptiert (*Bauer/Keller/Hahn 2002, Keller 2002, Hribek 1999, Olandt 1998*). Die Integration der subjektiven Wahrnehmung des Patienten entspricht dem modernen Verständnis des Patienten als Partner im Leistungserstellungsprozess. Neben einer Analyse der Produktqualität aus Herstellersicht sowie der Beziehung zu den Ärzten kann hierdurch auch eine Bewertung des Leistungsangebots eines pharmazeutischen Unternehmens aus Verbraucher- bzw. Patientensicht erfolgen (*Gatter/Hassan 1995*). Zahlreiche empirische Befunde bestätigen die überragende Bedeutung der wahrgenommenen Qualität des Leistungsangebots für die Schaffung von Kundenzufriedenheit und Kundenbindung (*Caruana 2002, Homburg/Kebbel 2001*). Es liegt daher die Vermutung nahe, dass die Leistungsqualität eines pharmazeutischen Unternehmens maßgeb-

lich die Entscheidung des Patienten bestimmt, diesem Unternehmen langfristig treu zu bleiben.

Auf Grund des enormen Bedeutungszuwachses des Patienten für die Therapieentscheidung und damit auch für die Verschreibung soll der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf diesem Teilbereich liegen. Zunächst wird ein Messinstrument für die Patientenbindung entwickelt und validiert. Ein zweites Ziel ist es, die Determinanten der Beziehungsqualität zwischen Patient und Pharmaunternehmen aus Patientensicht zu analysieren. Die Bewertung der Geschäftsbeziehung als Ganzes, d.h. die Beurteilung der bisherigen Erfahrungen mit einem Unternehmen und die Abschätzung des künftigen Verlaufs der Beziehung, gilt nach dem aktuellen Stand der Forschung als wichtigste Voraussetzung der Kundenbindung (*Hennig-Thurau 2000, Georgi 2000*). Im Rahmen dieser Untersuchung ist dabei von besonderem Interesse, ob einer direkten Kommunikation – als Zusatzleistung eines pharmazeutischen Unternehmens – aus Patientensicht eine entscheidende Bedeutung für die Bewertung der Beziehungsqualität und folglich die Patientenbindung beizumessen ist. Denn nur wenn das Bestreben des Patienten nach einer wiederholten Leistungsanspruchnahme und die Nutzungsabsicht weiterer Leistungen durch die Qualität der Kommunikation nachweislich beeinflusst wird, lässt sich eine Rechtfertigung für patientenorientierte Kommunikationsaktivitäten ableiten. Neben Hinweisen zur erfolgreichen Umsetzung und Ausgestaltung eines Pharmamarketings mit Fokus auf den Endverbraucher sollen zudem neue Erkenntnisse zur Steuerung der vorökonomischen Zielgröße Kundenbindung gewonnen werden.

Aus Gründen der Praktikabilität umfasst das zu entwickelnde Patientenbindungsmodell alle Leistungsdimensionen eines pharmazeutischen Unternehmens, die am Markt anbieterübergreifend existent sind und von den Patienten entsprechend bewertet werden können. Die zu erarbeitende Modellstruktur trägt hierdurch auch der Anforderung an die Allgemeingültigkeit Rechnung. Eine Implementierung des Modells bei unterschiedlichen pharmazeutischen Unternehmen kann somit gewährleistet werden. Die folgende Untersuchung beschränkt sich auf den Bereich verschreibungspflichtiger Medikamente für Diabetiker bzw. chronisch kranke Patienten. Da die für diese Untersuchung relevante Zielgruppe aus mündigen Mitentscheidern hinsichtlich der Therapie und Verschreibung besteht (*Hahn 2006*), wird im Rahmen dieser Studie der Begriff Kunde und Patient synonym verwendet. Im Folgenden werden die für die Entwicklung des Patientenbindungsmodells relevanten hypothetischen Konstrukte konzeptua-

lisiert und Messmodelle hierfür entwickelt. Anschließend werden Hypothesen über den Beziehungszusammenhang zwischen diesen Konstrukten aufgestellt.

2. Entwicklung eines Modells der Patientenbindung

2.1. Anforderungen an ein Patientenbindungsmodell

Das Leistungsangebot eines pharmazeutischen Unternehmens hinsichtlich verschreibungspflichtiger Präparate ist in den heterogenen Wirtschaftsbereich der Dienstleistungen einzuordnen (*Hahn 2006*). Während sich die Einnahme des Arzneimittels durch die klassischen Eigenschaften einer Dienstleistung auszeichnet, besteht die Leistung des pharmazeutischen Unternehmens aus weiteren, das Arzneimittel unterstützenden materiellen Gesundheitsgütern (z.B. Blutzuckermessgeräten, Stechhilfen) und produktbegleitenden Dienstleistungen, die sich insbesondere durch kommunikative Elemente auszeichnen. So besteht insbesondere bei verschreibungspflichtigen Medikamenten die Notwendigkeit, im Rahmen der Kommunikation mit dem Patienten beispielsweise detaillierte Informationen zu übermitteln (über Anwendung, Nebenwirkungen etc.) oder Schulungen im Umgang mit Präparaten oder Hilfsmitteln durchzuführen. Die für diese Arbeit relevanten verschreibungspflichtigen Arzneimittel weisen somit ein hohes Potenzial für Dienstleistungskomponenten auf und zeichnen sich entsprechend durch ein hohes Maß an Komplexität aus.

Neben der Komplexität dieser Dienstleistungsart ist die Leistungserbringung durch die individuelle Wirkungsweise des Arzneimittels und die Kommunikationselemente z. B. im Rahmen von Schulungen nur schwer standardisierbar. Der Patient beeinflusst durch das Ausmaß seiner Mitwirkung am Leistungserstellungsprozess (Compliance) den Erfolg und die Qualität der Behandlung. Zudem besteht keine unmittelbare Beziehung zwischen Leistungsanbieter und Kunde. Der Arzt ist als Verschreibender in die Geschäftsbeziehung mit eingebunden und stellt hinsichtlich der Inanspruchnahme des Arzneimittels immer das Bindeglied zwischen Patient und Pharmaunternehmen dar. Die daraus resultierenden erhöhten Anforderungen an die Informationsverarbeitungsprozesse einerseits und letztlich auch die Beeinflussung der Beurteilung der wahrgenommenen Leistung andererseits müssen bei einer entsprechenden Modellkonzeption berücksichtigt werden. Aus den angeführten Merkmalen resultiert die Notwendigkeit eines Messansatzes der Patientenbindung, der auf die Spezifika des Pharmamarktes bei verschreibungspflichtigen Medikamenten abgestimmt ist.

2.2. Konzeptualisierung der Modellkonstrukte und Hypothesenableitung

2.2.1. Patientenbindung, Patientenzufriedenheit und Beziehungsqualität

In der Beziehung Patient-Pharmaunternehmen beschreibt die Patientenbindung sämtliche Maßnahmen eines Unternehmens, „... die darauf abzielen, sowohl die bisherigen Verhaltensweisen als auch zukünftigen Verhaltenabsichten eines Kunden gegenüber einem Anbieter oder dessen Leistungen positiv zu gestalten, um die Beziehung zu diesem Kunden für die Zukunft zu stabilisieren beziehungsweise auszuweiten“ (Homburg/Bruhn 2003). Bei der Patientenbindung finden somit die Komponenten der Verhaltensabsicht und das tatsächliche Verhalten des Nachfragers Berücksichtigung. Da der Patient das Arzneimittel nicht kauft, sondern die Leistung des pharmazeutischen Unternehmens durch die Verschreibung in Anspruch nimmt, bilden die Komponenten der zukünftig wiederholten Leistungsanspruchnahme (Wiederkaufabsicht), des langfristig erhöhten Bedarfs zusätzlicher Produkte (Cross-Buying-Absicht) und der Weiterempfehlungsabsicht seine Verhaltensabsicht bzw. Loyalität ab (Sauer 2003). Das tatsächliche Verhalten wird durch die bisherigen Weiterempfehlungen und die Häufigkeit der bisherigen Leistungsanspruchnahme (Wiederkäufe) repräsentiert (Homburg/Becker/Hentschel 2003, Zeithaml/Berry/Parasuraman 1996).

In der Literatur wird die Bindung eines Nachfragers überwiegend auf dessen Zufriedenheit zurückgeführt (Homburg/Becker/Hentschel 2003). Die Patientenzufriedenheit kann daher als „... a cumulative abstract construct that describes customers' total consumption experience with a product or service“ (Johnson/Fornell 1991) und somit als Gesamtzufriedenheit aufgefasst werden. Die Zufriedenheit des Patienten ist „... related to a specific transaction“ (Parasuraman/Zeithaml/Berry 1988) und bezieht sich daher auf eine Einzeltransaktion zwischen Anbieter und Nachfrager. Ein Patient gelangt über einen Abgleich seiner vor dem Kontakt bestehenden Erwartungen an die Leistungen eines pharmazeutischen Unternehmens mit dem Gesamteindruck der tatsächlich erhaltenen Leistung zu einem Zufriedenheitsurteil (Keller 2002, Bitner 1990, Oliver 1980).

Die Zufriedenheit des Patienten kann als wichtigster Einflussfaktor der Patientenbindung angesehen werden, da das Verhalten bzw. die Verhaltensabsicht eines Kunden in hohem Maße von dessen Zufriedenheit abhängig ist (Homburg/Becker/Hentschel 2003, Sauer 2003). Zufriedene Patienten werden im Gegensatz zu unzufriedenen weniger Informationen über Alternativangebote beziehen und auch Angeboten der Konkurrenz kritischer gegenüberstehen, so

dass zufriedene Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit auch gebundene Patienten sind (*Bauer/Hammerschmidt* 2004b). Aus diesen Ausführungen lässt sich die erste Hypothese ableiten:

H₁: Die Patientenzufriedenheit beeinflusst die Patientenbindung positiv.

Zunehmend Berücksichtigung findet neben der Zufriedenheit auch die Beziehungsqualität als Steuerungsgröße der Kundenbindung (*Hennig-Thurau* 2000, *Diller* 1995). Mittlerweile gilt die Beziehungsqualität als zentrales Konstrukt zur Messung der Stabilität und des Erfolgs von Kundenbeziehungen (*Hadwich* 2003). Das Konstrukt der Beziehungsqualität setzt sich aus den beiden Faktoren „Vertrauen“ und „Vertrautheit“ zusammen und ist hierdurch sowohl vergangenheits- als auch zukunftsorientiert (*Bruhn* 2003, *Georgi* 2000).

Die Erfahrung des Kunden mit dem Unternehmen und dessen Fähigkeit, die Erwartung des Kunden zu erfüllen, wird durch die Vertrautheit als Ex-post-Perspektive der Beziehungsqualität ermittelt. Somit steht die Vertrautheit für den Grad des Wissens der jeweiligen Beziehungspartner um dessen Einstellungen und Verhaltenweisen. Vertrauen übernimmt hingegen die Funktion der Komplexitätsreduktion in zwischenmenschlichen Beziehungen (Ex-ante-Komponente) (*Georgi* 2000, 2003). Vertrauen beschreibt dabei die Bereitschaft des Kunden, sich auf das Unternehmen im Hinblick auf dessen zukünftiges Verhalten ohne weitere Prüfung zu verlassen (*Morgan/Hunt* 1994). Vertrauen „... spiegelt damit das Kundenurteil über den Anbieter hinsichtlich seiner Fähigkeit wider, die zukünftigen Beziehungserwartungen des Kunden zu erfüllen“ (*Hadwich* 2003).

Während die Patientenzufriedenheit in unmittelbarem Zusammenhang mit einem speziellen Transaktionserlebnis steht, stellt die Beziehungsqualität ein relativ zeitstabiles und einstellungsähnliches Konstrukt und damit eine transaktionsübergreifende Größe dar. Der Patient nimmt hierbei also eine Beurteilung der Fähigkeit eines Unternehmens vor, den in der Vergangenheit und in der Zukunft liegenden Beziehungsanforderungen gerecht zu werden (*Anderson/Fornell/Lehmann* 1994, *Hentschel* 1990). Die Bildung des Zufriedenheitsurteils hinsichtlich einer Transaktion beeinflusst somit auch die Beziehungsqualität als transaktionsübergreifende Größe positiv. Je öfter ein Patient mit einer Transaktion zufrieden war, desto höher wird die Vertrautheit mit einem Anbieter als vergangenheitsorientierte Komponente der Beziehungsqualität ausfallen. Darüber hinaus wächst mit jeder Transaktion, die zur Zufrie-

denheit des Kunden durchgeführt wurde, auch das Vertrauen als zukunftsorientierte Komponente der Beziehungsqualität in den Anbieter. Somit lässt sich eine weitere Hypothese ableiten:

H₂: Die Patientenzufriedenheit beeinflusst die Beziehungsqualität positiv.

Um das wahrgenommene Risiko zu reduzieren und eine wiederholte Leistungsanspruchnahme des Patienten zu erleichtern, muss das pharmazeutische Unternehmen Vertrauen aufbauen (*Morgan/Hunt* 1994). Die Vertrautheit mit einem Anbieter senkt die Komplexität und somit das wahrgenommene Risiko zukünftiger Transaktionen auf Grund der Erfahrung aus früheren Transaktionen. Es ist daher anzunehmen, dass eine hohe Beziehungsqualität zu einer Erhöhung der Interaktionseffizienz aus Patientensicht führt. Hieraus steigt die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Leistungsanspruchnahme durch das Individuum (*Kleinalkamp/Kühne* 2003, *Wesemeier* 2002). Hierfür spricht auch, dass eine hohe Beziehungsqualität eine emotionale Wechselbarriere darstellt. Da davon auszugehen ist, dass das Vertrauen einen nachhaltigen Effekt auf die Einstellung gegenüber einem Produkt und der Absicht zur Leistungsanspruchnahme ausübt und die Absicht zur Leistungsanspruchnahme gleichzeitig einen signifikanten Zusammenhang zur tatsächlichen Leistungsanspruchnahme aufweist, lässt sich folgende Hypothese formulieren (*Bauer et al.* 2004):

H₃: Die Beziehungsqualität beeinflusst die Patientenbindung positiv.

Neben den in diesem Kapitel konzeptualisierten Konstrukten der Patientenbindung, Patientenzufriedenheit und Beziehungsqualität und den entwickelten Hypothesen wird in einem zweiten Schritt der Zusammenhang zwischen diesen Konstrukten und der Leistungsqualität ermittelt. Auf dem Weg zu einem spezifischen Modell sollen im Folgenden ausgewählte Ansätze im Kontext einer Anwendung für ein Patientenbindungsmodell skizziert und ihre Eignung zur Erfassung der Qualitätsdimensionen eines pharmazeutischen Unternehmens bewertet werden. Forschungsbemühungen zu Dimensionen und Indikatoren der Qualitätsbewertung der Leistungserbringung pharmazeutischer Unternehmen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten liegen nicht vor. Es gilt daher, vorab herauszufinden, ob bestehende allgemeine Ansätze zur Messung der Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen geeignet sind, die Leistungsqualität eines pharmazeutischen Unternehmens zu erfassen.

2.2.2. Modelle der Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen

Die Qualität einer Leistung kann als die zentrale Determinante der Kundenbindung vermutet werden. Die Dienstleistungsqualität bzw. Leistungsqualität eines pharmazeutischen Unternehmens wird für die folgenden Ausführungen definiert als „... a form of attitude, related but not equivalent to satisfaction, that results from a comparison of expectations with perceptions of performance“ (*Parasuraman/Zeithaml/Berry* 1988). Die wahrgenommene Dienstleistungsqualität ist somit als allgemeine Bewertungsgröße aufzufassen, die die subjektive Wahrnehmung der Leistung eines Anbieters beschreibt (*Keller* 2002, *Cronin/Taylor* 1992, *Bitner* 1990, *Parasuraman/Zeithaml/Berry* 1988).

Zentrale Dienstleistungskomponente bzw. Kernleistung eines pharmazeutischen Unternehmens ist die Wirkung des Arzneimittels. Viele Anbieter stellen fest, dass sie, obwohl sie ihren Kunden immer hochwertigere und wirksamere Kernleistungen bieten und das Leistungsangebot stetig ausweiten, keine korrespondierenden Zuwächse in der Kundenzufriedenheit erreichen (*Anderson/Mittal* 2000, *Bauer et al.* 2006). So belegt die aktuelle Untersuchung von *Thompson et al.* (2005), dass die ständige Anreicherung der technischen Kernleistungen mit zusätzlichen Leistungsmerkmalen vielmehr zur Übersättigung des Kunden („Feature-Fatigue“) mit der Folge negativer Gefühle wie Frust und Desinteresse führt.

Zudem ist zum Anbieten der Kernleistung keine zwischenmenschliche Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Pharmaunternehmen und Patient erforderlich. Die Qualitätseigenschaften des Arzneimittels als zentraler Bestandteil der Kernleistungsqualität zeichnen sich somit nicht durch interpersonelle Kontakte zwischen pharmazeutischem Unternehmen und Patient aus. Im Gegensatz dazu stellt die Kommunikation zwischen Leistungsanbieter und Patient bei den im Gesundheitswesen entwickelten Modellen zur Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht einen immanenten Bestandteil der Leistungsqualität dar. Solche Kommunikationsleistungen werden von Patienten ausdrücklich gewünscht, sind aber noch nicht selbstverständlich. Sie stellen daher sog. Zusatzleistungen dar (*Falk* 2006). Zusatzfaktoren bilden noch eine Wettbewerbshürde, da Kunden hier einen expliziten Vergleich mit den Konkurrenzangeboten vornehmen. Wie Tabelle 1 verdeutlicht, fordern die angeführten Ansätze im Rahmen der medizinischen Leistungserstellung als Hauptelement der Leistungsqualität eines Anbieters im Gesundheitswesen – im Gegensatz zu den Qualitätseigenschaften eines Arzneimittels als

zentrales Leistungselement eines Pharmaunternehmens – eine Interaktion zwischen Leistungserbringer und Patient.

Die Interaktion muss aber in der Beziehung zwischen Patient und Pharmaunternehmen als unterstützende Größe aufgefasst werden, die unabhängig von der Leistungserstellung durch das Arzneimittel erfolgen kann (aber nicht muss). *Van Riel/Liljander/Jurriens* (2001) sprechen bei dieser Art von Zusatzleistungen von sog. complementary services, die unabhängig von der Kernleistung eigenständig wertstiftende Leistungen darstellen und das Angebot insgesamt vervollständigen. Diese sind daher nicht - wie in den vorgestellten Ansätzen zur Erfassung der medizinischen Qualität - zwingend als zentrales Element der Dienstleistungsqualität notwendig. Die angeführten Dienstleistungsqualitätsmodelle können daher die Leistungsqualität eines pharmazeutischen Unternehmens bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nur unzureichend abbilden.

Die Ausführungen verdeutlichen die Notwendigkeit einer Trennung der Elemente der Leistungsqualität eines pharmazeutischen Unternehmens in die zwei Komponenten der

- Leistungserbringung durch das Arzneimittel als zentrales Leistungselement eines pharmazeutischen Unternehmens und
- eine von der Leistungserbringung durch das Arzneimittel unabhängige unterstützende Leistungskomponente der Kommunikation.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorgestellten Operationalisierungsansätze zur Erfassung der Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau angesiedelt sind. Deswegen kann keinem dieser Ansätze die Eignung abgesprochen werden, den Besonderheiten der Leistungserbringung eines pharmazeutischen Unternehmens Rechnung zu tragen. Allerdings weisen die Modelle hinsichtlich der Berücksichtigung der Interaktion als unterstützende Größe in der Beziehung zwischen Patient und Pharmaunternehmen Schwächen auf. Der Besonderheit einer Trennung der Leistungserbringung durch das Arzneimittel von der Leistungskomponente der Kommunikation wird durch diese Modelle nur ungenügend Rechnung getragen.

Autor(en)	Modellkomponenten zur Erfassung der Dienstleistungsqualität
<p><i>Donabedian</i> (1980)</p>	<p>Referenzmodell zur Beschreibung und Operationalisierung der Qualität klinischer Dienstleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufteilung der Dienstleistungsqualität in drei Dimensionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturqualität: strukturelle Gegebenheiten, innerhalb derer die Dienstleistung erbracht wird ○ Prozessqualität: qualitative Eigenschaftsausprägung der während der Leistungserstellung ergriffenen Maßnahmen ○ Ergebnisqualität: Grad der Erreichung der Leistungsziele • explizite Berücksichtigung der Interaktion im Rahmen der Prozessqualität als zentraler Bestandteil der medizinischen Leistungserbringung
<p><i>Olandt</i> (1998)</p>	<p>klinikspezifisches teilleistungsbezogenes Qualitätsmodell</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis: Teilleistungsbezogenes Dienstleistungsqualitätsmodell von <i>Güthoff</i> (1995) • Unterteilung der Dienstleistungsqualität in <ul style="list-style-type: none"> ○ Hotelqualität ○ Pflegerische Qualität ○ medizinische Qualität • Interaktion als wesentlicher Bestandteil der medizinischen und pflegerischen Qualität
<p><i>Hribek</i> (1999)</p>	<p>PATSATK-Modell zur Messung der Patientenzufriedenheit (Patient Satisfaction Krankenhaus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgliederung des Kundenprozesses nach <i>Güthoff</i> (1995) • Unterteilung der Dienstleistungsqualität in neun Konstrukte <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufnahme ○ Interaktionsqualität der Ärzte ○ Interaktionsqualität der Pflege ○ medizinische Aufklärung ○ Zimmer ○ Verpflegung ○ Sauberkeit ○ Organisation des Aufenthalts ○ Wahrung der Privatsphäre • Interaktion als wesentlicher Bestandteil der medizinischen und pflegerischen Qualität
<p><i>Keller</i> (2002)</p>	<p>Patientenbindungsmodell im Arzt-Patient-Verhältnis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung des Modells von <i>Donabedian</i> (1980) um die Interaktionsqualität • Unterteilung der Dienstleistungsqualität in vier Konstrukte <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturqualität ○ Prozessqualität ○ Interaktionsqualität ○ Ergebnisqualität • Berücksichtigung der Interaktionsqualität auf Grund der hohen Bedeutung der Anbieter-Nachfrager-Interaktion im medizinischen Leistungserstellungsprozess als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Qualität
<p><i>Bauer/Keller/Hahn</i> (2002)</p>	<p>Kausalmodell zur Erklärung der Patientenzufriedenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis: Teilleistungsbezogenes Dienstleistungsqualitätsmodell von <i>Güthoff</i> (1995) • Unterteilung der Dienstleistungsqualität in <ul style="list-style-type: none"> ○ medizinische Qualität ○ Hotelqualität • Interaktion als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Qualität

Tab. 1: Modelle zur Erfassung der Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen

2.2.3. Leistungsqualität eines Pharmaunternehmens

Während die angeführten Dienstleistungsqualitätsmodelle im Gesundheitswesen das Leistungsangebot eines pharmazeutischen Unternehmens nur unzureichend abbilden können, erfolgt ein Rückgriff auf bestehende Ansätze zur Messung der Qualität klassischer Dienstleistungen. *Berry* und *Brandt* unterteilen die Dienstleistungsqualität in zwei Komponenten: in Leistungen, die der Anbieter zu erfüllen hat und die normalerweise zu einer Dienstleistung zu zählen sind (Minimum- bzw. Routine-Komponenten) und in Werterhöhungs-/ Ausnahmeleistungen, die die Erwartung der Konsumenten übertreffen und noch das Potenzial haben, diese zu begeistern (*Berry* 1987, *Brandt* 1988; *Matzler/Sauerwein* 2002).

Die Leistungsqualität des pharmazeutischen Unternehmens lässt sich in Anlehnung an diese beiden Ansätze in zwei Komponenten aufteilen: die Qualität des Arzneimittels in Form einer Minimum- bzw. Routine-Komponente (Must-Be Attributes) und die Qualität der Kommunikation in Form einer Werterhöhungs- bzw. Ausnahmeleistung (Could-Be Attributes). Die Kernleistungen in Form der physischen Produkte (Arzneimittel) sind oftmals durch starke Angleichung im intensiven Wettbewerb zu solchen Minimumleistungen geworden. Deren Erfüllung ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Entstehung von Kundenzufriedenheit (*Falk* 2006). Sie werden von den Kunden als selbstverständlich vorausgesetzt und häufig nicht mehr explizit artikuliert. Minimumfaktoren sind nicht mehr geeignet, eine Differenzierung im Wettbewerb zu erreichen. Sie müssen aber erfüllt werden und stellen gewissermaßen die Eintrittsbarriere in einen Markt dar.

Als werterhöhende Zusatzleistungen werden in der Literatur vielfach die Bereitstellung individueller Informationen, die Wissensvermittlung durch Mitarbeiterberatung oder Kundengemeinschaften (Communities), persönliche Betreuung und Unterstützung (online und offline) sowie flexibles Eingehen auf Sonderwünsche und Probleme genannt (*Falk* 2006; *van Riel/Liljander/Jurriens* 2001). Diese Forderung deckt sich auch mit dem Marketingverständnis, dass Absatzobjekte Bündel von Kernleistungen und zusätzlichen (Dienst-)Leistungen um diese herum darstellen (*Bauer/Hammerschmidt* 2004a). Ein solches multiattributives Qualitätsverständnis wird – wenn auch reduziert auf zwei Konstrukte – von verschiedenen Autoren auch für andere Untersuchungsgegenstände empirisch bestätigt (*Bauer/Falk/Hammerschmidt* 2003, *Güthoff* 1995). Die Unterteilung der Leistungsqualität in die Qualität des Arzneimittels und die Qualität der Kommunikation bzw. Interaktion ermöglicht es, den Einfluss der beiden

Leistungskomponenten auf die Zielgröße Patientenbindung zu ermitteln und die Frage zu beantworten, welchen Beitrag die patientengerichtete Kommunikation eines pharmazeutischen Unternehmens zur Erhöhung der Patientenbindung liefert. Zudem wird durch die abstrahierte Struktur zur Erfassung der Dienstleistungsqualität eine Verallgemeinerung des Modells sichergestellt.

Die Einbindung der Leistungsqualität des Pharmaunternehmens in das Patientenbindungsmodell erfordert eine Abgrenzung von wahrgenommener Qualität und Patientenzufriedenheit. Die Zufriedenheit wird als Abgleich der vor einer Transaktion bestehenden Erwartungen mit dem Gesamteindruck der tatsächlich erhaltenen Leistung aufgefasst. Im Gegensatz dazu ist die wahrgenommene Qualität eine allgemeine und langfristig orientierte Bewertungsgröße, die dem Charakter einer Einstellung entsprechend die subjektive Wahrnehmung der Leistung eines Anbieters beschreibt. Für diese hier angeführte Abgrenzung zeichnet insbesondere die Arbeit von *Parasuraman/Zeithaml/Berry* (1988) verantwortlich: „Consistent with the distinction between attitude and satisfaction, is a distinction between service quality and satisfaction: perceived service quality is a global judgement, or attitude, relating to the superiority of the service, whereas satisfaction is related to a specific transaction.“

Folgendes Beispiel soll den Zusammenhang verdeutlichen: Ein Patient, der im Rahmen einer Arztkonsultation überdurchschnittlich lange auf die Behandlung warten muss, wird diesen einzelnen Besuch wegen der langen Wartezeit unter Umständen als qualitativ minderwertig beurteilen. Da das Individuum die Leistungserbringung des Arztes auf Grund vorheriger Erfahrungen als insgesamt hochwertig einschätzt, ist anzunehmen, dass der Patient auf Grund dieser transaktionsübergreifend positiven Bewertung der Behandlung auch mit der einzelnen Transaktion zufrieden sein wird. Die Gesamtzufriedenheit ist somit als eine kumulative, zurückschauende Bewertung einer Reihe von wiederholten Kontaktepisoden mit dem Unternehmen (service encounters) zu verstehen. Die Gesamtzufriedenheit stellt daher - entsprechend zahlreicher empirischer Befunde (*Cronin/Taylor* 1992, *Homburg/Kebbel* 2001, *Caruana* 2002) - eine Folge hoher Dienstleistungsqualität dar. „As a process in time, service quality takes place before, and leads to, overall customer satisfaction“ (*Caruana* 2002, S. 817). Somit ist anzunehmen, dass eine positive Beeinflussung der Patientenzufriedenheit sowohl durch die wahrgenommene Qualität des Arzneimittels als auch die der Kommunikation besteht (*Hel-*

mig/Dietrich 2001, Schütze 1992, Oliver 1980). Diese Überlegungen führen zu folgenden Hypothesen:

H₄: Die wahrgenommene Qualität des Arzneimittels (Kernleistung) beeinflusst die Patientenzufriedenheit positiv.

H₅: Die wahrgenommene Qualität der Kommunikation (Zusatzleistung) beeinflusst die Patientenzufriedenheit positiv.

Um die Beziehungszusammenhänge des Patientenbindungsmodells zu vervollständigen, muss abschließend eine Überprüfung der Beziehungszusammenhänge zwischen Leistungs- und Beziehungsqualität erfolgen. Da eine Beziehung aus einzelnen Transaktionen zwischen Anbieter und Nachfrager resultiert, vollzieht sich der Aufbau einer Beziehung durch wiederholte Transaktionen. Bei der Entstehung der Beziehungsqualität kommt somit der Transaktionsqualität eine zentrale Rolle zu (*Georgi 2000, Hennig-Thurau/Klee/Langer 1999*). Die Mehrzahl der Einflussfaktoren der Transaktionsqualität lässt sich dabei der Leistungsqualität eines Anbieters zuordnen. Die Leistungsqualität wird wiederum als wesentliche Determinante des Vertrauens in einer Geschäftsbeziehung angesehen (*Hadwich 2003*). Da Vertrauen und Vertrautheit als Dimensionen der Beziehungsqualität erst durch den Anbieter-Kunden-Kontakt entstehen können (*Georgi 2000, 2003*), lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

H₆: Die wahrgenommene Qualität des Arzneimittels (Kernleistung) beeinflusst die Beziehungsqualität positiv.

H₇: Die wahrgenommene Qualität der Kommunikation (Zusatzleistung) beeinflusst die Beziehungsqualität positiv.

Die aufgestellten Hypothesen zum Zusammenhang zwischen der Leistungsqualität eines pharmazeutischen Unternehmens und der Patientenbindung verdeutlichen, dass lediglich indirekte Einflüsse vermutet werden. Die Qualität der Leistungserbringung wirkt somit nicht direkt auf die Patientenbindung, sondern wird durch die Konstrukte „Patientenzufriedenheit“ und „Beziehungsqualität“ mediiert. Empirische Befunde stützen die Vermutung der indirekten, mehrstufigen Wirkungspfade (*Caruana 2002, Cronin/Taylor 1992, Peter 1999*). Zudem ist davon auszugehen, dass die Qualität des Arzneimittels und die der Kommunikation die Beziehungsqualität nicht nur direkt, sondern auch indirekt über die Patientenzufriedenheit

beeinflussen. Die Wahrnehmung der Leistungsqualität wirkt sich nicht nur auf die Patientenzufriedenheit als Zufriedenheit mit einem spezifischen Transaktionserlebnis, sondern über den Mediator Patientenzufriedenheit auch auf die Beziehungsqualität als transaktionsübergreifendes Konstrukt aus. Die Zufriedenheit mit einer Transaktion beeinflusst das Vertrauen und die Vertrautheit und somit die Beziehungsqualität positiv. Die indirekte Beziehung zwischen der Leistungs- und der Beziehungsqualität muss daher in dem Modellansatz Berücksichtigung finden.

2.3. Messung der Modellkonstrukte

Die vorgestellten Elemente des Patientenbindungsmodells stellen hypothetische Konstrukte dar, die sich einer direkten Beobachtung verschließen und erst durch beobachtbare Indikatoren erfassen lassen. Die Indikatoren der Konstrukte „Qualität des Arzneimittels“ und „Qualität der Kommunikation“ orientieren sich an dem für Gesundheitsgüter entwickelten Ansatz von *Donabedian* (1980) und somit an den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (*Bauer/Keller/Hahn* 2002). Das Pharmaunternehmen hat beispielsweise durch die medizinische Sicherheit seines Medikaments oder die ständige Erreichbarkeit der Ansprechpartner die generelle Fähigkeit zur Erbringung seiner Unternehmensleistung sicherzustellen (Strukturqualität). Weiterhin müssen eine effiziente Wirkungsweise des Arzneimittels und die Freundlichkeit der Mitarbeiter im Kundenkontakt in der Prozessphase garantiert werden (Prozessqualität). Zudem sind die zuverlässige Erfüllung des Leistungsversprechens, d.h. die Wirkung des Arzneimittels, aber der Umgang mit der Erkrankung durch Informationen (Ergebnisqualität) zu gewährleisten (*Bauer/Falk/Hammerschmidt* 2004).

Da aus Sicht der chronisch Kranken die Therapie einen kontinuierlichen Prozess ohne tatsächliches Ergebnis darstellt, erscheint es fraglich, ob die Patienten eine Unterscheidung in Prozess- und Ergebnisqualität vornehmen können. Die Abbildung der drei Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch das eindimensionale Konstrukt der „Qualität des Arzneimittels“ und das eindimensionale Konstrukt der „Qualität der Kommunikation“ ist daher gerechtfertigt. Zudem gehen die meisten Autoren von einer Überlappung der Einflüsse auf die Ergebnisqualität aus, wobei die Stärke und Reziprozität des Einflusses zwischen Struktur- und Prozessqualität bislang fast vollständig unerforscht blieb (*Haller* 1998, *Olandt* 1998, *Güthoff* 1995).

Die Entwicklung der Indikatoren zu den Konstrukten „Qualität des Arzneimittels“ und „Qualität der Kommunikation“ erfolgt in Anlehnung an das Patientenbindungsmodell bei Arzt-Patient-Beziehungen von *Keller* (2002). Unter Berücksichtigung des Patientenzufriedenheitsmodells von *Bauer/Keller/Hahn* (2002) werden Indikatoren zur Beurteilung der Kommunikation zwischen Patient und Pharmaunternehmen abgeleitet. Experten bestätigten die ermittelten Indikatoren. Für das Konstrukt „Beziehungsqualität“ finden die Messindikatoren von *Hadwich* (2003) Verwendung. Zusätzlich wird der Indikator „Verlässlichkeit“ als Indikator für das Vertrauen in den Messansatz mit aufgenommen (*Crosby/Evans/Coles* 1990).

hypothetisches Konstrukt	Indikatoren
Qualität des Arzneimittels (Kernleistung)	<ul style="list-style-type: none"> • medizinische Sicherheit des Pharmakon (K1) • Dauer der Behandlung bis zur Verbesserung des Gesundheitszustands (K2) • Nebenwirkungen durch das Arzneimittel (K3) • Verbesserung der langfristigen Krankheitssituation (K4) • Verbesserung der kurzfristigen Krankheitssituation (K5)
Qualität der Kommunikation (Zusatzleistung)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation der Mitarbeiter (VAS1) • erhöhter Wissensstand des Patienten durch die Betreuung (VAS2) • Verständlichkeit der Informationsübermittlung durch die Mitarbeiter (VAS3) • Sozialkompetenz der Mitarbeiter (VAS4) • Engagement/Initiative der Mitarbeiter (VAS5) • Eingehen der Mitarbeiter auf Patientenbedürfnisse (VAS6) • Freundlichkeit der Mitarbeiter (VAS7) • Professionalität der Mitarbeiter (VAS8) • Flexibilität der Mitarbeiter (VAS9)
Beziehungsqualität	Vertrauen: <ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit (BQ1) • Fairness (BQ2) • Wohlbefinden (BQ3) • Vertrauenswürdigkeit (BQ4) Vertrautheit <ul style="list-style-type: none"> • Bekanntheit (BQ5) • Intimität (BQ6)
Patientenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtzufriedenheit (Z1) • Idealvergleich (Z2) • Erwartungsvergleich (Z3)
Patientenbindung	<ul style="list-style-type: none"> • Absicht zur wiederholten Leistungsanspruchnahme (B1) • Absicht zur Deckung eines gleich bleibenden oder erhöhten Bedarfs (B2) • Absicht zur Weiterempfehlung (B3)

Tab. 2: Indikatoren der Konstrukte des Patientenbindungsmodells

Im Einklang mit neueren Forschungsergebnissen werden hinsichtlich des Konstrukts der Patientenbindung Indikatoren berücksichtigt, die die Verhaltensabsicht erfassen und somit dem zukunftsbezogenen, einstellungsorientierten Verständnis der Kundenbindung im Sinne von Kundenloyalität entsprechen (*Giering 2000, Keller 2002, Sauer 2003*). Zur Operationalisierung der Patientenzufriedenheit finden drei empirisch bestätigte Messindikatoren Verwendung (*Beutin 2003*). Neben der Frage nach der Gesamtzufriedenheit wird ein Idealvergleich und ein Erwartungsvergleich in den Messansatz mit aufgenommen (*Keller 2002*) (vgl. Tabelle 2).

Die in den Messansatz aufgenommenen Indikatorvariablen stellen nach den von *Jarvis/MacKenzie/Podsakoff (2003)* vorgeschlagenen Kriterien (Richtung der Kausalität, Austauschbarkeit der Indikatoren, Kovariation unter den Indikatoren und nomologisches Netz der Indikatoren) reflektive Indikatoren dar. Die vermutete Richtung der Kausalität geht von dem Konstrukt auf die Indikatoren aus. So stellt beispielsweise ein qualitativ hochwertiges Arzneimittel eine langfristige Verbesserung der Krankheitssituation sicher. Ferner wird davon ausgegangen, dass aus einer Veränderung der Indikatorenmenge durch Elimination oder Hinzufügen von Indikatorvariablen keine Änderungen des dahinter stehenden Konstrukts resultieren. Sichtbare Hinweise hierfür sind starke Korrelationen unter den Messvariablen bei Durchführung einer exploratorischen Faktorenanalyse.

Auch die Frage nach gemeinsamen Determinanten und Konsequenzen der Indikatoren lässt sich positiv beantworten. Ein freundlicher Mitarbeiter im Kundenkontakt kann beispielsweise als wesentlicher Bestimmungsfaktor für Wohlbefinden in der Beziehung zwischen Patient und Pharmaunternehmen angesehen werden. Fühlt sich der Patient bei dem Anbieter gut aufgehoben, führt dies tendenziell wiederum zu einer intensiveren und häufigeren Nutzung der Leistungsangebote des pharmazeutischen Unternehmens. Unter der noch zu überprüfenden Annahme, dass die Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse die hohen Korrelationen der Indikatoren bestätigen, stellen die Indikatorvariablen somit reflektive Indikatoren dar.

Um eine simultane Prüfung des gesamten Beziehungsgefüges zu ermöglichen, sind die oben auf Grund theoretischer Überlegungen abgeleiteten Wirkungsrelationen zu einem Hypothesensystem zu verknüpfen. Die Hypothesen bilden in ihrer Gesamtheit ein komplexes Kausalmodell, das einer empirischen Überprüfung unterzogen wird. Die Operationalisierung der hypothetischen Konstrukte wurde in diesem Kapitel vorgenommen, so dass darauf aufbauend

eine Überprüfung des vollständigen Patientenbindungsmodells durchgeführt werden kann. Abbildung 1 zeigt zusammenfassend die Modellstruktur des Patientenbindungsmodells.

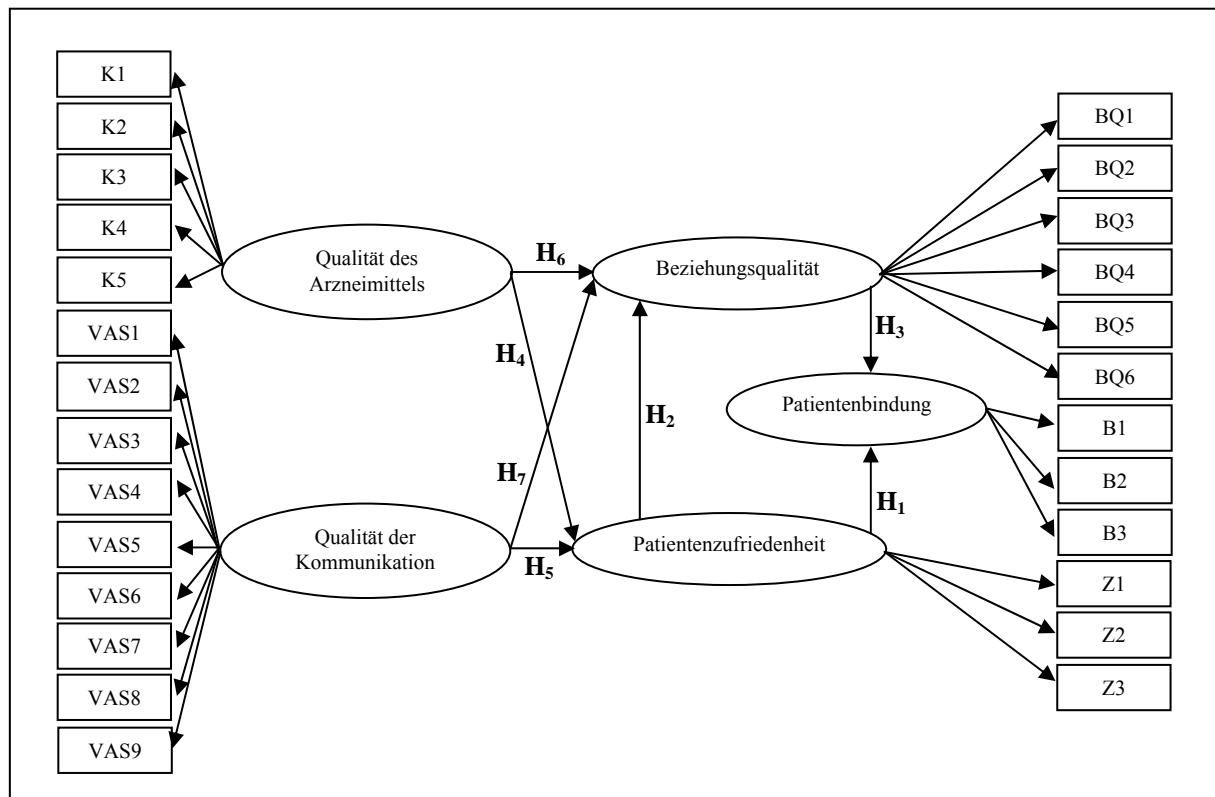


Abb. 1: Kausalmmodell zur Erklärung der Patientenbindung (Patientenbindungsmodell)

3. Empirische Überprüfung des Patientenbindungsmodells

3.1 Stichprobe

Im Rahmen der empirischen Untersuchung erfolgte eine Befragung von Diabetikern, die zu der Gruppe der chronisch Kranken zu zählen sind. Diese Patientengruppe bietet sich aus folgenden Gründen für die Untersuchung an: Ein Diabetiker muss umfangreiche Eigenleistungen erbringen und neue Verhaltensweisen erlernen, um eine Therapie durchführen zu können. Neben der Blutzuckermessung und Insulininjektion müssen Patienten das Ernährungsverhalten umstellen. Die Übermittlung von Informationsinhalten über die Stoffwechselabläufe hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Therapie etc., ermöglichen dem Patienten eine erfolgreiche Therapie. Zentrale Voraussetzung zur Übermittlung von Informationen ist die Kommunikation, die auch vom pharmazeutischen Unternehmen ausgehen kann.

Studien belegen, dass gut informierte Diabetiker niedrigere Blutzuckerwerte aufweisen und Unterzuckerung sowie Folge- und Begleiterkrankungen seltener auftreten. Dies zeigt sich auch an der Reduktion der Krankenhausaufenthalte (*Stock/Pfahlert 2001*). In Zahlen bedeutet dies, dass ein Typ II-Diabetiker ohne Komplikationen lediglich 1,3-fach höhere Ausgaben erfordert als ein durchschnittlicher Versicherter. Treten Komplikationen auf, so steigen die Gesamtkosten auf das Vierfache der Kosten eines durchschnittlichen Versicherten an (*Verband Forschender Arzneimittelhersteller 2000*). Die über das Arzneimittel hinausgehenden Leistungen in Form von Kommunikationsmaßnahmen zur Informationsübermittlung fördern somit die Compliance und sorgen für eine effiziente und effektive Nutzung der Gesundheitsleistungen.

Auf Basis des Kausalmodells zur Erklärung der Patientenbindung (Kapitel 2.3.) wurde ein Fragebogen entwickelt (vgl. Anlage 1) und dieser vorab ausführlichen Pretests unterzogen, um inhaltliche sowie sprachliche Mängel bzw. Unklarheiten aufzudecken. Die Antworten erfolgten in Form einer siebenstufigen *Likert*-Skala. Die Messung der Patientenzufriedenheit erfolgte mittels einer direkten Abfrage des Ergebnisses des vom Patienten wahrgenommenen Soll-Ist-Vergleichsprozesses (*Bauer/Hammerschmidt 2004b, Sauer 2003*). Die Erhebung der Patientenbindung erfolgte einstellungsorientiert, die der Beziehungsqualität, der Qualität des Arzneimittels sowie der Kommunikation performancebasiert.

Die Befragung der Patienten erfolgte schriftlich. In Zusammenarbeit mit mehreren niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie Selbsthilfegruppen fand eine Auswahl an Patienten statt, die bereits Kontakt zu einem Pharmaunternehmen hinsichtlich ihrer Insuline aufgenommen hatten. Die Untersuchung umfasste einen Zeitraum von insgesamt zwölf Wochen (vom 01.02.05 bis zum 31.04.05). Durch persönliche Gespräche zum eigentlichen Vorhaben mit potentiellen Probanden, leitenden Ärzten in Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten sowie Leitern von Selbsthilfegruppen konnte eine durchaus zufrieden stellende Anzahl an Probanden von insgesamt 283 für die Umfrage gewonnen werden, obwohl kein Anreiz (z. B. in Form eines Preisausschreibens) gesetzt wurde. Im Anschluss daran folgte die Selektion verwertbarer Fragebögen, wobei 21 Fragebögen auf Grund ihrer Unvollständigkeit eliminiert werden mussten. Somit fanden 262 Fälle bei der folgenden Analyse Berücksichtigung.

Im Zuge der Befragung wurden allgemeine Patientendaten, insbesondere auch Daten bezüglich der Soziodemographika erhoben. Das Durchschnittsalter der Probanden beträgt 54,9 Jah-

re. Bei der Auswertung der Fragebögen ergeben sich ein Anteil an Männern von 48,1 % und ein entsprechender Anteil von Frauen von 51,9 %. Da ca. 49 % der deutschen Bevölkerung Männer und ca. 51 % Frauen sind, wird die Verteilung der als ausgewogen angesehen. Hinsichtlich der Krankenversicherung geben 78,2 % der Probanden an, in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert zu sein. 9,6 % haben neben der gesetzlichen Krankenversicherung eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Insgesamt sind in der Stichprobe somit 87,8 % der befragten Patienten in der GKV und 11,1 % privat versichert. 1,1 % der Probanden geben an, entweder den Wehr- oder Zivildienst zu leisten bzw. die Leistungen des Sozialamts in Anspruch zu nehmen. Auch hinsichtlich dieser Größen kann damit angenommen werden, dass die Verteilung der Befragten in dieser Untersuchung ausgewogen ist (Schöffski 2002). Ebenso zeigt die Verteilung der Bildungsabschlüsse, dass die sozialen Schichten in der Stichprobe ausreichend vertreten sind. Die Verallgemeinerung der folgenden Untersuchungsergebnisse auf die Grundgesamtheit der Diabetes-Patienten kann somit prinzipiell gewährleistet werden (vgl. Anlage 2).

Bei der Frage nach der Kontaktaufnahme mit dem pharmazeutischen Unternehmen (Mehrfachantworten wurden zugelassen) dominieren Informationsveranstaltungen und Schulungen (vgl. Abbildung 2):

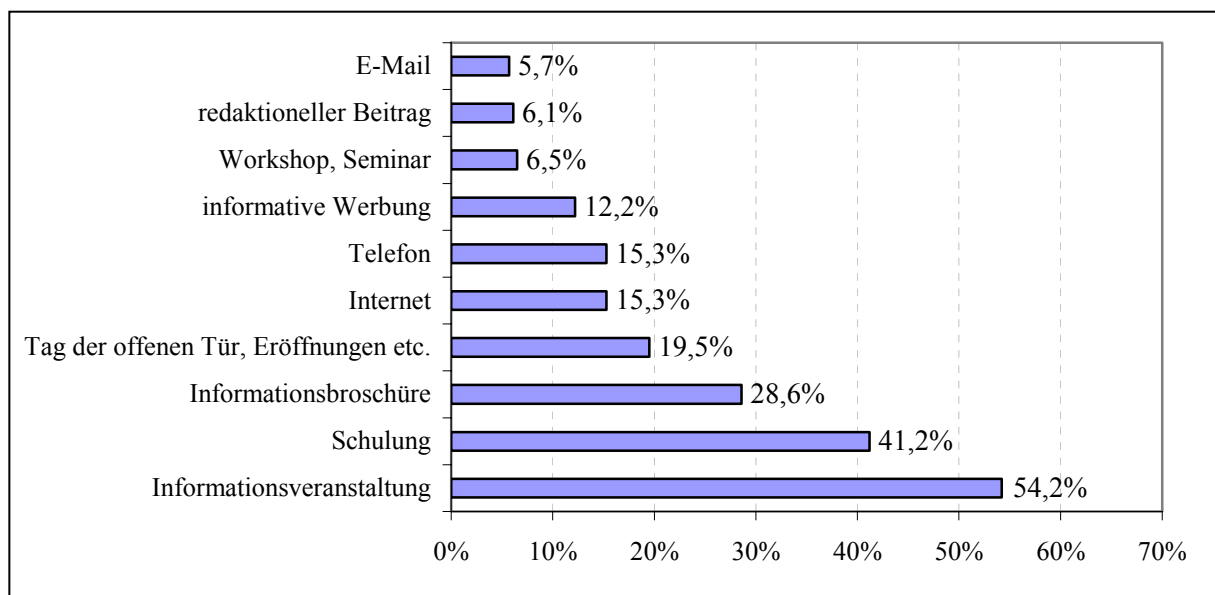


Abb. 2: Nutzung der Kontaktierungsmöglichkeiten eines Pharmaunternehmens

Auffällig ist die relativ geringe Bedeutung des Internets, des Telefons und des E-Mail-Kontakts. Hier muss angenommen werden, dass nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Kon-

taktierung des Unternehmens existieren. Dies deckt sich auch mit Aussagen von Probanden, die im Rahmen einer offenen Frage mehrfach eine nur unzureichende Erreichbarkeit des Pharmaunternehmens betonen. Oftmals wird eine Intensivierung des direkten Kontakts zwischen Pharmaunternehmen und Patienten, eine Intensivierung der Unterstützung von Selbsthilfegruppen sowie ausführlichere und wissenschaftlichere Informationen gewünscht.

3.2 Methodische Vorgehensweise

Zur Überprüfung des Patientenbindungsmodells kommt neben der Reliabilitätsanalyse und der exploratorischen Faktorenanalyse (EFA) der zu der Gruppe der linearen Strukturgleichungssysteme zählende LISREL-Ansatz der Kausalanalyse zur Anwendung. Der LISREL-Ansatz dient einerseits als konfirmatorische Faktorenanalyse (multivariates Verfahren der zweiten Generation) zur Validierung der Messmodelle der Konstrukte, die nicht direkt, sondern über Indikatoren messbar sind (latente Variablen). Andererseits dient sie als Verfahren zur Untersuchung der Kausalitäten zwischen den Konstrukten. Die Leistungsqualitäten, die Beziehungsqualität sowie die Patientenzufriedenheit und -bindung des Patientenbindungsmodells stellen eben solche Konstrukte dar.

Die Vorgehensweise zur Überprüfung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) des Patientenbindungsmodells orientiert sich an der von *Churchill (1979)* und *Gerbing/Anderson (1988)*, die einen kombinierten Einsatz der exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalyse vorschlagen. Zuerst werden im Rahmen dieses „two step approach“ die Messmodelle der latenten Konstrukte mittels Reliabilitätsanalyse, exploratorischer Faktorenanalyse (EFA) und konfirmatorischer Faktorenanalyse (KFA) überprüft. Auf diese Weise sollen reliable und valide Konstruktmessungen gewährleistet werden. Im zweiten Schritt werden diese in ein Gesamtmodell integriert, um die Kausalzusammenhänge zwischen den Konstrukten zu überprüfen.

Im Rahmen der an die Parameterschätzung anschließenden Gütebeurteilung kommen neben Global- auch Partialkriterien zum Einsatz. Tabelle 3 gibt die für diese Arbeit relevanten Kriterien zur Beurteilung geschätzter Kausalmodelle wieder, die sich an verschiedenen Untersuchungen orientieren. Der vorgestellte Prüfkatalog findet im Rahmen der zu Grunde liegenden Untersuchung bei der Überprüfung einzelner Messmodelle und auch des gesamten LISREL-Modells mit Beziehungen zwischen mehreren latenten Variablen Anwendung (*Hahn 2006*).

Die Wahl der Schätzfunktion verdient bei der Parameterschätzung mit *LISREL* besondere Aufmerksamkeit. Hierbei gilt es insbesondere, das Skalenniveau der Indikatorvariablen und Informationen zur Verteilung derselben sowie die verfügbare Stichprobengröße zu berücksichtigen. Auf Grund einer Vielzahl von nicht-normalverteilten Indikatorvariablen und einem relativ geringen Stichprobenumfang kommt im Rahmen dieser Untersuchung das ULS-Verfahren zum Einsatz. Dessen Anwendung ist unabhängig von der Verteilungsstruktur der Daten, besitzt einen vergleichsweise geringen Rechenaufwand und stellt im Vergleich zu den anderen Verfahren geringere Anforderungen an den Stichprobenumfang.

Gütekriterien der multivariaten Verfahren der ersten Generation	
	Anspruchsniveau
<i>Cronbachsches Alpha</i> (Reliabilitätsanalyse)	≥ 0,700
Varianzerklärung (EFA)	≥ 50 %
konfirmatorische Faktorenanalyse	
globale Gütekriterien	Anspruchsniveau
GFI	≥ 0,900
AGFI	≥ 0,900
RMR (standardisiert)	≤ 0,050
χ^2/df	≤ 3,00
CFI	≥ 0,900
RMSEA	≤ 0,080
lokale Gütekriterien	
standardisierte Faktorladung	≥ 0,600
Faktorreliabilität	≥ 0,600
durchschnittlich erfasste Varianz (DEV)	≥ 0,500
Indikatorreliabilität	≥ 0,400
t-Werte	≥ 2,326

Tab. 3: Gütekriterien zur Beurteilung geschätzter Kausalmodelle

3.3 Validierung der Konstruktmessungen

Die Validierung der einzelnen Konstrukte „Qualität des Arzneimittels“, „Qualität der Kommunikation“, „Beziehungsqualität“, „Patientenzufriedenheit“ und „Patientenbindung“ liefert bei der Überprüfung im Rahmen der multivariaten Verfahren der ersten Generation positive Resultate. Sowohl die Varianzerklärung als auch die Reliabilitätsanalyse zur Beurteilung der internen Konsistenz der Faktoren liegen über den Schwellenwerten. Entgegen der ursprünglichen Operationalisierung zeigt aber ein erstes Durchlaufen der KFA, dass bei den Konstrukten „Qualität des Arzneimittels“, „Qualität der Kommunikation“ und „Beziehungsqualität“ einzelne Items auf Grund schlechter globaler Gütekriterien aus der Untersuchung auszuschließen sind („Verbesserung der kurzfristigen Krankheitssituation“ (K5), „Freundlichkeit der Mitarbeiter“ (VAS7), „Professionalität der Mitarbeiter“ (VAS8), „Flexibilität der Mitarbeiter“ (VAS9), „Intimität“ (BQ6)).

Für das korrigierte Inventar deutet die neuerliche EFA auf eine gute Operationalisierung des Konstrukts hin. Auch die Überprüfung durch die KFA liefert Ergebnisse, die alle Gütekriterien erfüllen. Im Rahmen der KFA sind allerdings Aussagen über globale Gütekriterien bei den Konstrukten „Patientenzufriedenheit“ und „Patientenbindung“ nicht möglich, da es sich bei einem Drei-Indikatorenmodell um eine genau identifizierte Lösung handelt, deren Schätzung keine Freiheitsgrade enthält. Zusammenfassend zeigen die globalen und lokalen Fit-Werte eine sehr gute Anpassung des Messansatzes an die empirischen Gegebenheiten (vgl. Tabelle 4).

Multivariate Verfahren der ersten Generation						
	<i>Cronbachsches Alpha</i> ≥ 0,700			Varianzerklärung ≥ 50 %		
Qualität des Arzneimittels	0,888			75,61 %		
Qualität der Kommunikation	0,943			78,68 %		
Patientenzufriedenheit	0,903			83,72 %		
Beziehungsqualität	0,927			78,22 %		
Patientenbindung	0,843			76,95 %		
globale Gütekriterien der KFA						
	χ^2 -Wert/df ≤ 3,00	RMSEA ≤ 0,080	standard. RMR ≤ 0,050	GFI ≥ 0,900	AGFI ≥ 0,900	CFI ≥ 0,900
Qualität des Arzneimittels	1,56/2	0,000	0,008	1,000	0,999	1,000
Qualität der Kommunikation	12,3/9	0,037	0,012	0,998	0,996	1,000
Beziehungsqualität	12,3/9	0,043	0,030	0,997	0,993	1,000
lokale Gütekriterien der KFA						
Indikator	standard. Faktorladung ≥ 0,600	t-Werte der Faktorladung ≥ 2,326	Indikator-reliabilität ≥ 0,400	Faktorreliabilität ≥ 0,600	DEV ≥ 0,500	
K1	0,822	41,147	0,676	0,894	0,678	
K2	0,727	41,786	0,528			
K3	0,854	41,048	0,730			
K4	0,883	44,361	0,780			
VAS1	0,773	67,153	0,597	0,946	0,747	
VAS2	0,770	71,602	0,593			
VAS3	0,885	69,395	0,784			
VAS4	0,904	71,336	0,817			
VAS5	0,915	73,669	0,837			
VAS6	0,924	78,370	0,853			
Z1	0,804	33,577	0,647	0,904	0,759	
Z2	0,878	33,577	0,771			
Z3	0,927	33,577	0,860			
BQ1	0,902	51,994	0,813	0,931	0,730	
BQ2	0,807	50,297	0,652			
BQ3	0,912	53,327	0,832			
BQ4	0,773	53,625	0,598			
BQ5	0,869	53,745	0,756			
B1	0,718	27,904	0,516	0,853	0,662	
B2	0,905	27,904	0,820			
B3	0,806	27,904	0,650			

Tab. 4: Ergebnisse für die Konstrukte des Patientenbindungsmodells

Eine vollständige Reliabilitäts- und Validitätsbetrachtung erfordert, neben der Konvergenzvalidität (Tabelle 4) auch die Diskriminanzvalidität der Faktoren zu analysieren. Ein Kriterium zur Beurteilung der Modellgüte hinsichtlich der Diskriminanzvalidität ist das *Fornell-Larcker*-Kriterium. Es besagt, dass die durchschnittlich erfassten Varianzen eines Faktors größer sein sollen als die jeweiligen quadrierten Korrelationen mit anderen Faktoren (*Fornell/Larcker* 1981). Auch diese Voraussetzung wird erfüllt. Die durchschnittlich erfassten Varianzen eines Faktors sind in jedem der Fälle größer (minimal 0,66) als die jeweiligen quadrierten Korrelationen mit anderen Faktoren (maximal 0,37). Insofern kann das Modell auch hinsichtlich der Diskriminanzvalidität als akzeptabel gelten, so dass die Unterschiedlichkeit der Konstrukte Patientenbindung, Patientenzufriedenheit, Beziehungsqualität, Qualität des Arzneimittels und Qualität der Kommunikation sichergestellt ist (vgl. Tabelle 5).

	Beziehungs- qualität	Bindung	Zufriedenheit	Qualität des Arzneimittels	Qualität der Kommunikation
Beziehungs- qualität	1,00				
Bindung	0,37	1,00			
Zufriedenheit	0,29	0,34	1,00		
Qualität des Arzneimittels	0,19	0,08	0,17	1,00	
Qualität der Kommunikation	0,27	0,21	0,29	0,14	1,00
DEV	0,73	0,66	0,76	0,68	0,75

Tab. 5: Quadrierte Korrelationsmatrix und DEV der Konstrukte des Patientenbindungsmodells

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Verwendung reflektiver Indikatoren für die Operationalisierung des Patientenbindungsmodells als geeignet angesehen wird (vgl. Kapitel 2.3.). Die Ergebnisse der EFA verdeutlichen, dass die Indikatorvariablen der einzelnen Konstrukte in hohem Maße korrelieren. Eine Austauschbarkeit einzelner Messgrößen ist somit möglich. Mit Ausnahme von vier Fällen wurden Korrelationen von mindestens 0,7 ermittelt. Die Indikatoren stellen entsprechend ähnliche inhaltliche Reflexionen des Konstrukts dar, so dass substitutive Beziehungen zwischen den Indikatoren angenommen werden können.

3.4 Überprüfung des Einflusses von Kernleistung und Kommunikationsleistung auf die Patientenbindung

Um zu ermitteln, in welchem Maße und auf welche Weise die Qualität des Arzneimittels und die der Kommunikation die Patientenbindung bestimmen, wird eine Überprüfung der postulierten Beziehungsstrukturen mit Hilfe des LISREL-Ansatzes durchgeführt. Die globalen Gütekriterien weisen insgesamt akzeptable Werte auf, die bis auf einen innerhalb der in der Tabelle 3 vorgestellten Grenzen liegen. Lediglich der standardisierte RMR überschreitet den geforderten Schwellenwert von 0,050. Die angegebenen Schwellenwerte gelten aber nicht als Falsifikationskriterien im strengen Sinne, sondern als in der Forschungspraxis allgemein etablierte Faustregeln. Eine Ablehnung des LISREL-Modells erfolgt erst, falls mehr als die Hälfte der Kriterien des Prüfkatalogs nicht erfüllt ist (Fritz 1995). Das entwickelte Patientenbindungsmodell beschreibt daher in gutem Maße die in den Daten vorgefundenen Strukturen (vgl. Tabelle 6).

globale Gütekriterien des Patientenbindungsmodells						
Gütemaß	χ^2 -Wert/df ≤ 3,00	RMSEA ≤ 0,080	standard. RMR ≤ 0,050	GFI ≥ 0,900	AGFI ≥ 0,900	CFI ≥ 0,900
Wert	367,61/182	0,063	0,052	0,988	0,985	1,000

Tab. 6: Globale Gütekriterien des gesamten Patientenbindungsmodells

Die Resultate der Modellschätzung zeigen, dass alle aufgestellten Hypothesen bestätigt werden können. Die gewählte Modellstruktur liefert gute Anhaltspunkte im Hinblick auf die Entstehung der Patientenbindung. Die Pfadkoeffizienten im Strukturmodell weisen allesamt akzeptable Standardfehler (maximal 0,03) auf. Auch die t-Werte liegen für alle Verbindungen im Strukturmodell über dem Schwellenwert von 2,326 und sind somit signifikant auf dem 1 %-Niveau. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Interpretation von t-Werten als auch von Standardfehlern eine Multinormalverteilung der Variablen voraussetzt und für den vorliegenden Datensatz unter dieser Prämisse nicht zuverlässig ist. Diese Prüfgrößen sollten daher unter Vorbehalt betrachtet werden und nur zur Orientierung dienen (Bauer/Keller/Hahn 2002).

Auf Basis der quadrierten multiplen Korrelation zeigt sich, dass das Konstrukt „Patientenbindung“ zu 46 % durch das Modell erklärt wird. Insgesamt deuten die Kriterien auf eine gute Erklärung der vorliegenden Kovarianzstruktur und ein hohes Maß an Validität und Reliabilität hin. Die vorliegende Lösung kann als plausibel erachtet werden und führt daher zur An-

nahme des getesteten Modells. Das Kausalmodell ist in standardisierter Form in Abbildung 3 wiedergegeben.

Wie die Ergebnisse zeigen, wird der Qualität des Arzneimittels im Vergleich zur Qualität der Kommunikation die wichtigere Rolle hinsichtlich des Einflusses auf die Patientenbindung zuteil. Sowohl über die Patientenzufriedenheit (0,47) als auch über die Beziehungsqualität (0,29) ist der Einfluss stärker ausgeprägt als für die Qualität der Kommunikation (0,23 bzw. 0,21). Während der indirekte Effekt auf die Patientenbindung, der von der Qualität des Arzneimittels ausgeht, 0,34 beträgt, beläuft sich der indirekte Effekt der Qualität der Kommunikation auf die Patientenbindung auf 0,20. Eine Verbesserung der Qualität des Arzneimittels (Qualität der Kommunikation) um eine Einheit auf der Bewertungsskala führt damit zu einer Erhöhung der Patientenbindung um 0,34 (0,20) Einheiten. Durch die Ergebnisse wird somit bestätigt, dass über das Arzneimittel hinaus die Kommunikationsleistungen einen signifikanten Einfluss auf die Patientenbindung aufweisen.

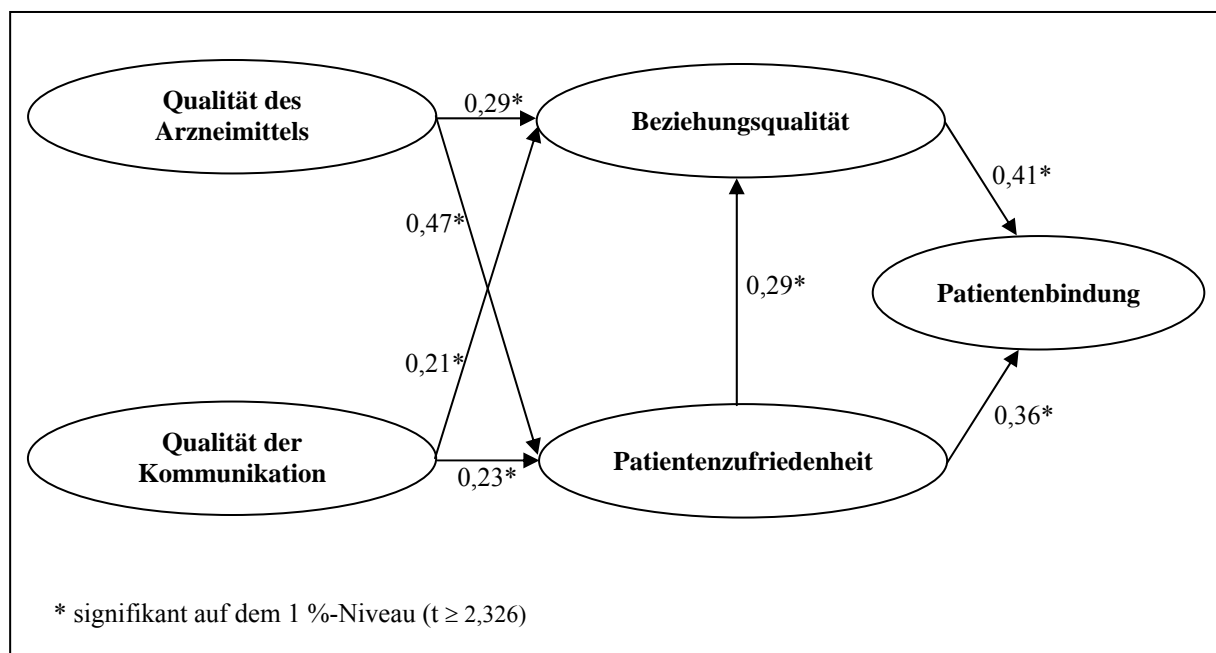


Abb. 3: Standardisierte Parameterschätzungen des Kausalmodells

Auf Basis der in Abbildung 3 zum Ausdruck kommenden Effekte auf die Patientenbindung lässt sich als wesentliche Erkenntnis festhalten, dass die Qualität des Arzneimittels im Vergleich zu der Qualität der Kommunikation einen um ca. 70 % stärkeren Einfluss auf die Loyalität des Patienten hat. Auf der einen Seite mag dieses Ergebnis unter Berücksichtigung der

hohen Bedeutung des Arzneimittels für die Gesundheit des Patienten nicht verwundern, auf der anderen Seite wird hierdurch aber auch unterstrichen, dass Kommunikationsmaßnahmen auch bei verschreibungspflichtigen Medikamenten in Bezug auf die Investitionsentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen zur Förderung der Patientenbindung vermutlich deutlich unterrepräsentiert sind. Denn das sich bis auf das zweifache der jährlichen F&E-Aufwendungen belaufende Marketingbudget wird bislang zu ca. 90 % bei Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und dem Großhandel ausgegeben (*Harms/Drüner 2003d, Bauer/Fischer/Pfahler 2000, Schweitzer 1997*). Entsprechend sind patientenorientierte Kommunikationsmaßnahmen nicht in der Intensität am Markt vertreten, wie es die empirischen Untersuchungsergebnisse nahe legen. Der Patient spielt hinsichtlich der Marktbearbeitungsaktivitäten pharmazeutischer Unternehmen weiterhin eine nur untergeordnete Rolle.

Dabei zeigen aber die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass in Bezug auf die Beziehungsqualität die Einflusstärke der beiden Leistungsqualitäten wesentlich ähnlicher ist als in Bezug auf die Zufriedenheit. Mit Blick auf die Stärkung der Vertrautheit mit dem Hersteller und des Vertrauens in die zukünftige Geschäftsbeziehung sind daher für die Kommunikationsgestaltung ähnlich hohe Marketinginvestitionen zu tätigen wie für die Gestaltung der Kernleistung. Gerade im Hinblick auf die Beurteilung der Qualität der Beziehung insgesamt ist also die zu beobachtende Untergewichtung der Kommunikationselemente im Vergleich zur Kernleistung nicht zu rechtfertigen. Nicht nur die zuverlässige Erfüllung des Leistungsversprechens in Form hoher Produktqualität sondern auch die Qualität der Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten wirken als vertrauensbildende Signale. Insbesondere auch deshalb, weil die Beziehungsqualität einen größeren Einfluss auf die Kundenbindung ausübt als die Patientenzufriedenheit.

Die Untersuchung zeigt demnach eindrucksvoll, dass pharmazeutische Unternehmen aufgefordert sind, bei unternehmensseitigen Kommunikationsaktivitäten auch den Patienten in das Zentrum der Marketingmaßnahmen zu rücken und hierfür verstärkt Ressourcen bereitzustellen. Eine zentrale Aufgabe ist somit der Aufbau umfangreicher Kapazitäten im Bereich patientenorientierter Kommunikationsmaßnahmen, um die Loyalität des Patienten langfristig sicherzustellen und die ökonomischen Erfolgsgrößen zu optimieren.

4. Handlungsempfehlungen und methodische Schlussfolgerungen

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung eines Messmodells zur Überprüfung des Einflusses der Leistungsqualitäten pharmazeutischer Unternehmen – insbesondere der patientenorientierten Kommunikation – auf die Patientenbindung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Im Rahmen der empirischen Untersuchung wird der Nachweis erbracht, dass sich die Qualitätswahrnehmung und -bewertung der beiden Leistungsdimensionen „Qualität des Arzneimittels“ und „Qualität der Kommunikation“ entscheidend auf die untersuchte Zielgröße „Patientenbindung“ auswirken. Trotzdem ist die durchgeführte empirische Untersuchung nicht frei von Schwachpunkten, da viele der verfügbaren und in dieser Untersuchung verwendeten Mess- und Gütekriterien zum Teil stark von Art und Umfang des Datenmaterials abhängen. Die Überprüfung des komplexen Hypothesensystems in dieser Untersuchung erfolgte an Hand einer relativ kleinen Stichprobe.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Untersuchungsergebnisse wertvolle Hinweise zur Erklärung der Patientenbindung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten liefern:

- Die Qualität des Arzneimittels weist einen verhältnismäßig großen Effekt auf die Patientenbindung auf und unterstreicht die Wichtigkeit und maßgebliche Bedeutung dieser Leistungskomponente für die Bindung des Patienten an das pharmazeutische Unternehmen. Die Sicherheit des Medikaments, die schnelle Wirkung des Arzneimittels bei minimalen Nebenwirkungen sowie die langfristige Verbesserung der Krankheitssituation werden zu einem entscheidenden Qualitätsmerkmal des Dienstleistungsanbieters.
- Der Patient fordert krankheitsbezogene Informationen von seinem Arzneimittellieferanten. Um eine möglichst hohe Patientenbindung zu erzielen, kann ein nur auf das Arzneimittel ausgerichteter Leistungsprogramm auf Grund des signifikanten Einflusses der Qualität der Kommunikation auf die Patientenbindung nicht erfolgreich sein. Patientenorientierte Kommunikationsaktivitäten müssen bei der Ausgestaltung des Leistungsprogramms berücksichtigt werden. Qualifizierte, engagierte und freundliche Mitarbeiter im Kundenkontakt, die bedürfnisorientiert durch umfangreiche Kenntnisse zu einer Verbesserung des Wissenstandes des Patienten beitragen und dadurch die Compliance optimieren, weisen einen wichtigen Einfluss auf die Patientenbindung auf.

- Die Ergebnisse der EFA sowie des Tests auf Diskriminanzvalidität bestätigen die Annahme der strikten Trennung der Qualität des Arzneimittels von der Qualität der Kommunikation in Anlehnung an die Modelle von *Berry* (1987) und *Brandt* (1988). Beide Aspekte stellen unterschiedliche Leistungsdimensionen mit unterschiedlichen Wirkungen auf die Beziehungskonstrukte dar. Die Interaktion muss in der Beziehung Patient-Pharmaunternehmen als unterstützende Größe aufgefasst werden, die unabhängig von der Leistungserstellung durch das Arzneimittel erfolgt. Dieses Erfordernis lässt sich durch die vorgestellten Ansätze zur Erfassung der Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen nicht abbilden. Insofern liefert das entwickelte Modell einen ersten Entwurf eines allgemeingültigen Modells der Beziehung zwischen Patient und Pharmaunternehmen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten. Bei Modifikationen, beispielsweise Ergänzungen um individuelle Zusatzleistungen, empfiehlt sich eine erneute Überprüfung des Modells. Dabei ist zu bedenken, dass eine Erweiterung nicht nur zusätzlichen Aufwand bedeutet, sondern auch die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen und damit letztendlich die Interpretierbarkeit der eigenen Daten erschwert.
- Im vorliegenden Fall wurden Daten bei Patienten erhoben, die an Diabetes erkrankt sind. Das Insulin ist für die befragten Patienten lebensnotwendig, so dass die Qualität des Arzneimittels einen entsprechend hohen Einfluss auf die Patientenbindung aufweist. Der schwächere Einfluss der Qualität der Kommunikation erscheint daher unter den gegebenen Krankheitseigenschaften nachvollziehbar. Es ist zu vermuten, dass die Bedeutungsgewichtung der beiden Leistungskomponenten eines pharmazeutischen Unternehmens von der Schwere der Krankheit abhängig ist. Während Diabetes anfänglich keine Schmerzen verursacht und die negativen Folgen erst im Laufe der Zeit auftreten (z. B. diabetischer Fuß), beeinträchtigen chronische Erkrankungen wie beispielsweise Rheuma direkt die Lebensqualität durch akute Schmerzen. Ein stärkerer Einfluss der Qualität des Arzneimittels auf die Patientenbindung ist bei dieser Erkrankung anzunehmen. Im Gegensatz dazu ist zu vermuten, dass bei einer möglichen vollständigen Genesung des Patienten die Qualität der Kommunikation an Bedeutung gewinnt. Dass trotz dieser situativen Besonderheiten ein hoch signifikanter Einfluss der Kommunikationsqualität auf die Patientenbindung vorliegt, deutet auf die Rolle zusätzlicher Kommunikationsservices als strategischer Erfolgsfaktor hin. Angesichts der Rahmenbedingungen kann der Totaleffekt von 0,2 so gedeutet werden, dass die patientenbezogene Kommunikation einen „schla-

fenden“ Begeisterungsfaktor darstellt, der von vielen Patienten noch nicht beachtet wird oder ihnen noch unbekannt ist (*Bailom et al.* 1996, S. 119; *Bauer et al.* 2006, S. 40). Entsprechend ihres zukünftigen Potenzials zur Zufriedenheitsstiftung sollten value added services im Bereich der Kommunikation schon frühzeitig berücksichtigt werden. So ist vorstellbar, dass momentan Informationen durch Mitarbeiter eines Pharmaanbieters noch von vielen Patienten als eher unwichtig angesehen werden; die Kundenbedürfnisse können sich diesbezüglich jedoch ändern.

Gilt das unternehmensseitige Interesse einer Optimierung der Marktorientierung, so kann die Adaption der Untersuchungsergebnisse wertvolle Hinweise liefern. Neben den wesentlichen Einflussfaktoren zur Beurteilung der Qualität des Arzneimittels aus Patientensicht (Nebenwirkungen, Verbesserung der Krankheitssituation) lassen sich die zentralen Stellhebel für die Verbesserung der patientenorientierten Kommunikationsmaßnahmen ableiten. Anhand der Faktorladungen (als Maß der relativen Wichtigkeit) lassen sich hier das Einfühlungsvermögen, das Engagement und die Sozialkompetenz der Mitarbeiter identifizieren. Darüber hinaus ermöglicht das entwickelte Patientenbindungsmodell eine permanente, multiattributive Messung der Patientenbindung zur kontinuierlichen Überprüfung der eigenen Unternehmensleistungen und zur rechtzeitigen Identifikation von Änderungsnotwendigkeiten.

Die pharmazeutische Industrie wird und muss ein gesteigertes Interesse an der Beziehung zu dem Patienten als Mitentscheider in Therapiefragen entwickeln. Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft die Ertragssituation von Pharmaunternehmen verstärkt von der aktiven Bemühung um den Patienten abhängt, so dass patientenorientierte Führungskonzepte auf Grund der Bedeutungszunahme des Verbrauchers eine zwingende Notwendigkeit darstellen, um als pharmazeutisches Unternehmen die Wettbewerbsfähigkeit langfristig sicherzustellen. Ausgehend von den Untersuchungsergebnissen und der ermittelten Bedeutung einzelner Leistungselemente können diese als Komponenten zur Ausgestaltung eines patientenorientierten Pharmamarketings Berücksichtigung finden, um Potenziale zur Steigerung der Zufriedenheit zu erschließen und das Qualitätsniveau zu erreichen, das für eine Profilierung im Wettbewerb zur langfristigen Bindung des Patienten an das Unternehmen notwendig ist.

Anhang

Anlage 1: Fragebogen zur Messung der Patientenbindung.....	31
Anlage 2: Zusammensetzung der Stichprobe.....	36

Anlage 1: Der Fragebogen zur Messung der Patientenbindung

Befragung zur Beziehungsqualität zwischen Patient und Pharmaunternehmen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten

durchgeführt von
 Dipl.-Kfm. Olaf K. Hahn
 in Zusammenarbeit mit dem
 Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Marketing II, Universität Mannheim
 Univ.-Prof. Dr. Hans H. Bauer

Bitte helfen Sie mit der Beantwortung der nachstehenden Fragen, die Beziehung der Patienten zu den Pharmaunternehmen als Lieferant verschreibungspflichtiger Medikamente zu ermitteln und damit zukünftigen Patienten eine bessere Beziehung zu den pharmazeutischen Unternehmen zu gewährleisten.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf Ihr Pharmaunternehmen als Lieferant **des von Ihnen verwendeten Insulins**. Sollten Sie von mehreren Pharmaunternehmen Ihre Insuline erhalten, machen Sie bitte Angaben zu dem Unternehmen, zu dem Sie öfter Kontakt hatten.

Scheuen Sie sich dabei bitte nicht, bestehende Kritik zu äußern.

Beantworten Sie bitte nachstehende Fragen in folgender Weise:

Beispiel zur Beantwortung:

	sehr							gar
	1	2	3	4	5	6	7	nicht
Wie zufrieden sind Sie mit der Verträglichkeit des Insulins?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Verträglichkeit des Insulins sehr gut ist, kreuzen Sie bitte das vorgesehene Kästchen „1“ an (wie oben im Beispiel). Sind Sie aber mit der Verträglichkeit des Insulins sehr unzufrieden, dann kreuzen Sie bitte das vorgesehene Kästchen „7“ an, usw.

Bei Problemen irgendwelcher Art wenden Sie sich bitte an den Mitarbeiter, der Ihnen den Fragebogen ausgehändigt hat.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt

Dieser Fragenblock bezieht sich auf Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Pharmaunternehmen als Insulin-Lieferant für Ihre Diabetes-Erkrankung. Bitte beurteilen Sie diese auf einer 7 Punkte Skala (1 – sehr zufrieden bis 7 – sehr unzufrieden).							
	sehr						gar nicht
	1	2	3	4	5	6	7
1.1. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Leistungen Ihres Pharmaunternehmens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Wie nah kommt Ihr Pharmaunternehmen einem pharmazeutischen Unternehmen, das in jeder Hinsicht perfekt ist, d. h. so wie Sie sich ein optimales Pharmaunternehmen vorstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Wie gut erfüllt Ihr Pharmaunternehmen Ihre Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragenblöcke beziehen sich auf Ihr Pharmaunternehmen als Insulin-Lieferant für Ihre Diabetes-Erkrankung. Bitte geben Sie Ihren Zustimmungsgrad ab (1 – stimme ich völlig zu bis 7 – stimme ich überhaupt nicht zu).							
	Stimme ich völlig zu						Stimme ich überhaupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6	7
2.1. Ich werde mein bisheriges Pharmaunternehmen weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Ich werde mir das Insulin meines bisherigen Pharmaunternehmens nochmals verschreiben lassen, wenn ich das Medikament nochmals verschrieben bekommen müsste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Ich werde langfristig einen gleich bleibenden oder steigenden Anteil meines Bedarfs bei meinem bisherigen Pharmaunternehmen decken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Ich lasse mir das Insulin meines bisherigen Pharmaunternehmens das nächste mal wieder verschreiben, wenn ich das Medikament das nächste Mal beziehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Ich werde langfristig das Insulin bei meinem bisherigen Pharmaunternehmen beziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Ich werde auch bei der Verschreibung eines anderen Medikaments (z. B. zur Senkung des Bluthochdrucks) mein bisheriges Pharmaunternehmen in Erwägung ziehen (sofern Medikament vorhanden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. Ich empfehle mein bisheriges Pharmaunternehmen weiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme ich völlig zu						Stimme ich überhaupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6	7
3.1. Ich kann mich auf mein Pharmaunternehmen verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Mein Pharmaunternehmen ist ein fairer Anbieter von Gesundheitsleistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Ich fühle mich bei meinem Pharmaunternehmen gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Die relevanten Möglichkeiten zur Kontaktierung meines Pharmaunternehmens sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Die Informationsquellen meines Pharmaunternehmens sind mir vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Mein Pharmaunternehmen ist ein vertrauenswürdiges Unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragenblöcke beziehen sich auf Ihr Pharmaunternehmen als Insulin-Lieferant für Ihre Diabetes-Erkrankung. Bitte geben Sie Ihren Zustimmungsgrad ab (1 – stimme ich völlig zu bis 7 – stimme ich überhaupt nicht zu).							
	Stimme ich völlig zu					Stimme ich überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5	6	7
4.1. Die Qualität der Arzneimittelverpackung ist hochwertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Die Qualität der Packungsbeilage ist hochwertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Die Packungsbeilage ist verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Die medizinische Sicherheit des Insulins ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Die Ansprechpartner meines Pharmaunternehmens sind stets erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Es existieren vielfältige Möglichkeiten, um mit meinem Pharmaunternehmen in Kontakt zu treten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Die Mitarbeiter meines Pharmaunternehmens besitzen umfangreiches Wissen hinsichtlich meiner Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme ich völlig zu					Stimme ich überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5	6	7
5.1. Das Insulin wirkt zuverlässig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Das Insulin wirkt wie erwartet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Die regelmäßige Einnahme des Insulins ist unkompliziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Die aus der Einnahme des Insulins resultierenden dauerhaften Nebenwirkungen sind niedrig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Mein Pharmaunternehmen trifft Maßnahmen zur Verbesserung meiner Krankheitssituation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6. Mein Pharmaunternehmen unterstützt mich während der Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7. Mein Pharmaunternehmen informiert mich kontinuierlich über Neuigkeiten hinsichtlich meiner Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8. Die unkomplizierte Einnahme des Insulins unterstützt mich bei der Vermeidung von Nebenwirkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9. Eine Verbesserung meines Gesundheitszustandes tritt schnell ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme ich völlig zu					Stimme ich überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5	6	7
6.1. Das Insulin hat meine kurzfristige Krankheitssituation verbessert (z. B. erhöhte Konzentrationsfähigkeit, verminderter Harndrang, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Das Insulin hat meine langfristige Krankheitssituation verbessert (z. B. Verbesserung der Lebensqualität).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. Das Insulin hat nur wenige Nebenwirkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. Durch die Informationen meines Pharmaunternehmens hat sich meine Unsicherheit im Umgang mit meiner Krankheit reduziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5. Durch die Informationen meines Pharmaunternehmens hat sich mein Wissensstand hinsichtlich meiner Erkrankung verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragenblöcke beziehen sich auf die Ansprechpartner Ihres Pharmaunternehmens als Insulin-Lieferant für Ihre Diabetes-Erkrankung.

Bitte geben Sie hierzu Ihren Zustimmungswert ab

(1 – stimme ich völlig zu bis 7 – stimme ich überhaupt nicht zu).

Die Ansprechpartner meines Pharmaunternehmens als Lieferant verschreibungspflichtiger Medikamente...	Stimme ich völlig zu						Stimme ich überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5	6	7	
7.1. ...übermitteln verständliche Informationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2. ...sind freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3. ...treten professionell auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.4. ...sind sozial kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5. ...zeigen Engagement und Initiative.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.6. ...reagieren flexibel auf neue Anforderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.7. ...gehen auf meine Bedürfnisse ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sie haben es fast geschafft!

Zum Schluss bitten wir Sie nur noch um einige Angaben zu Ihrer Person:

8. Wie sind Sie krankenversichert?

gesetzlich <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>	gesetzlich mit privater Zusatzversicherung (z. B. AOK, Barmer) <input type="checkbox"/>	sonstiges (Bundeswehr, Zivildienst, Sozialamt) <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	---	---

9. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

Keinen Abschluss <input type="checkbox"/>	Volks-/Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/>	Mittlere Reife <input type="checkbox"/>	Abitur <input type="checkbox"/>	Ausbildung <input type="checkbox"/>	Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/>
--	--	--	------------------------------------	--	--

10. Ihr Geschlecht

männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------------

11. Ihr Alter

<input style="width: 60px; height: 30px;" type="text"/>	Jahre
---	-------

12. Vor wie viel Jahren wurde die Diabetes-Erkrankung bei Ihnen diagnostiziert?

<input style="width: 60px; height: 30px;" type="text"/>	Jahre
---	-------

13. Seit wie viel Jahren nutzen Sie das Arzneimittel Ihres jetzigen Pharmaunternehmens für Ihre Diabetes-Erkrankung?

<input style="width: 60px; height: 30px;" type="text"/>	Jahre
---	-------

14. Wie viele Patientenschulungen haben Sie bisher für Ihre Diabetes-Erkrankung erhalten?

	<input style="width: 50px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Schulungen
15. Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe/Patientenorganisation?	
ja <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	nein <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
16. Wie ist der Kontakt mit Ihrem pharmazeutischen Unternehmen zustande gekommen (Packungsbeilage/Medikament ausgeschlossen)?	
Internet	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
E-Mail	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Telefon	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Informationsveranstaltung	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Schulung	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Workshop, Seminar	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
informativ Werbung	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Informationsbroschüre	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
redaktioneller Beitrag	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
Tag der offenen Tür, Eröffnungen, etc.	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
sonstiges	
17. Abschließend wollen wir Ihnen die Möglichkeit geben, völlig frei Kritik oder Lob zu äußern:	
<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Dinge, die Ihnen hinsichtlich Ihres Pharmaunternehmens positiv oder negativ auffallen? • Haben Sie eventuell Verbesserungsvorschläge oder Anregungen? 	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 2: Zusammensetzung der Stichprobe

Alter	Stichprobe (in %)
bis 20 Jahre	0,4 %
20 bis 29 Jahre	1,5 %
30 bis 39 Jahre	9,5 %
40 bis 49 Jahre	20,2 %
50 bis 59 Jahre	26,0 %
60 bis 69 Jahre	31,3 %
70 bis 79 Jahre	10,3 %
über 79 Jahre	0,0 %
k. A.	0,8 %

Bildungsabschluss	Stichprobe (in %)
Kein Abschluss	2,7 %
Volks-/Hauptschulabschluss	29,8 %
Mittlere Reife	29,4 %
Abitur	5,3 %
Ausbildung	20,2 %
Universität/Fachhochschule	11,8 %
k. A.	0,8 %

Mitglied Selbsthilfegruppe	Stichprobe (in %)
ja	87,2 %
nein	12,8 %

Geschlecht	Stichprobe (in %)
männlich	48,1 %
weiblich	51,9 %

Kontakt zum Pharmaunternehmen	Stichprobe (in %)
Internet	15,3 %
E-Mail	5,7 %
Telefon	15,3 %
Informationsveranstaltung	54,2 %
Schulung	41,2 %
Workshop, Seminar	6,5 %
informativ Werbung	12,2 %
Informationsbroschüre	28,6 %
redaktioneller Beitrag	6,1 %
Tag der offenen Tür etc.	19,5 %

Anzahl Schulungen	Stichprobe (in %)
0	4,6 %
1	22,1 %
2	23,7 %
3	14,1 %
4	11,4 %
5	5,0 %
6 bis 9	6,5 %
10 bis 19	9,2 %
≥ 20	0,4 %
k. A.	3,0 %

Diagnose Diabetes	Stichprobe (in %)
< ein Jahr	1,9 %
1 bis 2 Jahre	2,7 %
3 bis 4 Jahre	5,7 %
5 bis 9 Jahre	15,6 %
10 bis 14 Jahre	18,3 %
15 bis 19 Jahre	10,7 %
20 bis 24 Jahre	19,1 %
25 bis 29 Jahre	8,0 %
30 bis 34 Jahre	6,9 %
35 bis 39 Jahre	6,9 %
≥ 40 Jahre	3,8 %
k. A.	0,4 %

Arzneimittelnutzungsdauer	Stichprobe (in %)
< ein Jahr	1,9 %
1 bis 2 Jahre	15,3 %
3 bis 4 Jahre	15,7 %
5 bis 9 Jahre	28,6 %
10 bis 14 Jahre	19,9 %
15 bis 19 Jahre	5,3 %
20 bis 24 Jahre	8,8 %
25 bis 29 Jahre	1,5 %
30 bis 34 Jahre	0,4 %
≥ 35 Jahre	1,1 %
k. A.	1,5 %

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Anderson, Eugene W./Fornell, Claes/Lehmann, Donald (1994): Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden, in: *Journal of Marketing*, Vol. 58 (1994), No. 3, S. 53-66.
- Anderson, Eugene W./Fornell, Claes/Mazvancheryl, S. K. (2004): Customer satisfaction and shareholder value, in: *Journal of Marketing*, Vol. 68 (2004), October, S. 172–185.
- Anderson, Eugene W./Mittal, Vikas (2000): Strengthening the satisfaction-profit chain, in: *Journal of Service Research*, Vol. 3 (2000), No. 2, S. 107-120.
- Bailom, Franz / Hinterhuber, Hans H. / Matzler, Kurt / Sauerwein, Elmar (1996): Das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit, in: *Marketing ZFP*, 18. Jg. (1996), Nr. 2, S. 117-126.
- Bauer, Hans H./Falk, Tomas/Hammerschmidt, Maik (2003): Kundenbindung durch Servicequalität im Internet, in: Bauer, Hans H./Rösger, Jürgen/Neumann, Marcus M. (Hrsg.): *Konsumentenverhalten im Internet*, München 2004, S. 415-434.
- Bauer, Hans H./Falk, Tomas/Hammerschmidt, Maik (2004): Messung und Konsequenzen von Servicequalität im E-Commerce: Eine empirische Analyse am Beispiel des Internet-Banking, in: *Marketing ZFP*, 26. Jg. (2004), Spezialausgabe „Dienstleistungsmarketing“, S. 45-57.
- Bauer, Hans H./Falk, Tomas/Zipfel, Bastian/Hammerschmidt, Maik (2006): Kundenzufriedenheit im Internet – Identifizieren Sie die Leistungen, die ihre Kunden begeistern, Wissenschaftliches Arbeitspapier W 107, Institut für Marktorientierte Unternehmensführung, Universität Mannheim, Mannheim 2006.
- Bauer, Hans H./Fischer, Marc/Pfahlert, Volker (2000): Wieviel Wert schaffen Late Mover Produkte in der Pharmaindustrie?, Management Know-How Papier M 55, Institut für Marktorientierte Unternehmensführung, Universität Mannheim, Mannheim 2000.
- Bauer, Hans H./Hammerschmidt, Maik (2004a): Beziehungsmarketing für elektronische Business-to-Business-Marktplätze, in: *der markt*, 43. Jg. (2004), Nr. 3-4, S. 91-105.
- Bauer, Hans H./Hammerschmidt, Maik (2004b): Kundenzufriedenheit und Kundenbindung bei Internet-Portalen – Eine kausalanalytische Studie, in: Bauer, Hans H./Rösger, Jürgen/Neumann, Marcus M. (Hrsg.): *Konsumentenverhalten im Internet*, München 2004, S. 189-214.
- Bauer, Hans H./Keller, Thomas/Hahn, Olaf K. (2002): Die Messung der Patientenzufriedenheit, Wissenschaftliches Arbeitspapier W 59, Institut für Marktorientierte Unternehmensführung, Universität Mannheim, Mannheim 2002.
- Bauer, Hans H./Neumann, Marcus M./Huber, Frank/Hölzing, Jörg A. (2004): Relevanz und Kausalitäten von Konsumentenvertrauen im Internet, in: Bauer, Hans H./Rösger, Jürgen/Neumann, Marcus M. (Hrsg.): *Konsumentenverhalten im Internet*, München 2004, S. 3-21.

- Berry, Leonard L. (1987): Big Ideas in Services Marketing, in: The Journal of Services Marketing, Vol. 1 (1987), No. 1, S. 5-9.
- Beutin, Nikolas (2003): Verfahren zur Messung der Kundenzufriedenheit, in: Homburg, Christian (Hrsg.): Kundenzufriedenheit: Konzepte – Methoden – Erfahrungen, 5., überarb. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 115-151.
- Bitner, Mary J. (1990): Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses, in: Journal of Marketing, Vol. 54 (1990), No. 2, S. 69-82.
- Brandt, Randall D. (1988): How Service Marketers Can Identify Value-Enhancing Service Elements, in: The Journal of Services Marketing, Vol. 2 (1988), No. 3, S. 35-41.
- Bruhn, Manfred (2003): Kundenorientierung: Bausteine eines exzellenten Unternehmens, 2., völlig überarb. Aufl., München 2003.
- Caruana, Albert (2002): Service Loyalty – The Effects of Service Quality and the Mediating Role of Customer Satisfaction, in: European Journal of Marketing, Vol. 36 (2002), No. 7-8, S. 811-828.
- Churchill, Gilbert A. (1979): A Paradigm of Developing Better Measures of Marketing Constructs, in: Journal of Marketing Research, Vol. 16 (1979), No. 2, S. 64-73.
- Cronin, Joseph J./Taylor, Steven A. (1992): Measuring Service Quality: A Re-Examination and Extension, in: Journal of Marketing, Vol. 56 (1992), No.3, S. 55-69.
- Crosby, Lawrence A./Evans, Kenneth R./Cowles, Deborah (1990): Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective, in: Journal of Marketing, Vol. 54 (1990), No. 3, S. 68-81.
- Dierks, Marie-Luise/Schwartz, Friedrich W./Walter, Ulla (2001): Konsumenteninformation und Patientensouveränität, in: Reibnitz, Christine von/Schnabel, Peter-Ernst/Hurrelmann Klaus (Hrsg.): Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, München u. a. 2001, S. 71-79.
- Dietz, Beatrix (2004): Die Konsumerisierung: Mythos oder Realität, in: Pharma-Marketing Journal (PMJ), 29. Jg. (2004), Nr. 1, S. 25-28.
- Diller, Hermann (1995): Beziehungs-Marketing, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 24. Jg. (1995), Nr. 9, S. 442-447.
- Donabedian, Avedis (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Bd. 1, Ann Arbor 1980.
- Falk, Tomas (2006): Elektronische Dienstleistungsqualität – Untersuchung asymmetrischer Zufriedenheitseffekte, Dissertation, Universität Mannheim 2006.
- Fornell, Claes/Larcker, David F. (1981): Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error, in: Journal of Marketing Research, Vol. 18 (1981), No. 1, S. 39-50.

- Fritz, Wolfgang (1995): Marketing Management und Unternehmenserfolg – Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, 2. Aufl., Stuttgart 1995.
- Gatter, Hans J./Hassan, Ali (1995): Instrumente und Methoden zur Unterstützung des Innovationsmanagements in der pharmazeutischen Industrie, in: Herzog, Richard (Hrsg.): F-&-E-Management in der Pharma-Industrie, Aulendorf 1995, S. 186-206.
- Georgi, Dominik (2000): Entwicklung von Kundenbeziehungen: Theoretische und empirische Analyse unter dynamischen Aspekten, Wiesbaden 2000.
- Georgi, Dominik (2003): Kundenbindungsmanagement im Kundenbeziehungslebenszyklus, in: Bruhn, Manfred/Homburg, Christian (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement: Grundlagen, Konzepte, Erfahrungen, 4. überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 223-243.
- Gerbing, David W./Anderson, James C. (1988): An Updated Paradigm for Scale Development Incorporating Unidimensionality and Its Assessment, in: Journal of Marketing Research, Vol. 25 (1988), No. 2, S. 186-192.
- Giering, Annette (2000): Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität: eine Untersuchung moderierender Effekte, Wiesbaden 2000.
- Güthoff, Judith (1995): Qualität komplexer Dienstleistungen – Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmungsdimensionen, Wiesbaden 1995.
- Hadwich, Karsten (2003): Beziehungsqualität im Relationship Marketing: Konzeption und empirische Analyse eines Wirkungsmodells, 1. Aufl., Wiesbaden 2003.
- Hahn, Olaf K. (2006): Patient Relationship Management – Ein CRM-Ansatz für die pharmazeutische Industrie, Wiesbaden 2006.
- Haller, Sabine (1998): Beurteilung von Dienstleistungsqualität: Dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich, 2., aktual. Aufl., Wiesbaden 1998.
- Hardt, Barbara/Müller, Michael/Schüler, Peter (2002): Patient oder Konsument? – Chancen und Möglichkeiten von DTC im Deutschen Markt, in: Burkard, Ingrid (Hrsg.): Praxis des Pharmamarketing, Weinheim 2002, S. 73-84.
- Harms, Fred/Brucksch, Michael/Drüner, Marc/Rohmann, Sven (2001): Visionäre Konzepte für die nächste Generation im Gesundheitswesen (Teil I), in: Pharma-Marketing Journal (PMJ), 26. Jg. (2001), Nr. 2, S. 42-47.
- Harms, Fred/Drüner, Marc (2003d): Pharmamarketing: Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert, Stuttgart 2003.
- Helmig, Bernd/Dietrich, Martin (2001): Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen, in: Die Betriebswirtschaft (DBW), 61. Jg. (2001), Nr. 3, S. 319-334.
- Hennig-Thurau, Thorsten (2000): Die Qualität von Geschäftsbeziehungen auf Leistungsmärkten: Konzeptualisierung, empirische Messung, Gestaltungshinweise, in:

- Bruhn, Manfred/Stauss, Bernd (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement – Jahrbuch 2000: Interaktionen im Dienstleistungsbereich, Wiesbaden 2000, S. 133-157.
- Hennig-Thurau, Thorsten/Klee, Alexander/Langer, Markus F. (1999): Das Relationship Quality-Modell zur Erklärung von Kundenbindung: Einordnung und empirische Überprüfung, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft (ZfB), 69. Jg. (1999), Ergänzungsheft Nr. 2, S. 111-132.
- Hentschel, Bert (1990): Die Messung wahrgenommener Dienstleistungsqualität mit Servqual: Eine kritische Auseinandersetzung, in: Marketing ZFP, 12. Jg. (1990), Nr. 4, S. 230-240.
- Hohensohn, Heidi (1998): Patientenorientiertes Pharmamarketing: Kommunikation und Entscheidungsverhalten am Markt für verschreibungspflichtige Medikamente, Wiesbaden 1998.
- Homburg, Christian/Becker, Annette/Hentschel, Friederike (2003): Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, in: Bruhn, Manfred/Homburg, Christian (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement: Grundlagen, Konzepte, Erfahrungen, 4., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 91-121.
- Homburg, Christian/Bruhn, Manfred (2003): Kundenbindungsmanagement: Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Problemstellungen, in: Bruhn, Manfred/Homburg, Christian (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement: Grundlagen, Konzepte, Erfahrungen, 4. überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 3-37.
- Homburg, Christian/Dietz, Beatrix (2005): Patientenmündigkeit - Empirische Studie zum Stand der Patientenmündigkeit in Deutschland: Einflussgrößen, Auswirkungen, Typologie, Arbeitspapier RB 102, Institut für Marktorientierte Unternehmensführung, Universität Mannheim, Mannheim 2005.
- Homburg, Christian/Kebbel, Phoebe (2001): Involvement als Determinante der Qualitätswahrnehmung von Dienstleistungen, in: Die Betriebswirtschaft (DBW), 61. Jg. (2001), Nr. 1, S. 42-59.
- Homburg, Christian/Sieben, Frank/Dietz, Beatrix (2002): Zehn Thesen zu Marketing und Vertrieb: Die Zukunft bestimmt nur der Markt (Teil I), in: Pharma-Marketing Journal (PMJ), 27. Jg. (2002), Nr. 3, S. 103-105.
- Hribek, Günther (1999): Messung der Patientenzufriedenheit mit stationärer Versorgung: Entwicklung multiattributiver Messinstrumente für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, Passau 1999.
- Hurrelmann, Klaus (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken?, in: Reibnitz, Christine von/Schnabel, Peter-Ernst/Hurrelmann Klaus (Hrsg.): Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, München u. a. 2001, S. 35-47.

- Jarvis, Cheryl B./Mackenzie, Scott B./Podsakoff, Philip M. (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research, in: *Journal of Consumer Research*, Vol. 30 (2003), No. 9, S. 199-218.
- Johnson, Michael D./Fornell, Claes (1991): A Framework for Comparing Customer Satisfaction across Individuals and Product Categories, in: *Journal of Economic Psychology*, Vol. 12 (1991), No. 6, S. 267–286.
- Jost, Arnim (1998): *Computer Aided Selling im Pharma-Kundenmanagement: Prozeßorientierte Analyse und Gestaltung eines integrierten CAS-Systems*, Wiesbaden 1998.
- Keller, Thomas (2002): *Beziehungsmanagement im Arzt-Patient-Verhältnis: Der Einfluss der Qualität ärztlicher Dienstleistung auf die Patientenbindung*, 1. Aufl., Wiesbaden 2002.
- Kleinaltenkamp, Michael/Kühne, Bettina (2003): Asymmetrische Bindungen in Geschäftsbeziehungen des Business-to-Business-Bereichs, in: Rese, Mario/Söllner, Albrecht/Utzig, Peter B. (Hrsg.): *Relationship Marketing: Standortbestimmung und Perspektiven*, Berlin u. a. 2003, S. 11-44.
- Kreyher, Volker J./Harms, Fred (2002): Pharmamarketing, in: *der markt*, 41. Jg. (2002), Nr. 161-162, S. 64-80.
- Matzler, Kurt/Sauerwein, Elmar (2002): The factor structure of customer satisfaction - An empirical test of the importance grid and the penalty-reward-contrast analysis, in: *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 13 (2002), No. 4, S. 314-332.
- Morgan, Rob M./Hunt, Shelby D. (1994): The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing, in: *Journal of Marketing*, Vol. 58 (1994), No. 3, S. 20-38.
- Olandt, Henrik (1998): *Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern: Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung*, Wiesbaden 1998.
- Oliver, Richard L. (1980): A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, in: *Journal of Marketing Research*, Vol. 17 (1980), No. 11, S. 460-469.
- Parasuraman, Anathanarayanan/Zeithaml, Valarie A./Berry Leonard L. (1988): SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, in: *Journal of Retailing*, Vol. 64 (1988), No. 1, S. 12-40.
- Peter, Sybille I. (1999): *Kundenbindung als Marketingziel: Identifikation und Analyse zentraler Determinanten*, 2. Aufl. Wiesbaden 1999.
- Pfahlert, Volker/Fürst, Andreas (2003): Management von Kundenzufriedenheit im pharmazeutisch-diagnostischen Markt: Das Beispiel Roche Diagnostics, in: Homburg, Christian (Hrsg.): *Kundenzufriedenheit: Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, 5., überarb. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 403-432.
- Sauer, Nicola (2003): *Consumer Sophistication: Messung, Determinanten und Wirkungen auf Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität*, Wiesbaden 2003.

- Schöffski, Oliver (2002): System der Krankenversicherung, in: Schöffski, Oliver/Fricke, Frank-Ulrich/Guminski, Werner/Hartmann, Wolfgang (Hrsg.): Pharmabetriebslehre, Berlin u. a. 2002, S. 3-21.
- Schütze, Roland (1992): Kundenzufriedenheit: After-Sales-Marketing auf industriellen Märkten, Wiesbaden 1992.
- Schweitzer, Stuart O. (1997): Pharmaceutical Economics and Policy, New York u. a. 1997.
- Sheikh, Sohail (2004): Evidenzbasierte Ansätze: Pharma-Industrie wird zum Umdenken gezwungen, in: Pharma-Marketing Journal (PMJ), 29. Jg. (2004), Nr. 2, S. 55-58.
- Stock, Harald/Pfahlert, Volker (2001): Diabetikerschulung als potenzielles PRM-Instrument: Fallstudie „Diabetes Dorf Dreschwitz“ (Konzept), in: Badenhop, Rolf/Ryf, Balz (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Sciences Industrie, 1. Aufl., Wiesbaden 2001, S. 185-194.
- Thompson, Debora Viana/Hamilton, Rebecca W./Rust, Roland T. (2005): Feature Fatigue - When Product Capabilities Become Too Much of a Good Thing, in: Journal of Marketing Research, Vol. 42 (2005), November, S. 431-442.
- Van Riel, Allard C. R./Liljander, Veronica/Jurriens, Petra (2001): Exploring consumer evaluations of e-services: a portal site, in: International Journal of Service Industry Management, Vol. 12 (2001), No. 3/4, S. 359-377.
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2000): Statistics 2000 – Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, Berlin 2000.
- Vos, Alexander (2001): Mit PRM zu Geschäftserfolg und geringeren Gesundheitskosten, in: Badenhop, Rolf/Ryf, Balz (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Sciences Industrie, 1. Aufl., Wiesbaden 2001, S. 195-205.
- Weller, Dirk (2004): Pharma-Branche und Patient, in: Marketing-Journal, 37. Jg. (2004), Nr. 5, S. 26-29.
- Wesemeier, Jochen (2002): Vertrauen als Strategie der Kundenbindung: eine Operationalisierung und empirische Überprüfung im Dienstleistungssektor, Hamburg 2002.
- Zeithaml, Valarie A./Berry, Leonard L./Parasuraman, Anathanayanan (1996): The Behavioral Consequences of Service Quality, in: Journal of Marketing, Vol. 60 (1996), No. 2, S. 31-46.