

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Kommunikationsraum Arztpraxis. Face- to- face  
Kommunikation der Pharmareferenten als Image-Instrument  
der Pharmaindustrie“

Verfasserin

**Brigitte Mack**

Angestrebter akademischer Grad

**Magistra (Mag.phil)**

Wien, im September 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 300 301

Diplomarbeitsgebiet lt. Studienblatt: Publizistik- und Kommunikationswissenschaften

Betreuer: Univ.- Prof. Dr. Wolfgang Duchkowitsch



für David



## DANKSAGUNG:

Mein besonderer Dank gilt jenen Ärzten aus Wien und Umgebung, die sich zur Teilnahme an meiner Befragung und Pretest bereit erklärt und auch mitgemacht haben.  
Danke meiner Familie für die vielen schönen und köstlichen gemeinsamen Familienabende.

Viele treue Weggefährten haben mich durch die vielen Jahre des Studiums begleitet: Manuela, Katja, Zuzana, Nasila, Alex, Kamran, Roman, Johanna, Sahbi, Birgit, Rudi, Claudia. Ihnen gebührt meine Freundschaft, Loyalität und tiefe Verbundenheit.

Stefan, danke dafür, dass du nicht nachtragend bist und ich meine Copyshop Agenden in freundschaftlicher Atmosphäre abwickeln kann.

Renate, danke für deine Hartnäckigkeit und Beharrlichkeit! Du bist zu meinem strengen Lehrer, der inneren Stimme geworden.

Monika ist wie ein Stern vom Himmel gefallen: Sie hat das Korrekturlesen der gesamten Arbeit übernommen. Sie ist mir auch bei der Formatierung unterstützend zur Seite gestanden.

Andreas, das Multitalent, hat mir mit viel Einfühlungsvermögen das Mysterium SPSS nahe gebracht. Ohne ihn hätte es keinen empirischen Teil gegeben. Methodische Schwächen habe einzig und alleine ich selbst zu verantworten.

An dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben darf die beste peer-group dieser Welt! Nina, Doris, Martina, Birgit: ihr habt mich inspiriert und einen wichtigen Beitrag zum Entstehen dieser Arbeit geleistet. Danke.

Bleibt mir noch die wichtigste Person anzuführen, ohne deren *goodwill* diese Arbeit nicht hätte entstehen können: Meinem Betreuer Prof. Wolfgang Duchkowitsch gebührt mein herzlichster Dank für die Hilfe, Unterstützung und Betreuung während meiner Diplomarbeit.

**IHNEN ALLEN GEBÜHRT MEIN AUFRICHTIGER UND TIEF EMPFUNDENER DANK!**



### **Eidesstattliche Erklärung:**

„Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit vollkommen selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde im In- und Ausland vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht“.

Wien, im September 2009

Brigitte Mack

## GESCHLECHTSNEUTRALITÄT:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form der Bezeichnung von Personen (zum Beispiel: Arzt, Pharmareferent) verwendet. Damit ist aber immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint. Bei Anführung von Zitaten, welche die weibliche und männliche Form der Bezeichnung verwenden, werden diese beibehalten. Direkte Zitate sind als solche in jedem Fall gekennzeichnet.



# INHALTSÜBERSICHT

## Theoretischer Teil:

I. Kommunikation	19
II. Imageanalyse: Forschungsstand	41
III. Arztpraxis: Gestern- Heute	58
IV. Pharmaindustrie in Österreich	69
V. Arzt- Pharmaindustrie: Partnerschaft oder Abhängigkeit?	94

## Empirischer Teil:

VI. Studiendesign	99
VII. Auswertung der Studie	105
VIII. Darstellung von Ergebnissen und Ausblick	148
IX. Literatur- und Quellenverzeichnis	155
X. Anhang: Fragebogen, Aufzeichnungen Interviews, Abbildungen, Gesetze	162

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS:

- Abbildung 1: Instrumente nach Häufigkeit des Einsatzes und nach „größter Wirkung“ (S 37)
- Abbildung 2: Wege der Kundenansprache (S 39)
- Abbildung 3: Bedeutung von Images aus Sicht der Unternehmen (S 48)
- Abbildung 4: Imagestrukturmodell für die Arzt-Pharmafirma- Konstellation ( S 49)
- Abbildung 5: Wirkungszusammenhang Erfolgsfaktoren (S 56)
- Abbildung 6: Unternehmensstrategie Arztpraxis (S 59)
- Abbildung 7: Interne und externe Informationsflüsse in der Arztpraxis (ANHANG C)
- Abbildung 8: Geschäftssystem Pharmaunternehmen (S 69)
- Abbildung 9: Kriterien zur Auswahl eines Kommunikationsweges (ANHANG C)
- Abbildung 10: Kommunikative Profile von Messen, Ausstellungen und Events (ANHANG C)
- Abbildung 11: Kommunikatives Profil der Verkaufsförderung (ANHANG C)
- Abbildung 12: Kommunikatives Profil der persönlichen Kommunikation (ANHANG C)
- Abbildung 13: Kommunikatives Profil des Sponsorings (ANHANG C)
- Abbildung 14: Kommunikatives Profil von gedruckten Medien und Online-Kommunikation (ANHANG C)
- Abbildung 15: Kommunikatives Profil von Werbung und PR (ANHANG C)
- Abbildung 16: Bedeutung der Kommunikationselemente heute und in zehn Jahren (ANHANG C)

## INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung: Theoretischer Teil	17
I. Kommunikation	19
I.1. Kommunikationstheorien	19
I.1.1 Aspekte des symbolischen Interaktionismus nach G. H. MEAD im Kontext mit dem Pharmareferent- Arzt Gespräch	20
I.1.2. Aspekte der Theorie WATZLAWICKS	23
I.1.3. Gesprächsebenen	26
I.1.4. HABERMAS	27
I.2. Interpersonale Kommunikation	29
I.2.1. Gesprächssituation	31
I.2.2. Kommunikationsstörungen	32
I.3. Kommunikationsfunktionen	34
I.4. Kommunikationsstrategien	35
I.5. Kommunikationsinstrumente	36
I.6. Kommunikationspolitik	36
I.6.1. Kundenkommunikation	38
I.6.2. Diffusion und Meinungsführer	40
II. Imageanalyse: Forschungsstand	41
II.1. Imagearten	43
II.1.1. Unternehmensimage	43
II.1.1.1. Bedeutung der face- to- face Kommunikation	44
II.1.2. Produktimage	44
II.1.3. Markenimage	44
II.1.4. Selbstimage versus Fremdimage	45
II.1.5. Nahimage versus Fernimage	46
II.2. Teilöffentlichkeiten	46
II.3. Funktionen von Images	47
II.4. Zutaten für ein gutes Image	49

II.5. Einstellungen	49
II.6. Corporate Identity	51
II.6.1. Corporate Branding	52
II.7. Image von Pharma- Unternehmen	52
II.8. Image als Erfolgsfaktor	54
III. Arztpraxis: Gestern- Heute	58
III.1. Organisation	59
III.1.1. Einrichtung	60
III.1.2. Technologisierung	62
III.1.2.1. e-Card: lange erprobt wird endlich gut?	63
III.2. Qualitätssicherung	63
III.3. Rollenbild des Arztes im Wandel	66
IV. Pharmaindustrie in Österreich	69
IV.1. Generika im Aufwind	72
IV.1.1. Aut idem: Die Eckpunkte	73
IV.2. Weitere Akteure im Gesundheitssystem	74
IV.2.1. Der Hauptverband	74
IV.2.2. Das Gesundheitsministerium	75
IV.2.2.1. Bundesgesundheitsagentur	75
IV.2.3. Die Fachorganisationen der österreichischen Pharmawirtschaft	76
IV.3. Gesetzliche Rahmenbedingungen	76
IV.3.1. Verhaltenskodex der PHARMIG <sup>1</sup>	77
IV.3.2. Arzneimittelgesetz	78
IV.3.3. Gesundheitsreform	82

---

<sup>1</sup> Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen wurde 1954 als freiwillige Interessensvertretung der österreichischen Arzneimittelwirtschaft gegründet. Heute hat sie 104 Mitglieder, die den heimischen Arzneimittelmarkt zu knapp 100 Prozent abdecken. Sie ist parteipolitisch unabhängig, alle Funktionäre arbeiten ehrenamtlich. Ihre Struktur besteht aus dem Vorstand, aus dem Präsident und zwei Vizepräsidenten gewählt werden. Die Mitgliedsunternehmen werden zudem durch Landesdelegierte in den einzelnen Bundesländern vertreten. Die Mitgliedsfirmen sind auch durch diverse Fachausschüsse und Arbeitskreise aktiv in die Arbeit der Pharmig eingebunden. Die Geschäftsstelle der Pharmig hat ihren Sitz in Wien. Diese versteht sich als zentrale und für ihre Mitglieder wettbewerbsneutrale Servicestelle. Der Geschäftsstelle ist die Pressestelle/ Öffentlichkeitsarbeit der Vereinigung angegliedert. Aus: Pharmig: Das Integrierte Gesundheitssystem (IGS). Aktualisierte Fassung 1998, Wien 1998, S 25

IV.4. Der Pharmareferent	85
IV.4.1. Die Voraussetzungen	86
IV.4.1.1. Die Pharmareferenten-Prüfung	89
IV.4.1.2. Schulungen des Pharmareferenten	90
IV.4.2. Die Aufgaben des Pharmareferenten	91
IV.4.3. Der Pharmareferent: wichtigste Informationsquelle? <sup>2</sup>	91
V. Arzt- Pharmaindustrie: Partnerschaft oder Abhängigkeit?	94
V.1. Arzt- Pharmareferent: Kommunikation	94
V.2. Arzt- Pharmareferent: Beziehung	95
V.2.1. Ärztlicher Verhaltenskodex: Code of Conduct	96
V.3. Ziele des Arzt- Pharmareferenten-Gesprächs	97
V.4. Abwehrstrategien des Arztes	98
VI. Empirischer Teil: Studiendesign	99
VI.1. Forschungsfragen und Hypothesen	99
VI.2. Grundgesamtheit	101
VI.3. Stichprobe	102
VI.3.1. Demografische Ergebnisse	102
VI.4. Fragebogen	103
VI.5. Befragungssituation	104
VI.6. Pretest	105
VII. Auswertung	105
VII.1. Vorbemerkungen zu den Daten, den Hypothesen und dem Auswertungszugriff	
VII.1.1. Vorbemerkungen zum Stichprobenumfang in der Datendatei	105
VII.1.2. Operationalisierung	107
VII.1.3. Zum Auswertungszugriff und den statistischen Verfahren	108
VII.1.4. Signifikanztest/ Signifikanzniveau	110

---

<sup>2</sup> LANGBEIN, Kurt/ MARTIN, Hans-Peter/ WEISS, Hans/ WERNER, Roland: Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma- Industrie. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1981, S 54f.

VII.2. Auswertungen Hypothese 1	112
VII.2.1. Erwartungen an den Besuch von Pharmareferenten	112
VII.2.2. Unterschiedliche Erwartungen an Pharmareferenten von Erstanbietern bzw. von Anbietern von Generika	117
VII.2.3. Zusammenhänge mit Sympathie für den Pharmareferenten	118
VII.2.4. Zufriedenheit mit den Pharmareferenten	119
VII.2.5. Häufigkeit der Besuche	120
VII.2.6. Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Besuche	120
VII.2.7. Terminvergabe	122
VII.2.8. Anzahl der Pharmareferentenbesuche	124
VII.2.9. Gesprächsdauer (in Minuten)	124
VII.2.10. Ökotool Gesprächsführung	125
VII.3. Auswertungen zu Hypothese 2	126
VII.4. Auswertungen zu Hypothese 3	127
VII.5. Auswertungen zu Hypothese 4	128
VII.6. Anhang: SPSS-Ausgabe-Tabellen (vollständig) für die T-Tests in Blockdarstellung	
129	
VII.6.1. Zusammenhänge mit Frage 2 Erwartungen an Pharmareferenten	129
VII.6.1.1. Fachinformationen	129
VII.6.1.2. Fachkompetenz	130
VII.6.1.3. Kenntnisse über Mitbewerber	130
VII.6.1.4. Kompaktheit der Präsentation	131
VII.6.1.5. Ständige Weiterbildung	131
VII.6.1.6. Evidence Based Medicine	132
VII.6.1.7. Mediziner/ Pharmazeut	132
VII.6.1.8. Werbematerial	133
VII.6.1.9. Studienergebnisse	133
VII.6.1.10. „Klatsch und Tratsch“	134
VII.6.1.11. Infos über Gesundheitspolitik	134

VII.6.1.12. Anwendungsbeobachtungen	135
VII.6.1.13. Pünktlichkeit	135
VII.6.1.14. Angenehmer Gesprächspartner	136
VII.6.1.15. Sympathie	136
VII.6.1.16. Gleicher Humor	137
VII.6.1.17. Bestimmtes Geschlecht	137
VII.6.1.18. Ärztemuster	138
VII.6.1.19. Akademiker	138
VII.6.1.20. Gute Vorbereitung auf Gespräch	139
VII.6.1.21. Abwechslung	139
VII.6.1.22. Informationen über Fachtagungen	140
VII.6.1.23. Pharmareferentinnen	140
VII.6.1.24. Fachinfos kurz und bündig	141
VII.6.2. Zusammenhänge mit Frage 10- Terminvergabe	141
VII.6.2.1. Mit Termin	141
VII.6.2.2. Von Situation abhängig	142
VII.6.2.3. Von Person abhängig	142
VII.6.2.4. Ohne Termin ohne Wartezeit	143
VII.6.2.5. Ohne Termin mit Wartezeit	143
VII.6.2.6. Anderes	144
VII.6.3. Zusammenhänge mit Frage 16- Marketingmaßnahmen	144
VII.6.3.1. e-Detailing	144
VII.6.3.2. e-Mail	145
VII.6.3.3. Kleine Goodies	145
VII.6.3.4. Anwendungsbeobachtungen	146
VII.6.3.5. Fachtagungen	146
VII.6.3.6. Broschüren, Prospekte	147
VII.6.3.7. Reisen	147

VIII. Darstellung von Ergebnissen und Ausblick	148
IX. Literatur- und Quellenverzeichnis	155
X. Anhang:	162
Anhang A: Fragebogen	162
Anhang B: Qualitative Befragung	172
Anhang C: Abbildungen	175
Anhang D: Gesetze	179
Anhang E: Abstract	180
Anhang F: Lebenslauf	181



## EINLEITUNG

Bei einer steigenden Anzahl an Pharmaunternehmen und einer immer größer werdenden Medikamentenflut ist der Arzt von heute mit unermesslich vielen Informationen konfrontiert, die er nicht mehr in der Lage ist zu verwerten. D.h., der Arzt ist angewiesen auf „einfache“ Entscheidungshilfen, derer er sich bedienen kann. Dabei kann der Pharmareferent unter anderem eine mögliche Richtschnur bieten.

Das Hauptaugenmerk vorliegender Arbeit ist auf das Image der Pharmaindustrie bei niedergelassenen Ärzten, einer der wichtigsten Teilöffentlichkeiten für die Pharmaindustrie, gerichtet. Der Stellenwert des face to face Gespräches zwischen Pharmareferenten und Arzt bei der Imagebildung der Pharmaunternehmen soll in einem theoretischen und einem empirischen Teil umfassend behandelt werden.

Die integrierte Unternehmenskommunikation zielt mit ihren Marketingmaßnahmen auf diverse Teilöffentlichkeiten ab. Es kann sich dabei um den Unternehmensvorstand, aktuelle/ potentielle Kunden, Mitarbeiter und die Angehörigen, Lieferanten, Aktionäre, Partner- bzw. Tochterunternehmen, Anrainer, Politiker, Journalisten, Medien, Medienverbände, Wirtschaftsverbände und Umweltorganisationen handeln.<sup>3</sup> Diese Arbeit konzentriert sich auf die Teilöffentlichkeit der Ärzte, konkreter gesagt, die der niedergelassenen Ärzte<sup>4</sup>.

Das Corporate-Image beeinflusst das Klima, in dem Entscheidungen getroffen werden, nicht jedoch die Entscheidung selbst.<sup>5</sup>

Image stellt nachweislich einen wirtschaftlichen Erfolgsindikator für (Pharma-) Unternehmen dar. H. J. Diedenhofen hat in seiner Dissertation über Imageanalysen pharmazeutischer Unternehmen in Deutschland festgestellt, dass die Imagekomponente an Bedeutung zunimmt.

---

<sup>3</sup> DAGNER, Kai- Uwe: Integrierte Unternehmenskommunikation am Beispiel der ORF- Imagekampagne „Alles bleibt besser“. DA, Wien 2003, S 10

<sup>4</sup> Im Unterschied zu Angehörigen der Krankenanstalten.

<sup>5</sup> RAUHERZ, Ruth: Corporate Image: Hat *Nike* ein Problem? DA, Wien 2001, S 2

Er hält fest:

- Nachfrager besitzen in der Regel nur selten vollkommene Informationen über die angebotenen Produkte und Dienstleistungen. Deshalb kommt dem Faktor „Image“ oder „Goodwill“ eine grundsätzliche Bedeutung zu: „Mangelnde“ produktspezifische Information wird in der Vorstellung des Arztes durch „allgemeines“ Wissen über den Hersteller und seine Produkte ersetzt.
- Medikamente unterscheiden sich von normalen Lehrbuchgütern durch zwei Eigenschaften: sie sind Ergebnis einer naturwissenschaftlichen Innovation und stellen ein Vertrauensgut par excellence dar.
- Da Arzt und Patient die Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen des Vertrauensgutes „Arzneimittel“ vor dem Gebrauch (und oft auch hinterher) nur mit Schwierigkeiten feststellen können, kommt dem Reputationsmechanismus eine bedeutende Rolle zu.
- Neuere Forschungen haben gezeigt, wie der Markt die Informationsdefizite über die Qualität von Arzneimitteln mit Hilfe des Reputationswettbewerbs überwinden kann.
- „Weil Ärzte positive Erfahrungen auf andere Produkte eines Unternehmens übertragen, ist angesichts der hohen Imitationsaktivität zu erwarten, dass Imitatoren von diesem kostenlosen Image-Transfer Gebrauch machen“. (...)
- „Der Reputationstransfer innerhalb von Mehrproduktunternehmen verbilligt die dezentrale Information über die Qualität von Arzneimitteln.
- „Die geringe Wirksamkeit von Niedrigpreisen der Neukonkurrenten macht zum einen die Reputation der etablierten Unternehmen erst recht wertvoll, im engeren Sinne stellt sie die entscheidende Unsicherheitskomponente des Pharmamarktes dar.“<sup>6</sup>

In vorliegender Arbeit soll das Erkenntnisinteresse geprüft werden ob der persönliche Kontakt zum Arzt über den Pharmareferenten einen Imagetransfer auf das Pharmaunternehmen bewirkt. Der Einfluss der Inbetriebnahme des „Ökotools“ in der

---

<sup>6</sup> DIEDENHOFEN, Hans- Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. Difo- Druck GmbH, Bamberg 1991, S 53f. Diedenhofen weist auch in seiner Arbeit hin, dass aus seiner Sicht 1991 sich erst wenige mit dem Thema Firmenimage von Pharmafirmen professionell beschäftigt hatten. Freilich hat sich das zwischenzeitlich geändert, wie zahlreiche Studien, unter ihnen die große SPECTRA Studie, belegen.

österreichischen Arztpraxis auf das Image der Pharmaunternehmen soll ebenso theoretisch und empirisch untersucht werden.

## I. KOMMUNIKATION

*Kommunikation heißt, sich in die Welt eines anderen Menschen hineinarbeiten, sie ist Entdeckung und rekonstruktive Strukturierung dieser fremden Welt, was durch reflexive Bewertung der Anwendbarkeit des eigenen Wissens und der eigenen Erlebnisse als Interpretationsschlüssel für die Erlebnisse anderer Menschen- so wie durch ihre Reaktionen manifestiert- in einem empirischen und diskursiven Prozess stattfindet.<sup>7</sup>*

Diese geradezu philosophisch anmutende Beschreibung von Kommunikation ist freilich nur eine von vielen.

Der Kommunikationswissenschaftler Bayer orientiert sich bei der Spurensuche nach dem Wesen von Kommunikation an Baacke. Er unterscheidet zwischen Intrakommunikation als eine Kommunikation des Menschen mit sich selbst, Interkommunikation als eine zwischen einzelnen Individuen ablaufende Kommunikation und Massenkommunikation als eine makrodynamisch organisierte Kommunikation der Gesellschaft.<sup>8</sup>

Die Suche nach *der einen* gültigen Definition für Kommunikation muss erfolglos bleiben.

Eine mögliche Herangehensweise kann in der Beleuchtung von Kommunikationstheorien gesehen werden, eine andere in den unterschiedlichen Kategorien wie verbale-/ nonverbale-, technische-/ soziale-, face to face-/ Massenkommunikation.

### I.1. KOMMUNIKATIONSTHEORIEN

Im folgenden Kapitel wird auf die wichtigsten Kommunikationstheorien eingegangen. Mit dem Versuch, diese auf Relevanz im face to face Gespräch zwischen Arzt und Pharmareferent zu überprüfen.

---

<sup>7</sup> ARROYABE, Estanislao: *Subjekt und Subjekte. Überlegungen zur Erkenntnis- und Kommunikationstheorie.* Tyrolia-Verlag, Innsbruck 2000, S 179

<sup>8</sup> Vgl. BAYER, Elisabeth: *Kommunikations- und Interaktionsstrukturen in Unterricht und Erziehung.- Die Bildung zum Menschen. Möglichkeiten der Integration interpersoneller Kommunikation in pädagogisch- didaktische Konzepte am Beispiel „alternativer“ Schulmodelle.* DA, Wien 1992, S 13

### I.1.1 ASPEKTE DES SYMBOLISCHEN INTERAKTIONISMUS NACH G. H. MEAD IM KONTEXT MIT DEM PHARMAREFERENT- ARZT GESPRÄCH

Die Begrifflichkeit des „Symbolischen Interaktionismus“ wird in jedem unwissenden Rezipienten ähnliche Assoziationen hervorrufen. Er wird zum einen zu tun haben mit Interaktion von Menschen- wobei zunächst nicht deutlich hervorgeht, um welche Art der Interaktion es sich hierbei handelt- zum anderen etwas mit Symbolen zu tun haben muss. Tatsächlich stammt der Begriff „Symbolische Interaktionismus“ aus der Sozialpsychologie, begründet durch den Amerikaner G. H. MEAD und kann einer Kommunikationstheorie gleichgestellt werden, e, in der der Focus auf dem Inbeziehungtreten des Individuums mit seiner Umwelt liegt. MEAD trennt hierbei die natürliche Umwelt von der symbolischen.

*Das Individuum selbst schafft sich seine symbolische Umwelt, indem es Personen, Objekte, Zustände, Ideen oder Verhaltensweisen und vieles mehr mit Bedeutungen belegt. Es sammelt infolge unzähliger Interaktionen zahlreiche subjektive Definitionen und Interpretationen, das heißt jedes Individuum verfügt über eine mehr oder weniger große Anzahl an Symbolen, die im Gedächtnis gespeichert sind. Individuen treten miteinander in Interaktion um Bedeutungen zu vermitteln.<sup>9</sup>*

Die Bedeutung des gemeinsamen Zeichenvorrates ist bei Mead für Kommunikation maßgeblich. Für Interaktion sind demnach nach MEAD dieselben Bedeutungen für die am Kommunikationsprozess beteiligten Personen maßgeblich. Mead legt als Voraussetzung für Kommunikation einen bestimmten Zeichenvorrat fest, welchen für die Kommunizierenden dieselben Gegenstände, Anschauungen, Werte symbolisieren.<sup>10</sup> KERN verweist nicht zuletzt bei Meads Ansatz auf die Implikation des wechselseitigen Geschehens in dem Begriff Interaktion.<sup>11</sup>

KERN fasst in ihrer Arbeit über die Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich, anhand des Beispiels Arzt- Patient- Kommunikation, das Grundgerüst des Symbolischen Interaktionismus, die drei Prämissen von MEAD folgendermaßen zusammen:

<sup>9</sup> MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien und deren Einfluss auf Probleme in der interpersonalen Kommunikation. DA. Wien 2002, S12

<sup>10</sup> Vgl. wie oben, S 12

<sup>11</sup> Vgl. KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA. Wien 1996, S 40

1. Menschen handeln Dingen gegenüber aufgrund der Bedeutung, die diese Dinge für ihn haben.
2. Die Bedeutung solcher Dinge entsteht oder wird abgeleitet aus dem Prozess der sozialen Interaktion, die man mit seinen Mitmenschen eingeht.
3. Diese Bedeutungen werden in der Auseinandersetzung mit den Dingen in einem interpretativen Prozess benutzt und auch wieder abgeändert.<sup>12</sup>

Eine denkbar griffige Interpretation des symbolischen Interaktionismus bietet BISLER. Er versteht die symbolische Interaktion als:

*Handeln auf der Grundlage allgemein anerkannter Symbole, die für beide Partner gleichen Bedeutungsinhalt haben, der nicht durch gleichförmige Reaktionen, sondern durch die Erwartung des auf eigene Verhalten bezogenen Antwortverhaltens des Interpretationspartners definiert ist.*<sup>13</sup>

KERN richtet ihre Aufmerksamkeit auf die *Bedeutung* - als wichtigste Kategorie in MEAD'S symbolischen Interaktionismus und untermauert ihre zutreffende Einschätzung mit BISLER: Es „...wird im symbolischen Interaktionismus den Bedeutungen, die die Dinge für die Menschen haben, ein eigenständiger zentraler Stellenwert zuerkannt.“<sup>14</sup>

Relevant für die vorliegende Arbeit scheint auch die Feststellung, dass MEAD eine weitere Differenzierung der symbolischen Interaktion vornimmt. Er entwickelte den Begriff des signifikanten Symbols - ursprünglich aus dem Begriff der signifikanten Geste.<sup>15</sup>

*Gesten werden zu signifikanten Symbolen, wenn sie im Gesten setzenden Wesen die gleichen Reaktionen implizit auslösen, die sie explizit bei anderen Individuen auslösen oder auslösen sollen - nämlich bei jenen Wesen an die sie gerichtet sind. Die Bedeutung dieser These liegt auf der Gegenseitigkeit. Es muss die gleiche Reaktion bei sich selbst als auch bei den anderen ausgelöst werden, um einen allgemeinen Sinn zu erlangen.*<sup>16</sup>

MARIANI schlussfolgert:

*Kommunikation als symbolisch vermittelte Interaktion bedeutet demnach, dass Personen vorrätige Bedeutungen, die sie mit einem Symbol verbinden, wechselseitig*

<sup>12</sup> KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA. Wien 1996, S 40

<sup>13</sup> KERN, S 40

<sup>14</sup> KERN, S 40

<sup>15</sup> Vgl. MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien und deren Einfluss auf Probleme in der interpersonalen Kommunikation, S 12

<sup>16</sup> Wie oben, S12

*aktualisieren. Kommunikation gelingt nach Meads These ausschließlich, wenn die aktualisierten Erlebnisdimensionen wenigstens teilweise bei den Kommunikationspartnern übereinstimmen.<sup>17</sup>*

BURKART ergänzt um einen weiteren notwendigen Schlüsselbegriff, ohne den wir Kommunikation nicht restlos auf die Spur kommen können. Es geht um den Begriff der Verständigung. Dazu bedarf es wenigstens ein Mindestmaß an Deckungsgleichheit im Zeichenvorrat der jeweiligen Kommunizierenden, damit das konstante Ziel von Kommunikation im Sinne Burkart erreicht werden kann, nämlich Verständigung.<sup>18</sup>

Eine weitere Voraussetzung für Verständigung ist bei MEAD zu finden. Die Rede ist von der Empathie oder um ein anderes Wort zu verwenden: Einfühlungsvermögen. Zwei oder mehrere Gesprächspartner versuchen in die „Welt“ des/-r Anderen einzutauchen und den Gesprächsinhalt aus dessen Perspektive zu beleuchten. Gelingt dies nicht, sprechen wir im Fachjargon von Kommunikationsstörungen. Dazu kommen wir noch in Kapitel I.2.2.

Zurück zum Begriff der Verständigung in der Kommunikation:

Voraussetzung für Verständigung unter zwei oder mehreren Gesprächspartnern sind kurz gesagt ein gemeinsamer Zeichenvorrat - der kleiner oder größer sein kann - und eine gewisse Empathie der handelnden Personen.

Burkart fasst zusammen:

*...im Zuge symbolisch vermittelter Interaktion aktualisieren wir (mit Hilfe der verwendeten Symbole) in unserem Bewusstsein und im Bewusstsein unserer (...) Kommunikationspartner nicht bloß Bedeutungen, sondern wir nehmen damit zugleich auch die (vermeintliche) Haltung des/der anderen uns selbst gegenüber ein. Indem wir Symbole zum Zweck der Kommunikation verwenden, betrachten wir uns gleichsam aus der Perspektive unserer (...) Kommunikationspartner.<sup>19</sup>*

*Eine symbolisch- interaktionistisch orientierte Sichtweise des Kommunikationsprozesses machte deutlich, dass die wechselseitig vorgenommenen Interpretationen der kommunikativen Aktivitäten (des jeweiligen Gegenübers) auf intrapersonal gespeicherten sozialen Erfahrungszusammenhängen basieren..., deren erkennen zugleich auch die Ursachen etwaiger Verständigungsbarrieren freilegt, Missverständnisse erklärbar und damit reduzierbar macht.<sup>20</sup>*

---

<sup>17</sup> Wie oben, S 13

<sup>18</sup> KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich , S 41

<sup>19</sup> BURKART: Kommunikationswissenschaft, S 49. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA. Wien 1996, S 41

<sup>20</sup> BURKART: Kommunikationswissenschaft. S 407. Aus: KERN: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich, S 45

Die praktische Anwendbarkeit des Symbolischen Interaktionismus von Mead für das Arzt-Pharmareferent Gespräch ist einigermaßen gut zu erkennen.

Beide Kommunikationspartner müssen für das Gelingen der face to face Kommunikation Empathie, also Einfühlungsvermögen und Verständnis für seine Person und Position an den Tag legen, der Pharmareferent vielleicht noch etwas mehr als der Arzt. Der gemeinsame Zeichenvorrat ist unter normalen Bedingungen ausreichend groß um eine erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen und sie teilen eine ähnliche Sprache.

Erfolgreiche Kommunikation im Arzt-Pharmareferent Gespräch führt nicht unweigerlich zum „Vertragsabschluss“, das heißt, der Verordnung des eigenen Präparates, aber bringt den Pharmareferenten jedenfalls um einen Schritt weiter im Verstehen um Einwände und Vorwände, um Ängste oder Widerstände seitens des Arztes. Es ist ihm aber immerhin geglückt, in die Welt des Arztes vorzudringen, um die Beweggründe, Motivationen und Bedürfnisse des Arztes auszuloten. Dazu ist zunächst die Bereitschaft des Arztes erforderlich, sich von dem Pharmareferenten in die Karten schauen zu lassen. Die erforderliche Basis ist immer Vertrauen.

### I.1.2. ASPEKTE DER THEORIE WATZLAWICKS

Einen divergierenden Ansatz verfolgen Watzlawick et al und Mitstreiter in Palo Alto <sup>21</sup>, dessen Weiterentwicklung im Nachrichtenquadrat von Friedemann Schulz von Thun seinen Niederschlag fand. Zunächst jedoch zum Ausgangspunkt Watzlawicks Theorie.

Der Psychotherapeut Watzlawick<sup>22</sup> unterteilt im Unterschied zu Mead die Kommunikation in einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Der Inhaltsaspekt ist klar sachorientiert, unabhängig von Personen und Stimmung.

Etwas komplexer stellt sich der Beziehungsaspekt dar. Er spiegelt wider, „...wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, und ist in diesem Sinn seine persönliche Stellungnahme zum anderen.“<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Zu den einflussreichsten Büchern, die sich mit interpersonellen Beziehungen befassen, zählt die Monographie von WATZLAWICK, BEAVIN und JACKSON „Menschliche Kommunikation- Formen, Störungen, Paradoxien“, die 1969 in der ersten und 1990 in der achten deutschsprachigen Auflage erschien. Die Ideen Watzlawicks sind bereitwillig, ja geradezu enthusiastisch für die Pädagogik, Psychologie (...) und speziell den Deutschunterricht aufgenommen worden. Aus: GIRGENSOHN-MARCHAND, Bettina: Der Mythos Watzlawick und die Folgen. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1992, S 9

<sup>22</sup> 1921- 2007

Watzlawick et al stellt unter anderem fest:

- Selten werden Beziehungen ausdrücklich und klar definiert.
- Die gemeinsame Beziehungsdefinition wird beidseitig „ausgehandelt“.
- Eine Nachricht besteht IMMER aus einem Inhalts- UND einem Beziehungsaspekt.
- In einer konfliktfreien Beziehung steht gewöhnlich der Inhaltsaspekt im Vordergrund, in einer konfliktgeladenen Beziehung für gewöhnlich der Beziehungsaspekt. Dadurch gerät natürlich der Inhalt in den Hintergrund.
- Vielleicht eine der wichtigsten, wenn nicht DIE wichtigste Feststellung von Watzlawick in diesem Zusammenhang lautet:  
„Man kann nicht nicht kommunizieren“. Sie stellt bereits das erste seiner insgesamt fünf pragmatischen Axiome dar.<sup>24</sup>

Rudolf Stöber stellt zum ersten Axiom fest, dass die Definition wohl in der Psychotherapie seine Berechtigung hat, nicht aber in der Kommunikationswissenschaft von Nutzen sein kann.

*Die Gleichsetzung von Kommunikation und Verhalten steckt nur den weitesten Rahmen ab. Jede Kommunikation im Sinne des Alltagsverständnisses ist auch Verhalten im Sinne der Verhaltenspsychologie, aber nicht umgekehrt.*<sup>25</sup>

Die weiteren vier systematisch zusammengestellten Axiome lauten:

1. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Letzterer bestimmt den ersteren und daher entsteht eine Metakommunikation.
2. Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.
3. Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige, logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen hingegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die eindeutige Kommunikationen erforderliche logische Syntax.
4. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> WATZLAWICK, Paul et al: Menschliche Kommunikation, S 53. Aus: DENKINGER, Thomas Ferenc: Kommunikation zwischen Authentizität und Wirkungskalkül- eine kritische Analyse divergierender Erklärungsperspektiven. DA. Wien 1994, S 16

<sup>24</sup> Wie oben, S 16

<sup>25</sup> STÖBER, Rudolf: Kommunikations- und Medienwissenschaften. Eine Einführung. Verlag C. H. Beck, München 2008, S 22f.



So gesehen, um in Watzlawicks Sprache zu bleiben, ist in jedem Handeln oder Nichthandeln, sei es in Form von Schweigen oder nonverbalen Gesten, Mitteilungscharakter implementiert. Dieser Standpunkt ist nicht unumstritten, so geht beispielsweise Burkart von der These aus, dass kommunikatives Handeln längst noch keine Kommunikation ist. „Eine kommunikative Handlung ist lediglich, wenn auch notwendiger, Anstoß, der Kommunikation entstehen lassen kann- aber eben NICHT entstehen lassen muss!“<sup>27</sup>

Der Inhaltsaspekt bei Watzlawick steht stellvertretend für die Ebene der Gegenstände bei Habermas. Er liefert vor allem Information. Der Beziehungsaspekt steht hingegen synonym für die Ebene der Intersubjektivität bei Habermas. Sie weist darauf hin, wie der Sender die Mitteilung vom Empfänger verstanden haben will, das heißt, es wird die Beziehung zwischen Sender und Empfänger definiert.<sup>28</sup> Vergleiche dazu auch Kapitel I.3.

Aus der Sicht Watzlawicks ist es für den Beobachter (Forscher, Therapeut), der menschliches Verhalten erfassen will, nicht sinnvoll, Menschen durch bestimmte Attribute wie Einstellungen, Abhängigkeit, Extraversion und Intraversion zu beschreiben oder ihr Verhalten damit zu erklären.

*Diese Eigenschaften seien als solche bedeutungslos, sie zeigten sich in unterschiedlicher Ausprägung gerade erst in bestimmten Beziehungen. Es geht auch nicht darum zu verstehen, welches Verhalten des einen das des anderen beeinflusst, ob es absichtlich oder unabsichtlich ist, ob bewusst oder unbewusst.*<sup>29</sup>

*Weder die Teilnehmer an einer Interaktion noch die Beobachter können also irgend etwas- sei es ein Satz, eine Interaktionssequenz, Redundanzen oder Regeln- wahrnehmen oder verstehen, wenn sie nicht mit Hilfe von vorhandenem Wissen und Deutungsmustern zunächst entschlüsseln, was geschieht und was gemeint sein könnte, d.h. also interpretieren.*<sup>30</sup>

Girgensohn bedient sich dem Ansatz von Pearce, Cronen, Johnson & Lannamann (1980 und 1983): „Der Ort der Bedeutung der Kommunikation ist intrapersonal, aber der Ort der Handlung ist interpersonal. Regeln sind kognitive Organisationen von Bedeutungseinheiten in den Köpfen der Familienmitglieder.“<sup>31</sup>

---

<sup>26</sup> KERN, Marie Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. S 48

<sup>27</sup> BURKART: Kommunikationstheorie. S 26

<sup>28</sup> MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien und deren Einfluss auf Probleme in der interpersonalen Kommunikation. DA. Wien 2002, S 16

<sup>29</sup> GIRGENSOHN- MARCHAND, Bettina: Der Mythos Watzlawick und die Folgen. Eine Streitschrift gegen systematisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen. Deutscher Studienverlag, Weinheim 1992, S 24

<sup>30</sup> Wie oben, S 26

<sup>31</sup> Wie oben, S 26

*Watzlawick: „Interaktion kann als System betrachtet werden, wobei unter den Objekten die Bestandteile des Systems, unter Merkmalen die Eigenschaften der Objekte zu verstehen sind und die Beziehungen den Zusammenhalt des Systems gewährleisten (...). Zwischenmenschliche Systeme sind demnach zwei oder mehrere Kommunikanten, die die Natur ihrer Beziehung definieren.“<sup>32</sup>*

Girgensohn präzisiert zum besseren Verständnis: „Die Bestandteile des Systems sind Menschen, ihre Merkmale sind kommunikatives Verhalten und nicht näher definierte Beziehungen.“<sup>33</sup>

Dieser Definition von *Interaktion als System* Watzlawicks zufolge, fällt die face to face Kommunikation zwischen Arzt und Pharmareferenten in eben dieses Schema.

An dieser Stelle seien noch Claude Shannon und Friedemann Schulz von Thun erwähnt. Von Thun komplettiert die Darstellung der Gesprächsebenen um zwei weitere, nämlich die Ebene der Selbstoffenbarung und jene des Appells. Thuns Darstellung findet heute sowohl in der Sozialpsychologie als auch in der Pädagogik breite Anwendung. Shannon bedient sich indes dem linearen oder bipolaren Modell des Rollentausches von Sender und Empfänger. Aus dem Sender wird der Empfänger und umgekehrt.<sup>34</sup>

### I.1.3. GESPRÄCHSEBENEN

Vorliegendes Kapitel schließt an das Nachrichtenquadrat von Schulz von Thun (Kapitel I.1.2.) an. Es wurden bereits die vier Seiten einer Nachricht genannt:

*Der Sachinhalt, die Selbstoffenbarung, die Beziehung und der Appell.* Aber: Sind diese vier Ebenen (immer) gleichwertig in ihrer Bedeutung für Kommunikation?<sup>35</sup>

Ein Aspekt des beschriebenen Theoriegebäudes sei an dieser Stelle herausgegriffen: eine zwischenmenschliche Beziehung ist immer umso gesünder, je mehr der Beziehungsaspekt in den Hintergrund rückt. Anders gesagt: Dann, wenn in der Kommunikation die

---

<sup>32</sup> Wie oben, S 27

<sup>33</sup> Wie oben, S 28

<sup>34</sup> STÖBER, Rudolf: Kommunikations- und Medienwissenschaften. Eine Einführung. Verlag C. H. Beck, München 2008, S 24

<sup>35</sup> T. DENKINGER behandelt dieses Thema erschöpfend in seiner Diplomarbeit „Kommunikation zwischen Authentizität und Wirkungskalkül- eine kritische Analyse divergierender Erklärungsperspektiven. Wien 1994, S 17-56

Beziehungsebene eine besondere Dimension einnimmt, handelt es sich im Regelfall um eine eher konfliktreiche Beziehung. Die Frage nach dem „Wie hat er das (wieder) gemeint?“ gewinnt an immenser Bedeutung.<sup>36</sup>

*Das Ziel einer auf Dauer angelegten Beziehung (hier sind der/die PharmareferentIn und der Arzt nicht ausgenommen), die auf authentische Kommunikation beruht, sollte es immer sein, dass sich beide Partner durch größeres gegenseitiges Vertrauen mehr öffnen.<sup>37</sup>*

#### I.1.4. HABERMAS

Seine „Theorie des Kommunikativen Handelns“ verbindet verschiedene Sprechakttheorien. Bei einer von ihnen handelt es sich um den symbolischen Interaktionismus Meads.<sup>38</sup>

Habermas in seinem Buch über Theorie:

*Der Begriff des kommunikativen Handelns... bezieht sich auf die Interaktion von mindestens zwei sprach- und handlungsfähigen Subjekten, die (sei es mit verbalen oder extraverbalen Mitteln) eine interpersonale Beziehung eingehen. Die Akteure suchen eine Verständigung über die Handlungssituation, um ihre Handlungspläne und damit ihre Handlungen einvernehmlich zu koordinieren.<sup>39</sup>*

Habermas setzt für das Erreichen von Verständigung vier universale Geltungsansprüche voraus. Sie lauten wie folgt:

##### 1. Verständlichkeit/ Wohlgeformtheit

Dient der Voraussetzung für die Überprüfung der drei weiteren Axiome.

##### 2. Wahrheit

Sie setzt eine Einigung der Kommunikationspartner über die reale Existenz der Aussage voraus.

##### 3. Richtigkeit

Der Sprechakt muss einem normativen Kontext entsprechen.

##### 4. Wahrhaftigkeit

Die manifeste Sprechintention muss so gemeint sein, wie sie geäußert wird.<sup>40</sup>

<sup>36</sup> Vgl.: DENKINGER, Thomas Ferenc: Kommunikation zwischen Authentizität und Wirkungskalkül- eine kritische Analyse divergierender Erklärungsperspektiven. DA, Wien 1994, S 15f.

<sup>37</sup> Wie oben, S 15f.

<sup>38</sup> Wie oben, S 35

<sup>39</sup> Vgl. HABERMAS: Theorie. Band 1, S 149. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA, Wien 1996, S 54

<sup>40</sup> Vgl. HABERMAS: Theorie. Band 1, S 149. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA, Wien 1996, S 54

Einige weitere Aspekte der Habermasschen Theorie scheinen an dieser Stelle für den weiteren Kontext der vorliegenden Arbeit unerlässlich:

- Ein maßgeblicher Unterschied zu Watzlawicks' Lehre liegt in der Differenzierung Habermas' zwischen Handeln und Kommunikation.
- Auch Habermas unterscheidet zwischen zwei Gesprächsebenen: Die Ebene der Intersubjektivität - hier wird der Typus des gesetzten Sprechaktes festgelegt - und die Ebene der Gegenstände, über die sie sich verständigen. Gegenstände sind in dem Zusammenhang unter anderem als Substitut für Dinge, Personen, Ereignisse, Zustände zu betrachten. Auf dieser Ebene einigt man sich über den mitzuteilenden Sachverhalt.<sup>41</sup>
- Handlungen sind im kommunikativen Handlungsmodell immer zielgerichtet, während Sprache der Verständigung dient.
- Prominenz erlangte sein Diskursmodell. Habermas beschäftigte sich in seiner Habilitationsschrift mit dem geschichtsphilosophischen Konzept vom Strukturwandel der Öffentlichkeit. Das grundlegende Axiom des Strukturwandels versteht Öffentlichkeit als Diskursmodell. Es handelt sich um ein deliberatives, beratendes Modell, welches der Durchsetzung des besseren Arguments diene, meinen die Kenner.

Nicht über Mythen, sondern über rationalen Diskurs sind die modernen (aufgeklärten) Gesellschaften integriert - wenn auch heute der rationale Diskurs nicht mehr so grundlegend wie zu Zeiten der Aufklärung ist (...) Die Bedeutung der ursprünglichen literarischen Öffentlichkeit habe (zur Zeit der Aufklärung) darin gelegen, diskursive, demokratische Muster „der Kraft des besseren Arguments“ (hier hast du ein Teilzitat unter Anführungsstrichen, das musst du in der Fußnote festhalten, auch wenn die gleiche Quelle weiter unten verwendet wird – besser zu viele Fußnote als zu wenig) einzuüben, die zur politischen Öffentlichkeit hätten umfunktioniert werden können.<sup>42</sup> Der Diskurs untersucht jenes problematische Einverständnis, das im kommunikativen Handeln bestanden hat, auf seine Legitimität hin und macht es zum eigentlichen Thema der kommunikativen Auseinandersetzung.

---

<sup>41</sup> Vgl. MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien und deren Einfluss auf Probleme in der interpersonalen Kommunikation. DA, Wien 2002, S 14

<sup>42</sup> STÖBER, Rudolf: Kommunikations- und Medienwissenschaften. Eine Einführung. Verlag C.H. Beck, München 2008, S 68

Im kommunikativen Handeln wird die Geltung von Sinnzusammenhängen naiv vorausgesetzt, um Informationen auszutauschen. Im Diskurs hingegen werden problematische Geltungsansprüche zum Thema gemacht, aber keine Informationen ausgetauscht. In diesem Verständnis ist der Diskurs eine Kommunikation über eine Kommunikation und somit Metakommunikation. Arroyabe vermisst eine dezidierte Position Habermas zu den sogenannten Teilöffentlichkeiten. Er stellt die Frage nach dem „was nicht allen oder vielen zugänglich und dennoch wirklich ist.“<sup>43</sup>

- Habermas' Verständigungsbegriff ist normativ.<sup>44</sup>
- Der Akt der „Verständigung“ ist einer von zentraler Bedeutung im Rahmen der Gesamtheorie von Habermas, vor allem jedoch im Hinblick auf sein Verständnis von kommunikativem Handeln.<sup>45</sup>
- Habermas behauptet korrekterweise, dass wir diejenige Person rational nennen, welche in Konfliktfällen „einsichtig handeln, also weder ihren Affekten nachgibt noch den unmittelbaren Interessen folgt, sondern bemüht ist, den Streit unter moralischen Gesichtspunkten unparteiisch zu beurteilen und konsensuell beizulegen.“ (Hier fehlt eine Fußnote) An anderer Stelle schreibt Habermas: „Objektiv kann eine Beurteilung dann sein, wenn sie anhand eines transsubjektiven Geltungsanspruches vorgenommen wird.“<sup>46</sup>

## I.2. INTERPERSONALE KOMMUNIKATION

Welche Merkmale zeichnet die sogenannte interpersonale oder auch face-to-face Kommunikation besonders aus? Oder anders gefragt: welche Merkmale bedarf es für eine evidente interpersonale Kommunikation?

Dieser Frage soll in vorliegendem Kapitel nachgegangen werden.

---

<sup>43</sup> BAYER, Elisabeth: Kommunikations- und Interaktionsstrukturen in Unterricht und Erziehung. Die Bildung zum Menschen. Möglichkeiten der Integration interpersoneller Kommunikation in pädagogisch- didaktische Konzepte am Beispiel „alternativer“ Schulmodelle. DA. Wien 1992, S 34

<sup>44</sup> Vgl. KERN, S 54

<sup>45</sup> Vgl. BURKART, Roland; LANG, Alfred: Die Theorie des kommunikativen Handelns nach Habermas- eine kommentierte Textcollage. In: Kommunikationstheorien. Ein Textbuch zur Einführung. Hrsg.: Roland BURKART; Walter HÖMBERG. Wien 1992. S 41. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. S 52

<sup>46</sup> ARROYABE, Estanislao: Subjekt und Subjekte. Überlegungen zur Erkenntnis- und Kommunikationstheorie. Tyrolia-Verlag, Band 12, Wien- Innsbruck 2000, S 188f.

Für jede Art von Kommunikation, sei es die interpersonale, die intrapersonale oder die Massenkommunikation, bedarf es zunächst eines Senders / Redners/ Kommunikators, einer Quelle. Ohne ihn gäbe es keine Botschaft, die übermittelt werden könnte. Der Sender kodiert seine Botschaft/ Rede/ Kommunikation über einen bestimmten Kanal an den Empfänger/ Zuhörer/ Publikum/ Rezipient weiter, welcher wiederum die Botschaft decodiert. Mit Kanal kann ein Telefon, ein Radio, ein Fernsehgerät, ein Faxgerät, ein Walkie-Talkie, ein Handy oder ein Printmedium gemeint sein. Wichtig scheint an dieser Stelle der Hinweis auf die Tatsache, dass es sich den neuen Kommunikationstheorien zufolge bei Kommunikation gewöhnlich um einen dynamischen Prozess in zwei Richtungen handelt.<sup>47</sup>

Die verschiedenen Kanäle die wir nutzen, bedingen verschiedene Rahmenbedingungen, mitunter Einschränkungen, mit denen man umzugehen lernen muss. Ähnlich verhält es sich mit den vorhandenen Eigenschaften von Sender und Empfänger wie zum Beispiel Status, Macht, Intelligenz, gemeinsame Interessen.<sup>48</sup>

Über die Notwendigkeit eines gewissen gemeinsamen Zeichenvorrates als Voraussetzung für Kommunikation war bereits in Kapitel eins nachzulesen.

Die interpersonale Kommunikation setzt sich aus der verbalen und der nonverbalen Kommunikation zusammen.

Egghart fasst die Ingredienzien für interpersonale Kommunikation so zusammen:

„Interpersonale Kommunikation findet unter leibhaftig anwesenden Menschen ohne technisches Medium und ohne zeitliche Verzögerung statt. Es handelt sich demnach um Kommunikation, bei der Menschen einzeln oder in Gruppen direkt und unmittelbar, ohne technischen Medienkanal mündlich und interaktiv Botschaften austauschen.“<sup>49</sup>

Ganz allgemein von einer Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen spricht Maletzke und rückt somit die sozialen Kommunikationsprozesse in den Mittelpunkt. Direkte oder interpersonale Kommunikation verläuft unmittelbar, unvermittelt und von Angesicht zu Angesicht. Daher wird sie auch als face- to- face Kommunikation bezeichnet.

---

<sup>47</sup> Vgl.: FORGAS, Joseph P.: Soziale Interaktion und Kommunikation. Eine Einführung in die Sozialpsychologie. 4. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union. S 106f.

<sup>48</sup> FORGAS, S 106f.

<sup>49</sup> EGGHART, Stephanie: Akzeptanz und Diffusion durch interpersonale Kommunikation eines Sub-Marken Relaunchs am Beispiel von LEGO DUPLO- LEGO EXPLORE. DA, Wien 2006, S 57f.

Mariani trifft eine weitere wesentliche Unterteilung: Die der öffentlichen und privaten Kommunikation.<sup>50</sup> Der Vollständigkeit halber muss man diese um die sog. Teilöffentlichkeiten ergänzen. In dieser Gruppe bewegen sich die Arzt- Pharmareferenten Gespräche in Krankenhäusern, Ambulanzen, Messen, Symposien, Bezirksärztereversammlungen, Fortbildungsveranstaltungen und Arztpraxen. Es handelt sich also bei unserer vorliegenden Thematik um interpersonale Kommunikation im teilöffentlichen Raum.

### I.2.1. GESPRÄCHSSITUATION

*Wenn Menschen miteinander sprechen, geht es zumeist um Fragen und Antworten, wobei diese Äußerungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Dialogsequenz erfolgen. Ungeachtet des Inhalts ihrer Fragen sind Fragende auf das unmittelbar vor ihnen Liegende ausgerichtet und harren der Dinge, die da kommen. Antwortende dagegen orientieren sich an dem soeben Gesagten und blicken zurück, nicht nach vorn. Dabei ist zu beachten, dass eine Frage zwar eine Antwort antizipiert, erwartet und von ihr abhängig zu sein scheint, aber eine Antwort anscheinend noch abhängiger ist insofern, als sie, für sich genommen, weniger sinnvoll ist als die Äußerung, die sie veranlasst hat. Was immer Antworten tun, sie tun es im Hinblick auf etwas bereits Begonnenes.<sup>51</sup>*

Der aufmerksame und sensitive Verkäufer merkt sofort, in welcher Stimmungslage sich sein Kunde befindet, und gleicht sich an.<sup>52</sup> Im Fachjargon wird vom „Spiegeln“ gesprochen. Wenn also der Arzt gerade ganz euphorisch von der Geburt seines ersten Sohnes spricht, macht es also Sinn, sich seiner Hochstimmung anzupassen. Wichtig ist dabei auf jeden Fall authentisch zu bleiben. Aufgesetzte Mitfreude kann schnell vom Gegenüber entlarft werden und der Schuss nach hinten losgehen.

Das Eis lässt am besten brechen mit ein bisschen Business- Smalltalk.<sup>53</sup> Karteikarten über den Arzt, seine Hobbies und Interessen können hilfreich bei einem guten Gesprächseinstieg sein. Tripolt empfiehlt ein Wohlfühlklima aufzubauen und eine Beziehung zu schaffen.

Dies lässt sich am effektivsten durch Plaudereien über Neuigkeiten und Nettigkeiten erzielen. Wichtig bei Zweitem ist es niemals zu übertreiben.

<sup>50</sup> MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien. S 5f.

<sup>51</sup> GOFFMAN, Erving: Rede-Weisen. Formen der Kommunikation in sozialen Situationen. Band 11, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz 2005, S73

<sup>52</sup> Vgl.: TRIPOLT, Niklas: Kundensignale erkennen- Verkaufschancen nutzen. Signum Verlag, München 2006, S 72

<sup>53</sup> Vgl.: TRIPOLT, Niklas: Kundensignale erkennen- Verkaufschancen nutzen. Signum Verlag, München 2006, S 72

Der professionelle Pharmareferent wird darüber hinaus in der Arztpraxis eine Sitzgelegenheit wählen die bestimmte Anforderungen erfüllt. Er achtet auf die richtige Entfernung zum Arzt- nicht zu weit entfernt aber auch nicht zu nahe, und den geeigneten Standort. „Wenn wir den Winkel zwischen unserem Kunden (Arzt) und uns um 90 Grad öffnen, hat er die Möglichkeit zum Blickkontakt mit uns, jedoch auch in den Raum zu blicken. (...)<sup>54</sup>“

## I.2.2. KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN

Das Thema Kommunikationsstörungen umfasst sowohl die Massenkommunikation als auch die zwischenmenschliche Kommunikation. Seine Konsequenzen können mitunter weitreichend sein. Nicht nur zerstörte Freundschaften, gescheiterte (Liebes-, Eltern-, Kind-) Beziehungen, gestörte Arzt- Patienten-, Anwalt-Klienten-, Lehrer- Schüler Verhältnisse - die Liste ließe sich unendlich erweitern - können die Folgen sein.

Auch das Arzt- Pharmareferenten Verhältnis ist nicht gefeit vor Kommunikationsstörungen. Vorliegende Arbeit beschränkt sich auf eine grobe Darstellung der unterschiedlichen Arten an Kommunikationsstörungen, welche unmittelbare Relevanz für das vorliegende Thema haben.

Wie bereits festgestellt, gibt es mehr als eine Kommunikationsstörung. Badura beispielsweise unterscheidet zwischen „Nichtverstehen“ und „Missverstehen“.<sup>55</sup> Burkart zog diese Unterscheidung für eine weitere Ausdifferenzierung der bestehenden Kategorien heran und ergänzte sie um zwei weitere.

Nach Burkart ist demnach zu unterscheiden zwischen:<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> TRIPOLT, Niklas: Kundensignale erkennen- Verkaufschancen nutzen. Signum Verlag, München 2006, S 68f.

<sup>55</sup> Vgl. BADURA: Sprachbarrieren. S 154f. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. S 55

<sup>56</sup> Vgl. BURKART: Kommunikationswissenschaft. S 80f. Aus: KERN, S 55f.



- *Nichtverstehen auf der gegenständlichen Ebene.* Damit meint Burkart, dass der Kommunikator eine dem Rezipienten unbekannte Fremdsprache oder eine ihm nicht bekannte Fachsprache spricht.
- *Nichtverstehen auf der intersubjektiven Ebene.* Der Rezipient ist nicht in der Lage, die sprachlichen Äußerungen vom Kommunikator zu erkennen. In diesen Bereich fallen auch Störungen des entsprechenden Rezeptionskanals beim Rezipienten wie z.B. Blind- und Taubheit.
- *Missverstehen auf der gegenständlichen Ebene.* Diese Kategorie beschreibt eine häufige Form der Kommunikationsstörung. Diese ist nach Burkart dann gegeben, wenn sprachliche Zeichen zwar vom Rezipienten als solche erkannt werden, jedoch von den beiden Kommunikationspartnern eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen wird.
- *Missverstehen auf der intersubjektiven Ebene.* Nach Burkart beschreibt diese Kategorie die unterschiedliche Bewertung der gesetzten Sprechakte durch die Kommunikationsteilnehmer hinsichtlich des pragmatischen Verwendungssinns einer Aussage.

Watzlawick ortet hingegen bei seinen fünf Axiomen eine bestimmte Störungsanfälligkeit.<sup>57</sup> An dieser Stelle sei das dritte Axiom Watzlawicks in Erinnerung gerufen: *„Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“*

Auf dem Gebiet der Interaktion von Ereignisfolgen kommt es immer dann zu Konflikten, „wenn die Partner innerhalb einer Beziehung annehmen, dass der Andere (die Anderen) im Besitz derselben Information ist, wie man selbst oder dass er dieselben Schlussfolgerungen aus der Information ziehen müsse.“<sup>58</sup>

Sind diese Unterstellungen falsch und werden nicht durch eine Metakommunikation beseitigt, so kommt es nicht selten zu ungerechter gegenseitiger Schuldzuweisung. (...) Nur das Bewusstmachen dieser Ursache- Wirkung- Zuschreibung in Form einer Metakommunikation könnte den Konflikt lösen.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Vgl. WATZLAWICK et al, 1982, S 72- 113

<sup>58</sup> WATZLAWICK et al, 1982, S 92. Zitiert Aus: BAYER, Elisabeth: Kommunikations- und Interaktionsstrukturen in Unterricht und Erziehung. S 37

<sup>59</sup> Zitiert aus: BAYER, Elisabeth, S 38

W.'s fünftes Axiom beinhaltet gleich die Gefahr zweier möglicher Varianten von Störungen. *„Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“*

Eine denkbare Variante stellt die symmetrische Eskalation dar. Darunter versteht man eine Beziehung, in der sich die Kommunikationspartner gegenseitig um jeden Preis Gleichheit aufzwingen, anstatt „den Anderen in seinem Sosein zu akzeptieren, was zu gegenseitigem Respekt und Vertrauen in den Respekt des Anderen führen würde.“<sup>60</sup>

*Die starre Komplementarität stellt die zweite Art von Störungen im Bereich der symmetrischen und komplementären Interaktion dar. Während es im ersten Fall zu einer Verwerfung der Selbstdefinition der Partner kommt, so hat eine starre komplementäre Beziehung eine „Entwertung der Selbstdefinition des (Gesprächs-) Partners zur Folge.“<sup>61</sup>*

Denkinger formuliert drei Störfaktoren in der Kommunikation. Er beschränkt sich in seiner Arbeit zwar auf die soziale Kommunikation - formuliert als „zwischenmenschlichen Austausch von Informationen, Gedanken und Gefühlen.“<sup>62</sup> Er benennt das Bild, das der Empfänger von sich selbst hat, das so genannte Selbstkonzept, das Bild, das der Empfänger vom Sender hat und das Phänomen der korrelierten Botschaften.

Unter korrelierten Botschaften versteht Denkinger Missverständnisse, die darauf beruhen, dass der Sender neben der Kernbotschaft eine weitere korrelierte Botschaft, z.B. eine Aufforderung in Form eines Versäumnistadels, mit sendet.<sup>63</sup> Diese erfolgt subtil, am besten vergleichbar mit dem berühmten Unterton im Wortfall.

### I.3. KOMMUNIKATIONSFUNKTION

Kommunikation folgt keinem Selbstzweck. Wer kommuniziert, bezweckt immer gleichzeitig eine bestimmte Wirkung bei seinem/-er Rezipienten. „Während Massenmedien

---

<sup>60</sup> Wie oben, S 39

<sup>61</sup> Wie oben, S 39

<sup>62</sup> DENKINGER, Thomas Ferenc: Kommunikation zwischen Authentizität und Wirkungskalkül- eine kritische Analyse divergierender Erklärungsperspektiven. DA, Wien 1994, S 15

<sup>63</sup> Wie oben, S 18

vordergründig das Wissen um Innovationen verbreiten können, tragen interpersonale Kanäle stärker zur Einstellungsbildung und –veränderung bei“, meint etwa S. EGGHART.<sup>64</sup>

*Interpersonale Kommunikation ist für die Einstellungs- und Entscheidungsstufe wichtiger und demnach besser geeignet. Ebenso kann eine negative Einstellung gegenüber einem Produkt oder einer Idee, welche sich aufgrund der aus den Medien bezogenen Informationen gebildet hat, revidiert werden.*

*Massenkommunikation und interpersonale Kommunikation ergänzen sich im Übernahmeprozess.<sup>65</sup>*

Egghart legt mögliche Einflussursachen offen:<sup>66</sup>

- ✚ Personale Kommunikation gestattet einen Meinungs- und Erfahrungsaustausch.
- ✚ Der Empfänger personaler Kommunikation kann die Glaubwürdigkeit des Senders besser beurteilen, als Empfänger von massenmedial vermittelter Information.
- ✚ Personale („face to face“) Kommunikation vermag negative oder gleichgültige Einstellungen des Individuums zu Innovation zu ändern, beziehungsweise positive Aspekte zu verstärken.
- ✚ Interpersonal vermittelte Information wird nicht so leicht falsch interpretiert wie das oft bei Massenkommunikation vorkommt. (Gefahr der selektiven Wahrnehmung, bei welcher der Rezipient nur die Information herausfiltert, die mit seinen eigenen Werten und Einstellungen übereinstimmt.
- ✚ Besonderer Stellenwert kommt der face to face Kommunikation nicht zuletzt bei der Interpretation der Information zu.

#### I.4. KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN

E. Mariani formuliert in seiner Arbeit fünf Kommunikationsstrategien:

*Indirektheit, Unterbrechung(+ Überlappung), Schweigen, Belehrung und Humor.*

Ein und dieselbe Strategie kann zwei völlig komplementäre Ziele verfolgen. „Deshalb erscheint es kaum verwunderlich, dass es in unseren täglichen Gesprächen zu Kommunikationsproblemen kommt, die sogar in Beziehungskonflikte ausarten können.“<sup>67</sup>

<sup>64</sup> EGGHART, Stephanie: Akzeptanz und Diffusion durch interpersonale Kommunikation eines Sub-Marken Relaunchs am Beispiel von LEGO DUPLO- LEGO EXPLORE. DA, Wien 2006, S 57ff.

<sup>65</sup> EGGHART, Stephanie: Akzeptanz und Diffusion durch interpersonale Kommunikation eines Sub-Marken Relaunchs am Beispiel von LEGO DUPLO- LEGO EXPLORE. DA, Wien 2006, S 57ff.

<sup>66</sup> EGGHART, Stephanie (2006), S 58.

<sup>67</sup> MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien und deren Einfluss auf Probleme in der interpersonalen Kommunikation. DA, Wien 2002, S 58

*Wie sich die Gesprächsstrategien auf die Beziehung zu unseren Mitmenschen auswirken, hängt sehr stark von den Situationen ab, in denen sie angewendet werden, von Status, Alter, Geschlecht und vor allem von den individuellen Gesprächsstilen der handelnden Personen.*<sup>68</sup>

Wie Mariani ausführt, sind die erwähnten Kommunikationsstrategien geeignet, Macht aber auch Solidarität mit dem jeweils Anderen zu verkörpern. Einzig die Strategie „Belehrung“ entbehrt jede Form von Solidarität, sie verweist lediglich auf die untergeordnete Position des Belehrteten hin.

Die Strategie der Belehrung oder des Erklärens ist daher in der face to face Kommunikation zwischen Pharmareferenten und Arzt also nicht als unproblematisch zu betrachten.

## I.5. KOMMUNIKATIONSINSTRUMENTE

Unternehmen, Vereine, Parteien können sich heute einer Fülle von Kommunikationsinstrumenten bedienen, welche die unterschiedlichsten Aufgaben erfüllen und individuell auf Anforderungen und Zielsetzungen abgestimmt werden können. Bestimmte Kommunikationskanäle sind in der Pharmabranche etwas heikler als in anderen Branchen. Nicht zuletzt der gesamte Bereich der Patientenwerbung- jener Werbung, die unmittelbar den Patienten als Adressaten anspricht. Wir sprechen von der sogenannten Laienwerbung.

## I.6. KOMMUNIKATIONSPOLITIK (promotion)

Die Kommunikationspolitik möchte die Entscheidungen der Konsumenten durch eine Reihe von Aktivitäten beeinflussen. Diese reichen von Pressearbeit und eigenen Medien des Unternehmens, z.B. Kundenzeitschriften, bis hin zu Maßnahmen der Verkaufskommunikation. Neben *promotion* sind „*product*“, „*price*“ und „*place*“ für den Marketing-Mix entscheidend.<sup>69</sup>

Die 4P's gehen ursprünglich auf Jerome McCarthy zurück.

---

<sup>68</sup> Wie oben, S 58f.

<sup>69</sup> MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 2005, S 36

*Die Verbreitung von Information zu einer Innovation, sei es nun ein Produkt oder eine technische Neuerung, wird hauptsächlich über zwei Kanäle an das Publikum transportiert: über den massenmedialen Informationskanal auf der einen, dem interpersonalen Kommunikationskanal auf der anderen Seite.<sup>70</sup>*

In der Pharmaindustrie ist heutzutage der Außendienst nicht mehr wegzudenken. Die Unternehmen haben längst erkannt, dass der persönliche Kontakt unerlässlich ist um eine stabile Beziehung zum Kunden aufzubauen und zu pflegen. Nur wenige Unternehmen denken- gänzlich ohne Außendienst- langfristig erfolgreich sein zu können. Abbildung 1 verdeutlicht, dass Pharma-Referenten das Instrument mit der größten Wirkung als auch nach der Häufigkeit des Einsatzes darstellen.

Häufiger tritt der Fall auf, dass Pharmaunternehmen Tochtergesellschaften ohne Außendienst gründen und damit nicht selten in Konkurrenz mit dem eigenen Pharmareferenten treten. So werden oftmals dieselben Präparate auf verschiedenen Kommunikationskanälen an den Arzt gebracht.

***„Erst der persönliche Kontakt schafft Vertrauen zum Unternehmen sowie Transparenz über Qualität und Herkunft des Produktes.“<sup>71</sup>***

***„Für den (dauerhaften) Erfolg ist es ausschlaggebend, dass man im interpersonalen Dialog im Gespräch bleibt, da der persönlich vermittelten Information (vom Kunden) mehr Bedeutung beigemessen wird.“<sup>72</sup>***

In meiner fünfjährigen Praxistätigkeit als Pharmareferentin habe ich ähnliche Beobachtungen machen können. Ein Großteil der Ärzte zieht ein Präparat von einem Unternehmen mit Außendienst einem Unternehmen ohne Außendienst vor. Sie bestätigen damit indirekt, dass die nachhaltige Kundenkontaktpflege unerlässlich ist.

Die Beziehung Arzt- Patient wird von den Pharmaunternehmen durch bestimmte kommunikationspolitische Maßnahmen (z.B. Gründung von Selbsthilfegruppen, Patientenbroschüren und –zeitungen, Complianceatlanten etc.) unterstützt.<sup>73</sup>

Abbildung 1: Instrumente nach Häufigkeit des Einsatzes und nach „größter Wirkung“

<sup>70</sup> EGGHART, Stephanie: Akzeptanz und Diffusion durch interpersonale Kommunikation eines Sub-Marken Relaunchs am Beispiel von LEGO DUPLO- LEGO EXPLORE. DA, Wien 2006, S 63

<sup>71</sup> Wie oben, S 63

<sup>72</sup> Wie oben, S 63

<sup>73</sup> FILLITZ, Rainer: Beziehungsmarketing am Beispiel des Verhältnisses zwischen Pharma-Unternehmungen und der Ärzteschaft. DA, Wien 1995, S 56

<b>Instrumente nach Häufigkeit des Einsatzes</b> (Mittelwert, 5 = sehr häufig, 1 = nie)	<b>Instrumente nach "größter Wirkung"</b> (Anzahl der Nennungen)
1. Pharma-Referenten (4,63)	1. Pharma-Referenten (64)
2. Sales-Folder (4,10)	2. Fortbildungsseminare (42)
3. Fortbildungsseminare (3,49)	3. Feldstudien, klinische Studien (29)
4. Werbehilfen (3,49)	4. Direct-Mails (16)
5. Anzeigen in Ärztezeitschriften (3,27)	5. Symposien (16)
6. Direct-Mails (3,23)	6. Sales-Folder (7)
7. Feldstudien, klinische Studien (3,06)	7. Messen und Ausstellungen (7)
8. Messen und Ausstellungen (2,99)	8. Anzeigen in Ärztezeitschriften (6)
9. Symposien (2,77)	9. Musteraussendungen (6)
10. Präsente (2,60)	10. Sonstige (4)
11. Musteraussendungen (2,48)	11. Präsente (2)
12. Hauszeitschriften (1,93)	12. Werbehilfen (1)
13. Video-Spots (1,77)	13. Telefon-Marketing (1)
14. Telefon-Marketing (1,63)	14. Video-Spots (1)
15. Telefax-Mitteilungen (1,12)	
16. BTX-Informationen (1,09)	
17. Sonstige (z.B. Selbsthilfegruppen u.ä.)	

(nach: Becker 1992, S. 133)

#### I. 6.1. KUNDENKOMMUNIKATION<sup>74</sup>

Im Folgenden beziehe ich mich auf den Buchtitel „Kundenkommunikation“ von C. Mast/ S. Huck/ K. Güller.

Die Kernbereiche persönliche, schriftliche und elektronische Kommunikation erbringen unterschiedliche Leistungen und erfüllen damit auch verschiedene Funktionen in der Kundenkommunikation. Während elektronische Medien durch ihre Schnelligkeit bei der Informationsvermittlung glänzen, sind Printmedien ideale Träger für vertiefende Hintergrundinformationen.

Die zentrale Stellung der Kundenzeitschrift im Corporate Publishing (bezeichnet eine Publikation, die bestimmte Anforderungen erfüllt, mit dem Ziel, ihren Wert für das Unternehmen dauerhaft zu steigern<sup>75</sup>) ist unbestritten. Trotzdem muss sie sich im Kommunikationsmix entsprechend ihrer Stärken positionieren, um auch in Zukunft eine wichtige Rolle zu spielen. Der dritte Kernbereich der Kundenkommunikation ist die

<sup>74</sup> MAST et al: Kundenkommunikation. S 133, 154 und Buchcover

<sup>75</sup> Wie oben, S 180

persönliche Kommunikation und umfasst z.B. Beratungsgespräche mit Kunden, Informationsgespräche, persönliche Gespräche bei Events, beim *Tag der offenen Tür* oder bei Beschwerdestellen. **Die Bedeutung der face to face Kommunikation nimmt zu, zumal der Kunde eine individuelle, an seinen Bedürfnissen orientierte Ansprache wünscht. Kommunikation mit dem Kunden wird zum entscheidenden Erfolgsfaktor für Unternehmen.**

Bei einer Befragung der Kommunikationsverantwortlichen von den Top 500 Unternehmen in Deutschland standen die gängigen Kommunikationsinstrumente in der Kunden- und Mitarbeiterkommunikation auf dem Prüfstand. Eine Zahl sei an dieser Stelle besonders hervorzuheben. Knapp 82 Prozent der Kommunikationsverantwortlichen nannten als wichtigstes Entscheidungskriterium im Rahmen der Kundenkommunikation das Kriterium „informativ“. (...) Die face to face Kommunikation wird von jedem Zweiten als sehr wichtig erachtet.<sup>76</sup>

Alle Kommunikationswege weisen stark ausgeprägte, individuelle Profile auf. Die face to face Kommunikation etwa wird im Vergleich zu allen anderen erfragten Kommunikationswegen mit Abstand als individuellste, interaktivste, informativste und emotionalste eingestuft (...). So bietet das persönliche Gespräch die Möglichkeit, durch Fragen und Antworten spontan und flexibel auf den Partner einzugehen, Informationen je nach Bedarf aufzubereiten, weiterzugeben und zugleich Gefühle, Stimmungen und Bewertungen auszudrücken. Diese individuelle Kundenbetreuung ist jedoch für die Unternehmen mit einem erheblichen Mehrkostenaufwand verbunden im Vergleich zur Massenkommunikation. Die Wege der Kundenansprache beschreibt die Abbildung 2.

*Im Rahmen der Kundenkommunikation nehmen besonders Orientierungssysteme wie Marke, Image und Reputation Einfluss auf die Kaufentscheidung eines Kunden (...). Den Kern dieser Orientierungssysteme bilden Werte. Sie sind nicht nur der Rahmen für diese Orientierungssysteme, sondern grundlegend für die gesamte Kommunikation zwischen Unternehmen und Kunde.*

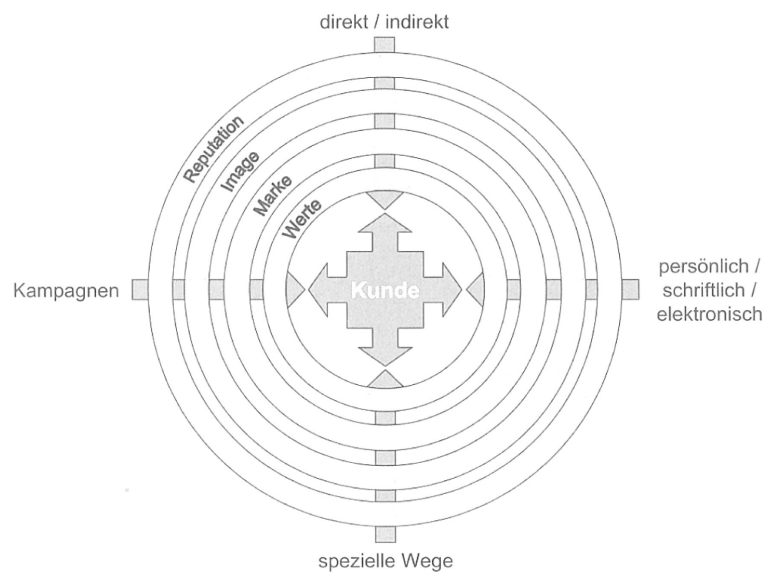
*Der Kunde orientiert sich zunächst an der Marke, die ihm als unmittelbarer Bewertungsrahmen für das Produkt dient. Sie ist am engsten mit dem Produkt selbst verknüpft; deshalb kann man sie als dasjenige Orientierungssystem bezeichnen, das*

---

<sup>76</sup> Im Anhang beigefügt: Die Schaubilder 28- 34 zeigen die einzelnen Kommunikativen Profile der unterschiedlichen Kommunikationswege aus der beschriebenen Studie. Basis: Top-500- Unternehmen in Deutschland (n= 100).

dem Produkt am nächsten ist. Von Bedeutung sind darüber hinaus das Image eines Produktes und eines Unternehmens sowie die gesamte Reputation.<sup>77</sup>

Abbildung 2: Wege der Kundenansprache



## I.6.2. DIFFUSION UND MEINUNGSFÜHRER

*Bei der Kundenkommunikation handelt es sich keinesfalls um ein geschlossenes System. Auch der Arzt nützt neben den Marketingtools eines Pharmaunternehmens als Entscheidungshilfe für ein Medikament verschiedene Kommunikationsnetze, das private, das professionelle und das der Medien.<sup>78</sup>*

Wenn wir über Diffusionsprozesse sprechen, kommen wir nicht an den Untersuchungen von Coleman, Katz und Menzel vorbei. Die Studie basiert auf einer Befragung des gesamten Personenkreises einer Gruppe innerhalb klar eingegrenzter geographischer Einheiten. Dadurch konnten die Meinungsführer und ihre Gefolgschaft in ihren Interaktionen eindeutig bestimmt werden.

Einige Ergebnisse im Auszug:

- Medien und interpersonale Beziehungen wirken eher komplementär und verstärkend als gegensätzlich.

<sup>77</sup> MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. UTB Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart 2005, S 21f.

<sup>78</sup> Vgl.: GOTTSCHLICH, Maximilian/ LANGENBUCHER, Wolfgang R. (Hrsg.): Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. Ein Textbuch zur Einführung. Band 1, Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung GmbH, Wien 1997, S 52



- Der Einfluss von Kollegen auf die Entscheidung der Ärzte ist zwar nicht häufiger, aber wirksamer.
- Je schwieriger die Krankheit zu behandeln ist, umso mehr Gewicht erhält der persönliche Einfluss eines Kollegen.
- Die wichtigste Determinante für eine frühe Einführung des neuen Arzneimittels ist der Grad der Integration des jeweiligen Arztes innerhalb der professionellen Gruppe.
- Je stärker ein Arzt in dieser Gemeinschaft über Freundschafts- wie auch professionelle Beziehungen integriert ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer frühen Akzeptierung/Akzeptanz.
- Die Ärzte, welche die neue Arznei am ehesten einführten, können als Innovatoren angesehen werden. Sie sind nicht nur am stärksten in der Gruppe integriert, sondern haben auch die besten Beziehungen zur weiteren Umwelt, so zum Beispiel professionellen Vereinigungen und den Massenmedien.<sup>79</sup>

Bei dieser Untersuchung ließen sich zwei verschiedene Muster der Diffusion festmachen. Bei den integrierten Ärzten konnte eine kumulative Diffusion festgestellt werden, mit besonderer Gewichtung auf die professionellen Beziehungen. Bei den relativ isolierten Ärzten konnte hingegen nur eine konstante Rate der Diffusion ausgemacht werden.

## II. IMAGEANALYSE: Forschungsstand

Die wohl umfassendste Untersuchung zum Thema Imageanalysen in der pharmazeutischen Industrie im deutschsprachigen Großraum verdanken wir H. J. DIEDENHOFEN.<sup>80</sup> Sein Untersuchungsdesign entsprach dem Konzept einer explorativen Forschungsstrategie.

*Diese überprüft nicht Zusammenhänge zwischen entweder als kausal oder als abhängig deklarierten Variablen, sondern sie stellt lediglich fest, welche Größen miteinander korrelieren, um das vorhandene empirische Material durchsichtiger zu machen und damit die Formulierung von Hypothesen zu erleichtern.<sup>81</sup>*

---

<sup>79</sup> Wie oben, S 52

<sup>80</sup> Hans- Joachim DIEDENHOFEN: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. DISS., Difo- Druck GmbH, Bamberg 1991. Zitiert nach: KIESER, Begründbarkeit, S 240. Die Arbeit umfasst vier große Themenbereiche: 1. die Situation der pharmazeutischen Industrie; 2. die zu den theoretischen Grundlagen der Imageanalyse gehörenden Forschungsansätze und Verfahren; 3. Untersuchung der Aussagekraft von Imageanalysen anhand der Datenbasis der Pharma- Image- Enquete 1989; 4. Untersuchung der Bedeutung und Verwendbarkeit von Imagedaten.

<sup>81</sup> Wie oben, S 8

MERTEN erklärt warum Images für PR wichtig sind: „PR ist ein Prozess intentionaler und kontingenter Konstruktion wünschenswerter Wirklichkeiten durch Erzeugung und Befestigung von Images in der Öffentlichkeit. Nach MERTEN sind Images machbar.<sup>82</sup>

*Ein Konsument erstet beim Kauf eines Brotes in einem Supermarkt ein geistig-imaginäres Wert- und Vorstellungsbild, das sich zusammensetzt aus Überlegungen, Empfindungen, Eingebungen, momentanen Verlangen, aus eigenen Erfahrungen und aus fremden Wissen... vermittelt durch Freundinnen, durch Nachbarn, aber auch durch Unternehmen und die Werbung.<sup>83</sup>*

HUBER liefert in seinem Werk „Image. Global Image. Corporate Image. Marken- Image. Produkt- Image“ praxisnahe Informationen:

*Der Begriff Image bedeutet nicht nur das übergeordnet- kollektive Produkt- und Markenverständnis, er umfasst sowohl Produktleistung, Anwendung und materiell-realen Nutzen als auch das emotional- geistige Umfeld- das Produkt, wie es erlebt wird. Erst Images schaffen seelisch- menschliche Beziehungen. Sie sind die Wirklichkeit, sie sind die Kommunikationspartner- und nicht die leblose „Ware“.<sup>84</sup>*

MAST geht folgenden Fragen auf den Grund:

- Wie kann ein Produkt die Aufmerksamkeit des Kunden erlangen?
- Was kann von Seiten der Kundenkommunikation getan werden, damit sich Kunden für das Produkt des Unternehmens und nicht für das der Konkurrenz entscheiden?
- Wie kann man Kunden langfristig an das Unternehmen und dessen Produkte binden?

Bereits im Kapitel „Kundenkommunikation“ waren die Orientierungssysteme in der Kundenkommunikation *Marke, Werte, Image* und *Reputation* nachzulesen. Die genannten Orientierungssysteme leisten bei den Fragestellungen unbestritten einen wesentlichen Beitrag.

Sie geben dem Unternehmen und seinen Produkten oder Dienstleistungen ein individuelles, unverwechselbares und leicht wieder erkennbares Gesicht. Sie typisieren Produkte und Dienstleistungen und führen durch die Zuspitzung auf charakteristische Elemente zu einer Reduktion der Informationsflut. Die Kunden werden bei der Bewertung

<sup>82</sup> Vgl. MERTEN, 1992. Zitiert nach AVENARIUS Horst: Public Relations: Die Grundform der gesellschaftlichen Kommunikation. 2. überarbeitete Auflage, Primus -Verlag, Darmstadt 2000, S 161

<sup>83</sup> HUBER, Kurt: Image. Global Image. Corporate Image. Marken- Image. Produkt- Image. 2. Auflage. verlag moderne industrie AG & Co., Buchverlag, D- Landsberg/ Lech 1990, S 11

<sup>84</sup> Wie oben, S 12. Erwähnenswert scheint dem Verfasser der Hinweis, dass K. Huber aus der Sicht der Werbung zu dem Leser spricht. Huber war zwanzig Jahre lang Inhaber einer Schweizer Werbeagentur.

unterstützt, indem man die Informationen zur Auswahlentscheidung der Produktleistungen durch die Vereinfachung auf wesentliche Merkmale bzw. Orientierungspunkte reduziert.<sup>85</sup>

*Marke, Image und Reputation wirken sowohl auf der Wissens- als auch der Gefühlsebene. Eine multisensorische und mehrdimensionale Vermittlung fördert die emotionale Bindung von Kunden an die Marke und stärkt Image und Reputation gleichermaßen.*<sup>86</sup>

Unter dem Tenor „Vertrauen bilden“ und „Glaubwürdigkeit ausbauen“ nimmt die Rolle von Public Relations im Marketing- und Kommunikationsmix einen immer höheren Stellenwert ein (...). Es gilt - ganz besonders in Krisenzeiten - Image und Vertrauen aufzubauen und gleichzeitig die Bekanntheit des Unternehmens und seiner Angebote zu erhöhen.<sup>87</sup>

*Während die Reputation über einen langen Zeitraum hinweg entsteht und durch aktuelle Ereignisse nur bedingt geprägt wird, ist das Image ein vergleichsweise empfindliches Konstrukt. Gemeinsam ist der Reputation und dem Image, dass beide weniger am Produkt als vielmehr an dessen Kontext und dem Unternehmen als Ganzes orientiert sind.*<sup>88</sup>

## II.1. IMAGEARTEN

In der Imageforschung wird im Wesentlichen unterschieden zwischen drei Images, dem Unternehmensimage, dem Produktimage und dem Markenimage.

### II.1.1. UNTERNEHMENSIMAGE

Huber:

*Auch Company- und Unternehmer- Image. Das Erscheinungsbild des Unternehmens oder der Firma. Geschlossene, positiv ausstrahlende Corporate Images sind wichtig für (die) Beziehung zur Öffentlichkeit. Im Bereich der Konsumgüter oft Bestandteil des Marken- Images.*<sup>89</sup>

<sup>85</sup> MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. UTB Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart 2005, S 69

<sup>86</sup> MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. UTB Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart 2005, S 69

<sup>87</sup> Wie oben, S 58

<sup>88</sup> Vgl. MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. UTB Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart 2005, S 22

<sup>89</sup> HUBER, Kurt: Image. Global Image. Corporate Image. Marken- Image. Produkt- Image. 2. Auflage. Verlag moderne industrie AG & Co., Buchverlag, D- Landsberg/ Lech 1990, S 170

„Firmen-Images wirken im positiven Fall als positive Erwartungs- und Bewertungssysteme, sind also Steuerungsmechanismen menschlichen Verhaltens.“<sup>90</sup>

An anderer Stelle heißt es:

*Je besser der Ruf des Unternehmens ist, desto günstiger sind seine Chancen eine positive Aufnahme der Verkaufspräsentation und eine frühzeitige Kaufentscheidung zu bekommen.“ Dies belegte auch eine US-Amerikanische Befragung bei ca. 800 Ärzten. Die Studienergebnisse zeigten, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Präferenz besteht, die ein Unternehmen genießt, und der Präferenz, die einem Arzneimittel für einen leichten oder ernsten Krankheitsfall gegeben wird. Die Präferenz, die ein Unternehmen genießt, beeinflusst nicht nur die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzneimittel in der Einführungsphase ausprobiert wird, sondern auch, dass es überhaupt den Vorzug erhält.<sup>91</sup>*

Diedenhofen fasst den Begriff weiter, wenn er meint: „(...) Firmenimage bezeichnet also die Gesamtheit aller Vorstellungen, Eindrücke und Gefühle, die Personen oder Personengruppen von einem bestimmten Unternehmen haben.“<sup>92</sup>

Bauer untersuchte den Einfluss des Firmenimages und kam zu dem Schluss, dass „...company preference appears to influence not only the probability that a drug will be tried in its early stages, but also that it will be preferred.“<sup>93</sup>

#### II.1.1.1. BEDEUTUNG DER FACE-TO-FACE KOMMUNIKATION

*Industrielle Beschaffungs- und Investitionsentscheidungen fallen meist in Entscheidungsgremien (Opinion leader, Innovatoren). Der Außendienst eines Unternehmens kann nie alle Mitglieder dieses Gremiums erreichen. Deshalb ist es ganz entscheidend, dass unabhängig von dem Ausmaß positiver persönlicher Beziehungen bei den Mitgliedern eines Entscheidungsgremiums schon ein Basis-Goodwill gegenüber dem anbietenden Unternehmen besteht, der dann in der konkreten Entscheidungssituation als Katalysator wirkt.<sup>94</sup>*

#### II.1.2. PRODUKTIMAGE

*Das Corporate Image und das Produkt- Image können nicht voneinander getrennt werden. Sie sind beide eng miteinander verbunden und wirken gegenseitig*

---

<sup>90</sup> HUBER (1990), S 483

<sup>91</sup> Wie oben. S 483f.

<sup>92</sup> DIEDENHOFEN (1991), S 78

<sup>93</sup> DIEDENHOFEN (1991), S 198

<sup>94</sup> HUBER (1990), S 483

*aufeinander ein. (...) Firmen- und Produktimage müssen konform sein (...). Das Firmenbild muss, wie das Produkt- Image, langfristig geplant werden.*<sup>95</sup>

Diedenhofen präzisiert: Unter Produktimage wird das Image einer Produktart oder –gruppe verstanden, wobei die Produktgruppe alle zu der speziellen Gattung gehörenden Produkte und Marken umfasst, wie zum Beispiel das (Produkt-) Image von Kaffee.<sup>96</sup>

### II.1.3. MARKENIMAGE

Huber:

*Auch Brand Image. Die bekannteste Imageart. Produkte und Marken des täglichen Bedarfs. Aber auch Marken von Autos, von Luxusgütern, von Investitionsgütern. Profilierte Marken- Images sind in einem gesättigten Markt unentbehrlich zur Orientierung und Differenzierung.*<sup>97</sup>

Nach Diedenhofen beschreibt Markenimage das Image eines ganz bestimmten Produktes/ einer Marke innerhalb einer Produktgruppe, wie zum Beispiel das (Marken-) Image von Eduscho oder Tschibo.

*Das Markenimage wird weniger bestimmt durch die besonderen Eigenschaften der Produkte, als durch deren Bewertungen bezüglich Qualität, Preis, Prestige und durch ihre Position im Vergleich mit Konkurrenzprodukten. Markenimages dienen der Orientierung, der Profilierung, der Information und der Kommunikation..*<sup>98</sup>

Aus seiner Sicht lassen sich anhand vier Prüfkriterien ein Firmenname als Marke klassifizieren: *Unterscheidbarkeit- Bedeutsamkeit- Einprägsamkeit- Flexibilität*<sup>99</sup>

Markenbildung spielt eine bedeutende Rolle bei der Aufrechterhaltung von Preisdifferentialen nach Ablauf des Patentschutzes. (...) Marketing und Promotion von Arzneimitteln spielen- in Verbindung mit den Besonderheiten der Nachfrageseite- auf den Pharma-Märkten eine außerordentlich wichtige Rolle.<sup>100</sup>

---

<sup>95</sup> HUBER (1990), S 31

<sup>96</sup> DIEDENHOFEN, Hans-Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. S 77

<sup>97</sup> DIEDENHOFEN (1991), S 170

<sup>98</sup> DIEDENHOFEN (1991), S 77

<sup>99</sup> Wie oben, S 87

<sup>100</sup> JÖRG, Leonhard (FZS)/ BAYER, Kurt/ HUTSCHENREITER, Gernot (WIFO): Spezialisierung und Diversität. Die wirtschaftliche und technologische Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen pharmazeutischen Industrie im internationalen Umfeld. Studie im Auftrag der Bundesministerien für öffentliche Wirtschaft und Verkehr sowie für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Wien 1995, S 2

Für den Arzt bietet das Branchenimage unter den einzelnen Pharmaunternehmen kein Unterscheidungsmerkmal, sodass Firmenimage und Marken-, beziehungsweise Produktimage die entscheidenden Einflussfaktoren für die Entscheidung des Arztes sind.<sup>101</sup>

*Viele Modemedikamente werden unter einer Reihe verschiedener Namen vermarktet. (...) Wenn er mehrfach registriert ist, kann man damit unterschiedliche Marktsegmente bedienen. Die unterschiedlichen Wirkungen, die ein Medikament erzielt, lassen sich somit auf die jeweiligen Erwartungshaltungen zurückführen. (...) Solche Medikamente sind ein Triumph des Markenprinzips.<sup>102</sup>*

#### II.1.4. SELBST-/ EIGENIMAGE VERSUS FREMDIMAGE

Huber:

*So, wie ein Unternehmer seine eigene Firma sieht und beurteilt. Welche Chancen ein Ingenieur seiner Innovation beimisst. Oder so, wie wir unsere Kinder und Kindeskinde sehen und sie miterleben. Selbstimage ist das Gegenteil von Eigenimage. Es ist das Vorstellungsbild der Außenstehenden, der Fremden, die keine direkte Beziehung zu Produkten und Leistungen haben. Bei starken Marken sind Eigen- und Fremdimage oft deckungsgleich.<sup>103</sup>*

#### II.1.5. NAH-/ FERNIMAGE

Rauherz diagnostiziert:

*Das Fernimage von Organisationen hebt sich deutlich vom Nahimage ab. Dem Fernimage haften meist negative Komponenten an, es ist weniger differenziert, stereotyper und tendenziell verzerrter als das Nahimage. Daraus schlussfolgert Rauherz, dass eine Organisation, die ihr Image verbessern will, ins Nahimage investieren muss. Dadurch wird ein größerer Teil der öffentlichen Adressaten in die Nahperspektive integriert, was das Corporate Image positiv beeinflusst, weil die Rezipienten durch die persönliche Beziehung enger an das Unternehmen gebunden*

<sup>101</sup> DIEDENHOFEN, S 79

<sup>102</sup> LAU, Jacky: Big Pharma. Patmos Verlag, Düsseldorf 2007, S 93f.

<sup>103</sup> HUBER, S 170

werden. *Image- Nahbild ist das Corporate Image eines Unternehmens, das bei den Teilöffentlichkeiten verankert ist.*<sup>104</sup>

## II.2. TEILÖFFENTLICHKEITEN<sup>105</sup>

Wie kann das Corporate Image eigentlich „seine“ Teilöffentlichkeiten beeinflussen?

Durch die Arbeit am eigenen Erscheinungsbild ist es dem Unternehmen möglich, sein Image in einer Teilöffentlichkeit zu verbessern. Das Imagebezogene Erscheinungsbild vereint Handlungsweisen, den Auftritt und die Aussagen des gesamten Unternehmens oder Organisation in der Öffentlichkeit<sup>106</sup>. Auch im Falle einer erfolgreichen Umsetzung der genannten Faktoren ist jedoch nicht von einer Deckungsgleichheit von Fremd- und Eigenimage auszugehen. Der Grund liegt in den üblichen Überhöhungen und Verzerrungen von Images.<sup>107</sup>

Grunig und Hunt unterscheiden latente und aktive Öffentlichkeiten. Drei Momente scheinen für eine weitere Unterscheidung von Teilöffentlichkeiten maßgeblich erforderlich:

Das Erkennen eines Problems, „*problem recognition*“, bedeutet: die Menschen merken, dass etwas fehlt oder schief geht. Deshalb werden sie aufmerksam und wollen weitere Informationen erhalten.

Das Erkennen von Handlungsmöglichkeiten, aber auch von Schranken und Grenzen, „*constraint recognition*“, beeinflusst das Urteil der Menschen, ob es sich lohne, in einer konkreten Situation etwas zu unternehmen. Wenn sie glauben, sie könnten eine Problemsituation beeinflussen, werden sie weitere Informationen zur Verarbeitung von Aktionen suchen.

Die Betroffenheit bzw. Beteiligung, „*level of involvement*“, schließlich gibt den Ausschlag für die Aktivität. Wenn Menschen meinen, sie seien von einem Problem betroffen oder irgendwie daran beteiligt, werden sie eher darüber kommunizieren.

Aufgrund dieser Faktoren unterscheidet Grunig et al. folgende Teilöffentlichkeiten:

- Nicht-Teilöffentlichkeiten: damit sind jene Gruppen von Menschen gemeint, die mit dem Vorgang nichts zu tun haben und – noch- nichts davon wissen.
- Latente Teilöffentlichkeiten: sie sind betroffen, wissen es aber nicht.

<sup>104</sup> RAUHERZ, Ruth: Corporate Image: Hat *Nike* ein Problem? DA, Wien 2001, S 24f.

<sup>105</sup> MAST et al: Kundenkommunikation. S 31f.

<sup>106</sup> Im Sinne einer integrierten Kommunikation.

<sup>107</sup> Vgl.: AVENARIUS, Horst: Public Relations: Die Grundform der gesellschaftlichen Kommunikation. 2. überarbeitete Auflage, Primus -Verlag, Darmstadt 2000, S 168ff.

- Bewusste Teilöffentlichkeiten: sie sind sich des Problems bewusst, unternehmen aber nichts;
- Aktive Teilöffentlichkeiten: sie organisieren sich, um etwas zu tun.

Es kristallisieren sich vier Typen von Öffentlichkeiten:

Die „*All-issue publics*“ sind bei allen Themen aktiv, die sog. „*Apathetic publics*“ bilden genau das Gegenteil und sind bei allen Themen passiv. Die „*Single-issue publics*“ sind aktiv bei einem oder mehreren Problemen<sup>108</sup> und die „*Hot-issue publics*“ umfassen fast nur Aktive, die Probleme bei allen Gelegenheiten ansprechen.

Diese Themen werden zum Gesprächsstoff. Zu denken ist an Globalisierungsgegner, wie die Organisation Attac, die auf ein Interesse ausgerichtet sind und untereinander in Verbindung stehen. Sie nehmen sich als aktive Gruppen wahr. Zielgruppen hingegen sind nach beliebigen Merkmalen differenzierte, disperse Publika, die ihre Entscheidung mehr oder weniger frei vor dem Hintergrund ihrer psycho-sozialen Realität als Individuen treffen(...).

*Teilöffentlichkeiten sind (somit) soziale Gruppen, deren Handeln Öffentlichkeiten in der Kundenkommunikation konstituieren sich vor allem durch Kommunikationsvorgänge, nicht durch formale Merkmale wie Alter, Einkommen oder Beruf.*

### II.3. FUNKTIONEN VON IMAGE

Images haben für das Überleben eines Unternehmens eine zentrale Bedeutung gewonnen. Heute bieten Images den Menschen in unserer komplexen Welt eine Orientierungshilfe. Menschen<sup>109</sup> sind offener und flexibler gegenüber neuen Meinungen, Werten und Vorstellungen.<sup>110</sup>

„Images üben eine Entlastungsfunktion aus. Als stets vorrätiger Wissenssatz entbinden sie von der unbequemen, komplizierten oder subjektiv unwichtigen, Vernunftgesteuerten Urteilsfindung“<sup>111</sup>, siehe auch Abbildung 3.

<sup>108</sup> Beispielsweise starke neu auftretende Nebenwirkungen eines Präparates.

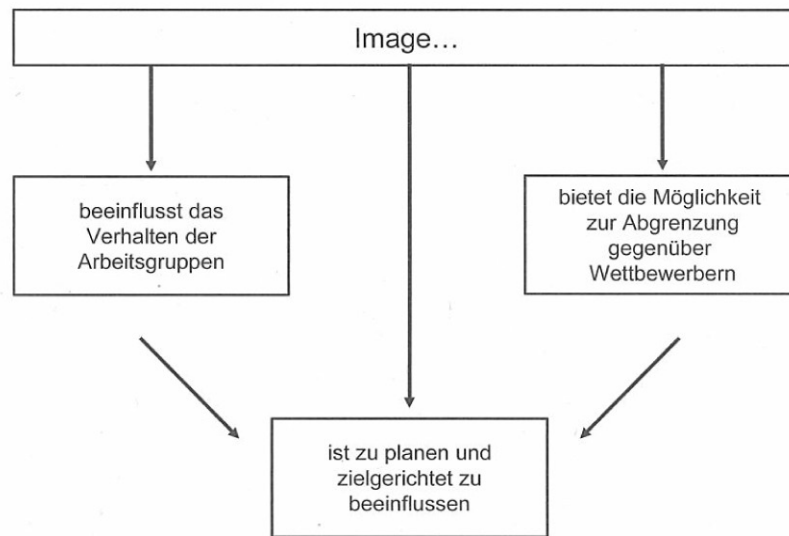
<sup>109</sup> Und somit auch Teilöffentlichkeiten.

<sup>110</sup> Vgl.: AVENARIUS, S 158f.

<sup>111</sup> ADAMI, Michaela: Verbale und nonverbale Iagemessung der Raiffeisenbank Wolfurt- Schwarzach bei Bankkunden und Mitarbeitern. DA, Wien 1997, S 25. Zitiert nach: MAZANEC, Josef: Strukturmodelle des Konsumentenverhaltens. Wirtschaftsverlag Dr. Orac, Wien 1978, S 60



Abbildung 3: Bedeutung von Images aus Sicht der Unternehmen



Diedenhofen führt drei weitere Imagefunktionen aus:

- ✓ *Die Wissensfunktion des Images:* sie wird benötigt, um Sicherheit für die Umweltbewältigung zu erlangen.
- ✓ *Die Erwartungsfunktion des Images:* sie ermöglicht eine schnellere Orientierung.
- ✓ *Die Konsistenzfunktion des Images:* Stereotypisierung ermöglicht Vereinfachung. Stereotype stellen eine Entlastungsfunktion angesichts einer sonst nicht sinnhaft zu konstruierenden Umwelt dar.<sup>112</sup>

#### II.4. ZUTATEN FÜR EIN GUTES IMAGE

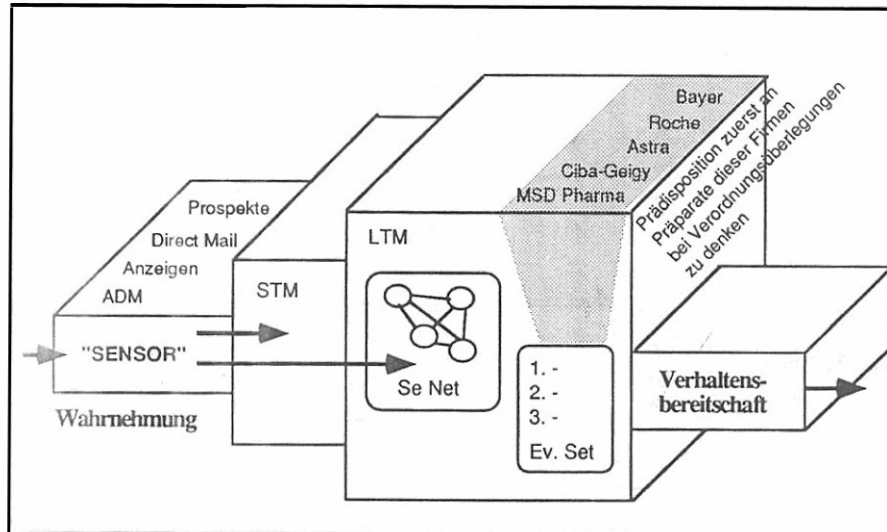
*Essentiell für den Aufbau eines tragfähigen Images und die psychologisch richtige Ansprache der Zielgruppen ist das Wissen um deren Standorte. Und sie lassen sich nicht mit mehr stereotyp einordnen in Individualisten, in Konformisten, in Neutrale. Ihr Verhalten ist ambivalent, damit immer schwieriger qualifizierbar.<sup>113</sup>*

Abbildung 4 zeigt dazu das Imagestrukturmodell nach Diedenhofen.

Abbildung 4: Imagestrukturmodell für die Arzt-Pharmafirma- Konstellation

<sup>112</sup> Vgl.: DIEDENHOFEN, Hans-Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. DISS., Difo- Druck GmbH, Bamberg 1991, S 57

<sup>113</sup> HUBER (1990), S 16



## II.5. EINSTELLUNGEN

Die Einstellung einer Person zu einem Meinungsgegenstand ist eine Disposition oder eine aus der Erfahrung stammende Bereitschaft, auf real oder symbolisch vorgegebene Dinge oder Ereignisse in ihrer Umwelt in bestimmter Weise *kognitiv*, *emotional*, *motivational* und *handlungsmäßig* zu reagieren. Sie wird in hohem Maße von den Werten und Verhaltensmustern der Ärzteschaft, der sie angehören, determiniert.<sup>114</sup>

Einen weiteren Schlüsselsatz formuliert Diedenhofen nach Strüngmann:

*Einstellungen haben wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmungsprozesse des Arztes. Das Verordnungsverhalten wird insbesondere von den Einstellungen des Arztes gegenüber der pharmazeutischen Industrie im allgemeinen, bestimmten Firmen mit ihrem Sortiment, ihrer Spezialisierung, ihrer Forschung oder ihrem Image im Besonderen, gegenüber Eigenschaften der Arzneimittel<sup>115</sup>, dem Informationsangebot und einzelnen Medien entscheidend determiniert.<sup>116</sup>*

Weshalb die Einstellung für das Verordnungsverhalten des Arztes von wesentlicher Bedeutung ist, fasst Diedenhofen wie folgt zusammen:

1. In der Theorie gelten Einstellungen als besonders verhaltensprägend und zugleich als zugänglich für Messung und Beeinflussung.
2. In der Praxis investiert die Marktforschung am meisten in die *Erkundung* von Einstellungen, die Werbung in die *Beeinflussung* von Einstellungen.

<sup>114</sup> DIEDENHOFEN, Hans-Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. DISS.; zitiert nach: TROMMSDORF, Einstellungsmessung, S 28

<sup>115</sup> Indikationsgebiet, Preis, Kontraindikation, Darreichungsform, Angebot etc.

<sup>116</sup> Wie oben. S 26. Zitiert nach: STRÜNGMANN, Verordnungsverhalten, S 87.

3. Einstellungen besitzen einen eher langfristigen Charakter, da sie im Zeitablauf im Gegensatz zu Motiven relativ stabil sind.
4. Einstellungen bilden die Grundlage für weitere Verhaltensdeterminanten wie Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsverhalten, etc.<sup>117</sup>

In Deutschland ergab eine Umfrage über die Einstellung von Ärzten gegenüber Pharmareferenten Folgendes:

- Die Eigenschaft von Pharmareferenten, sich emotional auf den jeweiligen Gesprächspartner einzulassen oder sich sogar freundschaftlich zu binden, wird von Arztseite sehr geschätzt. Somit werden die Referenten als eine willkommene Unterbrechung des Praxisalltags gesehen, bei der vornehmlich Wert auf die soziale Kompetenz des Mitarbeiters gelegt wird.<sup>118</sup>

Erst mit dieser Feststellung ist auch die erforderliche Voraussetzung erfüllt, dass der Pharmareferent als Imageträger für sein Unternehmen wirken kann. Der Arzt muss die Bereitschaft haben sich gefühlsmäßig auf den Pharmareferenten einzulassen. Wir erinnern uns:

*Marke, Image und Reputation wirken sowohl auf der Wissens- als auch der Gefühlsebene. Eine multisensorische und mehrdimensionale Vermittlung fördert die emotionale Bindung von Kunden an die Marke und stärkt Image und Reputation gleichermaßen.*<sup>119</sup>

Eine positive Einstellung zu einer bestimmten Firma kann schon vor dem eigentlichen Auswahl- und Informationsprozess eine wichtige Steuerungsfunktion übernehmen. Sie kann helfen, die Komplexität des Entscheidungsprozesses beim unter Zeitdruck stehenden Arzt im Vorfeld zu reduzieren, denn „um aus der Vielzahl von Therapeutika das optimale Arzneimittel für seinen Patienten zu finden, benötigt der Arzt vielfältige Informationen über mögliche Alternativen und ihre Einsatzmöglichkeiten.“<sup>120</sup>

Durch eine positive Beeinflussung der Wahrnehmung des Arztes kann es den Pharmareferenten also über kurz oder lang gelingen, die Einstellung des Arztes zum Produkt, zu dem Unternehmen zu verbessern.

---

<sup>117</sup> Wie oben, S 29

<sup>118</sup> GRILL, S 188

<sup>119</sup> MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. UTB Lucius & Lucius Verlag, Stuttgart 2005, S 69

<sup>120</sup> Wie oben, S 29. Zitiert nach: THIESS/ BRACHT, Informationsverhalten, S 437

Das „Lexikon der Psychologie“ definiert den Begriff „Selbstkonzept“ folgendermaßen:

*Das Insgesamt an Einstellungen, Urteilen und Werthaltungen eines Individuums bezüglich seines Verhaltens, seiner Fähigkeiten und Eigenschaften. Das Selbstkonzept beinhaltet sowohl die Wahrnehmung dieser Variablen des Selbst als auch deren Bewertung. Das Selbstbild ist also zunächst vor allem das Wissen einer Person über sich selbst (Herkner, 1991): über das eigene Aussehen, Verhalten und Verhaltensergebnisse, Eigenschaften, Einstellungen, Motive und Ziele; über die sozialen Beziehungen, Kategorien- bzw. Rollenzugehörigkeiten, über eigene Gefühle und Stimmungen. Dieses Wissen steuert letztlich die Informationsverarbeitung und das Verhalten, außerdem hängt der Stellenwert davon ab, welche Meinungen man über sich hat.*<sup>121</sup>

Bezüglich der Definition des Begriffes „Selbstkonzept“ besteht im Übrigen keine Einmütigkeit<sup>122</sup>. Selbstbild und Selbstkonzepte sind Begriffe, die in der psychologischen Forschung meist synonym gebraucht werden, wobei manche Autoren<sup>123</sup> den Begriff des „Selbstkonzeptes“ etwas weiter gefasst sehen und besonders Konzeptgesteuertes Verhalten eines Individuums mit einbeziehen.<sup>124</sup>

## II.6. CORPORATE IDENTITY

Corporate Identity bedeutet Selbstverständnis. Corporate Image im Gegensatz dazu Fremdverständnis. Anders gesagt: Corporate Identity ist die Summe aller Bemühungen, um zu einer bewussten Haltung in der Öffentlichkeit zu kommen. Corporate Image ist folglich das, was der einzelne oder die Öffentlichkeit daraus macht- so wie es aufgenommen, bewertet wird. Huber bringt zum besseren Verständnis ein griffiges Beispiel:

Er setzt die Corporate Identity mit dem Elternhaus und der guten Kinderstube gleich- das Image wären dann die Kinder, die ausschwärmen, die sich bewegen, die agieren. (...) Corporate Identity will zusammenhalten, vereinen, profilieren, abgrenzen. Image bedeutet die dynamische Umsetzung.<sup>125</sup>

Das Image des Unternehmens wird (...) nicht allein von Firmenwerbung und Öffentlichkeitsarbeit beeinflusst. Es wird vor allem geprägt durch seine Leistungen, seine Produkte, seine Mitarbeiter, von der Art, wie es sich darstellt. Jeder Geschäftsbrief, jede Produkt- Anzeige, jede Informationsschrift, jede

<sup>121</sup> MITTERMAYR, Susanne: Semantisches Differential zur Erhebung von Unternehmerbild und Selbstbild österreichischer UnternehmensgründerInnen. DA, Wien 2002, S 2f.

<sup>122</sup> STAHLBERG, GOETHE & FREY (1992)

<sup>123</sup> WISWEDE (1995)

<sup>124</sup> Wie oben (1995)

<sup>125</sup> HUBER, Kurt: Image. Global Image. Corporate Image. Marken- Image. Produkt- Image. 2. Auflage. Verlag moderne industrie AG & Co., Buchverlag, D- Landsberg/ Lech 1990, S 169

Produktionsanlage ist in den Augen der Umwelt ein Teil des Erscheinungsbildes des Unternehmens und trägt bei zum Gesamtimage. Die stärkste Möglichkeit der Beeinflussung ist dabei nach wie vor der persönliche Kontakt.<sup>126</sup>

Dem ist eigentlich nichts mehr hinzuzufügen.

## II.6.1. CORPORATE BRANDING

*Am Anfang steht immer eine Idee, eine Schöpfung, eine Kreation, ein Ursprung- eine Leistung, die universelle Verbraucher-Wünsche anzusprechen, globale Bedürfnisse real-rational und emotional und emotional-psychisch zu erfüllen vermag. Erst diese Vorstellungs- und Erlebnis-Welten machen die globale Identität aus. Globale Marken und Produkte sind globale Images. Sie sind es, die zu neuen Kauf- und Lebensgewohnheiten führen, die zu verändern vermögen.*<sup>127</sup>

Die Marke kann zum Beispiel zur Abgrenzung von Konkurrenzprodukten beitragen oder das Gesamtimage des Unternehmens beeinflussen.

Besonders bei Generika- Anbietern stellt eine übergeordnete Markenstrategie einen maßgeblichen Erfolgsfaktor dar. Zu dieser Überzeugung gelangt auch Frau Dr. Angela Liedler, Geschäftsführerin der führenden Pharma- Agentur Deutschlands.<sup>128</sup>

## II.7. IMAGE VON PHARMA- UNTERNEHMEN

Eine **Spektra Umfrage** unter 150 Ärzten in Österreich hat Interessantes über das Image der Pharmaindustrie zutage gefördert<sup>129</sup>:

Die **Positivantworten** auf die Frage „positive und negative Assoziationen“ zu den Stichworten Pharma-Industrie oder Pharma- Firmen lauteten:

1. Forschung/ Studien/ Fortschritt/ Innovation/ neue Medikamente
2. Medikamente/ Produktion/ Vertrieb/ Verkauf von Medikamenten
- 3. Pharmareferenten/ Vertreterbesuche/ gute Beratung/ kompetente Partner**
4. wichtig/ sind notwendig/ habe gute Erfahrungen gemacht etc.
5. Generika
6. Information/ Informationsmaterial/ halten Ärzte auf dem Laufenden/ Fortbildung

<sup>126</sup> Wie oben, S 489

<sup>127</sup> Wie oben, S 14

<sup>128</sup> [www.liedler.de](http://www.liedler.de) (Stand: 9.9.09)

<sup>129</sup> [http://www.pmca.at/iddb/archiv831/67\\_archiv831\\_13916.pdf?extsid=c5cb2365d4cbc14449b682f5e8782bee](http://www.pmca.at/iddb/archiv831/67_archiv831_13916.pdf?extsid=c5cb2365d4cbc14449b682f5e8782bee) (Stand: 3.8.09)

7. Werbung/ **Marketingaktivitäten**
8. **Gesundheit/ Krankheit**
9. Ärztemuster/ Probepackungen

Die **Negativantworten** waren größtenteils wenig überraschend:

1. Viel Geld/ hohe Umsätze/ Vermögen/ gewinnorientiert/ Geschäftemacherei/ Aktien
2. Ein mächtiger Lobbyist / Pharma- Mafia/ Weltmacht/ Globalisierung/ Fusionen/ skrupellos
3. Konzerne/ große/ internationale Konzerne
4. Preis/ Kosten/ Preisspannen
5. Konkurrenz/ Wettbewerb/ absolute Marktwirtschaft
6. **Sehr viel/ zu viel/ unangebrachtes Marketing**

Frage 10 bezog sich auf die Gretchenfrage nach dem Image der Pharmaindustrie unter den Ärzten: „*Wie würden Sie alles in allem das Image der Pharmaindustrie bei der Ärzteschaft einstufen: Hat die Pharmaindustrie bei den meisten Ärzten...?*“

Stolze 82% der befragten Ärzte stellten der Pharmaindustrie *ein gutes bis sehr gutes Image* aus. Fünfzehn Prozent antworteten mit *weniger gutes Image* und lediglich ein Prozent *mit gar kein gutes Image*.

Ein interessantes Detail birgt die Antwort auf die Frage „In welchen Bereichen müsste die Pharmaindustrie ansetzen, um ihr Image bei den Ärzten zu verbessern? Welche Verbesserungen wären wünschenswert? Oder welche Dinge würden das Image der Pharmafirmen sehr positiv beeinflussen?“:

Fünfzehn Prozent der Ärzte, und somit zweithäufigste Nennung, antworteten, dass eine ***bessere Kundenbetreuung/ individuellere Betreuung/ bessere Zusammenarbeit*** mit den Ärzten wünschenswert wäre. Dieses Ergebnis wird auch indirekt bestätigt durch die Forderung nach individuellem Targeting.

Die Autoren resultierten aus den Studienergebnissen:

**Die Marke „Pharma“ besitzt bei den Ärzten ein gutes, aber kein ungetrübtes Image und steht für Business, Forschung und Marketing.**

Diese Ergebnisse zeigen auffallend deutlich, dass Marketing im Zusammenhang mit dem Image der Pharmaindustrie bei den Ärzten sowohl positive als auch negative Assoziationen wachruft.

Nachweislich haben die Marketing- Ausgaben der Pharmaindustrie in den letzten fünf bis zehn Jahren neue Rekordmarken erreicht. Ein prominentes Beispiel:

Das europäische Unternehmen AstraZeneca hat für seinen Produkt- Launch des Cholesterinsenkers Crestor die unfassbare Summe von einer Milliarde US-Dollar für das Werbebudget in die Hand genommen mit folgender Begründung: „Was unsere Kampagne kosten wird, hängt davon ab, wie viel Aktivität unsere Konkurrenten entfalten, doch wir werden tun, was am Markt nötig ist, um unsere Stimme in angemessener Weise geltend zu machen.“<sup>130</sup>

## II.8. IMAGE ALS ERFOLGSFAKTOR

Marketing bzw. Marktforschung sehen Image als Einflussfaktor bei Kaufentscheidungen an. Um das in der Werbung gezielt zur Positionierung von Unternehmen, Waren und Dienstleistungen einsetzen zu können, misst man Befragungen (Imagemessung bzw. Imageanalyse). Diese unterscheiden dabei Wissen, Bedeutung und Handlungstendenz.<sup>131</sup> Die Messung von Handlungstendenz stellt für pharmazeutische Unternehmen ein ganz maßgebliches Analyseinstrument der Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte dar. Ohne diesen wichtigen Parameter wären sämtliche Marketingstrategien nicht annähernd so erfolgreich.

Aktive Imageverbesserungskampagnen müssen nicht immer notwendigerweise zum erwünschten Erfolg führen.

Auf Wikipedia wird nach Ansicht des Autors zurecht auf die Tatsache hingewiesen, dass Maßnahmen zur Verbesserung des Images, wie Imagepflege und Imagekampagnen, die Nachfrager auch zu verwirren imstande sind, wenn sie das gedächtnisbasierte Markenimage zu dem Erscheinungsbild der Marke in der Werbung oder am Point of Sale

<sup>130</sup> LAW, Jacky: Big Pharma. Das internationale Geschäft mit der Krankheit. Patmos Verlag GmbH & Co. KG, Düsseldorf 2007, S 15

<sup>131</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Image> ( Stand: 7.6.09)

als widersprüchlich wahrnehmen. Objekte, die sich einen Kult-Status erworben haben, können auch ganz ohne Werbung auskommen.<sup>132</sup>

Diedenhofen verweist auf die wirtschaftliche Bedeutung eines stabilen guten Images:

*Imagewerte reflektieren nichts anderes als die Wirkungen, die Unternehmen am Markt mit ihren Produkten und Kommunikationsmitteln erzeugen. Da nicht gesagt ist, ob diese Wirkungen intendiert waren, ist es eine wesentliche Erweiterung zur Bestimmung der strategischen Position eines Pharmaunternehmens, diese Imageinformationen aus Abnehmersicht in den Strategieentwicklungsprozess mit einzubeziehen.*<sup>133</sup>

An anderer Stelle heißt es dazu:

***...denn erst eine langfristige Verknüpfung der kommunikativen Zielgröße Image mit ökonomisch und strategisch wichtigen Zielgrößen wie Marktanteil erhält das Firmenimage seine strategische Relevanz.***<sup>134</sup>

Huber schlägt aus der Perspektive des Werbefachmanns in dieselbe Kerbe:

Er ist ebenfalls überzeugt, dass:

*ein positives, klar profiliertes Image des Unternehmens ein(en) wesentliche(n) Vorzug beim Verkauf darstellt und bezieht sich damit auf zahlreiche Untersuchungen. Es stützt das bestehende Geschäft und vermag die Akzeptanz neuer Produkte vorzubereiten, ebenso wie es die Gewinnung neuer, qualifizierter Mitarbeiter erleichtert und einen Beitrag zu einem positiven Klima im gesellschaftlichen Umfeld leisten kann.*<sup>135</sup>

An anderer Stelle stellt Huber fest:

*Das unternehmerische Bewusstsein ist neu erwacht. Man exponiert sich. Das wiederum zwingt zu einem Selbstverständnis und zu einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit. Corporate Identity wird gelehrt, Corporate –Identity - Design praktiziert. (...) Man sucht nach einem Konsens mit allen am Wirtschaftsprozess Beteiligten. Das Corporate Image ist zu einem Produktivitätsfaktor geworden.*<sup>136</sup>

Je nach Firmenkonstellation sind andere Imagedimensionen von großer Bedeutung: für den Imitationswettbewerb stellen die Imagedimensionen „Außendienst-„ und „Managementqualität“ die entscheidende Rolle; hingegen im Wirkstoffwettbewerb gewinnt

<sup>132</sup> Vgl. wie oben

<sup>133</sup> DIEDENHOFEN, Hans- Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. DISS., Difo- Druck GmbH, Bamberg 1991, S 208.

<sup>134</sup> Wie oben, S 210. Zitiert nach: TROMMSDORFF/ SCHUSTER: Image- Daten, S 63

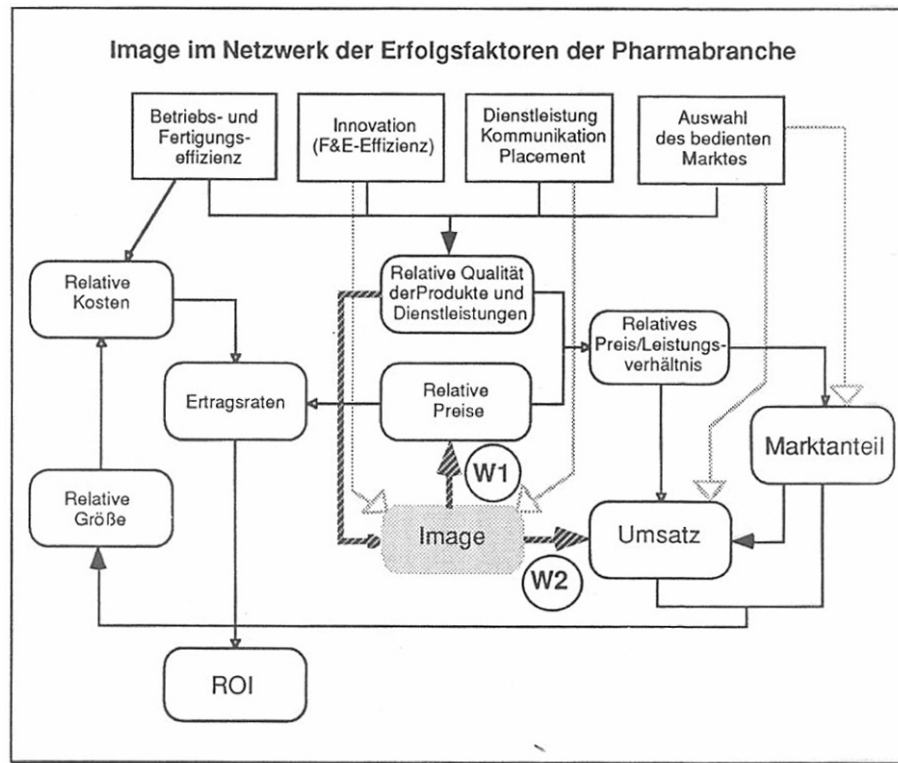
<sup>135</sup> HUBER, Karl: Image. S 483

<sup>136</sup> HUBER, Karl: Image. S 15



der Imagefaktor „Internationaler Wissenstransfer“ oder „Kommunikation“ eventuell an größerer Bedeutung.<sup>137</sup>

Abbildung 5: Wirkungszusammenhang Erfolgsfaktoren



Eine spannende Expertenbefragung forschender und nicht- forschender Firmen verdanken wir Hilleke- Daniel zum Thema Erfolgsfaktoren.

- Vor zehn Jahren waren dies: Innovativität und Produktivität
- Innovativität wurde heute abgelöst durch: Produktqualität, **Außendienst, Reputation,** Mitarbeiter, Organisation und Service.
- In zehn Jahren gewinnen Innovativität und Kommunikation (wieder) an Bedeutung.<sup>138</sup>

Diedenhofen prophezeit, dass die Kommunikationspolitik in Zukunft die wichtigste strategische Komponente bilden wird:

<sup>137</sup> Vgl. wie oben, S 210

<sup>138</sup> Wie oben, S 43

*Da sich der Wettbewerb auf dem Schlachtfeld der Kommunikation intensivieren wird, muss diese einerseits selektiver ausgerichtet und andererseits in ihrer Qualität gesteigert werden (weg vom Gießkannenprinzip). Es werden somit innovative Aktionen zur Differenzierung im Medienschwungel gefragt sein und, je nach Arzt-Segment, unterschiedliche Kommunikationsstrategien zu etablieren sein.<sup>139</sup>*

Pharmamarketing Spezialistin Frau Dr. Angela Liedler, Agenturchefin in Deutschland, hat diese Tatsache früh erkannt. Die Pharmakunden werden von ihr bereits mit Tools ausgestattet, die es dem Außendienst ermöglichen sollen, auf das jeweilige Bedürfnis des Arztes abgestimmt agieren zu können. So teilt sie Ärzte in drei (altmodische) Typen:

Typ 1: *der rote Arzt*: er wünscht das beste Medikament, ist an Forschungsergebnissen interessiert und wünscht immer die innovativsten Produkte. Opinion-Leader

Typ 2: *der blaue Arzt*: der so genannte Unternehmer. Er ist chronisch gestresst, hat für gewöhnlich eine große bis sehr große (Landarzt-)Praxis. Ihn kann man mit Dienstleistungen/ Pre-call System für die Patienten/ Software-Tools/ Pollenkalender/ Broschüren etc. Unterstützung bieten und ihm damit wertvolle Zeit (Zeit ist Geld) abnehmen.

Typ 3: *der grüne Arzt- der Fürsorgliche*: Diese Praxis ist für gewöhnlich klein. Der Arzt hat also Zeit für intensive Betreuung seiner Patienten. Es geht ihm bei seiner Arbeit um die Verbesserung der Lebensqualität seiner Patienten/ weniger Nebenwirkungen ...

Der nächste Schritt ist bereits getan: der „flexible“ Arbeitsfolder für den Pharmareferenten, der für jeden Typ das Richtige dabei hat oder den interaktiven tablet pc<sup>140</sup>

Abbildung 5 verdeutlicht die Wirkungszusammenhänge der Erfolgsfaktoren nach Diedenhofen.

**E= L×K<sup>2</sup> Erfolg= Leistung<sup>141</sup> × Kommunikation<sup>2</sup>**

Diese Formel stammt von Stefan VERRA, seines Zeichens sehr erfolgreicher Motivationstrainer im deutschsprachigen Raum. Er bestätigt damit wieder die überragende Bedeutung der Kommunikation als Erfolgsfaktor.

III. ARZTPRAXIS: GESTERN- HEUTE

<sup>139</sup> Wie oben, S 48

<sup>140</sup> Vgl.: <http://www.liedler.de/Impressum-Kontakt.16.0.html> (Stand 10.9.09)

<sup>141</sup> Produkt, Marketing,...

Es liegt in der Natur der Sache, dass unmöglich alle Arztpraxen über einen Kamm zu scheren sind. Eine Landarztpraxis und eine Großstadtpraxis, eine Kleinarztpraxis ohne Sprechstundenhilfe (auch das gibt es noch) und die Gruppenpraxis, die alteingesessene und die innovative Arztpraxis haben oft nur wenig gemein. Noch weniger Parallelen lassen sich zwischen historischer und heutiger Arztpraxis finden.

*Aussagen über Berufsanforderungen, Praxiserfahrungen, Berufsbild, ökonomische Situation, Karrierechancen, Arzt- Patienten- Verhältnis und Struktur der PatientInnen können kaum verallgemeinert werden, sie waren offensichtlich unterschiedlicher als angenommen und außerdem einem schnellen historischen Wandel unterworfen. Andernteils (...), dass Arztpraxen durchaus parallele, charakteristische Entwicklungen bzw. Konstanten aufweisen, etwa unter Zunahme der Zahl an PatientInnen mit der Etablierung des Arztes oder der Wunsch der PatientInnen nach qualitativvoller Behandlung.<sup>142</sup>*

*Zunehmende Konkurrenz und steigender Kostendruck unterstreichen auch im niedergelassenen Bereich die Wichtigkeit der wirtschaftlichen und qualitätsbewussten Planung, Organisation und Führung von medizinisch genutzten Räumlichkeiten unter ständiger Betrachtung der Patientenwünsche.<sup>143</sup>*

Kritisch geht BARTOSEK mit der Arztpraxis von heute ins Gericht:

„Eine (...) prozessoptimierte und gleichzeitig patientenorientierte Arztpraxis ist heute noch immer eine Seltenheit.“<sup>144</sup> Unternehmensziele der Arztpraxis weichen von jenen gewöhnlicher Unternehmensgründungen nur unwesentlich ab. Die folgende Abbildung 6 gibt einen guten Überblick über die einzelnen Teilziele.

Abbildung 6: Unternehmensstrategie Arztpraxis

<sup>142</sup> DIETRICH-DAUM, Elisabeth/ DINGES, Martin/ JÜTTE, Robert/ ROILO, Christine (Hrsg.): Arztpraxen im Vergleich: 18.- 20. Jahrhundert. StudienVerlag, Innsbruck 2008, S 18

<sup>143</sup> BARTOSEK, Ing. Mag. (FH) Bernd: Das Unternehmen Arztpraxis. Extramurale Gesundheitsdienstleistungen im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Funktionsoptimierung. DISS., Linz 2003, S 3

<sup>144</sup> BARTOSEK, S 252

<b>Unternehmensziele der Praxis (Hauptziele)</b> Generelle Zielsetzung/Praxisphilosophie Geschäftsfelder (Leistungsschwerpunkte) Allgemeine Verhaltensnormen (Praxiskultur)				
<b>Unternehmensstrategie</b>				
<b>Teilziel Entwicklung</b>	<b>Teilziel Marketing</b>	<b>Teilziel Finanzen</b>	<b>Teilziel Gewinn</b>	<b>Teilziel Organisation</b>
Dienstleistungen Service	Patienten/Überweiser- Zielgruppen Patientengerechtes Angebot Service-Konzept Kommunikationsfaktor	Finanzstruktur Rendite Eigen- finanzierung Verschuldung	Umsatz Cash flow Reingewinn	Qualifikation Personal EDV Praxisablauf

Atteslander: "Zu Recht entziehen sich die Beziehungen Arzt-Patient rigider Forderungen von Effizienz und Rationalisierung. Nicht der Patient ist Objekt ärztlichen Bemühens, sondern allenfalls dessen Krankheit. Nicht die Beziehung Arzt- Patient ist zu rationalisieren, rationalisiert und effizienter könnten die Mittel der Diagnose gestaltet werden."

### III.1. ORGANISATION

Beck gliedert die Organisation der Arztpraxis in zwei große Teilbereiche: den administrativen und medizinischen Teilbereich. Der medizinische Teilbereich wird vorrangig vom Arzt – nicht zuletzt unter Zuhilfenahme moderner Informationssysteme - selbst getragen. Daten wie Risiken, Zusammensetzung, Kontraindikationen, Dosierung, Nebenwirkungen können somit jederzeit in Sekundenschnelle abgerufen werden.

Auf den administrativen Teilbereich wollen wir infolge etwas näher eingehen. Dieser wird heute in der Arztpraxis zumeist von Sprechstundenhilfe und Arzt gemeinsam mit Unterstützung von Computern bewältigt. Aufgabengebiete, die sich besonders für den Computereinsatz eignen, sind:

Patientenverwaltung<sup>145</sup>, Formularerstellung<sup>146</sup>, Abrechnung mit den Krankenkassen, Zeitmanagement<sup>147</sup> und Hausapotheke<sup>148, 149</sup>.

Abbildung 7 findest du dazu im Anhang.

Das Arzt- Pharmareferentengespräch findet in der Regel im Behandlungsraum, nicht selten aber auch im Funktionsraum, im Privatraum des Arztes oder auch bisweilen im Wartezimmer unter Beobachtung der Patienten statt. Das folgende Kapitel beschäftigt sich nun mit möglichen räumlichen Voraussetzungen in einer Arztpraxis, mit denen sich der Pharmareferent bei seinem Arztbesuch konfrontiert sieht.

Die Praxisgestaltung wirkt sich nicht zuletzt auf alle Praxisabläufe aus. „Deshalb muss im Rahmen der funktionalen Praxisplanung darauf geachtet werden, dass alle Praxisabläufe von Anfang an optimal gestaltbar sind.“<sup>150</sup> Diese wird schlussendlich auch auf die Kommunikation Arzt - Patient und Arzt - Pharmareferent Einfluss nehmen.

### III.1.1 EINRICHTUNG

Art der Einrichtung und Aufteilung der Räumlichkeiten hängen stark von der Fachrichtung des Arztes ab. Eine Zahnarztordination verlangt eine andere Raumaufteilung als allgemeinmedizinische Praxis:<sup>151</sup>

Die Erfordernisse eines *Behandlungsraumes* umfassen die Möglichkeiten folgender Leistungserbringungen: Ärztliches Gespräch, Beratung, Rezeptur; Untersuchungen,

<sup>145</sup> Statt der obsolet gewordenen Karteikarten.

<sup>146</sup> Zum Beispiel: Rezepte, Vordrucke für Krankenkassen, Zeitbestätigungen.

<sup>147</sup> Terminvergabe, automatisches Eintragen von Kontrolluntersuchungen, Wartelistenverwaltung.

<sup>148</sup> Verwaltung der Hausapotheke, Durchführung von Nachbestellungen.

<sup>149</sup> BECK, Hartmuth: Der Einsatz von Computern in der Arztpraxis als administrativer Hilfsmittel. DA, Wien 1996, S 19

<sup>150</sup> BARTOSEK, Ing. Mag. (FH) Bernd: Das Unternehmen Arztpraxis. Extramurale Gesundheitsdienstleistungen im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Funktionsoptimierung. DISS., Linz 2003, S 246

<sup>151</sup> Vgl. AFSHARPOUR, Hengameh: Betriebswirtschaftliche Konzepte für die Gründung ärztlicher Praxen. DA, Wien 1999, S 17f.

Behandlungen; kleine chirurgische Eingriffe; Notfallversorgung und Medikamentenabgabe und Hausapotheke.

Der *Wartebereich* umfasst im Idealfall: helle, harmonische, freundliche Wandfarben, er sollte gut beheizt sein mit pflegeleichter Ausstattung und über eine entsprechende Größe verfügen. Sein Inventar sollte Sessel, Tisch oder Ablage, Kleiderablage, Kinderecke, Wanduhr, Sprechanlage, Bilder, Pflanzen und Zeitschriften beinhalten.

Im *Zentralraum* kommt der niedergelassene Arzt im Regelfall nicht ohne Telefonanlage, Faxanlage, Telefonanrufbeantworter, EDV, Kopiergerät, Scanner, Papierzerkleinerer und Kassa mit Wechselgeld aus. Wenn keine Funktionsräume vorhanden sind, können auch hier spezielle und kostenintensive technische Geräte vorhanden sein.

Schließlich die *Funktionsräume*: deren Nutzung ist oftmals bestimmten Behandlungen und Untersuchungen, wie Blutabnahme, EKG, Dialyse, Filtrationen, und Ähnlichem vorbehalten.

Die *Hauptfunktionen* des Arzttraumes umfassen:<sup>152</sup>

- Praxisführung- ärztliches Gespräch- Beratung- Rezeptur
- Kleine Untersuchung- Blutdruckmessung- erste Injektion
- Gynäkologische Untersuchung und Behandlung
- Eingehende (liegende) Untersuchung, Behandlung
- Kleine Chirurgie
- HNO, Augen
- Notfallversorgung und Medikamentenabgabe
- Säuglingsuntersuchung und –behandlung
- Serieninjektionen

Die *Nebenfunktionen* beinhalten:

- EKG
- Röntgen
- Auch Zahnarzt
- Unfallchirurgische Einrichtung
- Hausapotheke
- Gruppentherapie

---

<sup>152</sup> KOPETZ, Dr. Michael: Ordinationsmanagement. Elf Schritte zum Erfolg. ÖAK Verlag, Wien 1996, S 25

Manche Arztpraxen verfügen über einen separaten Funktionsraum für bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsvorgänge. Diese können unter anderem als Praxislabor, für Ergometrie, Röntgen, Ultraschall und für Physiotherapie genützt werden.

Bei der Raumgestaltung sollte weiters auf die Wahrung der Intimsphäre des Patienten und eine ungestörte Arzt- Patienten- Kommunikation geachtet werden.

### III.1.2. TECHNOLOGISIERUNG

Jene Arztpraxen, die an Technik mit einem Telefonanschluss und einem Faxgerät ihr Auslangen finden, zählen zu den vom Aussterben bedrohten Gattungen. Die moderne Arztpraxis kommt nicht mehr aus ohne Telefonanlage mit mehreren Nebenstellen, mindestens aber mit einer, einer Sprechanlage, einem Faxgerät, einem Telefonanrufbeantworter, einem Kopiergerät und natürlich dem Computer.

Der Computer ist aus den Arztpraxen nicht mehr wegzudenken.

Der EDV- Einsatz deckt gleich mehrere Bereiche des Ordinationsmanagements ab:<sup>153</sup>

1. *Anmeldung*: Terminkalender
2. *Aufnahme*: Patienten- Stammdatei
3. *Untersuchung*: Erfassung, Diagnosehilfen, Info- Datenbank, Befunderstellung
4. *Behandlung*: Medikamenten- Datei (Verträglichkeit), Rezeptdruck, Lagerführung, Formulardruck
5. *Abrechnung*: Leistungsdatei für spätere Abrechnung, Kassenabrechnung, Honorardruck
6. *Interne Verwaltung*: Krankenschein, Rechnungen, Finanzbuchhaltung, Gehaltsverrechnung, Kostenrechnung, Lager/ Bestellungen, diverse Statistiken

Die Speicherung von Patientendaten und ebenso von Verordnungen und Therapien ist nur einer von sechs medizinischen Anwendungsbereichen innerhalb einer Praxis oder eines Krankenhauses. Über Querschaltung und Fernleitung ist damit auch ein zentrales Datensystem für ein gesamtes nationales System möglich, das dann auch für allgemeine Information zugänglich ist und die Basis für medizinische Forschung sein kann.<sup>154</sup>

<sup>153</sup> Vgl.: KOPETZ, Dr. Michael: Ordinationsmanagement. Elf Schritte zum Erfolg. ÖAK Verlag, Wien 1996, S 37

<sup>154</sup> BERNER, Peter/ ZOPOTOCZKY (Hrsg.): Gesundheit im Brennpunkt. Zwischen Professionalisierung, Laiensystem und Bürokratie. Band 3, VERITAS Verlag, Linz 1992, S 132

*Während beim Aufgabenprofil des Arztes komplexe Informationsverarbeitungs- und Entscheidungsprozesse überwiegen, ist jenes der Mitarbeiter durch ständig wiederkehrende Routinetätigkeiten geprägt. Wesentlich ist bei der Nutzung von EDV, dass diese nur dann Sicht macht, wenn es zu einer integrativen ganzheitlichen Informationsstruktur kommt.*<sup>155</sup>

### III.1.2.1. E-CARD: LANGE ERPROBT WIRD ENDLICH GUT?

Am Anfang stand nur eine Idee: Eine Chipkarte („Medcard“)<sup>156</sup>, auf der alle patientenbezogene Informationen enthalten sein sollten. Bis zur flächendeckenden Umsetzung sollte es ein beschwerlicher und langer Weg werden.

Unbestritten ist die Tatsache, dass die immer noch weit verbreitete Abwehrhaltung gegenüber der e-Card seitens der Ärzteschaft auch etwas mit dem getrübten Verhältnis zum Vertragspartner Hauptverband zu tun hat. Dr. Wenzl, niedergelassener Arzt, hat zur e-Card eine mehrheitlich positive Einstellung: Er kann dem Argument vieler Kollegen, dass die e-Card Infrastruktur den Arztpraxen enorme Kosten verursacht, folgen, dennoch kann er seiner Einführung auch viel Gutes abgewinnen. Sein Zugang ist betriebswirtschaftlicher Art: Er als Arzt hat mit der Einführung der e-Card ein Tool bereitgestellt, das einerseits seinem Team die Arbeit erleichtert, andererseits seinen Patienten einen neuen Service bieten kann.<sup>157</sup>

### III.2. QUALITÄTSSICHERUNG<sup>158</sup>

Die Verpflichtung zur ärztlichen Qualitätssicherung ist im bundesweit geltenden Ärztegesetz 1998 BGBl. I 169/1998 i.d.Fassung BGBl. I 156/2005 7. Ärztegesetz-Novelle verankert.

Der gesetzliche Auftrag an die ÖQMed zur Ausarbeitung fachspezifischer Qualitätskriterien, zur Durchführung der Qualitätsevaluierung und der Qualitätskontrolle wie auch der Führung des Qualitätsregisters ist in § 118a ÄrzteGesetz geregelt.

Der Ärztliche Qualitätsbericht 2009<sup>159</sup> zeigt folgende Ergebnisse:

<sup>155</sup> HAIMBERGER, Gerlinde Elisabeth: Computerunterstützung in der Arztpraxis aus betriebswirtschaftlicher Sicht. DA, Wien 1993, S 51

<sup>156</sup> Vgl.: HAIMBERGER, Gerlinde Elisabeth: Computerunterstützung in der Arztpraxis aus betriebswirtschaftlicher Sicht. DA, Wien 1993, S 77

<sup>157</sup> Vgl.: WENZL, Hans Dr.: Freie Ärzte am Tropf der Krankenkassen? Aus: Ärztemagazin. Ausgabe 36/ 2009, Wien 2009, S 5

<sup>158</sup> <http://www.oeqmed.at/index.php?id=38> (Stand: 14.7.09)

<sup>159</sup> [http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB\\_OEQMed\\_Bericht.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB_OEQMed_Bericht.pdf) (Stand: 22.7.09)

Ordinationsevaluierungen gemäß § 118a ff Ärztegesetz



Mit 17.833 Ordinationen schloss die überwältigende Mehrheit aller niedergelassenen Ärzte die im Mai beendete Qualitätsevaluierung positiv ab. Lediglich bei fünfzehn uneinsichtigen Ärzten führte der Qualitätscheck zu einer Anzeige beim Disziplinaranwalt. Ob dieses Prozedere zum Ausschluss führte, ist leider aus dem Bericht nicht zu entnehmen. Ordinationen, die mehrere Mängel aufweisen, werden von einem Auditor vor Ort überprüft. Darüber hinaus wählt ein elektronischer Zufallsgenerator weitere Ordinationen aus, die ebenfalls besucht werden. Wenn die Angaben der Selbstevaluierung plausibel und wahrheitsgemäß sowie allfällige Mängel behoben sind, wird der Ordination ein Zertifikat ausgestellt, das die Konformität mit den Qualitätskriterien der Qualitätssicherungsverordnung bestätigt.<sup>160</sup>

1.207 Ordinationen wurden der ÖQMed von den Landesärztekammern als zur Evaluierung anstehend gemeldet, jedoch von den Betreibern geschlossen, bevor die Evaluierung beendet wurde. Da die Ärzte nicht verpflichtet sind, der ÖQMed den Grund für die Abmeldung einer Ordination mitzuteilen, sind bei 1.008 Ordinationen die Gründe für die Ordinationsschließungen nicht bekannt. 126 Ordinationen haben ihren Standort verlegt, 51 Ärzte sind in Pension gegangen und 22 Ärzte sind verstorben.<sup>161</sup>

Die einzelnen Schritte der Evaluierung auf einen Blick:

- Selbstevaluierung des betroffenen Arztes bzw. der Ärztin
- Prüfung der Selbstevaluierung auf Plausibilität
- Stichprobenartige Überprüfung der Ordinationen durch ärztliche QS-Beauftragte
- Erteilung eines Mängelbehebungsauftrags für Ordinationen, die eines oder mehrere Kriterien nicht erfüllen
- Überprüfung der Behebung allfälliger Mängel

Einige Beispiel für die Qualitätskriterien:

- *Erreichbarkeit*: bei Schließung wegen Urlaub etc. ist die Vertretung geregelt.
- *Hausbesuche*: der Arzt führt bei Notwendigkeit Hausbesuche durch und die Mitarbeiterin der Ordination weiß über die Kriterien für Hausbesuche Bescheid.
- *Notfallvorsorge*: Arzt und Mitarbeiter sind auf das Auftreten von Notfällen vorbereitet.
- *Hygiene*: In der Ordination gibt es Durchführungsanweisungen für die

---

<sup>160</sup> Wie oben, S 11

<sup>161</sup> Wie oben, S 14

Grundanforderungen für Hygiene und Sauberkeit.

- *Ausstattung*: Die Grundausrüstung entspricht dem angebotenen Leistungsspektrum.
- *Barrierefreiheit*: bei Neugründung und Praxisübergabe sind ab Mitte 2006 eine Konsultation mit einem Behindertenverband durchzuführen.
- *Interne Kommunikation*: es finden regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen statt.
- Usw.<sup>162</sup>

*Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Ärztin / den Arzt und die Ordination stellen sicher, dass*

- *die Ärztin / der Arzt selbst durch kontinuierliche Fortbildung seine Tätigkeit am aktuellen Stand der Medizin orientieren kann;*
- *das Personal qualifiziert ist und die internen Abläufe in der Ordination so geregelt sind, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter alle für ihre Arbeit erforderlichen Informationen haben*
- *die Abläufe in der Ordination so geregelt sind, dass die Vertraulichkeit der personenbezogenen Patientendaten gewahrt ist*
- *die behandlungsbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten systematisch erhoben, verwaltet und archiviert werden*
- *die Räumlichkeiten der Ordination sowohl in Größe und Anzahl, als auch bzgl. ihrer Ausstattung und Instandhaltung dem medizinischen Leistungsangebot und dem Patientenaufkommen entsprechen und für die Patientinnen und Patienten gut zugänglich und erreichbar sind*
- *alle Arbeitsmittel in ausreichender Menge und Qualität vorhanden sind (vom Bestellwesen für Ordinationsbedarf, Medikamente, etc. bis zur regelmäßigen vorschriftsmäßigen Wartung der technischen Geräte)*
- *dass aufgetretene Fehler so untersucht und behandelt werden, dass ihr Wiederauftreten unwahrscheinlich ist. Hier fehlt noch eine Fußnote.*

Darüber hinaus liegt es im Ermessen des Arztes, zusätzlich ein Qualitätsmanagementsystem zu implementieren, das sich an Zertifizierungen wie ISO

---

<sup>162</sup> <http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/index.htm?http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/de/news/news.php>  
(Stand: 23.7.09)

9000ff orientiert, um einen geregelten und strukturierten Ablauf in der Ordination zu gewährleisten.<sup>163</sup>

Hilfestellung kann für den niedergelassenen Arzt ebenfalls einschlägige Lektüre wie „Unternehmen Arztpraxis“, ein Handbuch mit Fallbeispielen und Übersichten von Fritz Christian und Schauer Katja, bieten. Systematisch werden hier in Form von Checklisten Rechtsgrundlagen, Steuerfragen, Patientenmarketing und modernes Mitarbeitermanagement abgehandelt.<sup>164</sup>

### III.3. ROLLENBILD DES ARZTES IM WANDEL<sup>165</sup>

Im folgenden Kapitel beziehe ich mich hauptsächlich auf einen Artikel aus dem Ärztemagazin 8/2009 zum Thema „Was bedeutet Arztsein im 21. Jahrhundert?“

Die ökonomische Nutzung der Ressourcen gewinnt auch in der Medizin immer mehr an Bedeutung. Dies stellt „eine Herausforderung an Ethik und Praxis des Berufsbildes Arzt dar.“ Aber auch beim Klinikmanagement ortet man Verbesserungspotential: „Die leitenden Ärzte müssen zu viele verschiedene Aufgaben übernehmen, sodass sie sich nicht mehr genug auf ihre ärztlichen Kernaufgaben konzentrieren können.“

Besonders im niedergelassenen Bereich unter den Vertragsärzten zeigt sich die Zerrissenheit der Ärzte zwischen Ethik und Ökonomie. Die Kassen fordern von den Vertragspartnern ökonomische Verschreibungen. Der Patient erwartet gleichzeitig von seinem Hausarzt die beste verfügbare Therapie.

Die Lösungsansätze für eine moderne Gesundheitsökonomie sind vielfältig:

Therapieoptimierung durch mehr unabhängige wissenschaftliche Studien<sup>166</sup>, kompetentes Klinikmanagement eventuell unter Beiziehung von Wirtschaftsexperten,

<sup>163</sup> Vgl.: BÖHM, Gernot: Anforderungen an Managementunterstützungssysteme in österreichischen, mittelständischen Unternehmen, am Beispiel von ärztlichen Ordinationsbetrieben. DA, Wien 2007, S 66

<sup>164</sup> FRITZ, Christian/ SCHAUER, Katja: Unternehmen Arztpraxis. Rechtsgrundlagen. Steuerliche Behandlung. Patientenmarketing. Modernes Mitarbeitermanagement. Handbuch mit Fallbeispielen und Übersichten. Linde Verlag

<sup>165</sup> Vgl.: SCHENK, Christina: Was bedeutet Arzt sein im 21. Jahrhundert? Aus: Ärztemagazin 8/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien 2009, S 28f.

<sup>166</sup> Studien werden fast ausschließlich von der finanzstarken Pharmaindustrie beauftragt. Je länger und größer (große Teilnehmerzahl) eine Studie ist, desto aussagekräftiger, aber auch kostenintensiver wird eine Studie im Regelfall (abhängig immer auch vom Studiendesign) sein. Unabhängige Studien lassen sich daher kaum umsetzen. Gefordert würden mehr unabhängige Studien nach der Marktzulassung eines Medikamentes, um dessen Wirksamkeit sowie die langfristige Sicherheit unter Alltagsbedingungen besser kontrollieren zu können. Nicht wenige Ärzte sind aufgrund der offensichtlichen Abhängigkeit der Studien als äußerst Studien- skeptisch einzustufen.

Verhältnismäßigkeit, Sinnhaftigkeit und Zumutbarkeit der medizinischen Maßnahmen und höhere Gesundheitsqualität der Patienten sind einige wichtige Schlagworte. Die Teilnehmer des Ärztekongresses werteten darüber hinaus das Zuhören und Motivieren des Arztes gegenüber dem Patienten als wichtige Faktoren zur Verbesserung der Compliance.

Nicht nur bei den letztgenannten Punkten orteten manche der Teilnehmer aktuell Defizite. Sie forderten „wieder mehr Zeit für die Patienten“ ein, „mit dem Ziel, ihre Compliance zu fördern“<sup>167</sup>, indem sie ihnen zum Beispiel die Wichtigkeit der einzunehmenden Medikamente genau erklären.“ Auch die Themen „Computer“ und „hochtechnisierte Medizin“ wurden nicht ausgespart. Computer dürfen nicht als Ersatz für das ärztliche Gespräch gesehen werden. Vielmehr sollte man „beides kombinieren“.

Es ist letztlich nicht von der Hand zu weisen, dass die Ansprüche an den Arzt seitens des Patienten, aber auch der Gesellschaft insgesamt deutlich gestiegen sind und der Arzt sich zunehmend in einem ständigen Spannungsfeld Ökonomie- Moral- Ethik- Gesundheitsqualität bewegt.

Ärztammer- Vizepräsident Dr. Wechselberger fordert im Rahmen der aktuellen Diskussion rund um die Erfordernisse der Gesundheitsökonomie Therapiefreiheit der freien Ärzte und keine staatlichen Polykliniken, die letztlich den Arzt mit betrieblichen Leitlinien und Behandlungspfaden maßgeblich in dieser beschneiden.<sup>168</sup>

„Unwirtschaftlich ist unethisch“ meint Gesundheitsunternehmer Prof. LOHMANN<sup>169</sup>, Präsident des 1. Österreichischen Gesundheitswirtschaftskongresses. Drei „Thesen der Gesundheitswirtschaft für patientenorientierte Gesundheitspolitik“ – Fußnote seien an dieser Stelle angeführt:

- ✚ *Die Qualität der Medizin* steht im Zentrum. Gesundheitsanbieter müssen sich deshalb auf die Modernisierung ihrer Strukturen und Prozesse konzentrieren. Die Patienten und ihre Bedürfnisse sind der zentrale Maßstab.
- ✚ *Motivierte und informierte Mitarbeiter* sind die Voraussetzung, um diese Ziele zu erreichen. Kluge Unternehmensführer entwickeln deshalb Maßnahmen zur

<sup>167</sup> Die compliance ist nachweislich bei chronisch Erkrankten äußerst beklagenswert.

<sup>168</sup> Vgl.: KRASSNITZER, Michael Mag.: Gesundheit ist nicht wie Wirtschaft. Aus: Ärztemagazin 10/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien 2009, S 6

<sup>169</sup> KRASSNITZER (2009), S 6

Förderung ihrer Leistungsträger. Abstimmung und gemeinsames Handeln sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung.

- ✚ *Abbau einer bürokratischen Überregulierung.* Der Staat konzentriert sich auf die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens und des Patientenschutzes.

*Zunehmende Konkurrenz und steigender Kostendruck unterstreichen, (...) die Wichtigkeit der wirtschaftlichen und qualitätsbewussten Planung, Organisation und Führung von medizinisch genutzten Räumlichkeiten unter ständiger Betrachtung der Patientenwünsche, lauteten die Zukunftsvisionen.<sup>170</sup>*

Der „Gott in Weiß“ ist längst Geschichte.<sup>171</sup> Heute „konsumiert“ der Patient eine medizinische Dienstleistung. Ist er Mal um Mal unzufrieden, wird er früher oder später den Dienstleister wechseln.

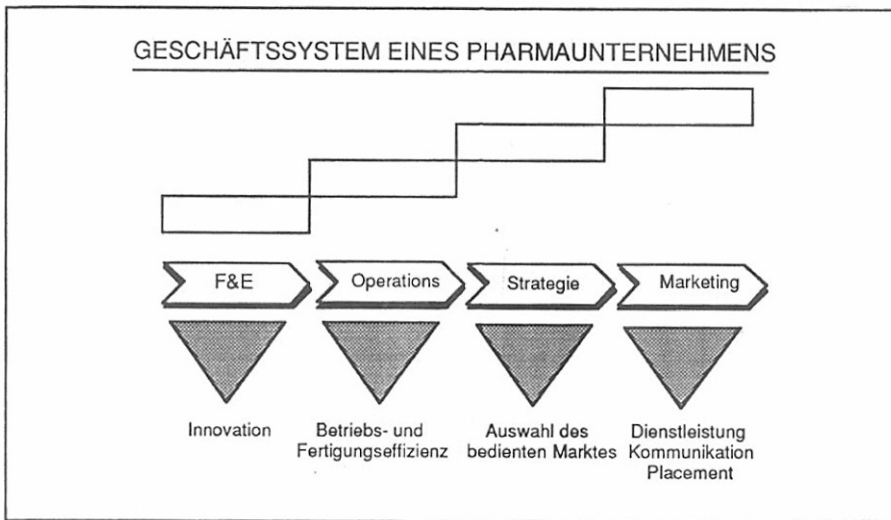
---

<sup>170</sup> BARTOSEK, Ing. Mag. (FH) Bernd: Das Unternehmen Arztpraxis. Extramurale Gesundheitsdienstleistungen im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Funktionsoptimierung. DISS., Linz 2003, S 3

<sup>171</sup> Vgl.: BARTOSEK, S 252

## IV. PHARMAINDUSTRIE IN ÖSTERREICH

Abbildung 8: Geschäftssystem Pharmaunternehmen



Der Startschuss für den Aufbau einer erwähnenswerten pharmazeutischen wie chemischen Industrie in Österreich fiel nach Ende des Zweiten Weltkrieges.<sup>172</sup>

Die Pharmaindustrie nimmt weltweit in den einzelnen Nationalstaaten eine Zwitterstellung ein. Die Pharmaindustrie ist ein immer wichtiger werdender Wirtschaftsfaktor und zugleich wesentlicher Akteur im Gesundheitswesen. Diese Tatsache verlangt nach ökonomischen und sozialpolitischen Beurteilungskriterien. Die Rolle der Pharmaindustrie bedingt zweierlei: Leistungsfähigkeit im Sinne von Wettbewerbsfähigkeit, Forschungskapazität und Außenhandelsintensität als auch eine qualitativ entsprechende und preisgünstige Versorgung des Gesundheitssystems mit Arzneimitteln.<sup>173</sup>

Die wesentlichen Eckdaten der österreichischen Pharmaindustrie im Gesamtüberblick:

<sup>172</sup> BAUER, Johann et al; Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft (AK Wien): Pharma in Österreich. Probleme und Zielsetzungen einer modernen Heilmittelversorgung in Österreich. Wien, 1979, S 5

<sup>173</sup> Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstitutes; eurofit: Die österreichische Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich und ihre Rolle im Gesundheitswesen. Wien, S 5

- Nahezu die Hälfte aller österreichischen Pharma-Unternehmen haben maximal neun Mitarbeiter. Knapp über **40 Prozent** der Betriebe sind **kleine und mittlere Unternehmen** mit 10 bis 250 Mitarbeitern. So gibt es zum Beispiel Apotheken mit eigener Medikamenten-Produktion oder Familienunternehmen, die bewährte pflanzliche Hausmittel herstellen.
- Nur rund **10 Prozent** der Pharma-Firmen sind **Großunternehmen** mit mehr als 250 Mitarbeitern. In Österreich sind insgesamt rund 10.000 Mitarbeiter bei Pharma-Unternehmen beschäftigt.<sup>174</sup>
- In Österreich sind 2009 **101 in- und ausländische pharmazeutische Unternehmen** vertreten.
- 2006 haben österreichische Pharma-Unternehmen pharmazeutische Produkte im Wert von rund **1,87 Milliarden Euro** produziert. Im selben Jahr wurden Medikamente im Wert von 4,23 Milliarden Euro exportiert und Medikamente im Wert von 3,91 Milliarden Euro importiert.<sup>175</sup>
- **Außenhandel** spielt für den Wirtschaftsstandort Österreich eine ganz wesentliche Rolle. Die Ausfuhr von Pharmazeutika konnte im Jahr 2006 um 17,3% auf 4,2 Mrd. Euro gesteigert werden.<sup>176</sup>
- Der **Anteil** der Arzneimittelausgaben **am Gesundheitsbudget** liegt bei 11,5%<sup>177</sup>, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt im europäischen Spitzenfeld bei 8,4%.
- Die **Chemiebranche** gehört zu den **größten heimischen Industriezweigen**. Der Anteil am gesamten Produktionswert der Industrie liegt im Oktober 2007 bei 11,1%, ca. 41.700 Arbeitnehmer sind beschäftigt. Die pharmazeutische Industrie liegt anteilmäßig mit 12,6% mit der chemischen Industrie gleich auf nach der Sparte Kunststoff.<sup>178</sup>
- Zeitgleich hat die Pharmaindustrie im ersten Halbjahr 2007 ein beachtliches **Wachstum von 16- 18%** verzeichnet.<sup>179</sup>

<sup>174</sup> Zum Vergleich: 1989 waren 9200 Arbeitnehmer in der pharmazeutischen Industrie beschäftigt. Das entspricht 0,8% der Industriebeschäftigten insgesamt und 1,2% der industriellen Wertschöpfung. Aus: wie oben, S 5

<sup>175</sup> <http://www.pharmig.at/modules.php?name=content&pa=showpage&pid=41&SESS=ee694a430c4df2559e6f5f998e3d51ba> (Stand: 9.8. 09)

<sup>176</sup> WIESER, S 20

<sup>177</sup> Im internationalen Vergleich: BRD: 21,8%, Italien: 19,1%, Belgien: 16,6%, Schweiz: 12,5%, Schweden: 7,3%, USA: 6,8% des BIP. Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstitutes; eurofit: Die österreichische Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich und ihre Rolle im Gesundheitswesen. Wien, S 9

<sup>178</sup> WIESER, Christina Mag./ Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien: Die wirtschaftliche Lage der chemischen Industrie. 2008, Wien, S 5

<sup>179</sup> WIESER, S 22

- Die beiden **Globalplayer Sandoz und Baxter** führen die fünf umsatzstärksten Unternehmen der Branche an und erwirtschaften gemeinsam mit den drei anderen Top Five 40% vom Gesamtumsatz der Branche.<sup>180</sup>
- Viele Unternehmen- wie Sandoz und Baxter- halten weltweit Auslandsniederlassungen oder nützen den **Standort Österreich** für die Konzernexpansion nach Mittel- und Osteuropa.<sup>181</sup>

*Die Pharmaindustrie zählt bis in die jüngste Gegenwart zu den **dynamischsten Hochtechnologiebranchen** der Industrieländer. Sie hat ihre Dynamik der wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu verdanken, welcher sie mit hoher Forschungsintensität begegnet.*

*(...)Die Pharmaindustrie zählt zu den am **stärksten regulierten Wirtschaftsbereichen**. Diese Regulierungsintensität hat sich aufgrund der Unsicherheiten und Risiken in Bezug auf die Wirkung von Arzneimitteln, aber auch durch die hohe Marktmacht der Anbieter in einem gesellschaftlich sehr wichtigen Bereich entwickelt.*

*(...)Eine Besonderheit der Pharmaindustrie besteht darin, dass die **Nachfrage** nach Arzneimitteln nicht in erster Linie die Präferenzen der Konsumenten (Patienten) reflektiert, sondern vermittelt wird durch Sozialversicherungsträger, Spitäler, Ärzte und Apotheken.*

*(...)Diese Institutionen kennzeichnen auch einen Teil des **Clusters** (Netzwerke), in welchem sich die Pharmaindustrie bewegt. Zu den oben Genannten gehören noch die Forschungsinstitute auf den Universitäten, die außeruniversitäre Forschung, die Zulassungs- und Regulierungsbehörden auf nationaler und internationaler Ebene, sowie jene Institutionen und Personen, welche die Kommunikation zwischen den einzelnen Teilnehmern des Pharma-Clusters herstellen.<sup>182</sup>*

Nach der Typisierung von Pavitt (1984) entsprechen klassische Pharmaunternehmen dem Typus des Wissenschaftsbasierten („*science based*“) Unternehmens: Die Innovationstätigkeit hängt maßgeblich und unmittelbar von Durchbrüchen in der Grundlagenforschung ab, Prozessinnovationen kommen zu einem relativ hohen Teil aus der Branche selbst, aufgrund der außerordentlichen Forschungsintensität sind die Eintrittsbarrieren für branchenfremde Unternehmen relativ hoch. Dieser Kategorisierung von Pavitt durchaus entsprechend wurde die Pharmabranche (...) von großen

---

<sup>180</sup> Vgl.: WIESER, S 5

<sup>181</sup> WIESER, S 18

<sup>182</sup> JÖRG, Leonhard (FZS)/ BAYER, Kurt, HUTSCHENREITER, Gernot (WIFO): Spezialisierung und Diversität: die wirtschaftliche und technologische Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen pharmazeutischen Industrie im internationalen Umfeld: Studie im Auftrag der Bundesministerien für Öffentliche Wirtschaft und Verkehr sowie für Wissenschaft, Forschung und Kunst. 1995, Wien, S 1f.



Unternehmen geprägt, die ihr Selbstverständnis nicht selten aus einer langen Tradition Bahnbrechender Arzneimittelentwicklungen herleiten konnten.<sup>183</sup>

Die führenden Unternehmen der Industrie erzielen ihre Umsätze hauptsächlich aus Patentgeschützten Produkten. Während der Laufzeit des Patentes ist das Unternehmen vor Wettbewerb geschützt und genießt ein temporäres Monopol. Kein Schutz besteht natürlich vor dem Markteintritt von Konkurrenten mit substitutiven Produkten.

*Durch permanente staatliche Regulierung hat die Arzneimittelproduktion ihre Position als wichtiger Wachstumsmotor in der EU eingebüßt. Die Wettbewerbsfähigkeit der Pharmaindustrie in Europa hinkt- gemäß einer von der Kommission der EU in Auftrag gegebenen Studie- hinter der USA her.<sup>184</sup>*

Noch vor der Wirtschaftskrise verzeichnete die österreichische Pharmawirtschaft in den Jahren 2000- 2003 eine negative Umsatzentwicklung.<sup>185</sup>

#### IV.1. GENERIKA IM AUFWIND

Die Tatsache, dass Generika in den vergangenen Jahren plötzlich aus ihrem Schattendasein getreten und scheinbar einen Erfolgskurs eingeschlagen haben, stammt nicht von ungefähr. Der Gesetzgeber hat die nötigen Rahmenbedingungen für den Siegeszug geschaffen, nicht zuletzt um die leeren Kassen zu entlasten.

Die Preisgestaltung der Generika ist gesetzlich festgelegt: Der Preis des ersten Generikums, welches nach Ablauf des Patents eines Originalproduktes am österreichischen Markt kommt, muss um 20% -30% unter dem des Originals angesetzt werden, damit das Generikum in das Heilmittelverzeichnis des Hauptverbandes kommt und damit auf Kosten der Krankenkassen verordnet werden kann.<sup>186</sup>

Präzisiert man die Generika-Preisgestaltung durch den Hauptverband, so muss es heißen:

*Sobald das erste Generikum in den Erstattungskodex (EKO) aufgenommen wird, muss der Preis des Originalpräparates binnen drei Monaten um 30 Prozent gesenkt*

---

<sup>183</sup> W

<sup>184</sup> WALTER, Evelyn/ ZEHETMAYR, Susanne/ KAISER, Michael: Institut für Pharmaökonomische Forschung. 2003, Wien, S 75. Die Daten beziehen sich auf die Zeit vor der Wirtschaftskrise.

<sup>185</sup> Wie oben.

<sup>186</sup> Vgl.: Wirtschaftsförderungsinstitut der Handelskammer: Die österreichische Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich. Aus: Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstitutes/ eurofit, 1991, Wien, S 50

*werden. Das erste Generikum muss um mindestens 48 Prozent billiger sein als das Original. Das zweite Generikum muss um weitere 15 Prozent weniger kosten. Sobald das dritte Generikum in den EKO aufgenommen wird- dieses muss weitere zehn Prozent billiger sein- müssen die Preise des Originals und der Generika an den Preis dieses Generikums angepasst werden.*<sup>187</sup>

Dass bereits rund 50 Prozent aller in Österreich verschriebenen Arzneimittelpackungen Generika oder gleichpreisige Originalprodukte sind, bestätigt Dr. Jan Oliver Huber, PHARMIG- Generalsekretär<sup>188</sup>.

#### IV.1.1. AUT IDEM: Die Eckpunkte

- Der Arzt verschreibt entsprechend der notwendigen Therapie entweder wie bisher ein konkretes Produkt (Medikamentenname) oder eben nur den Wirkstoff unter Angabe der Darreichungsform und der Dosierung.
- Die Krankenkassen erstatten die Generika aus den jeweiligen Referenzgruppen innerhalb eines festgelegten Preisbandes.
- Der Patient hat die Möglichkeit, auch Präparate außerhalb des Preisbandes zu beziehen, muss die Differenz zwischen Referenz- und Kassenverkaufspreis aber selbst tragen.
- In begründeten Ausnahmefällen kann der Arzt die Aut idem-Regelung außer Kraft setzen<sup>189</sup>

Die Apothekerkammer unterstützt die politische Forderung nach der Aut idem Regelung (auf Deutsch übersetzt: „oder das Gleiche“). Rund 100 der 1000 Wirkstoffe sind bereits in Österreich generikafähig. Diese 100 Wirkstoffe würde die neue Regelung betreffen. In 17 EU- Ländern ist die Aut idem Regelung bereits Realität, unter ihnen Länder wie Deutschland, Schweden und die Niederlande. Diese Länderbeispiele werden auch gerne von den Befürwortern der Regelung angeführt, wenn es um die Einsparungspotentiale durch Senkung der Medikamentenkosten geht.

„Die Aut idem-Regelung führe dazu, dass Patienten „je nach Lagerhaltung des zuständigen Apothekers“ teils höchst unterschiedlich aussehende Medikamente erhielten. Es sei bekannt, dass die Galenik, also die Wirkweise einzelner Medikamente, trotz gleicher

<sup>187</sup> Pharmawirtschaft als Verlierer? Aus: Ärztemagazin. Das Magazin für Ärztinnen und Ärzte in der Praxis. Ausgabe 36/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien, S 6

<sup>188</sup> <http://www.pharmig.at/modules.php?name=news&nid=126&SESS=8a550c9adc4dc89b4e915d11b461db0f>

(Stand: 9.8.09)

<sup>189</sup> [www.apotheker.at](http://www.apotheker.at) (Stand: 9.9.09)

Substanzen von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sei, was von Ärztinnen und Ärzten bei der Verschreibung berücksichtigt werde. Ferner habe die Aut Idem-Regelung im benachbarten Deutschland finanziell bei Weitem nicht gehalten, was man sich davon versprochen hatte. „Heute spricht dort keiner mehr von einem Erfolg. Die Einsparungen waren unter der Wahrnehmungsgrenze. Die Probleme der Patienten sind aber nicht gering“, so Dorner. „Es gibt bessere Lösungen zur Dämpfung der Arzneimittelkosten als die Aut idem-Lösung, die Patienten verunsichert und Compliance und Behandlungserfolg gefährdet.“<sup>190</sup>

Eine endgültige politische Entscheidung dürfte kurz bevorstehen.

## IV.2. WEITERE AKTEURE IM GESUNDHEITSSYSTEM

Das vorliegende Kapitel wird die wichtigsten Akteure im Gesundheitssystem skizzieren. Berücksichtigung finden neben dem Hauptverband und dem Gesundheitsministerium, auch die Bundesgesundheitsagentur, die Pharmig und die Fachorganisationen der österreichischen Pharmawirtschaft.

### IV.2.1. DER HAUPTVERBAND

*Die Träger der sozialen **Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung** erbringen eine wachsende Menge von Leistungen für immer mehr Versicherte. Nicht nur "von der Wiege bis zur Bahre" wird für die Absicherung gegen die "Wechselfälle des Lebens", die **Versicherungsfälle** gesorgt. Von der Vorsorge vor einer Schwangerschaft bis zur Versorgung Hinterbliebener nach einem Todesfall sorgt die Sozialversicherung in fast allen Lebenslagen für Ihren **Versicherungsschutz**.*<sup>191</sup>

Das ab 1.1.1956 geltende Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) löste die bis dahin geltenden Gesetze auf dem Gebiet der Sozialversicherung ab. Es fasste die Kranken-, Unfall und Pensionsversicherung für die Arbeiter und Angestellten in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammen und regelte außerdem die Krankenversicherung der Pensionisten. Für eine Sondersicherung blieben Sozialversicherungsgesetze außerhalb des ASVG bestehen. Das ASVG gliedert sich in zehn Teile. In der Zwischenzeit wurden in Anpassung an die

<sup>190</sup> [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at) (Stand: 9.9.09)

<sup>191</sup> [http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal\\_channel\\_first\\_level.cms&window&p\\_menuid=5&p\\_tabid=4](http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal_channel_first_level.cms&window&p_menuid=5&p_tabid=4) (Stand: 9.8.09)

fortschreitende gesellschafts- und sozialpolitische Entwicklung zahlreiche Änderungen und Gesetzesnovellen vorgenommen.<sup>192</sup>

#### IV.2.2. DAS GESUNDHEITSMINISTERIUM

Das heutige Bundesministerium für Gesundheit besteht aus drei Sektionen.

Sektion I verantwortet die zentrale Koordination, das Gesundheits- und KV-Recht sowie die Gesundheitsstrukturangelegenheiten. Sektion II steht stellvertretend für Verbrauchergesundheit und Gesundheitsprävention und Sektion III hat das öffentliche Gesundheitswesen und Arzneimittelwesen in seinem Kompetenzbereich.

In die Sektion II fällt auch die wichtige Kompetenz des Qualitätsmanagements (siehe Kapitel III.3.3.). Das Ministerium ist gleichzeitig auch Aufsichtsbehörde des Hauptverbandes in finanziellen Angelegenheiten.<sup>193</sup>

Der amtierende Bundesminister für Gesundheit heißt Alois Stöger, diplomé.

##### IV.2.2.1. BUNDESGESUNDHEITSAGENTUR

Die Gesundheitsreform von 2005 verfolgte mit der neuen Vereinbarung gleich mehrere Ziele:

1. Die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens.
2. Längerfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen.
3. Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen.<sup>194</sup>

---

<sup>192</sup> Siehe Fußnote 11

<sup>193</sup> [www.gesundheitsministerium.at](http://www.gesundheitsministerium.at) (Stand: 9.9.09)

Zur besseren Umsetzbarkeit des ersten genannten Punktes wurde neben anderen Maßnahmen eine Bundesgesundheitsagentur mit Bundesgesundheitskommission zur Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens (niedergelassener - und Krankenanstaltenbereich) ins Leben gerufen. Gemeinsam mit den ebenfalls neu begründeten Landesgesundheitsfonds hat der Gesetzgeber ein Instrumentarium entwickelt, das die Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungsträger für die Finanzierung für die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und zu verantworten hatte.<sup>195</sup>

#### IV.2.3. DIE FACHORGANISATIONEN DER ÖSTERREICHISCHEN PHARMAWIRTSCHAFT<sup>196</sup>

Sie lauten:

- (1) Bundesgremium des Handels mit Drogen und Pharmazeutika: Bundesberufsgruppe Pharma- Großhandel
- (2) Bundesberufsgruppe Pharma- Depositeure
- (3) Fachverband der chemischen Industrie Gruppe Pharmazeutika
- (4) Bundesinnung der chemischen Gewerbe

#### IV.3. GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN<sup>197</sup>

Die Gesundheitsgesetzgebung erlebte bereits in der Donaumonarchie eine beispielgebende Entwicklung für andere Nationen.<sup>198</sup>

Heute ist die Pharma- Industrie mit einer ihr eigenen Beschränkung konfrontiert, was die Werbung angeht. So sind Anzeigen rezeptpflichtiger Medikamente in nicht berufsgruppenspezifischen Printmedien und Werbung in Radio und Fernsehen ausnahmslos nicht gestattet.

Wichtige Interessensvertretungen der Pharmaindustrie betreiben derweil, als scheinbare Sprachorgane von Patienten vieler verschiedener Länder, intensive und erfolgreiche

---

<sup>194</sup> [www.gesundheitsministerium.at](http://www.gesundheitsministerium.at) (Stand: 8.9.09)

<sup>195</sup> Wie oben.

<sup>196</sup> Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstitutes; eurofit: Die österreichische Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich und ihre Rolle im Gesundheitswesen. Wien, S 3

<sup>197</sup> Gesetze und deren Rahmenbedingungen sind im Anhang nachzulesen.

<sup>198</sup> BAUER, Johann et al; Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft (AK Wien): Pharma in Österreich. Probleme und Zielsetzungen einer modernen Heilmittelversorgung in Österreich. Wien, 1979, S 5

Lobbying- Arbeit bei der Europäischen Kommission. Der Erfolg lässt sich anhand von konkreten Ergebnissen darlegen. Von der Europäischen Kommission selbst kam der Vorschlag, der Industrie direkte Verbraucher-„Information“ zu verschreibungspflichtigen Medikamenten zu gestatten.<sup>199</sup>

Das Europäische Parlament hat schließlich dem Gesetzesantrag der Kommission nicht stattgegeben und somit das geplante Direkt- Marketing am Patienten als nicht wünschenswert abgelehnt. Manche Insider zeigen sich besorgt über diesen Teilerfolg und vermuten, dass die letzte Schlacht an dieser Front noch nicht geschlagen sei und die Lobbyisten der Pharmaindustrie zum guten Schluss in Brüssel ihre Ziele durchsetzen werden.<sup>200</sup>

Neben dem Verhaltenskodex der Pharmig (Siehe Kapitel IV.3.1.) bestehen in Österreich zahlreiche Gesetze, die für die Entwicklung, Prüfung, Zulassung und den Vertrieb von Arzneimitteln gelten. Die wichtigsten seien an dieser Stelle angeführt:

Arzneimittelgesetz (Kapitel IV.3.2.), Arzneiwareneinfuhrgesetz, Rezeptpflichtgesetz, Suchtmittelgesetz, UWG (Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb), Gewerbeordnung, Arzneibuchgesetz, Preisgesetz, Preistransparenzgesetz, Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz, Patentschutzgesetz, Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG).

#### IV.3.1 VERHALTENSKODEX DER PHARMIG<sup>201</sup>

Der Pharmig- Verhaltenskodex (VHC) ist seit 1970 neben dem Arzneimittelgesetz ein bestimmender Parameter in der Kommunikation zwischen Pharmaindustrie, Laien, Ärzten und anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen. Der Kodex wurde 2007 umfassend reformiert und einige Bestimmungen verschärft. Laut Pharmig ist der VHC strikter als vergleichbare Regelwerke anderer europäischer Länder oder der Code des europäischen

<sup>199</sup> LAU, Jacky: Big Pharma. 2007, Düsseldorf, S 221

<sup>200</sup> LAU, S 224f.

<sup>201</sup> Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen wurde 1954 als freiwillige Interessensvertretung der österreichischen Arzneimittelwirtschaft gegründet. Heute hat sie 104 Mitglieder, die den heimischen Arzneimittelmarkt zu knapp 100 Prozent abdecken. Sie ist parteipolitisch unabhängig, alle Funktionäre arbeiten ehrenamtlich. Ihre Struktur besteht aus dem Vorstand, aus dem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten. Die Mitgliedsunternehmen werden zudem durch Landesdelegierte in den einzelnen Bundesländern vertreten. Die Mitgliedsfirmen sind auch durch diverse Fachausschüsse und Arbeitskreise aktiv in die Arbeit der Pharmig eingebunden. Die Geschäftsstelle der Pharmig hat ihren Sitz in Wien. Diese versteht sich als zentrale und für ihre Mitglieder wettbewerbsneutrale Servicestelle. Der Geschäftsstelle ist die Pressestelle/ Öffentlichkeitsarbeit der Vereinigung angegliedert. Aus: Pharmig: Das Integrierte Gesundheitssystem (IGS). Aktualisierte Fassung 1998, Wien, S 25

Branchenverbandes EFPIA und umfasst sowohl rezeptpflichtige als auch rezeptfreie Arzneimittel.<sup>202</sup>

Beim VHC handelt es sich um eine freiwillige Selbstbeschränkung seiner Mitglieder<sup>203</sup>. Der Verhaltenskodex enthält neben den Allgemeinen Grundsätzen Regeln für die Information über Arzneimittel, Werbung für Arzneimittel, Information und Werbung über das Internet, Veranstaltungen, Zusammenarbeit mit Fachkreisen oder Dritten, Geschenke, Gewinnspiele, Mitarbeiter in den Unternehmen, klinische Prüfungen und Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz (AMG). Dabei baut der Codex unter anderem auf den Bestimmungen des AMG auf, deckt aber auch andere Themen ab.<sup>204</sup>

Ebenfalls geregelt sind Verstöße gegen die Charta. Zuwiderhandeln gegen Artikel 7 (Veranstaltungen) und Artikel 9 (Geschenke) können auch als anonyme Beschwerde eingereicht werden.<sup>205</sup>

Die drei Säulen der Pharmapolitik an der Wende zum Jahr 2000 forderten neben der Anhebung des Stellenwertes der Arzneimittel, eine aktive und selbstverständliche Einbindung der Pharmaindustrie im Prozess einer weiteren Entwicklung des österreichischen Gesundheitswesens, auch verlässliche und sichere ökonomische Rahmenbedingungen für die Pharmaindustrie.<sup>206</sup>

#### IV.3.2. ARZNEIMITTELGESETZ<sup>207</sup>

Das Bundesgesetz vom März 1983 besteht aus vierzehn Abschnitten. Das Arzneimittelgesetz regelt nicht nur so augenscheinliche Felder wie Arzneyspezialitäten, klinische Prüfung, Vertrieb und Kontrolle von Arzneimitteln, sondern auch Werbebeschränkungen, Betriebsvorschriften und Qualifikation und Pflichten des

---

<sup>202</sup> [www.pharmig.at](http://www.pharmig.at) (Stand: 7.9.09)

<sup>203</sup> Nicht alle Pharmaunternehmen in Österreich haben sich der Pharmig angeschlossen. Ein Beispiel ist Genericon Pharma GmbH von Dr. Bartenstein, ehem. BM.

<sup>204</sup> [www.pharmig.at](http://www.pharmig.at) (Stand: 8.9.09)

<sup>205</sup> Wie oben.

<sup>206</sup> Pharmig: Das Integrierte Gesundheitssystem (IGS). Aktualisierte Fassung 1998, Wien, S 26

<sup>207</sup> Auszüge aus: [www.apotheker.at](http://www.apotheker.at) (Stand: 9.9.09)

Pharmareferenten.<sup>208</sup> Kapitel IV.4.1. behandelt unter anderem die den Anforderungen des Pharmareferenten betreffenden Textstellen.

Zwei Abschnitte des österreichischen Arzneimittelgesetzes haben nun mehr als die übrigen direkten Einfluss auf die tägliche Arbeit des Pharmareferenten. Es sind dies:

1. Abschnitt V: Werbebeschränkungen und
2. Abschnitt VI: Vertrieb

Ad 1. § 50: Als „**Werbung für Arzneimittel**“ gelten alle Maßnahmen zur Information, zur Marktuntersuchung und Marktbearbeitung und zur Schaffung von Anreizen mit dem Ziel, die Verschreibung, die Abgabe, den Verkauf oder den Verbrauch von Arzneimitteln zu fördern. Sie umfasst insbesondere:

- Die Arzneimittelwerbung, die für Verbraucher bestimmt ist (Laienwerbung),
- Die Arzneimittelwerbung für Personen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln berechtigt sind,
- Die Abgabe von Ärztemustern,
- Anreize zur Verschreibung oder Abgabe von Arzneimitteln durch das Gewähren, Anbieten oder Versprechen von finanziellen oder materiellen Vorteilen,
- Das Sponsern von Verkaufsförderungsveranstaltungen, an denen Personen teilnehmen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind,
- Die Übernahmen der Reise- und Aufenthaltskosten und Teilnahmegebühren im Zusammenhang mit berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen für Personen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind.

§ 50a. (1) Werbung für Arzneimittel darf nur für

1. Zugelassene Arzneimittelspezialitäten,
2. Registrierte traditionelle pflanzliche Arzneimittelspezialitäten,
3. Registrierte homöopathische Arzneispezialitäten,
4. Arzneispezialitäten, für die eine Genehmigung zum Vertrieb im Parallelimport erteilt wurde und
5. Arzneispezialitäten (...) betrieben werden.

(2) Werbung für registrierte homöopathische Arzneispezialitäten darf nur Angaben enthalten die im Arzneimittelgesetz festgelegt sind.

---

<sup>208</sup> Vgl. [www.apotheker.at](http://www.apotheker.at) (Stand: 9.9.09)



(3) Werbung für Arzneimittel muss die Eigenschaften der Arzneyspezialität objektiv und ohne Übertreibung darstellen und darf weder Aussagen noch bildliche Darstellungen enthalten, die

1. Dem Arzneimittel eine über seine tatsächliche Wirkung hinausgehende Wirkung beilegen,
2. Fälschlich den Eindruck erwecken, dass ein Erfolg regelmäßig erwartet werden kann oder
3. Nicht mit Kennzeichnung, Gebrauchs- oder Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften- SPC) vereinbar sind oder über diese hinausgehen.

§ 51. (1) **Laienwerbung** darf nicht für

1. Arzneyspezialitäten, die der Rezeptpflicht unterliegen,
2. Arzneyspezialitäten, die nicht der Rezeptpflicht unterliegen, deren Namen aber das gleiche Phantasiewort oder den gleichen wissenschaftlich üblichen Ausdruck wie der Name eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels enthält und
3. Registrierte homöopathische Arzneyspezialitäten, betrieben werden.

(2) Das Verbot gilt nicht für (...) Impfkampagnen.

### **Fachwerbung**

§ 54. (1) Arzneimittelwerbung, die für die zur Anwendung und Abgabe berechtigten Personen bestimmt ist, hat, sofern sie

1. Für eine Arzneyspezialität betrieben wird, für die (...) eine Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften) zu veröffentlichen ist und
2. In Druckschriften, über elektronische Trägermedien oder im Wege der Telekommunikation erfolgt,

in deutlich lesbarer Form die wesentlichen Informationen über die Arzneyspezialität im Einklang mit der Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften) enthalten.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit hat in einer Verordnung (...) zu bestimmen, welche Informationen in welcher Ausgestaltung in die Arzneimittelwerbung (...) aufzunehmen ist.

§ 55. (1) Alle Unterlagen über eine Arzneyspezialität, die im Rahmen der Verkaufsförderung für diese Arzneyspezialität an die zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen abgegeben werden, müssen (...) die Abgabe des Zeitpunkts, zu dem die Unterlagen erstellt oder zuletzt geändert worden sind, enthalten.

(2) Alle in den in Abs. 1 erwähnten Unterlagen enthaltenen Informationen müssen genau, aktuell, überprüfbar und vollständig genug sein, um dem Empfänger die Möglichkeit zu geben, sich persönlich ein Bild von dem therapeutischen Wert des Arzneimittels zu machen.

(3) Die aus der Fachliteratur entnommenen Zitate, Tabellen und sonstigen Darstellungen, die in den in Abs.1 genannten Unterlagen verwendet werden, müssen wortgetreu übernommen werden, dabei ist die genaue Quelle anzugeben.

(4) Wird in den in Abs.1 genannten Unterlagen auf Fachliteratur Bezug genommen, so ist deren wesentlicher Inhalt mit Quellenangabe objektiv wiederzugeben.

§ 55a. (1) Im Rahmen der Verkaufsförderung für Arzneimittel bei den zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen ist es verboten, diesen eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu gewähren, anzubieten oder zu versprechen, es sei denn, diese sind von geringem Wert und für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang.

(2) Der Repräsentationsaufwand im Zusammenhang mit Veranstaltungen zur Verkaufsförderung muss immer streng auf deren Hauptzweck begrenzt sein und darf nicht anderen Personen als den zur Verschreibung oder zurr Abgabe berechtigten Personen gelten.

(3) Die Bestimmungen des Abs.1 stehen der direkten oder indirekten Übernahme von angemessenen Reise- und Aufenthaltskosten und der Teilnahmegebühren bei ausschließlich berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen nicht entgegen; der Repräsentationsaufwand muss immer streng auf den wissenschaftlichen Hauptzweck der Veranstaltung begrenzt sein; die Übernahme von Reise- und Aufenthaltskosten und der Teilnahmegebühren sowie der Repräsentationsaufwand dürfen nicht anderen Personen als zur Verschreibung oder zur Abgabe berechtigten Personen gelten.

(4) Den zur Verschreibung oder zur Abgabe berechtigten Personen ist es untersagt, entgegen Abs.1 bis 3 eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu fordern, sich versprechen zu lassen oder anzunehmen.

(5) Der Bundesminister für Gesundheit kann durch Verordnung nähere Bestimmungen erlassen,

1. Wann von einem geringen Wert von Prämien oder finanziellen oder materiellen Vorteilen auszugehen ist,
2. Hinsichtlich Art und Umfang des zulässigen Repräsentationsaufwandes im Zusammenhang mit Veranstaltungen zur Verkaufsförderung einschließlich der Auswahl des Tagungsortes und der Bewirtung,

3. Welche Kriterien eine Veranstaltung erfüllen muss, um als ausschließlich berufsbezogene wissenschaftliche Veranstaltung im Sinne des Abs.3 zu gelten,
4. Hinsichtlich der Angemessenheit von Reise- und Aufenthaltskosten bei berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen und
5. Hinsichtlich Art und Umfang des zulässigen Repräsentationsaufwandes im Zusammenhang mit berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen einschließlich der Auswahl des Tagungsortes.

Dabei ist insbesondere Bedacht zu nehmen, dass jeglicher Anschein der unsachlichen Beeinflussung von zur Verschreibung und Abgabe berechtigten Personen in ihrer Therapieentscheidung oder –empfehlung vermieden wird.

Die **Abgabe von Ärztemustern** ist geregelt in § 58 des Arzneimittelgesetzes.

- (1) Zulassungsinhaber dürfen Muster von zugelassenen Arzneispezialitäten an Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten nur über deren schriftliche Anforderung, ausschließlich unentgeltlich und nach Aufbringung des deutlich lesbaren und nicht entfernbaren Hinweises „Unverkäufliches Ärztemuster“ in einer nicht größeren als der kleinsten im Handel befindlichen Packung nach Maßgabe des Abs.2 abgeben. Diese Muster dürfen auch von den Empfängern nur unentgeltlich weitergegeben werden. Die Abgabe von Ärztemustern von Arzneispezialitäten, die psychotrope Substanzen oder Suchtstoffe enthalten, ist verboten.
- (2) Die Abgabe von unverkäuflichen Ärztemustern darf an Empfänger gemäß Abs.1
  1. Innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr nach erstmaliger Abgabe der Arzneispezialität (...) in einer Anzahl, die zur Beurteilung des Behandlungserfolges bei höchstens zehn Patienten ausreicht, insgesamt jedoch höchstens im Ausmaß von 30 Ärztemustern einer Arzneispezialität je Empfänger, und
  2. nach Ablauf des ersten Jahres pro Anforderung höchstens im Ausmaß von 2 Ärztemustern, an einen Empfänger jedoch höchstens im Ausmaß von fünf Ärztemustern einer Arzneispezialität im Jahr erfolgen.

Mit diesem Einblick in diese sehr detaillierten Paragraphen möchte der Autor zeigen, wie sensibel das Terrain ist, auf dem sich Arzt und Pharmaindustrie und in weiterer Folge der Pharmareferent eigentlich bewegen. Zuwiderhandeln auf beiden Seiten können unangenehme Folgen für die Beteiligten haben, auf der Seite des Arztes schließlich zum

Ausschluss aus der Kammer, auf der Seite der Industrie zu hohen Strafzahlungen und Kündigung führen.

#### IV.3.3. GESUNDHEITSREFORM

*Die gesellschaftlich entscheidende Frage im Gesundheitswesen ist nicht die genaue Abschätzung der zukünftigen Entwicklung einzelner Kostenarten, sondern das Verhältnis von Leistung zu Kosten des Gesundheitswesens, gemessen an einem klar ausgewiesenen gesundheitspolitischen Ziel.<sup>209</sup>*

Dieser Satz ist bald dreißig Jahre alt und wurde unter dem Eindruck der Kostenexplosion im Gesundheitswesen Ende der siebziger Jahre getätigt. An Aktualität hat er keinesfalls eingebüßt.

Für die Sanierung der maroden Krankenkassen haben Sozialversicherung und Ärztekammer im Rahmen der Gesundheitsreform ein umfassendes Programm ausverhandelt.

Die für die niedergelassenen Ärzte relevanten Ergebnisse seien an dieser Stelle herausgegriffen:

- ❖ Anwendung eines Reference-Price-Modells bzw. **Aut idem** (Wirkstoffverschreibung durch die Ärzte, Arzneimittelentscheidung in der Apotheke) und des sogenannten „Arzneimittelsicherheitsgurtes“ sowie stärkere Nutzung des Instruments der mengenabhängigen Preisrabattierung.
- ❖ **Verstärkte Sensibilisierung der Versicherten** hinsichtlich des Umgangs mit Arzneimitteln und Steigerung der Akzeptanz von Generika.
- ❖ Vereinbarungen mit den Ärztekammern über die Einführung von **Anreiz- und Zielsteuerungsmechanismen** hinsichtlich ökonomischer Verschreibweise und Einführung eines verstärkten Vertragspartnercontrollings durch die KV-Träger.
- ❖ **Bedarfsorientierte Stellenplanung und Nachbesetzung** frei werdender Vertragsarztstellen. Für den Fall, dass dies im Konsenswege nicht zu erreichen ist, sollte im ASVG explizit der Abschluss von Einzelverträgen im vertragslosen Zustand ermöglicht werden. Gleichzeitig ist eine Neuregelung der Wahlarztvergütung erforderlich.

---

<sup>209</sup> BAUER, Johann et al; Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft (AK Wien): Pharma in Österreich. Probleme und Zielsetzungen einer modernen Heilmittelversorgung in Österreich. Wien, 1979, S 5

- ❖ **Tarifanpassungen** und sonstige Aufwandssenkende Mechanismen. Für den Fall, dass dies z. B. aufgrund der Komplexität der Honorarordnung nicht möglich ist, sollte im ASVG explizit der Abschluss von separaten Honorarordnungen für einzelne Fachgruppen ermöglicht werden.
- ❖ Vereinbarungen hinsichtlich einer **ökonomischen Krankenbehandlung**, Zuweisung und Verschreibweise mit verstärktem Vertragspartnercontrolling seitens der KV-Träger. Im Gesamtvertrag bzw. im ASVG sollte die Möglichkeit der Rezertifizierung neuer Einzelverträge vorgesehen werden. (Verlängerungsanspruch in Abhängigkeit von Qualität der ärztlichen Leistung, vorgeschriebener Fortbildung, ökonomischen Vorgehen im Eigen- bzw. Folgekostenbereich).
- ❖ Einbindung bzw. Sensibilisierung der Patienten durch **Einführung einer „PatientInnenquittung“** vor Ort, Aufbau eines Versicherten-Informationssystems etc.
- ❖ **Erstellung von Behandlungspfaden** und Diagnosebezogene Dokumentation.
- ❖ Der **Hauptverband der Sozialversicherungsträger** soll in eine Holding umgewandelt werden.<sup>210</sup>

Schwerpunkte im Vertragspartnerrecht:

Im Kapitel Vertragspartnerrecht wurden folgende Schwerpunkte berücksichtigt:

- Kriterienkatalog für Honorarabschlüsse
- Ökonomiegebot für den Eigen- und Folgekostenbereich als verpflichtender Inhalt des Gesamtvertrages
- Neue Gesellschaftsformen für Arztpraxen
- Öffnungszeiten von Arztpraxen
- Qualitätssicherung
- Vertragspartneranalyse

Im Bereich Heilmittel enthält das Papier folgende Vorschläge:

- Gestaffelte Rezeptgebühr
- Ökonomische Verschreibungspraxis
- Packungsgrößen<sup>211</sup>

<sup>210</sup> Siehe: Konzept zur Gesundheitsreform. PDF-Datei (288kB). Aus: [http://portal.wko.at/wk/format\\_detail.wk?AngID=1&StID=391431&DstID=0](http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=391431&DstID=0)  
(Stand: 8.8.09)

*Die Gesundheitsleistungen sollen möglichst dort stattfinden, wo sie medizinisch unökonomisch am besten erbracht werden“, fasst Kopf das neue Grundprinzip zusammen. Wenn die Umsetzung der Maßnahmen mit der gleichen Konstruktivität wie bei der Konzepterarbeitung durchgeführt werden wird, dann sehe er, Kopf, einer gelungenen Gesundheitsreform mit großem Optimismus entgegen. Leitl verwies in Bezug auf eine Gesamtreform des Gesundheitssystems auf zahlreiche Gutachten hochrangiger Experten wie etwa IHS, Rechnungshof oder OECD: „Sie alle orten ein großes Effizienzpotenzial, welches aber bislang von allen ignoriert wurde. Mit der Finanzierung aus einer Hand könnte es hier deutliche Verbesserungen geben.“<sup>212</sup>*

Eine Repräsentativumfrage in der österreichischen Bevölkerung hat dem Papier ein gutes Zeugnis ausgestellt. „Anders als zuvor war diesmal die Erstellung des Reformkonzeptes ohne erkennbare größere Konflikte mit der Ärzteschaft möglich. Den ÖsterreicherInnen gefallen die erzielten Ergebnisse ebenso wie das Verhandlungsklima.“<sup>213</sup>

Alle am Gesundheitssystem Beteiligten scheinen zufrieden zu sein - alle bis auf die Pharmaindustrie. Sie wird den Eindruck nicht los, dass die Gesundheitsreform auf ihrem Rücken ausgetragen wird, denn:

*Hauptverband und Ärztekammer haben sich darauf geeinigt, hauptsächlich bei Medikamenten zu sparen. Das trifft vor allem die Patienten, die zukünftig, wenn möglich unzeitgemäße Arzneimittel bekommen. PHARMIG Generalsekretär Huber: „Generika sind bewährte Medikamente, die auf einem 20 Jahre alten Forschungsstand beruhen. Sie eignen sich gut, bereits erforschte Krankheiten zu behandeln. Medizinischen Fortschritt ermöglicht man damit nicht. Für Patienten wird es mit Sicherheit schwieriger, die beste medikamentöse Behandlung zu kriegen, wenn die Ärzte nach dem Motto 'Hauptsache billig' verschreiben müssen.“<sup>214</sup>*

BM Alois Stöger zeigt sich mit dem Verhandlungspapier sehr zufrieden. Finanzminister Josef Pröll hingegen sieht noch enormen Informationsbedarf bevor er das Gesetz in die Begutachtung schickt.

#### IV.4. DER PHARMAREFERENT

Laut Ausgabe 2007/ 2008 „**Jobs mit Zukunft**. Handel, Marketing, E- Commerce“ vom Herausgeber Arbeitsmarktservice zählt der/ die PharmareferentIn in der Sparte Handel und Export zu eben jenen *Jobs mit Zukunft*. Die Job Description lautet wie folgt:

<sup>211</sup> [http://www.gesundheitsministerium.at/cms/site/news\\_detail.html?channel=CH0525&doc=CMS1245916702711](http://www.gesundheitsministerium.at/cms/site/news_detail.html?channel=CH0525&doc=CMS1245916702711) (Stand: 9.8. 09)

<sup>212</sup> [http://portal.wko.at/wk/format\\_detail\\_wk?AngID=1&StID=391431&DstID=0](http://portal.wko.at/wk/format_detail_wk?AngID=1&StID=391431&DstID=0) (Stand: 9.8. 09)

<sup>213</sup> <http://www.oekonsult.at/> (Stand: 9.8.09)

<sup>214</sup> <http://www.pharmig.at/modules.php?name=news&nid=126&SESS=8a550c9adc4dc89b4e915d11b461db0f> (Stand: 9.8. 09)

PharmareferentInnen sind als BeraterInnen das Bindeglied zwischen ÄrztInnen und Pharmaunternehmen. Sie informieren ÄrztInnen und KrankenhauseinkäuferInnen über die pharmazeutischen Produkte des von ihnen vertretenen Unternehmens, so z.B. über Wirkungsweise, Nebenwirkungen, Kombinationsmöglichkeiten und Unverträglichkeiten von Medikamenten. Neben genauer Produktkenntnis und umfangreichem medizinischen und pharmazeutischen Wissen ist die Kenntnis der Produkte von Konkurrenzunternehmen ebenso wichtig wie seriöses Auftreten und gute Ausdrucksfähigkeit.

Zu den Karrierechancen heißt es: „PharmareferentInnen arbeiten im Angestelltenverhältnis für Unternehmen der pharmazeutischen Industrie. Für die berufliche Tätigkeit ist ein abgeschlossenes Studium der Medizin, Pharmazie oder Veterinärmedizin oder die Pharmareferentenprüfung gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzung. Das Einstiegsgehalt beträgt zwischen 1.800,- bis 2.400,- € brutto.“<sup>215</sup>

Meiner Ansicht nach müssen an dieser Stelle kleine Korrekturen beziehungsweise Ergänzungen vorgenommen werden.

Es ist zutreffend, dass ein Großteil der aktiven Pharmareferenten sich im Angestelltenverhältnis befindet, aber längst nicht Alle. Manche Pharmaunternehmen beziehen ihre Pharmareferenten als leasing- Arbeitskräfte von speziellen Zeitarbeitsfirmen. Es handelt sich um Personaldienstleister, die sich auf medizinisch- technische Berufe spezialisiert haben, wie die Firma medicare.

Pharmaunternehmen wählen diese Form der Arbeitskräftebeschaffung in Phasen der Expansion des Unternehmens und um die Personalkosten möglichst gering zu halten. Arbeitsrechtlich sind damit Vorteile für das Unternehmen verbunden. Der Pharmareferent, welcher über den Personaldienstleister vermittelt wird, muss allerdings mit Gehaltseinbußen von 10- 15% gegenüber den Kollegen im Angestelltenverhältnis rechnen.

*Diese Außendienstmitarbeiter sind nicht billig; jeder kostet die Pharmafirma oder das in ihrem Auftrag arbeitende Unternehmen etwa zwischen 160000 und 200000 Dollar im Jahr, wenn man Dienstwagen und die neuesten Geräte für Telekommunikation einrechnet.*<sup>216</sup>

#### IV.4.1 DIE VORAUSSETZUNGEN

<sup>215</sup> AMS Österreich: Jobs mit Zukunft. Handel. Marketing. E-Commerce. Horn, Juli 2007, S 62

<sup>216</sup> LAU, Jacky: Big Pharma. S 80f.

Um in Österreich als Pharmareferent tätig sein zu dürfen, muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein<sup>217</sup>:

- Abgeschlossenes Medizin-, Veterinärmedizin- oder Pharmaziestudium (für Nicht-Österreicher: Nostrifizierung erforderlich!)
- Abgelegte Pharmareferentenprüfung vor der Prüfungskommission des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Bei Ausübung des Berufes des Pharmareferenten ohne die genannten Voraussetzungen sieht das österreichische Arzneimittelgesetz **Geldstrafen** bis zu EUR 7.267,- für sie, bzw. bis zu EUR 14.535,- für die betroffene Firma vor. Natürlich spielen neben den rein rechtlichen Voraussetzungen sowie profunder Fachkenntnis auch Auftreten, Persönlichkeit und kommunikative Fähigkeiten eine große Rolle. Um diesen Beruf erfolgreich ausüben zu können, müssen sie nicht nur "ihre" Produkte bestens präsentieren können, sondern müssen auch durch:

- Selbstbewusstsein
- gepflegtes Äußeres
- gute verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit und
- gesundes privates Umfeld (Hobbys, Familie, etc.)

punkten können. Soweit der Wortlaut auf der Pharmig- Homepage.

Die rechtlichen Grundlagen für die Ausübung des Berufs Pharmareferent begründen wie bereits in Kapitel IV.3.2. angeführt auf dem **Arzneimittelgesetz**<sup>218</sup>.

In § 72 heißt es da zur Qualifikation des Pharmareferenten:

1. Die Tätigkeit eines Pharmareferenten darf nur von Personen ausgeübt werden, die ein Universitätsstudium aus den Studienrichtungen Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder Pharmazie in Österreich oder in einer anderen Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft erfolgreich abgeschlossen haben oder die

<sup>217</sup> <http://www.pharmig.at/modules.php?name=content&pa=showpage&pid=10&SESS=8a550c9adc4dc89b4e915d11b461db0f> (Stand: 30.7.09)

<sup>218</sup> [www.apotheker.at](http://www.apotheker.at) (Stand: 9.9.09)



Qualifikation einer sachkundigen Person aufweisen, durch eine Prüfung nachgewiesen haben, dass ihre Berufsvorbildung im Hinblick auf die Tätigkeit eines Pharmareferenten der Berufsvorbildung (...) gleichzuhalten ist.

2. Die Prüfung (...) ist von einer beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtender Prüfungskommission abzulegen.
3. Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung nähere Vorschriften über die Zusammensetzung der Prüfungskommission, die Prüfungsfächer, die Prüfungsvoraussetzungen und die Durchführung der Prüfung zu erlassen.
4. In der Verordnung (...) ist jedenfalls zu bestimmen, dass
  - der Prüfungskommission als Mitglieder vom Bundesminister für Gesundheit zu bestellende Sachverständige (...) genannten Fachgebieten, sowie je ein Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer und der Österreichischen Ärztekammer als Beisitzer anzugehören haben.
  - Die Prüfung zumindest die Fächer
    - a.) Allgemeine Grundlagen der Physik und Chemie
    - b.) Anatomie und Physiologie
    - c.) Pathologie
    - d.) Hygiene, Medizinische Mikrobiologie und Parasitologie
    - e.) Pharmakologie und Pharmazeutische Technologie
    - f.) Pharmazeutische Chemie und Pharmakognosie und
    - g.) Arzneimittelrecht zu umfassen hat.
  - Voraussetzung zur Ablegung der Prüfung zumindest das Vorliegen der Allgemeinen Universitätsreife oder eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege darstellt.
5. Staatsangehörigen einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweizerische Eidgenossenschaft, denen ein Befähigungsnachweis (...) über die Anerkennung der Berufsqualifikation ausgestellt wurde, der zur Ausübung des Berufs des Pharmareferenten berechtigt, ist vom Bundesminister für Gesundheit die Zulassung zur Berufsausübung als Pharmareferent zu erteilen.

6. Die Zulassung zur Berufsausübung ist an die Bedingung einer erfolgreichen Absolvierung einer Eignungsprüfung zu knüpfen, wenn sich die durch Vorlage der entsprechenden Unterlagen nachgewiesenen Kenntnisse des Antragstellers wesentlich von den erforderlichen österreichischen Kenntnissen unterscheiden.
7. Die Entscheidung über die Zulassung zur Berufsausübung hat innerhalb von vier Monaten ab Vorlage dieser Unterlagen zu erfolgen.
8. Nähere Vorschriften über die vom Antragsteller vorzulegenden Unterlagen sowie über die Durchführung und Bewertung der Eignungsprüfung hat er Bundesminister für Gesundheit in einer Verordnung (...) festzulegen.

In § 73 und § 74 Arzneimittelgesetz werden die Pflichten des Pharmareferenten geregelt:

§ 73: 1. Pharmareferenten haben in Ausübung ihrer Tätigkeit die Angaben, die die Fachinformation (...) zu enthalten hat, uneingeschränkt zu vermitteln. Aussagen, die durch den Inhalt der Fachinformation nicht gedeckt sind, sind unzulässig.

2. Pharmareferenten sind verpflichtet, ihnen zur Kenntnis gebrachte Informationen (über unerwünschte Nebenwirkungen) unverzüglich ihrem Auftraggeber zu übermitteln.

§ 74: Pharmareferenten dürfen bei Ausübung ihrer Tätigkeit keine Bestellungen von Arzneimitteln entgegennehmen.

#### IV.4.1.1. DIE PHARMAREFERENTEN- PRÜFUNG

Die Qualifikationskriterien des Berufsbildes des Pharmareferenten haben sich im Laufe der Jahrzehnte weiterentwickelt und den jeweils gültigen medizinischen und arbeitstechnischen Standards angepasst. Die Pharmareferenten- Prüfung wird wie bereits im Arzneimittelgesetz ausgeführt, bei einer Kommission des Gesundheitsministeriums abgelegt.

Kenntnisse auf folgenden Gebieten müssen vorhanden sein:

Arzneimittelrecht; Chemie/ Physik; Biochemie- Stoffwechsel; Histologie; Bewegungssystem; Blut; Herz- Kreislauf; Dermatologie; Respirationstrakt- HNO; Gastrointestinaltrakt 1+2; Hormonsystem; Urogenitalsystem; Neurologie- Auge; Psychiatrie; Pathologie; Immunologie;

Pharmazeutische Technologie: Allgemeine Pharmakologie, Arzneimittelzulassung; Mikrobiologie und Hygiene; Wirkstoffe 1+2.<sup>219</sup>

Es handelt sich um eine zweiteilige Prüfung, bestehend aus einem schriftlichen Teil in Form eines Multiple-Choice Tests und einer mündlichen Prüfung. Der Test muss zu 80 Prozent richtig beantwortet werden. Gelingt dem Prüfungskandidat diese anspruchsvolle Hürde nicht, muss er bei neuerlichem Versuch den schriftlichen Test wiederholen, ehe er zur mündlichen Prüfung zugelassen wird.

Je nach Punktezahl kann der Kandidat hierfür einen neuerlichen Anlauf drei bis sechs Monate nach dem letzten Prüfungstermin, längstens jedoch drei Monate nach dem letzten Termin, wagen. Die Durchfallquoten pro Termin liegen zwischen 50 und 80 Prozent. Die PHARMIG fühlte sich aufgrund der aus ihrer Sicht häufig schlecht vorbereiteten Prüfungskandidaten bereits veranlasst, auf der eigenen Homepage auf diese negative Entwicklung hinzuweisen.

So mancher Kandidat rechtfertigt sein Versagen mit den ungenauen, oft falschen Inhalten der offiziellen Vorbereitungsunterlagen, bestehend aus 23 Skripten zu den bereits genannten Wissensgebieten, die von der PHARMIG- gegen Entgelt- bereitgestellt werden. Die Wartezeit für einen Prüfungstermin kann zwischen einem halben und einem Jahr betragen. Als hilfreich hat sich in der Vergangenheit erwiesen, wenn der Kandidat bereits für ein Pharmaunternehmen im Innendienst arbeitet und in den Außendienst wechseln möchte. Dieser Umstand kann die Wartefrist beträchtlich verkürzen.

Grundsätzlich kann man sich den Prüfungsstoff im Selbststudium aneignen. Als empfehlenswert gelten einige private Consulting- Unternehmen die maßgeschneiderte Schulungen- in unterschiedlichen Qualitäten- anbieten.<sup>220</sup> Diese sind jedoch mit erheblichem Kostenaufwand verbunden. 1500 Euro können als ungefähre Richtwert genommen werden.

#### IV.4.1.2. SCHULUNGEN DES PHARMAREFERENTEN

Die Ausübung des Berufs des Pharmareferenten impliziert konsequente und ununterbrochene Weiterbildung. Verkaufsschulungen, produktspezifische, Marketingorientierte und medizinische Fortbildung sind hier ebenso beinhaltet wie Wissen

<sup>219</sup> [www.pharmig.at](http://www.pharmig.at) (Stand: 3.9.09)

<sup>220</sup> Health Care Consulting von Mag. Flener beispielsweise genießt in der Branche aufgrund seiner kompetenten Berater einen sehr guten Ruf.

um die Mitbewerber, Gesprächsführungsschulungen und ganz allgemeine Kommunikationsschulungen.

Fortbildungsmaßnahmen durch das Unternehmen können in unterschiedlichsten Rahmen angeboten werden. Vielfältige Tools wie Regionaltagungen, Workshops, Seminare mit externen Beratern/ Coaches, Marketingschulungen, Mailings aber auch Fachzeitschriften und firmeninterne Unterlagen dienen den Unternehmen dazu, seinen Außendienst immer am neuesten Wissensstand und damit wettbewerbsfähig zu halten.

Die Pharmaunternehmen lassen sich die Weiterbildungsmaßnahmen speziell für ihre Speerspitze im Verkauf viel kosten. Schulungen dauern nicht selten eine ganze Arbeitswoche. Unterbringung, Kost, Beratungskosten (bei externen Beratern), Rahmenprogramm für Teambuilding- Aktivitäten und natürlich der Verdienstaussfall in der nicht im Außendienst befindlichen Zeit sind hier in Rechnung zu stellen.

Einen herausragenden Stellenwert hat die Schulung des Pharmareferenten bei einer Produkt- Neueinführung. Es wird auch von einem Produkt- Launch gesprochen. Aber auch bei einem Produkt, das bereits gut im Markt eingeführt worden ist, muss der Außendienst zu jeder Zeit über neueste Studien, neue Mitbewerber, Preissenkungen, neue Indikationen und gesundheitspolitische Entwicklungen informiert sein.

Dieser enorme Kosten-, Zeit- und Arbeitsaufwand wird seitens des Unternehmens für Weiterbildungsmaßnahmen ersetzt, jedoch nicht ansatzweise das Eigenengagement, den Lernwillen und das Interesse des Pharmareferenten.

#### IV.4.2. DIE AUFGABEN DES PHARMAREFERENTEN

Der Pharmareferent ist ein wichtiger Informationsvermittler zwischen Ärzten und Pharma- Unternehmen. Abbildung 19 im Anhang verdeutlicht seine verantwortungsvolle Schlüsselposition zwischen Arzt und Industrie.

Der Pharmareferent informiert den Arzt im Rahmen der Fachinformation über Medikamente, er darf diese aber nicht verkaufen. Gesetzlich erlaubt ist nur eine – allerdings stark eingeschränkte – Abgabe von Ärztemustern. Für ihre Tätigkeit benötigen Pharmareferenten einerseits ein umfangreiches medizinisches und pharmazeutisches

Wissen, andererseits sind auch genaue und stets aktuelle Kenntnisse über die Produktpalette des eigenen Unternehmens und über jene von Mitbewerbern erforderlich.<sup>221</sup>

Informationen über pharmakologische Probleme werden von beiden Seiten aus durch die Tätigkeit des wissenschaftlichen Außendienstes kanalisiert und übermittelt. Einerseits ist das therapeutische Verhalten der Ärzte deutlich über die Informationsbrücke „Pharmareferent“ beeinflussend zu steuern, andererseits können Erfahrungen über Wirkeigenschaften, Nebenwirkungen oder Applikationsformen vom Pharmareferenten aufgenommen und der weiteren wissenschaftlichen Auswertung zugeleitet werden.<sup>222</sup>

#### IV.4.3. DER PHARMAREFERENT- WICHTIGSTE INFORMATIONSQUELLE?<sup>223</sup>

Der Psychologe Kurt LANGBEIN, der jüngst wieder mit einem Buch über die vermeintlichen Missstände in Österreichs Krankenhäusern in der Medienlandschaft von sich reden machte, hat bereits Anfang der Achtziger Jahre gemeinsam mit Hans-Peter Martin den Buchtitel „Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma- Industrie hervorgebracht.

In diesem Buch beziehen sich Langbein et al auf „zahlreiche Studien, die aus seiner damaligen Sicht belegen, dass die Ärzteberater, die im Auftrag der Konzerne die Ärzte besuchen, den größten Einfluss auf das Verschreibungsverhalten des Arztes haben. Langbein verweist an dieser Stelle auf Studienergebnisse, die bereits 1977 unter anderem im *Pharma Marketing Journal* publiziert wurden:

Auszugsweise seien an dieser Stelle einige Fragen und Antworten genannt.

Auf die Frage nach den häufigsten Informationsquellen beim Erstkontakt mit einem neuen Präparate Namen, antworteten insgesamt mehr als die Hälfte der befragten Ärzte mit dem Außendienst als wichtigste Informationsquelle. So bezeichneten auch fünfzig Prozent der befragten Ärzte die Informationsquellen Ärzteberater und Ärztemuster als ausschlaggebend für eine probeweise Verordnung eines Medikamentes an. Aus anderer Quelle wird verlautet:

*Bedeutendstes der untersuchten Medien, um dem Arzt ein neues Präparat bekannt zu machen, ist der Ärzteberater. Das wissen auch die Ärzte, geben sie doch selbst*

<sup>221</sup> <http://www.pharmig.at/modules.php?name=content&pa=showpage&pid=12&SESS=8a550c9adc4dc89b4e915d11b461db0f> (Stand: 30.7.09)

<sup>222</sup> JANKIEWICZ, Jürgen P.: der Stellenwert der Psychologie im Bereich der Fortbildung zum Pharma- Referenten. DISS., 1977, Holzwickede, S 180f.

<sup>223</sup> LANGBEIN, Kurt/ MARTIN, Hans-Peter/ WEISS, Hans/ WERNER, Roland: Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma- Industrie. Köln, Verlag Kiepenheuer & Witsch, 1981, S 54f.

*an, dass die den Ärztebesucher als wichtigste (68%) und effektivste (65%) Informationsquelle betrachten.*<sup>224225</sup>

Ein weiteres Ergebnis einer der zitierten Studien fällt um dreihundertachtzig Grad aus dem Rahmen.

Die rhetorische Frage lautete: „Würde der Arzt zum niedergelassenen Pharma- Referenten kommen, um sich seine ...Informationen abzuholen?“

Die Antwort überraschte:

„Natürlich nicht. Der Arzt würde nicht kommen, weil er kaum Informationen erwartet, weil er die Informationen für (oft) zu banal hält, weil die Informationen zu häufig Informations-Dubletten sind (...). Eine realistische Einschätzung des Informationswertes des wissenschaftlichen Außendienstes.“

Aus Sicht des „Stern“- Redakteurs Markus Grill liegt die eigentliche Problematik in der Tatsache, dass „Ärzte nahezu ihr gesamtes Wissen über neue Arzneimittel von Pharmareferenten beziehen- und dabei nach allen Regeln der Kunst manipuliert werden.“<sup>226</sup>

Keinen Zweifel aufkommen lässt H. J. Diedenhofen über die besondere Bedeutung des Pharma- Außendienstes für die Kommunikation mit den Steak-Holdern.

Eine Funktion der Pharmareferenten ergibt sich nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass Laienwerbung (siehe Kap. IV.5) immer noch streng reglementiert ist.

---

<sup>224</sup> Wie oben: Langbein et al zitiert die Interpretation der Studienergebnisse durch die Studienautoren: „Offenbar verhält sich die Mehrheit der Ärzte beim Auftauchen neuer Produkte passiv. Sie verzichten darauf, „Markttransparenz“ durch Diskussion mit Kollegen, den Besuch von Kongressen oder die systematische Durchsicht von Literatur und pharmazeutischer Werbung zu erhalten und überlassen die Initiative weitgehend der Industrie und dem Ärztebesucher.“

<sup>225</sup> 1977 wählten die im Rahmen einer Leseranalyse befragten Ärzte bei den Fragen nach der „Wertigkeit der verschiedenen Informationsmittel hinsichtlich neuer Medikamente“ und den „Nutzwert von Informationsträgern im Bereich akuter und chronischer Krankheitsbedingungen“ zugunsten der Pharmareferenten und zusätzlich bei Frage 1 zugunsten des Ärztemusters aus. Aus: JANKIEWICZ, Jürgen P.: der Stellenwert der Psychologie im Bereich der Fortbildung zum Pharma- Referenten. DISS., 1977, Holzwickede, S 4

<sup>226</sup> GRILL, Markus: Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert. Rowohlt Verlag GmbH, 2007, Hamburg, S 185

## V. ARZT- PHARMAINDUSTRIE: PARTNERSCHAFT ODER ABHÄNGIGKEIT?

Die Frage nach der beidseitigen Abhängigkeit ist nicht einfach zu beantworten. Mit der Feststellung, dass sowohl der Arzt als auch die Pharmaindustrie wesentliche Akteure im Gesundheitssystem sind, die aus diesem nicht wegzudenken sind, wird man leichter einen Konsens erreichen. Als solche sind sie Partner. Nicht immer ist diese Partnerschaft auch notwendigerweise freundschaftlich. In den aktuellen Diskussionen rund um das Gesundheitsreform- Paket sind die Töne auch zwischen der Ärztekammer und Pharmig schärfer geworden.

Aus Sicht des Autors besteht auch eine Abhängigkeit auf beiden Seiten. Der Arzt ist in mancher Hinsicht abhängig von den (zutreffenden und objektiven) Informationen der Pharmaindustrie über das jeweilige Produkt bei Neueinführungen. Das Pharmaunternehmen ist seinerseits davon abhängig Umsatz zu machen. Dazu bedarf es zum einen die Haus<sup>227</sup>- und öffentlichen Apotheken, die Krankenanstalten, vor allem aber den niedergelassenen Arzt- ob Allgemeinmediziner oder Facharzt. Letztlich dient die gegenseitige Abhängigkeit der medizinischen Versorgung im Land Österreich und der Standortsicherung für die pharmazeutische Industrie.

### V.1. ARZT- PHARMAREFERENT: KOMMUNIKATION

Die Ansprache des Arztes über den Außendienst muss laut Diederhufen zwei Dinge besonders berücksichtigen: die möglichst genaue Vorauswahl des zu besuchenden Arztes<sup>228</sup> und die Optimierung des eigentlichen Beratungsgespräches.<sup>229</sup>

Für den Pharmareferenten geht es also bei der Präsentation beim Arzt in allererster Linie darum, einen Verkaufserfolg zu erzielen. Dafür hat er in den meisten Fällen nicht mehr als 5-10 Minuten Zeit, manchmal mehr, häufig jedoch weniger.

Es bedarf deshalb einer sorgfältigen Vorbereitung, inklusive Einwand- und Bedarfserhebung. Das ist schon deshalb von großer Bedeutung, weil nicht alle Ärzte die

---

<sup>227</sup> Bei Hausapotheken handelt es sich um Apotheken führende niedergelassene Ärzte.

<sup>228</sup> Außendienststeuerung

<sup>229</sup> DIEDENHOFEN, Hans- Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. DISS, Difo-Druck GmbH, Bamberg 1991, S 204. Diederhufen verweist weiters auf *neuere Methoden* der Ansprache des Arztes und nennt Theaterbesuche und Museumsführungen. Heute, knapp zwanzig Jahre später, wissen wir, dass diese Wege Sackgassen waren. Das Antikorruptionsgesetz hat dem spätestens den Gar ausgemacht.

gleichen Bedürfnisse haben und unterschiedlich reagieren. Ärzte sind Individualisten und als solche wollen sie (auch von den Pharmareferenten) behandelt werden. Einige Befragungen und Studien – wie jene von Diederhufen- konnten dies bereits nachweisen.

Verkaufsberatercolleges wie VBC bieten zahlreiche Seminare „Für mehr Kompetenz im Verkauf“ für Pharmareferenten an - mit vielversprechenden Titeln wie „Körpersprache“, „8 Stufen zum Verkaufserfolg“, „Die letzten Geheimnisse des Verkaufes“ oder „7 Wege zum sicheren Verkaufsabschluss“.

Vor der Teilnahme an einem VBC- Verkaufsseminar hat der Außendienstmitarbeiter die Möglichkeit, anhand eines Fragebogens seine Verkaufskompetenz zu überprüfen. Anhand von acht Parametern welche das Verkaufs- Kompetenz- Profil ergeben sollten, wird das persönliche Selbstbild hergestellt. Es sind dies: *Kundenorientierung, Brancheninteresse, Verkaufsethik, Teamorientierung, Führungskompetenz, emotionale Stabilität, Selbstorganisation und Flexibilität.*

VBC räumt aber ein, dass der „tatsächliche Verkaufserfolg über die persönlichen Kompetenzen hinausgehend durch viele andere interne Faktoren (wie etwa Motivation, Fachwissen, **Einstellung zur eigenen Firma, zum eigenen Produkt, zum Kunden**, psychische und physische Gesundheit etc.) sowie externe Faktoren (wie Marktsituation, Konkurrenz, Produktangebot, **Markenimage**, Preispolitik usw.) beeinflusst wird.“<sup>230</sup>

VBC verrät in seinem Seminar-Programm den eigentlichen Schlüssel zum Erfolg: *„Das wahre Geheimnis des Verkaufs liegt im Teilen: Ein Geschäft ist für alle Beteiligten immer dann erfolgreich, wenn beide Seiten profitieren.“*<sup>231</sup>

## V.2 ARZT- PHARMAREFERENT: BEZIEHUNG

„Beziehung ermöglicht erst, dass der Kunde überhaupt zuhört“. (R. GOFFWAY)<sup>232</sup>

„Kunden gehen zu Verkäufern, die sie mögen. Menschen kaufen von Freunden.“<sup>233</sup>

<sup>230</sup> VBC VerkaufsberaterInnencolleg: VKC Auswertung. VBC Medien AG, Mödling, S 1

<sup>231</sup> VBC VerkaufsberaterInnencolleg: Ihr Know-how im Verkauf. Erfolg ist (k)ein Geheimnis. Hrsg. von Academia Gesellschaft für Erwachsenenbildung GmbH, Mödling 2009, S 5

<sup>232</sup> Wie oben, S 7

<sup>233</sup> Wie oben (2009), S 7



Der Arzt *kauft* zwar nichts vom Pharmareferenten, aber er verordnet sein Präparat. Er gibt einem Präparat gegenüber einem anderen den Vorzug.

Ein der Pharmaindustrie kritisch eingestellter niedergelassener Facharzt aus Deutschland schrieb 2004 zum Thema Beziehung Arzt- Pharmareferent in einem Artikel der FAZ:

*Die Ärzteschaft vertraut fast ausschließlich auf das, was die pharmazeutische Industrie sagt. Das ist etwa so, als würde man ein neues Auto kaufen, sich bei zwei, drei Autohändlern einen Überblick über den Markt verschaffen und sich auf der Grundlage ihrer Hochglanzprospekte für einen neuen Wagen entscheiden- ohne Testbericht und Vergleiche.<sup>234</sup>*

Ein Kollege schildert seine Erfahrungen mit dem Pharma- Außendienst folgendermaßen:

*Pharmareferenten haben ausschließlich nicht die Aufgabe, uns objektiv zu informieren. Sie stehen unter großem Druck, den Medikamentenumsatz ihrer Firmen zu steigern. Dazu machen sie gute Stimmung, setzen kleine und große Bestechungsmittel ein. Ihre Aussagen sind meist unvollständig bis schlicht falsch. Über unerwünschte Medikamentenwirkungen und höhere Kosten sprechen sie fast nie.<sup>235</sup>*

Eine amerikanische Umfrage in einem Krankenhaus in Kalifornien zeigte, dass Ärzte davon überzeugt sind, die Marketingstrategien der Pharmaunternehmen im Gespräch mit dem Pharmareferenten identifizieren zu können, gleichzeitig glaubten aber 84 Prozent der selben Ärzte, dass die Kollegen sich manchmal bis häufig von den Pharmareferenten beeinflussen ließen.

Eine Meta-Analyse kam in den USA ebenfalls zu dem Schluss, dass „je mehr Geschenke ein Arzt erhält, desto häufiger glaubt er, dass Pharmareferenten keinen Einfluss auf sein Verordnungsverhalten ausüben.“<sup>236</sup>

## V.2.1 ÄRZTLICHER VERHALTENSKODEX: CODE OF CONDUCT<sup>237</sup>

Gleich in der Präambel wird die Notwendigkeit der Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie als Grundvoraussetzung für die ärztliche Tätigkeit besonders unterstrichen.

<sup>234</sup> GRILL, Markus: Kranke Geschäfte. S 187

<sup>235</sup> Wie oben, S 187

<sup>236</sup> Wie oben, S 54

<sup>237</sup> Vgl. [http://www.aerztekammer.at/service/COC\\_kon\\_10042008.pdf](http://www.aerztekammer.at/service/COC_kon_10042008.pdf): (Stand: 27.8.09) Präziser Wortlaut: Ärztlicher Verhaltenskodex bei der Zusammenarbeit mit der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie.

In weiterer Folge werden Verhaltensregeln zu bestimmten Themenkomplexen, wie die Teilnahme an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen, insbesondere Kongressen, Symposien, Workshops und Vorträgen, behandelt. Die Annahme von Geschenken und anderer Vorteile ist darin ebenso geregelt, wie die Annahme von Ärztemustern, Verschreibung von Medikamenten und Anwendungsbeobachtungen<sup>238</sup>.

### V.3. ZIELE DES PHARMAREFERENTEN- ARZT GESPRÄCHES

Zunächst sind für den Pharmareferenten die persönlichen Ziele des Arztes maßgebend. Diese können höchst individuell sein. Eine Auswahl an Möglichkeiten<sup>239</sup>:

- Welche Berufsziele verfolgt der Arzt noch?
- Was ist das Wichtigste im Beruf?
- Wie sieht die Arbeit-/ Freizeit- Verteilung aus?
- Welche Rolle hat die Familie?
- Welche Ziele verfolgt der Arzt außerhalb von Beruf und Privatleben?
- Strebt der Arzt private finanzielle Ziele an?
- Welchen Stellenwert hat die soziale Stellung?
- Welche persönlichen Stärken liegen vor?
- Bevorzugte Tätigkeitsbereiche/ Vorlieben?
- Was wird an Kollegen bewundert?
- Welche Patienten werden bevorzugt, welche bereiten Mühe?
- Welches ist sein bevorzugtes Arbeitsumfeld?
- Welchen Stellenwert haben die eigene Gesundheit und die Bereitschaft, etwas dafür zu tun?
- Welche ursprünglichen Beweggründe für das Medizinstudium und aktuelle Vorstellungen liegen vor?
- Welches Fremdimage verfolgt der Arzt bei den Patienten, Kollegen und Mitarbeitern?

Weshalb sind die persönlichen Ziele des Arztes so bedeutend für den Pharmareferenten?

---

<sup>238</sup> Anwendungsbeobachtungen stellen ein attraktives Marketinginstrument für die Pharmaunternehmen dar. Sie dienen dazu, ein oder mehrere Patienten gegen Honorierung des Arztes auf ein Medikament neu einzustellen oder von einem Präparat eines Mitbewerbers umzustellen. Das Honorar pro Patient beträgt durchschnittlich- abhängig von Dauer, Komplexität und Aufwand des Arztes- zwischen 50.- und 200.-€.

<sup>239</sup> BARTOSEK, Ing. Mag. (FH) Bernd: Das Unternehmen Arztpraxis. Extramurale Gesundheitsdienstleistungen im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Funktionsoptimierung. DISS., 2003, Linz, S 89f.

Die Antwort liegt in der Motivation des Arztes, sich für oder gegen ein Präparat auszusprechen. Natürlich hat es der Pharmareferent auch mit anderen Zielen des Arztes zu tun, wie inhaltliche, funktionale, mikroökonomische Ziele sowie systembedingten Vorgaben. Die persönlichen Ziele sind deshalb besonders wichtig, weil, wie bereits im ersten Kapitel ausführlich behandelt, Kaufentscheidungen zu einem wesentlichen Teil auf der Gefühlsebene getroffen werden.

#### V.4 ABWEHRSTRATEGIEN DES ARZTES

Eine denkbare Abwehrstrategie kann sich als Vorwand gegen einen Nutzen äußern. In so einem Fall ist es die Aufgabe des Pharmareferenten zu überprüfen ob es sich tatsächlich um einen Vorwand oder möglicherweise doch um einen richtigen Einwand handelt. Abwehrstrategien des Arztes lassen sich oft an der Körperhaltung des Arztes ablesen. Abwehrhaltungen müssen vom Pharmareferenten ernst genommen werden. Hinter ihnen stecken Motivationen, Vorurteile, Wahrnehmungen, Einstellungen (zum Produkt, zum Unternehmen) und Bedürfnisse. Vertrauen kann nur im persönlichen Kontakt aufgebaut werden.

Wenn ein begründeter Einwand seitens des Arztes gegen ein Medikament besteht, kann es vorkommen, dass der Arzt das nicht direkt kommuniziert. Verkaufsexperten empfehlen in diesem Fall den Einwand „auszupendeln“. Diese Technik soll dem Pharmareferenten dazu dienen, den Einwand von einem Vorwand zu unterscheiden. Je nach „Ergebnis“ kann der Außendienst dann die geeigneten weiteren Schritte unternehmen und seiner Präsentation entsprechend anpassen.

## VI. EMPIRISCHER TEIL: STUDIENDESIGN

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit wurde bereits umfassend im theoretischen Teil behandelt. Zur weiteren Überprüfung der gewonnenen Daten soll eine Befragung mittels Fragebogen an einundzwanzig niedergelassenen Ärzten im Großraum Wien dienen. Die Methodik hat deskriptiven und explorativen Charakter.

### VI.1. FORSCHUNGSFRAGEN UND HYPOTHESEN

#### **FORSCHUNGSFRAGE 1:**

„Prägt das face- to- face Gespräch zwischen Arzt und Pharmareferent neben anderen Faktoren das Image eines Pharmaunternehmens?“

#### **Hypothese 1:**

„Das Image eines Pharmaunternehmens wird neben anderen Faktoren im face- to- face Gespräch zwischen Arzt und Pharmareferent mitgeprägt.“

#### **FORSCHUNGSFRAGE 2:**

„Pharmaunternehmen setzen unterschiedliche Marketingmaßnahmen zur Verkaufsförderung ein. Werden alle Marketingtools gleichermaßen mit einem positiven Image assoziiert?“

#### **Hypothese 2:**

„Pharmaunternehmen setzen unterschiedliche Marketingmaßnahmen zur Verkaufsförderung ein. Nicht alle Marketingtools werden seitens des Arztes mit einem positiven Image assoziiert.“

#### **FORSCHUNGSFRAGE 3:**

„Hat die Einführung eines neuen Software Programms in den Arztpraxen mit der Bezeichnung „Ökool“ eine negative Auswirkung auf die Einstellung der niedergelassenen Ärzte auf die Pharmaunternehmen gehabt?“

#### **Hypothese 3:**

„Die Einführung eines neuen Software Programms durch den Hauptverband mit der Bezeichnung „Ökool“ in den Arztpraxen der Vertragspartner hat sich negativ auf die Einstellung der niedergelassenen Ärzte auf die Pharma-Unternehmen ausgewirkt.“

**FORSCHUNGSFRAGE 4:**

„Hat die Verwendung des Ökotools in den Arztpraxen das Image der Pharmaunternehmen bei den niedergelassenen Ärzten positiv oder negativ beeinflusst?“

**Hypothese 4:**

„Die Verwendung des Ökotools hat einen Einfluss auf das Image der Pharmaunternehmen.“

**Erläuterungen zu den Hypothesen:**

FF1/ Hypothese 1: „Das Image eines Pharmaunternehmens wird neben anderen Faktoren im face- to- face Gespräch zwischen Arzt und Pharmareferent mitgeprägt.“

Image wird nachweislich am stärksten beeinflusst durch den persönlichen Kontakt. Gerade in Zeiten des verschärften Wirkstoffwettkampfs und des verstärkten Generika- Marktes gewinnt das Image eines Unternehmens an Bedeutung um einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Mitbewerbern herauszuholen. Die Marketing- Ausgaben in der Pharmaindustrie sind in den vergangenen zehn, fünfzehn Jahren massiv angestiegen. Der Außendienst macht einen Großteil dieser Marketingkosten aus. Ob die Marketingausgaben immer gerechtfertigt und gut investiert sind, ist Teil dieser Fragestellung.

FF2/ Hypothese 2: „Pharmaunternehmen setzen unterschiedliche Marketingmaßnahmen zur Verkaufsförderung ein. Nicht alle Marketingtools werden seitens des Arztes mit einem positiven Image assoziiert.“

Der Außendienst macht einen Großteil dieser Marketingkosten aus. Deswegen steht die Pharmaindustrie nicht selten im Kreuzfeuer der Kritik. Kritiker der Pharmaindustrie argwöhnen, dass die steigenden Ausgaben für Marketing auf Kosten der F&E Investitionen gehen. Dies würde letztlich eine Schwächung des Wirtschaftsstandortes Österreich und eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung zur Folge haben. Ob die Marketingausgaben immer gerechtfertigt und gut investiert sind, steht im Zentrum dieser Fragestellung.

FF3/ Hypothese 3: „Die Einführung eines neuen Software Programms durch den Hauptverband mit der Bezeichnung „Ökotool“ in den Arztpraxen der Vertragspartner hat sich negativ auf die Einstellung der niedergelassenen Ärzte auf die Pharma-Unternehmen ausgewirkt.“

Das Softwareprogramm „Ökotool“ wurde den Vertragsärzten vom Hauptverband vorgeschrieben. Die Übernahme der Installations-, Infrastruktur- und Wartungskosten liegt allerdings beim Arzt. Über diese Vorgehensweise des Hauptverbandes zeigten sich viele Ärzte angesäuert. Das „Ökotool“ soll aus Sicht des Hauptverbandes den Arzt in die Lage versetzen, ökonomisch zu verordnen, indem er jeweils das kostengünstigste Präparat in der jeweiligen Wirkstoffgruppe aus einer Liste an Medikamenten auswählt. Aus Sicht der Ärzte bedeutet es einen zusätzlichen Arbeitsaufwand mit einer möglichen negativen Assoziation gegenüber den Pharmaunternehmen, die teure Präparate „verkaufen“.

FF4/ Hypothese 4: „Die Verwendung des Ökotools hat einen Einfluss auf das Image der Pharmaunternehmen.“

Einstellung und Image stehen (wie im theoretischen Teil ausführlich behandelt) in einem direkten Verhältnis zueinander. Es ist daher davon auszugehen, dass eine negative Einstellung gegenüber den Pharmaunternehmen auch eine Auswirkung auf das Image der Pharmaunternehmen im niedergelassenen Bereich hat. Zur Erinnerung:

*„Einstellungen haben wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmungsprozesse des Arztes. Das Verordnungsverhalten wird insbesondere von den Einstellungen des Arztes gegenüber der pharmazeutischen Industrie im allgemeinen, bestimmten Firmen mit ihrem Sortiment, ihrer Spezialisierung, ihrer Forschung oder ihrem Image im Besonderen, gegenüber Eigenschaften der Arzneimittel<sup>240</sup>, dem Informationsangebot und einzelnen Medien entscheidend determiniert“ (siehe Fußnote 115)*

## VI.2. GRUNDGESAMTHEIT

Die Grundgesamtheit, auch Population genannt, bezeichnet eine Menge von Objekten (Personen, Gruppen, Unternehmen, Texte usw.), über die Aussagen getroffen werden sollen. Es bedarf der genauen Definition eines Geltungsbereiches einer Untersuchung, um

---

<sup>240</sup> Indikationsgebiet, Preis, Kontraindikation, Darreichungsform, Angebot etc.

über konkrete Merkmalsträger Aussage treffen zu können. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, spricht man von Grundgesamtheit.<sup>241</sup>

Die definierte Grundgesamtheit der vorliegenden Untersuchung sind Allgemeinmediziner mit Krankenkassenverträgen im niedergelassenen Bereich (im Unterschied zu den in Krankenanstalten tätigen Ärzten) mit Arztpraxen in Wien und Niederösterreich.

### VI.3. STICHPROBE

Die Stichprobe ist bis zu einem gewissen Bereich per Zufall gewählt. Es handelte sich bei allen 21 Ärzten um Ärzte, die ich in meiner Tätigkeit als Pharmareferentin in Wien und in den Bezirken Korneuburg und Stockerau betreut habe.

Ursprünglich hatte ich 23 Ärzte angeschrieben. Ein Arzt schickte den ausgefüllten Fragebogen anonym zurück an meine Wohnadresse. Ein weiterer Arzt erklärte sich nicht zur Teilnahme bereit- aus Prinzip- wie er meinte.

Die teilnehmenden Ärzte sind nicht nach weiteren Wesensmerkmalen ausgewählt worden. Es handelte sich lediglich um Personen, von denen ich annehmen konnte, dass sie sich Zeit für ein persönliches Interview nehmen würden. Ein Arzt führte den Fragebogen auch nur aus, wie er mir bestätigte, weil er mich bereits persönlich kannte.

Komplexere Analysen wie Faktorenanalyse, Varianzanalyse usw. sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich. Es handelt sich hierbei um eine klassische Analyse. Die Befragung kann schon aufgrund der sehr geringen Fallzahl als *nicht repräsentativ* gewertet werden.

#### VI.3.1. DEMOGRAFISCHE ERGEBNISSE

Von den 21 teilnehmenden Ärzten waren 19 männlich und zwei weiblich. *Altersangaben* haben zehn Ärzte verweigert. Von den übrigen elf Ärzten waren ein Arzt im Alter von 40 bis 49 Jahren, acht Ärzte im Alter von 50 bis 59 Jahren und drei Ärzte im Alter von 60 bis 69 Jahren repräsentiert. Der *Familienstand* der Ärzte war bei neunzehn der einundzwanzig verheiratet, ein Arzt war zum Zeitpunkt der Befragung ledig, ein weiterer Arzt verwitwet. Alle

<sup>241</sup> EBSTER, Claus/ STALZER, Lieselotte: Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. WUV Universitätsverlag, Wien 2003, S 187

einundzwanzig Ärzte haben Angaben zu Kindern gemacht. Zwei Ärzte sind kinderlos, zwei Ärzte haben ein Einzelkind, insgesamt elf Ärzte haben zwei Kinder und fünf Ärzte sind mit drei Kindern gesegnet. Von 21 Ärzten waren achtzehn aus Wien und drei aus einer Kleinstadt mit 5000 bis 19999 Einwohnern.<sup>242</sup>

#### VI.4. FRAGEBOGEN

Der halbstandardisierte Fragebogen für die Befragung umfasste insgesamt 26 Fragen, davon eine vier und 22 geschlossene Fragen. Aus den geschlossenen Fragen (quantitativer Teil) wurden später Antwortkategorien gebildet. Der Fragebogen beinhaltet zusammen mit den demografischen Daten vier große Themenbereiche. Der qualitative Teil der einzelnen Interviews ist als Zusammenfassung in Anhang B nachzulesen.

Es kann in diesem Fall von einer qualitativ-quantitativen Untersuchung gesprochen werden. Grundsätzlich lässt eine geringere Strukturiertheit auf qualitative Aspekte hindeuten, im Gegenzug dazu bedeuten starke Strukturierungen mehr quantitative Aspekte. „Strukturiert- unstrukturiert“ bezieht sich auf die Interviewsituation, „standardisiert- nicht-standardisiert“ auf das Instrument (Fragebogen), „offen- geschlossen“ auf die einzelne Frage.<sup>243</sup>

Lamnek kategorisiert qualitative und quantitative Interviews nach einzelnen Dimensionen der Differenzierung:<sup>244</sup>

- Halbstandardisierte Interviews: quantitativ und qualitativ
- Mündlich: quantitativ und qualitativ
- Weicher/ neutraler Stil der Kommunikation: quantitativ und qualitativ
- Geschlossene Fragen: quantitativ
- Offene Fragen: qualitativ
- Face-to-face Kommunikation: quantitativ und qualitativ

<sup>242</sup> Vgl.: SAHIN, Zuzana: Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitseinstellungen und Gesundheitskommunikation hinsichtlich Prävention in der Slowakei. DA, Wien 2005, S 123

<sup>243</sup> ATTESLANDER, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. 11. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Erich Schmidt Verlag, S 135

<sup>244</sup> LAMNEK, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. Korrigierte Auflage. Weinheim 1995, S 37



Dem Schema Lamnek folgend, treffen auf die vorliegende Befragung alle Voraussetzungen für eine qualitativ- quantitative Befragung vor.

Ebster fasst sechs allgemeingültige Gütekriterien qualitativer Forschung zusammen<sup>245</sup>:

- i. Dokumentation des methodischen Vorgehens
- ii. Argumentative Interpretationsabsicherung
- iii. Regelgeleitetheit
- iv. Nähe zum Forschungsgegenstand
- v. Kommunikative Validierung
- vi. Triangulation: Verknüpfung mehrerer Analysevorgänge, Theorien oder Methoden:

*Dabei wird von einer wechselseitigen Ergänzung im methodischen Blick auf einen Gegenstand ausgegangen, wobei diese Ergänzung in der komplementären Kompensation der Schwächeren und blinden Flecke der jeweiligen Einzelmethode liegt. Ausgangspunkt ist die sich langsam durchsetzende Erkenntnis, dass qualitative und quantitative Methoden eher komplementär als rivalisierende Lager gesehen werden sollten. Jedoch bleiben die verschiedenen Methoden nebeneinander stehen, ihr Schnittpunkt ist der jeweilige Gegenstand..<sup>246</sup>*

Die Auswertung der Daten erfolgte nach der Operationalisierung mit Hilfe des Statistik-Programms SPSS.

## VI.5. BEFRAGUNGSSITUATION

Die Einzelinterviews fanden mittels Fragebogen jeweils in der Arztpraxis des niedergelassenen Arztes vor, während oder nach der Ordinationszeit statt. Es handelte sich um eine einmalige face-to-face Befragung durch meine Person.<sup>247</sup> Die Ärzte waren bereits vorab per Post angeschrieben worden. Unter Zusicherung einer vertraulichen und anonymen Behandlung der Auswertungen habe ich bei den Ärzten in einem Brief um Teilnahme an der Untersuchung angefragt. Damit sie sich auf die Fragen und die voraussichtliche Interviewdauer einrichten konnten, enthielt der Brief bereits den Fragebogen.

<sup>245</sup> EBSTER, Claus/ STALZER, Lieselotte: Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. WUV Verlag, Wien 2003, S 183

<sup>246</sup> FLICK, Uwe: Qualitative Forschung. Theorie, Methode, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Auflage. Reinbeck Verlag, Hamburg 2000, S. 282.

<sup>247</sup> EBSTER, Claus/ STALZER, Lieselotte: Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. WUV Universitätsverlag. Wien 2003, S 213

Nach ungefähr einer Woche nahm ich telefonisch Kontakt zu den Ärzten auf. Es wurden dann telefonisch entweder konkrete Termine oder zumindest ein konkreter Tag für das Interview bestimmt. Die Interviews wurden im Zeitraum von 9. Januar 2008 - 9. Februar 2008 durchgeführt. Die durchschnittliche Befragung betrug 30 Minuten.

## VI.6. PRETEST

Bei der Durchführung und Auswertung des Pretests ist vor allem auf vier wesentliche Punkte zu achten: die Zuverlässigkeit und Gültigkeit, die Verständlichkeit von Fragen, die Eindeutigkeit von Kategorien und die konkreten Erhebungsprobleme.<sup>248</sup>

Um vielleicht noch notwendige Adaptierungen vorzunehmen, habe ich mich für einen kleinen Pretest mit drei Ärzten entschieden. Zwei befreundete Ärzte und meine ehemalige Hausärztin haben sich spontan zur Teilnahme der Befragung bereit erklärt. Einige Fragen hatten Erklärungsbedarf. Es stellte sich heraus, dass einige Fragen modifiziert, umformuliert oder ergänzt werden mussten um ein besseres Verständnis bei den Befragten zu erzielen.

## VII. AUSWERTUNG

### VII.1. VORBEMERKUNGEN ZU DEN DATEN, DEN HYPOTHESEN UND DEN AUSWERTUNGSZUGRIFF

#### VII.1.1. VORBEMERKUNGEN ZUM STICHPROBENUMFANG IN DER DATENDATEI

In der Datendatei befinden sich N=21 Datensätze, also Personen mit ausgefüllten Fragebögen. Zentral ist für die vorliegende Auswertung die Frage nach der Beurteilung des Images der Pharmaunternehmen bei den niedergelassenen Ärzten in Österreich (Variable „f20“ in der Datendatei). Alle Auswertungen beziehen sich auf dieses 7-stufig skalierte Item als abhängige Variable, deswegen ist diese Variable auch in *allen* Auswertungen beteiligt. Diese Variable enthält allerdings in zwei Fällen fehlende Werte, so dass letztlich nur maximal N=19 Fälle in die Auswertungen eingehen können.

Im Fall von zusätzlichen fehlenden Werten in bestimmten unabhängigen Variablen kann für einzelne Aspekte der Auswertungen die wirksame Fallzahl noch geringer sein. Man befindet sich hier für eine schließende (Hypothesentestende) Statistik in einem etwas

---

<sup>248</sup> ATTESLANDER, S 277

grenzwertigen Bereich. Insgesamt gesehen ist der Stichprobenumfang schon etwas dünn, um verallgemeinernde Schlussfolgerungen über die konkret vorliegende Stichprobe hinaus auf die dahinter stehende Grundgesamtheit durchzuführen – genau das ist aber das Ziel der Signifikanzprüfung und damit der gesamten schließenden / Hypothesentestenden Statistik.

Das Problem mit der sehr geringen Fallzahl stellt sich insbesondere bei den Auswertungen, bei denen zwei verschiedene Fallgruppen hinsichtlich ihrer Ausprägung in der zentralen abhängigen Variable „f20“ verglichen werden. Durch die Aufteilung der Stichprobe in Teilgruppen entstehen in diesen Teilstichproben natürlich noch einmal deutlich geringere Fallzahlen. Bezüglich der Wahrscheinlichkeitskalkulation im Rahmen der Signifikanzprüfung ist natürlich dann die kleinere der beiden zu vergleichenden Fallgruppen sozusagen das „Einfallstor“ für Zufall. Und natürlich kann man Zufall kaum ausschließen, wenn eine Fallgruppe nur aus wenigen, im Extremfall vielleicht nur aus 1-2 Fällen besteht.

Insbesondere bei den Auswertungen, bei denen jeweils ein dichotomes Merkmal (eine „ja/nein“ - Antwort) mit der Variable „f20“ in Beziehung gesetzt wird, kommt man in die Situation, die eine Gruppe (die Fälle, die mit „ja“ geantwortet haben bzw. eine Antwortvorgabe angekreuzt haben) mit der anderen Gruppe (die Fälle, die das nicht getan haben) in Bezug auf unterschiedliche Ausprägungen der Variable „f20“ in den beiden Gruppen zu untersuchen. Im günstigen denkbaren Fall erzeugt die „ja/nein“ Frage zwei annähernd gleich große Gruppen für den Vergleich.

Das ist aber nicht notwendig – die Häufigkeitsverteilung kann natürlich auch recht einseitig zugunsten einer der beiden Antwortalternativen ausfallen und dann hat man notwendigerweise eine sehr kleine Anzahl von Fällen, bei denen es anders ist. Aber selbst im günstigen Fall würde man hier eine Verteilung von  $N=9$  in der einen und  $N=10$  in der anderen Gruppe erhalten, das ergibt einen einstelligen Fallzahlbereich bezüglich der Wahrscheinlichkeitskalkulation für Zufall.

Aber das ist – wie gesagt – nur der denkbar günstigste Fall. Es kann eben auch vorkommen, dass man vielleicht für die eine der Antwortalternativen nur ein, zwei oder drei Fälle hat. Tatsächlich kommt das auch in der Datendatei vor. Normalerweise sind Fallzahlen im einstelligen Bereich nur sehr selten, sinnvoll mit einer schließenden Statistik auswertbar. Das Problem liegt darin, dass durch die geringe Fallzahl natürlich auch deskriptive, durchaus erkennbare Unterschiede bzw. Effekte noch Zufall sein können.

Wenn man also ein nicht signifikantes Ergebnis erhält, ist man danach in gewisser Weise genauso schlau wie vorher – weil man nicht weiß, ob die fehlende Signifikanz nun daran liegt, dass in der Grundgesamtheit tatsächlich kein Zusammenhang zwischen den Merkmalen / Variablen besteht oder ob es daran liegt, dass in der Grundgesamtheit durchaus ein Zusammenhang da ist, der Stichprobenumfang aber zu klein ist, diesen Zusammenhang genügend sicher gegen Zufall abzusichern.

Lediglich im Fall, dass wenn man trotz der kleinen Fallzahlen ein signifikantes Ergebnis bekommt, wäre das – gerade *aufgrund* der kleinen Fallzahl, ein umso stärkerer Beleg für einen Zusammenhang. Diese grundsätzliche Einschränkung im möglichen Aussagegehalt der Auswertungen gilt – wie gesagt – stärker für die Mittelwertvergleiche zwischen zwei Gruppen von Fällen.

Im vorliegenden Fall über die T-Tests für abhängige Stichproben. Bei den Korrelationen stellt sich die Beschränkung in der Fallzahl nicht ganz so dramatisch dar, weil hier ja die Gesamtgruppe als wirksames N bezüglich der Wahrscheinlichkeitskalkulation eingeht, also alle Fälle mit gültigen Werten in den beiden Variablen, deren Zusammenhang untersucht werden soll, so dass hier Fallzahlen erreicht werden, die knapp unter  $N=20$  liegt, was normalerweise als Daumenregel als sinnvolle Untergrenze in der Stichprobengröße für inferenzstatistische Auswertungen angesehen werden kann.

## VII.1.2. OPERATIONALISIERUNG

Unter Operationalisierung versteht man die (möglichst genaue) Angabe der Vorgehensweise (eben der "Operationen"), mit der ein Merkmal erhoben werden soll. Bei einer Befragung versteht man unter Operationalisierung zum Beispiel die genaue Frageformulierung mitsamt den Antwortvorgaben. Genau genommen würde zur O. auch noch die Anweisung an den Interviewer gehören, die Frage vorzulesen und die Antworten aufzunehmen.<sup>249</sup>

### Zu Hypothese 1:

„Das Image eines Pharmaunternehmens wird neben anderen Faktoren im face- to- face Gespräch zwischen Arzt und Pharmareferent mitgeprägt.“ Für die Operationalisierung von „face-to-face“-Gespräch dienen die Fragebogenfragen/ items 2,3,4, 5,8,9,10,11,12,13a.

Zur statistischen Prüfung wäre hier zu sagen, dass anhand des vorliegenden Datensatzes nur geprüft werden kann, ob die genannten Aspekte der direkten

<sup>249</sup> [http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein\\_voll.htm](http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm) (Stand: 11.9.09)

Gesprächsführung jeweils für sich einen statistisch nachweisbaren Zusammenhang mit der abhängigen Variable, dem Image der Pharmaunternehmen, aufweisen.

Ob diese Einflussfaktoren *wesentlich* sind oder wie sie im Vergleich zu anderen möglichen Einflussfaktoren zu bewerten sind, kann dagegen nicht geprüft werden. Dazu hätten diese anderen Einflussfaktoren bekannt und in der Datenerhebung mit erfasst werden müssen.

#### Zu Hypothese 2:

„Pharmaunternehmen setzen unterschiedliche Marketingmaßnahmen zur Verkaufsförderung ein. Nicht alle Marketingtools werden seitens des Arztes mit einem positiven Image assoziiert.“ Statistisch prüfen kann man, ob die angegebenen Marketingmaßnahmen stochastisch mit der Imagebewertung zusammenhängen. Ob hier ein Zwang speziell für Generika-Anbieter vorliegt, andere / zusätzliche Marketingmaßnahmen zu ergreifen, ist dagegen in den Daten nicht prüfbar. Wir können hier in der statistischen Auswertung nur sagen, ob die Daten darauf hinweisen, dass es bestimmte Marketingmaßnahmen gibt, welche ein positives oder negatives Image befördern/verbreiten.

#### Zu Hypothese 3:

„Die Einführung eines neuen Software Programms durch den Hauptverband mit der Bezeichnung „Ökotool“ in den Arztpraxen der Vertragspartner hat sich negativ auf die Einstellung der niedergelassenen Ärzte auf die Pharma-Unternehmen ausgewirkt.“ Hier kann man nur auswerten, ob die Verwendung / Nutzung des „Ökotools“ einen Zusammenhang mit dem Image der Pharmaunternehmen aufweist. Über eine Fristigkeit von Wirkungen (kurzfristig, langfristig) kann anhand der Daten keine Aussage getroffen werden.

Hypothese 4: „Die Verwendung des Ökotools hat einen Einfluss auf das Image der Pharmaunternehmen.“

### VII.1.3. ZUM AUSWERTUNGSBEGRIFF UND DEN VERWENDETEN STATISTISCHEN VERFAHREN

In der statistischen Auswertung gibt es anhand der genannten Operationalisierungen im Kern zwei unterschiedliche Auswertungszugriffe. Es geht in allen Auswertungen um die

Wirkungen auf die Imagebewertung, die eine intervallskalierte Variable ist. Auf der Seite der abhängigen Variablen hat man also eine skalierte Information, etwas ist mehr oder weniger stark ausgeprägt.

Auf der Seite der unabhängigen Variablen wird diese abhängige Variable nun statistisch in Verbindung gebracht mit: Entweder: Ebenfalls skalierten Informationen, die dann ordinal skaliert oder intervallskaliert sein können.

Hier werden im statistischen Zugriff Korrelationen berechnet, je nach Skalenniveau der unabhängigen Variable, entweder Rangkorrelationen mit dem Spearman-Koeffizienten oder Korrelationen mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten. Dies ist statistisch betrachtet dann eine *Zusammenhangsanalyse*, es wird ausgewertet, ob und wenn ja in welchem Ausmaß ein „je mehr ... desto“ - Zusammenhang besteht. Oder: Kategorialen Variablen, welche je nach Ausfall die Stichprobe dann in Teilgruppen einteilt, welche hinsichtlich der Ausprägung der abhängigen Variable verglichen werden.

Es handelt sich hier – bis auf eine Ausnahme – jeweils um zwei Fallgruppen, die verglichen werden. In der einen Ausnahme gibt es drei unterschiedliche Fallgruppen, je nach Ausfall der unabhängigen Variablen. Im statistischen Zugriff sind dies dann *Unterschiedsanalysen*, es geht um den Nachweis von Gruppenunterschieden. Hier werden entweder T-Tests für unabhängige Stichproben verwendet oder (in dem einen Fall mit drei Gruppen) eine Varianzanalyse.

Zur zentralen abhängigen Variable:

Die für alle Auswertungen gleichermaßen gültige abhängige Variable ist die Frage nach dem Image der Pharmaunternehmen. Im Fragebogen ist diese Frage als siebenstufig skalierte Frage gefasst, wobei für die einzelnen sieben Stufen keine sprachlichen Verankerungen angegeben sind, sondern nur „Polung“, also die Richtung der Kodierung vorgegeben ist. Durch die fehlende sprachliche Verankerung kann dieses Einzelitem als eindeutig intervallskaliert angesehen werden.

Die Verteilungskennwerte der abhängigen Variablen ergeben sich wie folgt:

<b>Statistiken</b>		
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten		
N	Gültig	19
	Fehlend	2

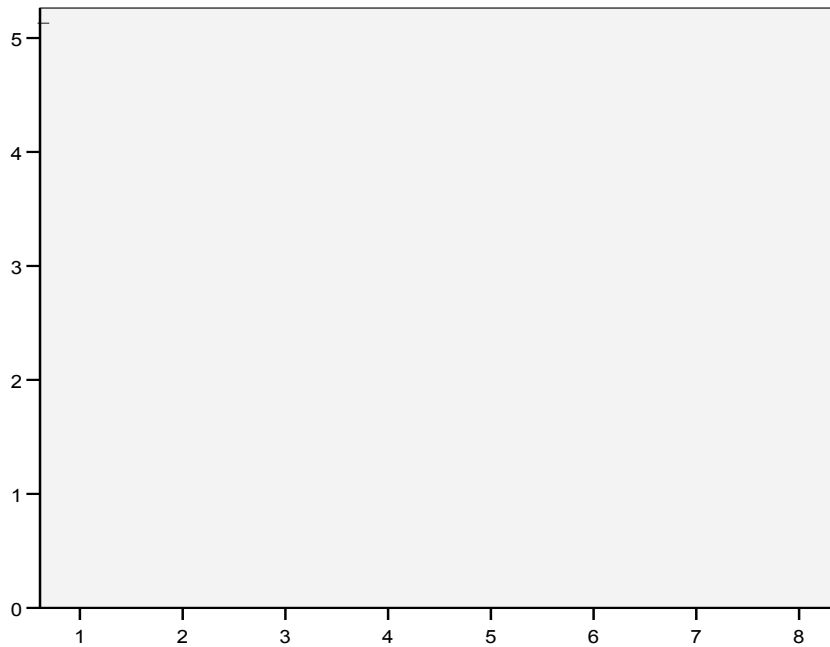
Mittelwert	4,53
Median	4,00
Standardabweichung	1,389

Die Häufigkeitsverteilung dieser zentralen abhängigen Variablen ergibt sich (als Tabelle und als Grafik) wie folgt:

**Image der Unternehmen bei österr. Ärzten**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2	1	4,8	5,3	5,3
	3	4	19,0	21,1	26,3
	4	5	23,8	26,3	52,6
	5	3	14,3	15,8	68,4
	6	5	23,8	26,3	94,7
	Sehr gut	1	4,8	5,3	100,0
Gesamt		19	90,5	100,0	
Fehlend	System	2	9,5		
Gesamt		21	100,0		

■



#### VII.1.4. SIGNIFIKANZPRÜFUNG/ SIGNIFIKANZNIVEAU

Die schließende Statistik unterscheidet sich von der deskriptiven (rein beschreibenden Statistik) dadurch, dass Aussagen angestrebt werden, ob eine bestimmte Aussage oder Hypothese richtig oder falsch ist. Genauer gesagt: Sind die vorliegenden Stichprobendaten mit meiner Hypothese vereinbar? Wie wahrscheinlich ist das? Mit den Hypothesen möchte man ja allgemeine Aussagen machen, die sich nicht nur auf die Fälle der konkret vorliegenden Stichprobe beziehen, sondern auf alle Fälle der interessierenden Grundgesamtheit, aus der die Stichprobe stammt. In der beschreibenden Statistik werden dagegen die Werte der vorliegenden Stichprobe als Häufigkeitsverteilung oder als „Kennwerte der zentralen Tendenz“ wie Mittelwert oder Streuung der Werte gekennzeichnet. Hier sagt man nur: So ist es in *dieser* Stichprobe. Eine Hypothesentestung, ein Schluss über die konkret vorliegende Stichprobe hinaus, ist damit nicht verbunden.

In der schließenden Statistik interessiert die Frage, ob diese Unterschiede *systematisch* sind oder ob sie rein zufällig entstanden sein könnten. Es geht also um die Frage: Gilt dieser Unterschied generell zwischen den beiden Gruppen? Würde ich also, wenn ich eine neue Stichprobe untersuche, einen gleichen oder ähnlichen Unterschied erhalten? Oder könnte es auch sein, dass ich bei einer neuen Stichprobenziehung genau gegenteilige Unterschiede erhalte, der Ausfall in meiner Stichprobe also nur zufällig in eine bestimmte Richtung weist?

Mit der Signifikanzprüfung geht es also im Kern um die *Generalisierbarkeit* von Ergebnissen. Die Frage ist: Wie sicher kann ich davon ausgehen, dass meine Ergebnisse in meiner Stichprobe sich verallgemeinern lassen auf die Grundgesamtheit, aus der die Stichprobe stammt. Damit ist natürlich schon gesagt, dass dieser Generalisierbarkeit bei sehr kleinen Stichproben logischerweise enge Grenzen gesetzt sind.

Wenn man im einstelligen Fallzahlenbereich sich bewegt, dann sollte es unmittelbar einleuchtend sein, dass hier eine Verallgemeinerung über die konkret untersuchten Subjekte der Stichprobe hinaus nur schwer möglich sind, weil natürlich die individuellen, vielleicht zufälligen Besonderheiten der einzelnen Fälle in der kleinen Stichprobe viel stärker durchschlagen auf die Stichprobe, die Stichprobe also sehr stark von Einzelfällen, die naturgemäß eben nicht verallgemeinerbar sind, geprägt ist.



Nun könnten die beobachteten Abweichungen natürlich rein zufällig sein. Solche rein zufälligen Schwankungen in Rahmen der Stichprobenziehung oder „Messfehler“ verhindern eine perfekte Übereinstimmung der Werte mit der Nullhypothese, selbst wenn diese in der Grundgesamtheit gültig sein sollte. Wenn die Abweichung vom 0-Wert allerdings sehr groß ist, dann ist es sehr unwahrscheinlich, dass es sich hier um rein zufällige Schwankungen handelt. In der Signifikanzberechnung werden also immer Wahrscheinlichkeiten angegeben für ein rein zufälliges Zustandekommen von Ergebnissen.

Deshalb bezeichnet man diese Wahrscheinlichkeitsangaben, die Signifikanzwerte, auch als *Irrtumswahrscheinlichkeit*. Damit ist gemeint: Die Wahrscheinlichkeit für ein rein zufälliges Zustandekommen ist ja die Wahrscheinlichkeit, einen Irrtum zu begehen, wenn ich sage, ich habe hier systematische Zusammenhänge oder Unterschiede nachgewiesen.

### Signifikanzniveaus

Wir haben gesagt: Wenn die Vereinbarkeit der Daten mit der  $H_0$  sehr gering ist, dann Verwerfen wir die  $H_0$  und akzeptieren im Gegenzug die  $H_1$  und sagen, wir haben einen Unterschied oder einen Zusammenhang nachgewiesen. Was genau ist nun sehr gering in der Wahrscheinlichkeit der Vereinbarkeit der Daten mit der  $H_0$ ? Das lässt sich nicht theoretisch sagen. Es haben sich aber in der Wissenschaft *Konventionen* herausgebildet, also Vereinbarungen, die für die meisten Fälle sinnvoll sind.

Die wichtigste Vereinbarung heißt: Wenn meine Irrtumswahrscheinlichkeit 5% oder größer ist, dann kann ich die  $H_0$  *nicht verwerfen* und stattdessen die  $H_1$  als bestätigt betrachten. Ich kann daher dann nicht sagen, die  $H_1$  wurde bestätigt, weil das Risiko, damit einen Entscheidungsfehler zu machen, zu hoch ist. Mein Ergebnis ist einfach nicht genügend gut gegen reine Zufallseffekte abgesichert. Die *Größenordnung* dieser Signifikanzwerte oder Irrtumswahrscheinlichkeiten bezeichnet man auch als *Signifikanzniveau*. Es haben sich die folgenden Bezeichnungen von Signifikanzniveaus herausgebildet:

$p > 0.05$	nicht signifikant	$H_0$ wird beibehalten
$p < 0.05$	signifikant	$H_0$ wird verworfen
$p < 0.01$	sehr signifikant	$H_0$ wird verworfen
$p < 0.001$	höchst signifikant	$H_0$ wird verworfen

Man sagt also immer (im Falle einer Signifikanz): Die Annahme der Gleichheit passt nicht zu den Daten, sie wird verworfen. Es wird als bewiesen betrachtet, dass es systematische Unterschiede oder Zusammenhänge gibt.

## VII.2 AUSWERTUNGEN HYPOTHESE 1

### VII.2.1 ERWARTUNGEN AN DEN BESUCH DER PHARMAREFERENTEN

Die Erwartungen an den Besuch von Pharmareferenten ist/war eine Mehrfachwahlantwort aus insgesamt 24 einzelnen Merkmalen (möglich), die von den Befragten entweder angegeben worden sind oder nicht. Die Frage, ob es hier eine statistische Beziehung mit dem Image der Pharmaunternehmen gibt, muss also für jedes der 24 Merkmale separat untersucht werden. Nämlich, ob jene Fälle, die eine bestimmte konkrete Erwartung angekreuzt haben, sich im Mittelwert der Imagebeurteilung nachweislich unterscheiden von denen, welche diese konkrete Erwartung nicht hegen.

Insgesamt müssen/mussten also bei dieser Frage im Zusammenhang mit dem Image der Pharmaunternehmen 24 einzelne T-Tests durchgeführt werden. Deskriptiv ergeben sich die folgenden Tendenzen / Mittelwertsunterschiede in den 24 einzelnen Erwartungen, die in der nachfolgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt sind:

	Image der Unternehmen bei österr. Ärzten					
	nein			Ja		
	Mittelwert	Standard-abweichung	N	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Fachinformationen	4,33	1,15	3	4,56	1,46	16
Fachkompetenz	4,67	1,51	6	4,46	1,39	13
Kenntnisse über Mitbewerber	4,50	1,16	14	4,60	2,07	5
Kompaktheit der Präsentation	4,73	1,62	11	4,25	1,04	8
Ständige Weiterbildung	4,38	1,45	13	4,83	1,33	6
Evidence Based Medicine	4,46	1,39	13	4,67	1,51	6
Mediziner/ Pharmazeut	4,44	1,38	18	6,00	.	1
Werbematerial	4,56	1,42	18	4,00	.	1
Studienergebnisse	4,10	1,29	10	5,00	1,41	9
"Klatsch und Tratsch"	4,47	1,42	17	5,00	1,41	2
Infos über Gesundheitspolitik	4,61	1,38	18	3,00	.	1
Anwendungsbeobachtungen	4,40	1,45	15	5,00	1,15	4
Pünktlichkeit	4,71	1,36	17	3,00	,00	2
Angenehmer Gesprächspartner	4,30	1,64	10	4,78	1,09	9
Sympathie	4,33	1,37	12	4,86	1,46	7
Gleicher Humor	4,36	1,39	14	5,00	1,41	5
Bestimmtes Geschlecht	4,44	1,38	18	6,00	.	1

Ärztmuster	4,36	1,57	11	4,75	1,16	8
Akademiker	4,53	1,37	17	4,50	2,12	2
Gute Vorbereitung auf Gespräch	4,47	1,46	15	4,75	1,26	4
Abwechslung	4,53	1,46	15	4,50	1,29	4
Informationen über Fachtagungen	3,92	1,24	12	5,57	,98	7
Pharmareferentinnen	4,38	1,41	16	5,33	1,15	3
Fachinfos kurz und bündig	4,67	1,28	18	2,00	.	1

Zunächst ist anzumerken, dass 5 der 24 Erwartungen überhaupt nur einmal angekreuzt wurden. Hier wird dann also ein Einzelfall gegenüber dem Rest der Stichprobe verglichen. In 3 weiteren Erwartungen gab es nur jeweils 2 Ja-Antworten, in 2 weiteren Fällen sind nur 3 Antworten in der kleineren der beiden Gruppen vorhanden, in ebenfalls 3 Erwartungen gibt es nur 4 Ja-Antworten und 2 weiteren Erwartungen nur fünf/5 (entweder du schreibst Ziffern oder die Zahlen aus) Ja-Antworten. In diesen Aspekten ist alleine durch die Verteilung der Erwartungen (Häufigkeitsverteilung der „ja/nein“-Antworten) die Analyse besonders begrenzt. Insgesamt gesehen sind die Mittelwertsunterschiede auch rein deskriptiv betrachtet in den meisten Fällen relativ gering. Das bedeutet, bei den meisten Erwartungen machte es keinen großen Unterschied, ob diese für die Bewertung des Images der Pharmaunternehmen nun gehegt wurden oder nicht.

Am ehesten kann man noch in den Erwartungen „Mediziner / Pharmazeut“, „Werbematerial“, „Studienergebnisse“, „Infos über Gesundheitspolitik“, „Anwendungsbeobachtungen“, „Pünktlichkeit“, „Sympathie“, „Gleicher Humor“, „bestimmtes Geschlecht“, „Informationen über Fachtagungen“, „Pharmareferentinnen“ und „Fachinfos kurz und bündig“ von einem zumindest deskriptiv erkennbaren Mittelwertunterschied sprechen. In diesen Fällen besteht mindestens ein Mittelwertunterschied von 0,5, also von mindestens einer halben Skalenstufe, bezogen auf die Skalierung des Items in der abhängigen Variable.

Allerdings ist bei dem relativ stark ausgeprägten Unterschied, z.B. bei „Bestimmtes Geschlecht“ oder auch bei „Mediziner / Pharmazeut“ mit zu berücksichtigen, dass der hier sehr hohe Mittelwert von exakt 6 sich nur auf eine Person in diesem Fall, also einen Einzelfall bezieht. Die Richtung der Mittelwertsunterschiede ist uneinheitlich, teilweise haben die Fälle mit bejahten Erwartungen die höheren Mittelwerte in der Imagebeurteilung, teilweise ist es umgekehrt.

In den genannten Erwartungen mit einem Mittelwertunterschied  $> 0,5$ , also mit einem überhaupt erwähnenswerten Mittelwertunterschied, ist es so, **dass bei angekreuzten Erwartungen bezüglich „Mediziner / Pharmazeut“, „Studienergebnisse“, „Anwendungsbeobachtungen“, „Sympathie“, „Gleicher Humor“, „bestimmtes Geschlecht“, „Informationen über Fachtagungen“, „Pharmareferentinnen“ dann auch die Imagebewertungen höher, also besser sind. Bei den Erwartungen „Werbematerial“, „Infos über Gesundheitspolitik“, „Pünktlichkeit“ und „Fachinfos kurz und bündig“ ist es dagegen umgekehrt. Hier ist die Imagebewertung der Pharmaunternehmen im Mittel höher, wenn diese Erwartungen nicht angegeben wurden.**

Bezüglich der Signifikanztestung über T-Tests für abhängige Stichproben ergeben sich die in der nachfolgenden Tabelle angegebenen wesentlichen Ergebnisse für die einzelnen T-Tests. Anmerkung: In dieser zusammenfassenden, komprimierten Darstellungsform eines ganzen „sets“ an thematisch zusammengehörigen einzelnen T-Tests sind die Signifikanzwerte der Testung auf Mittelwertunterschied angegeben und die zugehörigen T-Werte als Prüfgrößen mit den Freiheitsgraden.

In der Spalte „Bemerkungen“ wird auf inhomogene Varianzen eingegangen, wenn aufgrund dieser verletzten Modellannahme der T-Test mit korrigierten T-Werten und Freiheitsgraden für inhomogene Varianzen benutzt wurde zur Signifikanzbestimmung. Ferner ist in der Spalte „Bemerkungen“ noch angeführt, wenn eine der beiden Teilgruppen eigentlich gar keine Gruppe von Fällen ist, sondern ein Einzelfall.

In diesen Fällen gibt es auf der Seite des Einzelfalls natürlich auch keine Streuung und somit keine Varianz, sodass die Varianzhomogenität gar nicht überprüft werden kann. Technisch gesehen kann zwar trotzdem eine Signifikanz berechnet werden, da aber auf der einen Seite gar keine Streuung um den Mittelwert herum in die Berechnung eingeht, sind hier die Ergebnisse in der Signifikanzprüfung sehr mit Vorsicht zu interpretieren.

	T-Wert	df	Sign.	Bemerkung
Fachinformationen	0,255	17	0,802	
Fachkompetenz	0,291	17	0,774	
Kenntnisse über Mitbewerber	0,102	4,926	0,923	T-Test mit korrigierten T-Werten und Freiheitsgraden für inhomogene Varianzen <sup>250</sup>
Kompaktheit der Präsentation	0,783	16,815	0,445	T-Test mit korrigierten T-Werten und Freiheitsgraden für inhomogene Varianzen <sup>251</sup>
Ständige Weiterbildung	0,644	17	0,528	
Evidence Based Medicine	0,291	17	0,774	
Mediziner/ Pharmazeut	1,096	17	0,288	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen
Werbematerial	0,380	17	0,709	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen
Studienergebnisse	1,453	17	0,164	
"Klatsch und Tratsch"	0,499	17	0,624	
Infos über Gesundheitspolitik	1,138	17	0,271	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen
Anwendungsbeobachtungen	0,758	17	0,459	
Pünktlichkeit	5,177	16,000	< 0,001	T-Test mit korrigierten T-Werten und Freiheitsgraden für inhomogene Varianzen <sup>252</sup>
Angenehmer Gesprächspartner	0,739	17	0,470	
Sympathie	0,784	17	0,444	
Gleicher Humor	0,883	17	0,390	
Bestimmtes Geschlecht	1,096	17	0,288	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen
Ärztmuster	0,588	17	0,565	
Akademiker	0,028	17	0,978	
Gute Vorbereitung auf Gespräch	0,354	17	0,728	
Abwechslung	0,041	17	0,967	
Informationen über Fachtagungen	3,016	17	0,008	
Pharmareferentinnen	1,103	17	0,285	
Fachinfos kurz und bündig	2,022	17	0,059	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen

Es zeigt sich in nur zwei der 24 Fälle ein signifikanter Mittelwertunterschied. In der Erwartung „Pünktlichkeit“ sind die Mittelwertsunterschiede sogar höchst signifikant, was bei nur N=2 als Stichprobenumfang in der Teilgruppe, welche diese Erwartung hat, ausgesprochen bemerkenswert ist und in diesem Fall gerade aufgrund des geringen Stichprobenumfangs umso bedeutungsvoller in der Absicherung gegen Zufall erscheint.

Zum Zweiten zeigt sich ein nachweislicher Mittelwertunterschied jenseits von rein zufälligen Schwankungen noch bei „Informationen über Fachtagungen“, hier ist der Mittelwertunterschied mit  $p = 0,008$  auf dem 1%-Signifikanzniveau gegen Zufall abgesichert. Nur ganz knapp verpasst wird die Signifikanz in der Erwartung „Fachinfos kurz und bündig“, hier ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit für die Vereinbarkeit der

<sup>250</sup> Der Levene-Test ist zwar mit  $p = 0,051$  ganz knapp nicht signifikant, in Anbetracht der Fallzahlen mit einem N von nur 5 sind allerdings bei einer so knapp verpassten Signifikanz inhomogene Varianzen in der Grundgesamtheit doch sehr viel wahrscheinlicher als homogene Varianzen, auch wenn in strengem Sinn ein Varianzunterschied nicht „bewiesen“ ist.

<sup>251</sup> Signifikanz im Levene-Test:  $p = 0,037$

<sup>252</sup> Signifikanz im Levene-Test:  $p = 0,037$

Nullhypothese mit den Daten von  $p = 0,059$ . Das konventionelle 5%-Signifikanzniveau wird hier also nur denkbar knapp verfehlt. In Anbetracht der kleinen Fallzahl kann man hier sehr plausibel vermuten, dass hier der Unterschied mit einem auch nur etwas geeigneteren Stichprobenumfang auch signifikant werden würde.

In allen anderen Fällen finden sich keine deutlich signifikanten Unterschiede. Das bedeutet, die deskriptiven Mittelwertsunterschiede könnten auch noch rein zufällige Schwankungen der Stichprobenziehung darstellen. Im vorliegenden Fall kann man aufgrund der problematischen Fallzahlen hier nicht recht sagen, ob die Stichprobendaten nun eher dafür sprechen würden, dass diese Erwartungen einen Unterschied machen bezüglich des Images oder nicht. Keinesfalls darf man aber bei den nicht signifikanten Mittelwertunterschieden behaupten, man hätte damit nun nachgewiesen, dass diese Erwartungen keinen Einfluss auf das Image der Pharmaunternehmen haben.

Anmerkung: Die vollständige Dokumentation der SPSS-Ergebnisausgabe in allen Einzelaspekten zu jedem der 24 T-Tests findet sich im Anhang.

## VII.2.2 UNTERSCHIEDLICHE ERWARTUNGEN AN PHARMAREFERENTEN VON ERST- BZW. VON GENERIKA- ANBIETERN

An dieser Stelle dürfen die Ergebnisdaten von Diedenhofen in Erinnerung gerufen werden. Der AD von Ratiopharm erhielt im Vergleich zum AD von Erstanbietern überdurchschnittliche Ergebnisse. Allerdings stellt Ratiopharm damit auch die Ausnahme unter den Generika- Anbietern dar. Sie liegen sowohl im Image, als auch in der Performancekomponente unterhalb aller Pharmafirmen der Stichprobe.<sup>253</sup>

Auch hier ist der Einflussparameter ein dichotomes Merkmal, (entweder werden Unterschiede in den Erwartungen gemacht bezüglich Erstanbietern / Anbietern von Generika oder nicht) das zwei Gruppen von Fällen generiert. Ob sich diese beiden Gruppen in dem intervallskalierten Merkmal „Imagebewertung der Pharmaunternehmen“ nachweislich unterscheiden, wird wieder mit einem T-Test für unabhängige Stichproben überprüft.

---

<sup>253</sup> Vgl. DIEDENHOFEN, S 244

Bei N=12 Fällen, die keine solche Unterscheidung treffen und N=7 Fällen, die hier einen Unterschied machen, ergeben sich die folgenden deskriptiven Statistiken:

**Gruppenstatistiken**

Erwartungen an Pharmareferenten		N	Mittelwert	Standardabweichung
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	12	4,83	1,267
	ja	7	4,00	1,528

Wenn keine unterschiedlichen Erwartungen an Referenten von Erstanbietern und Referenten von Generika-Anbietern gerichtet sind, dann wird das Image der Pharmaunternehmen im Schnitt um knapp eine Skalenstufe höher bewertet.

Der Levene-Test ist deutlich nicht signifikant, man kann also von hinreichend homogenen Varianzen in der Stichprobe ausgehen, zumal auch die Streuung hier keine gravierenden Unterschiede zeigen.

Die Mittelwertsunterschiede sind mit  $p = 0,216$  ( $T=1,284$ ;  $df: 17$ ) deutlich nicht signifikant und liegen damit noch in einem Bereich, der auch ein reiner Zufallseffekt der Stichprobenziehung sein könnte.

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz		
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,101	,754	1,284	17	,216	,833		
	Varianzen sind nicht gleich			1,219	10,833	,249	,833		

Ein systematischer Einfluss der Unterschiedlichkeit der Erwartungen auf das Image lässt sich in den Daten nicht feststellen, bei den vorliegenden Fallzahlen hat das aber nicht viel zu bedeuten. Es könnte auch sein, dass der Stichprobenumfang schlicht zu klein ist, um einen solchen Zusammenhang, wenn es ihn denn geben sollte, nachzuweisen.

### VII.2.3 ZUSAMMENHÄNGE MIT SYMPATHIE FÜR DEN PHARMAREFERENTEN

Die Sympathie für den Pharmareferenten ist eine ordinal skalierte Variable. Bei der statistischen Analyse des Zusammenhangs wird daher eine ordinal skalierte Variable mit

der intervallskalierten abhängigen Variable zum Image der Pharmaunternehmen in Beziehung gesetzt. Der zu verwendende Korrelationskoeffizient muss sich in diesem Fall nach dem geringeren Skalenniveau richten. Berechnet wird eine Rang-Korrelation mit dem Spearman-Koeffizienten.

Es ergibt sich eine schwach positive Korrelation in Höhe von .120 bei N=16 Fällen mit gültigen Werten in beiden Variablen. Der Zusammenhang ist also schon in der Stichprobe nur marginal ausgeprägt und es besteht fast eine Nullkorrelation<sup>254</sup>.

			Image der Unternehmen bei österr. Ärzten
Spearman-Rho	Sympathie für Pharmareferenten	Korrelationskoeffizient	,120
		Sig. (2-seitig)	,657
		N	16

Diese schwache positive Korrelation ist mit  $p = 0,657$  deutlich nicht signifikant und damit noch in einem Bereich, wo man davon ausgehen muss, dass die Korrelation nur aus rein zufälligen Gründen in dieser konkreten Stichprobe nicht exakt 0 ist.

Die Daten zeigen keinen Anhaltspunkt dafür, dass es eine generalisierbare Beziehung zwischen der empfundenen Sympathie für den Pharmareferenten und dem Image der Pharmaunternehmen geben könnte. Die Daten sind durchaus (sogar recht gut) mit der Annahme vereinbar, dass es in der Grundgesamtheit hier gar keine stochastische Beziehung gibt.

#### VII.2.4 ZUFRIEDENHEIT MIT DEN PHARMAREFERENTEN

Die Zufriedenheit mit den Pharmareferenten ist ebenfalls eine ordinal skalierte Variable. Auch hier wird eine Korrelation mit dem Spearman-Koeffizienten berechnet:

			Image der Unternehmen bei österr. Ärzten
Spearman-Rho	Zufriedenheit mit Pharmareferenten	Korrelationskoeffizient	,477(*)
		Sig. (2-seitig)	,039
		N	19

<sup>254</sup> Bei einer Pearson-Korrelation würde ein Korrelationskoeffizient von .12 einem  $r^2$  und damit einer aufgeklärten Varianz von nur 1,4% entsprechen.



Die Ergebnisse zeigen eine positive Korrelation von .477, also eine Korrelation im Bereich mittlerer Zusammenhangsstärken<sup>255</sup>.

Der Zusammenhang ist trotz der relativ kleinen Fallzahl von N=19 mit  $p = 0,039$  auf dem 5%-Niveau signifikant. **Es gibt also in der Stichprobe einen gewissen Trend, dass bei größerer Zufriedenheit mit den Pharmareferenten auch das Image der Pharmaunternehmen tendenziell besser beurteilt wird. Dieser Trend in der Stichprobe ist weder recht unwahrscheinlich noch als rein zufällig in der Stichprobe erklärbar. Das bedeutet, es handelt sich hier um einen systematischen Zusammenhang, der damit nicht nur in der Stichprobe besteht, sondern auf die hinter der Stichprobe stehende Grundgesamtheit verallgemeinerbar ist.**

#### VII.2.5 HÄUFIGKEIT DER BESUCHE

Auch die Häufigkeit der Besuche ist eine ordinal skalierte Variable. Der Zusammenhang mit dem Image der Pharmaunternehmen und dem Spearman-Korrelationskoeffizienten liegt in der Stichprobe mit N=18 Fällen bei  $- .222$ <sup>256</sup>, es gibt also einen negativen Trend in der Stichprobe. Bei geringerer Besuchsdichte ist das Image tendenziell besser.

			Image der Unternehmen bei österr. Ärzten
Spearman-Rho	Häufigkeit der Besuche	Korrelationskoeffizient	-,222
		Sig. (2-seitig)	,375
		N	18

Der Zusammenhang in der Stichprobe ist mit  $p = 0,375$  deutlich nicht signifikant, es kann sich also durchaus noch um einen rein zufälligen Effekt der Stichprobenziehung handeln, eine Generalisierung dieses Trends über die konkret vorliegenden 18 Fälle hinaus ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich. Es ist durchaus möglich, dass in der Grundgesamtheit gar kein Zusammenhang zwischen der Besuchshäufigkeit und dem Image der Pharmaunternehmen besteht.

#### VII.2.6 ZUFRIEDENHEIT MIT DER HÄUFIGKEIT DER BESUCHE

<sup>255</sup> Würde bei einer Pearson-Korrelation einer Varianzaufklärung von 22,8% entsprechen.

<sup>256</sup> Würde bei einer Pearson-Korrelation einer Varianzaufklärung von 4,9% entsprechen.

Bei der Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Besuche sind nur die drei Angaben „zu selten“, „gerade richtig“ und „zu häufig“ für die Auswertung verwertbar. Im Prinzip ist dies zwar eine 3-stufig gerichtete Information, allerdings ist die Stufenabfolge in der Bewertung nicht als monoton anzusehen, weil die mittlere Kategorie ja eine positive Stellungnahme darstellt, die beiden anderen Kategorien dagegen – wenn auch aus unterschiedlichen und entgegen gesetzten Gründen – negative Stellungnahmen.

Von daher erscheint es am sinnvollsten, die Variable als eine Nominalskalierte kategoriale Variable zu behandeln, mit den drei Qualitäten an Ausprägungen. Die Analyse des Einflusses dieser Zufriedenheit mit der Häufigkeit von den Besuchen wird daher mit einer Varianzanalyse untersucht, mit den drei Ausfällen als Faktorstufen.

Deskriptiv zeigen sich die folgenden Mittelwerte für die drei Ausfälle der unabhängigen Variablen:

#### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Image der Unternehmen bei österr. Ärzten

Zufriedenheit mit Häufigkeit	Mittelwert	Standardabweichung	N
zu selten	6,00	.	1
gerade richtig	4,70	1,418	10
zu häufig	4,50	1,378	6
Gesamt	4,71	1,359	17

Der Ausfall „zu selten“ kommt nur einmal vor, sodass man auch hier im engeren Sinne nicht von einer Fallgruppe sprechen kann. Es handelt sich vielmehr um einen Einzelfall. Dieser weist allerdings eine höhere Imagebewertung auf als die beiden anderen Fallgruppen, die untereinander recht ähnlich sind.

Der Levene-Test zeigt keine Hinweise auf eine mögliche Verletzung der Modellannahme homogener Varianzen, das Ergebnis ist deutlich nicht signifikant:

#### Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen(a)

Abhängige Variable: Image der Unternehmen bei österr. Ärzten

F	df1	df2	Signifikanz
1,061	2	14	,372

Die eigentliche Varianzanalyse zeigt dann eine nur geringe Varianzaufklärung von 6,5% durch den Faktor bezüglich der abhängigen Variablen:

**Tests der Zwischensubjekteffekte**  
Abhängige Variable: Image der Unternehmen bei österr. Ärzten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	1,929(a)	2	,965	,489	,623	,065
Konstanter Term	182,400	1	182,400	92,522	,000	,869
f9	1,929	2	,965	,489	,623	,065
Fehler	27,600	14	1,971			
Gesamt	406,000	17				
Korrigierte Gesamtvariation	29,529	16				

a R-Quadrat = ,065 (korrigiertes R-Quadrat = -,068)

Diese eher geringe Varianzaufklärung ist bei der vorliegenden geringen Fallzahl natürlich nicht signifikant mit  $p = 0,623$  ( $F = 0,489$  ;  $df: 2/14$ ).

Die Daten zeigen keine Hinweise auf systematische Unterschiede in der Imagebewertung der Pharmaunternehmen in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Besuche der Pharmareferenten. Die vorliegenden Unterschiede in der Stichprobe liegen noch in einem Bereich, der durchaus ein reiner Stichprobenzufall sein kann.

## VII.2.7 TERMINVERGABE

Das Fragebogen- Item zur Terminvergabe ist in der Datendatei mit sechs dichotomen Variablen erfasst, also als Mehrfachwahlantwort.

Anmerkung: Im Nachhinein muss hier leider festgehalten werden, dass einer Mehrfachwahlantwort hier der Verzug gegeben hätte werden müssen.

Auch in diesem Fall muss also jede einzelne Antwortmöglichkeit separat über T-Tests auf stochastische Zusammenhänge mit der abhängigen Variablen untersucht werden. Es wird wieder die kompakte zusammenfassende Darstellung der sechs inhaltlich zusammengehörigen T-Tests gewählt, die vollständigen SPSS- Ausgaben zu diesen sechs T-Tests finden sich im Anhang.

Deskriptiv betrachtet zeigen sich in vier der sechs Fälle Mittelwertsunterschiede von  $> 0,5$ , also von mehr als einer halben Skalenstufe, bezogen auf die Skalierung des zugrunde

liegenden Items als abhängige Variable. Kaum nennenswerte Mittelwertsunterschiede zeigen sich schon rein deskriptiv bei den Antwortalternativen „von Situation abhängig“ und „Ohne Termin mit Wartezeit“. Allerdings sind hier generell die Fallzahlen der „ja“ - Antworten sehr gering, bis auf bei der Alternative „ohne Termin mit Wartezeit“. In zwei Fällen besteht die eine der beiden zu vergleichenden Gruppen nur aus einem Einzelfall, in einem weiteren Fall nur aus zwei Fällen.

Es gelten die unter 2.1 gemachten Anmerkungen zur Problematik der geringen Fallzahlen hier analog.

	Image der Unternehmen bei österr. Ärzten					
	Nein			ja		
	Mittelwert	Standard- abweichung	N	Mittelwert	Standard- abweichung	N
Mit Termin	4,71	1,36	17	3,00	,00	2
Von Situation abhängig	4,54	1,51	13	4,50	1,22	6
Von Person abhängig	4,56	1,42	18	4,00	.	1
Ohne Termin ohne Wartezeit	4,15	1,34	13	5,33	1,21	6
Ohne Termin mit Wartezeit	4,73	1,49	11	4,25	1,28	8
Anderes	4,44	1,38	18	6,00	.	1

In der Signifikanztestung zeigen sich bis auf eine Ausnahme durchgängig deutlich nicht signifikante Unterschiede, was aufgrund der geringen Fallzahl natürlich wenig aussagekräftig ist.

Lediglich in der Alternative „**Mit Termin**“ zeigt sich ein höchst signifikanter Unterschied, hier ist die Imagebewertung nachweislich und damit über die Stichprobe hinaus generalisierbar höher, wenn diese Alternative *nicht* angekreuzt wurde. Dass dieser T-Test trotz lediglich N=2 Fällen, die überhaupt diese Alternative angekreuzt haben, **deutlich signifikant wird, ist somit als besonders starkes Indiz für einen generalisierbaren Unterschied anzusehen.**

	T-Wert	df	Sign.	Bemerkung
Mit Termin	5,177	16,000	<0,001	T-Test mit korrigierten T-Werten und Freiheitsgraden für inhomogene Varianzen <sup>257</sup>
Von Situation abhängig	0,055	17	0,957	
Von Person abhängig	0,380	4,926	0,709	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen

<sup>257</sup> Signifikanz im Levene-Test:  $p = 0,037$ .

Ohne Termin ohne Wartezeit	1,829	17	0,805	Nur N=1 in einer der beiden Teilgruppen
Ohne Termin mit Wartezeit	0,730	17	0,475	
Anderes	1,096	17	0,288	

### VII.2.8 ANZAHL DER PHARMAREFERENTENBESUCHE

Die Anzahl der Pharmareferentenbesuche in den letzten 3-5 Jahren ist eine ordinal skalierte Variable. Hier wird wieder eine Spearman-Korrelation für den Zusammenhang mit der abhängigen Variable berechnet, die bei N=18 Fällen in der Stichprobe mit gültigen Werten in beiden Variablen einen Korrelationskoeffizienten von  $-.127^{258}$  ergibt, also eine **marginal negative Zusammenhangstendenz in der Stichprobe, in der Weise, dass bei geringerer Häufigkeit der Pharmareferentenbesuche das Image besser ist.**

			Image der Unternehmen bei österr. Ärzten
Spearman-Rho	Pharmareferentenbesuche in den letzten 3-5 Jahren	Korrelationskoeffizient	-,127
		Sig. (2-seitig)	,616
		N	18

Auch dieser schwache Zusammenhang in der Stichprobe ist mit  $p = 0,616$  deutlich nicht signifikant. **Die Stichprobendaten sind vereinbar mit der Annahme, dass in der Grundgesamtheit gar keine Beziehung zwischen den Variablen besteht.**

### VII.2.9 GESPRÄCHSDAUER (MINUTEN)

Die Gesprächsdauer in Minuten ist eine intervallskalierte Variable, in diesem Fall sind sowohl die unabhängige wie auch die abhängige Variable intervallskaliert, berechnet wird daher eine Korrelation mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten.

In der Stichprobe ergibt sich bei N=19 Fällen eine negative Korrelation von  $-.199$ . **Es gibt also einen schwachen Trend, dass bei längeren Gesprächsdauern das Image der Pharmaunternehmen geringer bewertet wird.** Allerdings ist der Zusammenhang nur schwach ausgeprägt, die Höhe des Korrelationskoeffizienten entspricht einer Varianzaufklärung von nur 4,0% in der Stichprobe.

<sup>258</sup> Würde bei einer Pearson-Korrelation einer Varianzaufklärung von nur 1,6% entsprechen.

		Image der Unternehmen bei österr. Ärzten
Gesprächsdauer	Korrelation nach Pearson	-,199
	Signifikanz (2-seitig)	,415
	N	19

Die Signifikanzprüfung des Zusammenhangs ergibt mit  $p = 0,415$  einen deutlich nicht signifikanten Zusammenhang. **Die Daten sind vereinbar mit der Nullhypothese, nämlich dass in der Grundgesamtheit gar keine Beziehung zwischen den Merkmalen besteht.**

#### VII.2.10 ÖKOTOOL GESPRÄCHSFÜHRUNG

Der Einsatz der Ökotools-Gesprächsführung ist wieder eine dichotome Variable, die im Prinzip zwei Gruppen von Fällen erzeugt, die dann hinsichtlich ihrer Mittelwertsunterschiede mit dem T-Test für abhängige Stichproben untersucht werden können.

Leider kommt auch in diesem Fall überhaupt nur eine Nennung mit Einsatz des Ökotools vor, sodass die statistische Analyse den bereits in anderen Fällen genannten Einschränkungen unterliegt.

Deskriptiv zeigt sich ein etwas höherer Mittelwert für den einen Fall in der Imagebewertung im Vergleich zum Mittelwert der anderen 15 Fälle, der Mittelwertunterschied ist aber mit 0,4 relativ gering.

#### Gruppenstatistiken

	Ökotool Gesprächsführung	N	Mittelwert	Standardabweichung
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	15	4,60	1,183
	Ja	1	5,00	.

Die Überprüfung auf Varianzhomogenität über den Levene-Test kann nicht durchgeführt werden, da der Einzelfall natürlich keine Streuung und damit auch keine Varianz aufweist.

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	.	.	-,327	14	,748	-,400
	Varianzen sind nicht gleich	.	.	.	.	.	-,400

Rechnerisch ergibt sich mit  $p = 0,748$  ( $T=0,327$ ,  $df:14$ ) ein deutlich nicht signifikanter Mittelwertunterschied, was bei der Fallzahlenstruktur und dem geringen Mittelwertunterschied auch nicht anders zu erwarten war.

Auch hier ist aber das rechnerische Ergebnis auch aus prinzipiellen Gründen nur mit großer Vorsicht interpretierbar.

### VII.3 AUSWERTUNGEN ZU HYPOTHESE 2

Hypothese 2 bezieht sich auf die Marketingmaßnahmen, die im Fragebogen als Mehrfachwahlantwort gefasst sind. Auch hier ergibt sich für jede mögliche Antwortalternative eine dichotome Variable, die in der Datendatei zwei Gruppen von Fällen generiert.

Berechnet werden T-Tests für jede mögliche Antwortalternative, also insgesamt neun T-Tests für unabhängige Stichproben, die wieder als zusammenfassender Ergebnisblock dargestellt werden, die Einzelheiten der SPSS-Ausgabe finden sich im Anhang.

Deskriptiv ergeben sich die in den folgenden Tabellen angegebenen Mittelwerte je nach dem, ob die entsprechenden Marketingmaßnahmen angegeben wurden oder nicht. In zwei Fällen ergeben sich gar keine zwei Fallgruppen, die Antwortalternative „Postsendung“ wurde von allen 19 Befragten mit gültigen Werten angegeben, die Angabe „Andere“ von keinem. Für die Signifikanztestung mittels T-Test bleiben also nur sieben der neun Antwortalternativen. Speziell bei der Antwortalternative „Broschüren, Prospekte“ ergeben sich lediglich zwei Fälle, die diese Antwortalternative nicht angegeben haben und damit ergibt sich eine extrem geringe Fallzahl in einer der beiden Gruppen.

	Image der Unternehmen bei österr. Ärzten					
	nein			ja		
	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N	Mittelwert	Standard-abweichung	Gültige N
Postsendungen	.	.	0	4,53	1,39	19
e-Detailing	4,75	1,36	12	4,14	1,46	7
e-Mails	4,44	1,42	9	4,60	1,43	10
Kleine Goodies	5,20	1,64	5	4,29	1,27	14
Anwendungsbeobachtungen	4,40	1,14	5	4,57	1,50	14
Fachtagungen	4,75	,96	4	4,47	1,51	15
Broschüren, Prospekte	5,00	1,41	2	4,47	1,42	17
Reisen	4,25	1,48	12	5,00	1,15	7
Andere	4,53	1,39	19	.	.	0

Deskriptiv zeigen sich nennenswerte Mittelwertsunterschiede mit einer Differenz von mindestens einer halben Skalenstufe in der Bewertungsskala zum Image in den **Antwortalternativen „e- Detailing“ (schlechteres Image bei Angabe), „Kleine Goodies“ (schlechteres Image bei Angabe), „Broschüren, Prospekte“ (schlechteres Image bei Angabe) und bei „Reisen“ (besseres Image bei Angabe).**

Die Signifikanzprüfung ergibt für die sieben prüfbaren T-Tests die folgenden Kennwerte:

	T-Wert	df	Sign.	Bemerkung
e-Detailing	0,975	17	0,373	
e-Mails	0,237	17	0,815	
Kleine Goodies	1,286	17	0,216	
Anwendungsbeobachtungen	0,231	17	0,820	
Fachtagungen	0,354	17	0,728	
Broschüren, Prospekte	0,499	17	0,624	
Reisen	1,145	17	0,268	

**In keinem der sieben Fälle ergibt sich ein signifikanter Mittelwertunterschied in der Imagebewertung je nach Vorliegen oder Nicht-Vorliegen bestimmter Marketingmaßnahmen.**

#### VII.4 AUSWERTUNGEN ZU HYPOTHESE 3

Hypothese 3 bezieht sich auf das Item 13b im Fragebogen, der Verwendung bzw. Nicht-Verwendung des Ökotools „Verschreibungsverhalten“. Auch dieses dichotome Merkmal



wird mittels eines T-Tests für unabhängige Stichproben darauf hin geprüft, ob sich hier signifikante Mittelwertsunterschiede in der Imagebewertung ergeben.

Bei N=6 Fällen mit einer „nein“-Antwort und N=10 Fällen mit einer „ja“-Antwort zeigen sich deskriptiv nur geringe Mittelwertsunterschiede:

Ökotool Verschreibungsverhalten		N	Mittelwert	Standard- abweichung
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	6	4,50	1,225
	ja	10	4,70	1,160

Der Levene-Test zeigt deutlich keine Hinweise auf inhomogene Varianzen, die Mittelwertsunterschiede selber sind mit  $p = 0,748$  ( $T=0,327$  ;  $df: 14$ ) ebenfalls deutlich nicht signifikant.

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mittlere Differenz
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,019	,892	,327	14	,748	-,200
	Varianzen sind nicht gleich			,323	10,187	,754	-,200

Die Stichprobendaten lassen weder deskriptiv noch in der Signifikanzprüfung erkennen, dass die Verwendung des Ökotools „Verschreibungsverhalten“ einen bedeutsamen Unterschied in der Bewertung des Images der Pharmaunternehmen ausmachen würde. Die Stichprobendaten sind mit der Nullhypothese, dass es in der Grundgesamtheit keine Unterschiede gibt, vereinbar.

#### VII.5 AUSWERTUNGEN ZU HYPOTHESE 4

Diese Hypothese bezieht sich auf die Wirkung des Items 13 im Fragebogen, der Ökotoolverwendung allgemein. Auch dies ist ein dichotomes Item, die Wirkung auf die Imagebewertung wird wieder mit einem T-Test für unabhängige Stichproben geprüft.

Auch hier zeigen sich bei N=5 Fällen mit „nein“ - Antworten und N=14 Fällen mit „ja“ - Antworten schon rein deskriptiv kaum Mittelwertsunterschiede, die Imagebewertungen befinden sich bei beiden Teilgruppen in einem ähnlichen Bereich:

### Gruppenstatistiken

		Ökotool	N	Mittelwert	Standardabweichung
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein		5	4,40	2,074
	ja		14	4,57	1,158

Der Levene-Test zeigt einen Signifikanzwert, der genau auf der Signifikanzgrenze liegt. Bei der vorliegenden kleinen Fallzahl ist hier schon mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von inhomogenen Varianzen auszugehen, der T-Test wird daher mit korrigierten T-Werten und Freiheitsgraden für inhomogene Varianzen berechnet.

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz		
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	4,444	,050	-,231	17	,820	-,171		
	Varianzen sind nicht gleich			-,175	4,922	,868	-,171		

Die Mittelwertunterschiede sind – wie nach den schon deskriptiv nur gering ausgeprägten Unterschieden – mit  $p = 0,868$  ( $T=9,231$ ;  $df: 17$ ) höchst deutlich nicht signifikant, können also sehr deutlich nicht von rein zufälligen Schwankungen im Rahmen der Stichprobenziehung abgegrenzt werden.

## VII.6 ANHANG: SPSS- AUSGABETABELLEN (VOLLSTÄNDIG) FÜR DIE T-TESTS IN BLOCKDARSTELLUNGEN

### VII.6.1 ZUSAMMENHÄNGE MIT FRAGE 2- ERWARTUNGEN AN PHARMAREFERENTINNEN

#### VII.6.1.1 FACHINFORMATIONEN

### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	3	4,33	1,155	,667
	Ja	16	4,56	1,459	,365

### Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit								
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,845	,371	,255	17	,802	-,229	,898	-2,123	1,665
	Varianzen sind nicht gleich			,302	3,337	,781	-,229	,760	-2,515	2,057

### VII.6.1.2 FACHKOMPETENZ

#### Gruppenstatistiken

	Fachkompetenz	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	6	4,67	1,506	,615
	Ja	13	4,46	1,391	,386

### Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit								
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,007	,933	,291	17	,774	,205	,704	-1,280	1,690
	Varianzen sind nicht gleich			,283	9,128	,784	,205	,726	-1,433	1,843

### VII.6.1.3 KENNTNISSE ÜBER MITBEWERBER

#### Gruppenstatistiken

	Kenntnisse über Mitbewerber	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
--	-----------------------------	---	------------	--------------------	---------------------------------

Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	14	4,50	1,160	,310
	ja	5	4,60	2,074	,927

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	4,396	,051	-,134	17	,895	-,100	,744	-1,670	1,470
	Varianzen sind nicht gleich			-,102	4,926	,923	-,100	,978	-2,625	2,425

### VII.6.1.4 KOMPAKTHEIT DER PRÄSENTATION

#### Gruppenstatistiken

Kompaktheit der Präsentation		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	11	4,73	1,618	,488
	ja	8	4,25	1,035	,366

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	3,630	,074	-,730	17	,475	,477	,654	-,903	1,857
	Varianzen sind nicht gleich			-,783	16,815	,445	,477	,610	-,811	1,765

### VII.6.1.5 STÄNDIGE WEITERBILDUNG

#### Gruppenstatistiken

Ständige Weiterbildung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
------------------------	---	------------	--------------------	---------------------------------

Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	13	4,38	1,446	,401
	Ja	6	4,83	1,329	,543

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,003	,960	,644	17	,528	-,449	,697	-1,919	1,022
	Varianzen sind nicht gleich			,665	10,630	,520	-,449	,675	-1,940	1,043

### VII.6.1.6 EVIDENCE BASED MEDICINE

#### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Evidence Based Medicine					
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	13	4,46	1,391	,386
	Ja	6	4,67	1,506	,615

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,436	,518	,291	17	,774	-,205	,704	-1,690	1,280
	Varianzen sind nicht gleich			,283	9,128	,784	-,205	,726	-1,843	1,433

### VII.6.1.7 MEDIZINER/ PHARMAZEUT

#### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Mediziner/ Pharmazeut					

Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	18	4,44	1,381	,326
	Ja	1	6,00	.	.

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	.	.	1,096	17	,288	-1,556 -1,556	1,419	-4,550	1,439

#### VII.6.1.8 WERBEMATERIAL

##### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	18	4,56	1,423	,336
	ja	1	4,00	.	.

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	.	.	,380	17	,709	,556 ,556	1,462	-2,530	3,641

#### VII.6.1.9 STUDIENERGEBNISSE

##### Gruppenstatistiken

Studienergebnisse	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes

Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	10	4,10	1,287	,407
	ja	9	5,00	1,414	,471

#### Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit							95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,215	,649	1,453	17	,164	-,900	,619	-2,207	,407
	Varianzen sind nicht gleich			1,445	16,312	,167	-,900	,623	-2,218	,418

#### VII.6.1.10. „KLATSCH UND TRATSCH“

##### Gruppenstatistiken

	"Klatsch und Tratsch"	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	17	4,47	1,419	,344
	Ja	2	5,00	1,414	1,000

#### Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit							95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,167	,688	-,499	17	,624	-,529	1,061	-2,768	1,709
	Varianzen sind nicht gleich			-,501	1,250	,690	-,529	1,058	-9,020	7,961

#### VII.6.1.11 INFOS ÜBER GESUNDHEITSPOLITIK

##### Gruppenstatistiken

	Infos über Gesundheitspolitik	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	18	4,61	1,378	,325
	Ja	1	3,00	.	.

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich			1,138	17	,271	1,611	1,416	-1,376	4,598
	Varianzen sind nicht gleich						1,611			

### VII.6.1.12 ANWENDUNGSBEOBACHTUNGEN

#### Gruppenstatistiken

	Anwendungsbeobachtungen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	15	4,40	1,454	,375
	ja	4	5,00	1,155	,577

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,392	,539	,758	17	,459	-,600	,791	-2,269	1,069
	Varianzen sind nicht gleich			,871	5,849	,418	-,600	,689	-2,296	1,096

### VII.6.1.13 PÜNKTLICHKEIT

#### Gruppenstatistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Pünktlichkeit				



Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	17	4,71	1,359	,329
	ja	2	3,00	,000	,000

#### Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit								
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	5,135	,037	1,731	17	,101	1,706	,985	-,373	3,785
	Varianzen sind nicht gleich			5,177	16,000	,000	1,706	,329	1,007	2,404

#### VII.6.1.14 ANGEMEHRER GESPRÄCHSPARTNER

##### Gruppenstatistiken

	Angenehmer Gesprächspartner	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	10	4,30	1,636	,517
	Ja	9	4,78	1,093	,364

#### Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit								
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	2,098	,166	-,739	17	,470	-,478	,646	-1,842	,886
	Varianzen sind nicht gleich			-,755	15,773	,461	-,478	,633	-1,821	,865

#### VII.6.1.15 SYMPATHIE

##### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Sympathie Nein	12	4,33	1,371	,396
	Ja	7	4,86	1,464	,553

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,122	,731	,784	17	,444	-,524	,668	-1,933	,885
	Varianzen sind nicht gleich			,770	11,995	,456	-,524	,680	-2,006	,958

## VII.6.1.16 GLEICHER HUMOR

### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Gleicher Humor Nein	14	4,36	1,393	,372
	Ja	5	5,00	1,414	,632

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,045	,835	,883	17	,390	-,643	,728	-2,179	,894
	Varianzen sind nicht gleich			,876	6,993	,410	-,643	,734	-2,379	1,093

## VII.6.1.17 BESTIMMTE GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT

### Gruppenstatistiken

Bestimmtes Geschlecht		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	18	4,44	1,381	,326
	ja	1	6,00	.	.

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	.	.	1,096	17	,288	-1,556	1,419	-4,550	1,439
	Varianzen sind nicht gleich	.	.	.	.	.	-1,556	.	.	.

## VII.6.1.18 ÄRZTEMUSTER

### Gruppenstatistiken

Ärztemuster		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	11	4,36	1,567	,472
	Ja	8	4,75	1,165	,412

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	1,010	,329	,588	17	,565	-,386	,658	-1,774	1,001
	Varianzen sind nicht gleich	.	.	,616	16,972	,546	-,386	,627	-1,709	,936

## VII.6.1.19 AKADEMIKER

### Gruppenstatistiken

	Akademiker	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	17	4,53	1,375	,333
	Ja	2	4,50	2,121	1,500

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			Mittlere Differenz
		F	Signifikanz	T	Df	Sig. (2-seitig)	
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,481	,497	,028	17	,978	
	Varianzen sind nicht gleich			,019	1,101	,988	

### VII.6.1.20 GUTE VORBEREITUNG AUF GESPRÄCH

#### Gruppenstatistiken

	Gute Vorbereitung auf Gespräch	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	15	4,47	1,457	,376
	ja	4	4,75	1,258	,629

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere	
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,750	,398	,354	17	,728	-,283	,801	-1,974	1,408
	Varianzen sind nicht gleich			,386	5,382	,714	-,283	,733	-2,128	1,562

### VII.6.1.21 ABWECHSLUNG

#### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Abwechslung nein	15	4,53	1,457	,376
	ja	4	4,50	1,291	,645

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,380	,546	,041	17	,967	,033	,804	-1,664	1,730
	Varianzen sind nicht gleich			,045	5,255	,966	,033	,747	-1,860	1,926

### VII.6.1.22 INFORMATIONEN ÜBER FACHTAGUNGEN

#### Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Informationen über Fachtagungen Nein	12	3,92	1,240	,358
	Ja	7	5,57	,976	,369

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,225	,641	3,016	17	,008	-1,655	,549	-2,812	-,497
	Varianzen sind nicht gleich			3,219	15,248	,006	-1,655	,514	-2,749	-,561

### VII.6.1.23 PHARMAREFERENTINNEN

## Gruppenstatistiken

Pharmareferentinnen		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	16	4,38	1,408	,352
	Ja	3	5,33	1,155	,667

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,426	,523	1,103	17	,285	-,958	,869	-2,791	,875
	Varianzen sind nicht gleich			1,271	3,238	,287	-,958	,754	-3,261	1,344

## VII.6.1.24 FACHINFOS KURZ UND BÜNDIG

## Gruppenstatistiken

Fachinfos kurz und bündig		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	18	4,67	1,283	,302
	Ja	1	2,00	.	.

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	.	.	2,022	17	,059	2,667	1,319	-,115	5,449
	Varianzen sind nicht gleich			.	.	.	2,667	.	.	.

## VII.6.2 ZUSAMMENHÄNGE MIT FRAGE 10- TERMINVERGABE

## VII.6.2.1 MIT TERMIN

## Gruppenstatistiken

	Mit Termin	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	17	4,71	1,359	,329
	Ja	2	3,00	,000	,000

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	5,135	,037	1,731	17	,101	1,706	,985	-,373	3,785
	Varianzen sind nicht gleich			5,177	16,000	,000	1,706	,329	1,007	2,404

## VII.6.2.2 VON SITUATION ABHÄNGIG

## Gruppenstatistiken

	Von Situation abhängig	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	13	4,54	1,506	,418
	Ja	6	4,50	1,225	,500

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,627	,439	,055	17	,957	,038	,705	-1,450	1,527
	Varianzen sind nicht gleich			,059	11,985	,954	,038	,652	-1,381	1,458

## VII.6.2.3 VON PERSON ABHÄNGIG

## Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Von Person abhängig Nein	18	4,56	1,423	,336
	Ja	1	4,00	.	.

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	.	.	,380	17	,709	,556	1,462	-2,530	3,641
	Varianzen sind nicht gleich	.	.	.	.	.	,556	.	.	.

## VII.6.2.4 OHNE TERMIN OHNE WARTEZEIT

## Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Ohne Termin ohne Wartezeit Nein	13	4,15	1,345	,373
	Ja	6	5,33	1,211	,494

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,127	,726	1,829	17	,085	-1,179	,645	-2,540	,181
	Varianzen sind nicht gleich	.	.	1,905	10,844	,084	-1,179	,619	-2,545	,186

## VII.6.2.5 OHNE TERMIN MIT WARTEZEIT

## Gruppenstatistiken



	Ohne Termin mit Wartezeit	N	Mittelwert	Standardabw- eichung	Standardfehl- er des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	11	4,73	1,489	,449
	ja	8	4,25	1,282	,453

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	1,516	,235	,730	17	,475	,477	,654	-,903	1,857
	Varianzen sind nicht gleich			,748	16,416	,465	,477	,638	-,872	1,827

## VII.6.2.6 ANDERES

### Gruppenstatistiken

	Anderes	N	Mittelwert	Standardabw- eichung	Standardfehl- er des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	18	4,44	1,381	,326
	Ja	1	6,00	.	.

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	.	.	1,096	17	,288	-1,556	1,419	-4,550	1,439
	Varianzen sind nicht gleich			.	.	.	-1,556	.	.	.

## VII.6.3 ZUSAMMENHÄNGE MIT FRAGE 16- MARKETINGMASSNAHMEN

### VII.6.3.1 E-DETAILING

### Gruppenstatistiken

e-Detailing		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	12	4,75	1,357	,392
	ja	7	4,14	1,464	,553

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,030	,864	,915	17	,373	,607	,664	-,793	2,007
	Varianzen sind nicht gleich			,896	11,892	,388	,607	,678	-,871	2,086

## VII.6.3.2 E-MAIL

### Gruppenstatistiken

e-Mails		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	9	4,44	1,424	,475
	ja	10	4,60	1,430	,452

### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,016	,902	,237	17	,815	-,156	,656	-1,539	1,228
	Varianzen sind nicht gleich			,237	16,806	,815	-,156	,656	-1,540	1,229

## VII.6.3.3 KLEINE GOODIES

### Gruppenstatistiken

Kleine Goodies		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	5	5,20	1,643	,735
	ja	14	4,29	1,267	,339

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,881	,361	1,286	17	,216	,914	,711	-,586	2,414
	Varianzen sind nicht gleich			1,130	5,798	,303	,914	,809	-1,082	2,911

### VII.6.3.4 ANWENDUNGSBEOBACHTUNGEN

#### Gruppenstatistiken

Anwendungsbeobachtungen		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	5	4,40	1,140	,510
	ja	14	4,57	1,505	,402

#### Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	1,354	,261	-,231	17	,820	-,171	,744	-1,740	1,397
	Varianzen sind nicht gleich			-,264	9,403	,797	-,171	,649	-1,631	1,288

### VII.6.3.5 FACHTAGUNGEN

## Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Fachtagungen					
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	4	4,75	,957	,479
	ja	15	4,47	1,506	,389

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	2,311	,147	,354	17	,728	,283	,801	-1,408	1,974
	Varianzen sind nicht gleich			,459	7,557	,659	,283	,617	-1,153	1,720

## VII.6.3.6 BROSCHÜREN, PROSPEKTE

## Gruppenstatistiken

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Broschüren, Prospekte					
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	2	5,00	1,414	1,000
	Ja	17	4,47	1,419	,344

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,167	,688	,499	17	,624	,529	1,061	-1,709	2,768
	Varianzen sind nicht gleich			,501	1,250	,690	,529	1,058	-7,961	9,020

## VII.6.3.7 REISEN

## Gruppenstatistiken

Reisen		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	nein	12	4,25	1,485	,429
	ja	7	5,00	1,155	,436

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,668	,425	1,145	17	,268	-,750	,655	-2,132	,632
	Varianzen sind nicht gleich			1,226	15,361	,239	-,750	,612	-2,051	,551

## Gruppenstatistiken

Fachinformationen		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Nein	3	4,33	1,155	,667
	Ja	16	4,56	1,459	,365

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Image der Unternehmen bei österr. Ärzten	Varianzen sind gleich	,845	,371	,255	17	,802	-,229	,898	-2,123	1,665
	Varianzen sind nicht gleich			,302	3,337	,781	-,229	,760	-2,515	2,057

## VIII. DARSTELLUNG VON ERGEBNISSEN UND AUSBLICK

Zur besseren Verständlichkeit hier noch einmal die Ergebnisse zu den vier Hypothesen im Überblick:

**Hypothese 1:** „Das Image eines Pharmaunternehmens wird neben anderen Faktoren im face-to-face Gespräch zwischen Arzt und Pharmareferent mitgeprägt.“

**Hypothese 1 konnte verifiziert werden.**

Statistisch geprüft werden konnte, ob die genannten Aspekte der direkten Gesprächsführung jeweils für sich einen statistisch nachweisbaren Zusammenhang mit der abhängigen Variablen, dem Image der Pharmaunternehmen, aufweisen.

Bei Frage 1 über die Erwartungen an den Besuch von Pharmareferenten mussten im Zusammenhang mit dem Image der Pharmaunternehmen 24 einzelne T- Tests durchgeführt werden.

Die Ergebnisse noch einmal im Überblick:

Erwähnenswerte Mittelwertsunterschiede haben sich bei folgenden Nennungen gezeigt: „Mediziner/ Pharmazeut“, „Studienergebnisse“, „Anwendungsbeobachtungen“, „Sympathie“, „Gleicher Humor“, „bestimmtes Geschlecht“, „Informationen über Fachtagungen“, „Pharmareferentinnen“. Im Fall dieser Nennungen war auch die Imagebewertungen höher und besser.

Wenn hingegen die Erwartungen „Werbematerial“, „Infos über Gesundheitspolitik“, „Pünktlichkeit“ und „Fachinfos kurz und bündig“ nicht angegeben wurden, war die Imagebewertung im Mittel höher. In diesen Fällen lässt sich vermuten, dass bei einer größeren Stichprobe oder der Grundgesamtheit die Ergebnisse auch signifikant werden würden.

Anhaltspunkte für *einen Zusammenhang* mit dem Image der Pharmaunternehmen zeigten sich bei Nennung von:

- Zufriedenheit mit dem Pharmareferenten

bei Nichtnennung von:

- „Mit Termin“

Anhaltspunkte für *keinen Zusammenhang* mit dem Image der Pharmaunternehmen bei Nennung von:

- Sympathie des Pharmareferenten
- Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Besuche

Tendenziell lassen sich keine Zusammenhänge nachweisen zwischen Gesprächsdauer und Image der Pharmaunternehmen.

Die Frage 3 ergab interessante Antworten. Wenn keine unterschiedlichen Erwartungen an die Referenten von Erstanbietern und Referenten von Generika- Anbietern gerichtet sind, dann wird das Image der Pharmaunternehmen im Schnitt um knapp eine Skalenstufe höher bewertet.

**Hypothese 2:** „Pharmaunternehmen setzen unterschiedliche Marketingmaßnahmen zur Verkaufsförderung ein. Nicht alle Marketingtools werden seitens des Arztes mit einem positiven Image assoziiert.“

**Hypothese 2 konnte verifiziert werden.**

Die statistische Auswertung gibt uns Aufschluss darüber, dass es bestimmte Marketingmaßnahmen gibt, welche ein positives oder negatives Image vermitteln.

Nennenswerte, aber nicht signifikante Mittelwertsunterschiede zeigten sich bei folgenden Nennungen:

*Schlechteres Image* bei Angabe von: „e-Detailing“, „Kleine Goodies“ und „Broschüren, Prospekte“.

*Besseres Image* bei Angabe von „Reisen“.

**Hypothese 3:** „Die Einführung eines neuen Software Programms durch den Hauptverband mit der Bezeichnung „Ökotool“ in den Arztpraxen der Vertragspartner hat sich negativ auf die Einstellung der niedergelassenen Ärzte auf die Pharmaunternehmen ausgewirkt.“

**Hypothese 3 muss falsifiziert werden.**

Hier konnte geprüft werden, ob die Verwendung/ Nutzung des „Ökotools“ einen Zusammenhang mit dem Image der Pharmaunternehmen aufweist.

Die Stichprobenanalyse ist mit der Nullhypothese, dass es in der Grundgesamtheit keine Unterschiede gibt, vereinbar.

**Hypothese 4:** „Die Verwendung des Ökotools hat einen Einfluss auf das Image der Pharmaunternehmen.“

**Hypothese 4 muss ebenfalls falsifiziert werden.**

Interpretation der Studie

- Nicht alle Marketingmaßnahmen werden mit einem positiven Image assoziiert.
- Pharmareferenten werden einem positiven Image zugeordnet.
- (Andere) Marketingmaßnahmen sind sowohl positiv als auch negativ besetzt.  
Beispiele: Zuschriften, Broschüren, kleine Goodies,...
- Arzt lässt sich emotional auf den Pharmareferenten ein. Das bewirkt, dass der Pharmareferent in die Lage versetzt wird, den Arzt in seiner Wahrnehmung (Zum Unternehmen, zum Produkt...) positiv zu beeinflussen.

Bei den Hypothesen 3 + 4 bin ich von der falschen Vermutung ausgegangen, dass die niedergelassenen Ärzte zwischen „Ökotool“ und den damit im Zusammenhang stehenden Mehraufwand an Kosten und Zeit und den überhöhten Preisen der Pharmaunternehmen eine (negative) Assoziation hergestellt haben. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ermutigt mich zu der Überlegung, dass das „Ökotool“ eher mit dem Vertragspartner Hauptverband assoziiert wird und nicht mit den Pharmaunternehmen. Doch zur endgültigen Abklärung dieser Frage bedürfte es weiterer Untersuchungen.

Die Ergebnisse der Studie zu den Hypothesen 1 + 2 decken sich mit den Daten der Studien aus dem Theorieteil. Das Pharma Marketing Journal erhob das Verschreibungsverhalten von Ärzten und hat nachgewiesen, dass Pharmareferenten als häufigste Informationsquelle bei einem Produkt- Launch genützt wird. Der Außendienst ist darüber hinaus als ausschlaggebend bewertet worden bei der probeweisen Verordnung eines Medikamentes. Der Pharmaaußendienst hat hier die erste Stelle im Marketing-Ranking in punkto größter Wirkung und Häufigkeit des Einsatzes belegt.



Die Spektra Umfrage untersuchte das Image der Pharmaunternehmen. Hier ergab sich ein differenzierteres Bild bezüglich Marketingmaßnahmen. Bei den Positivantworten belegt Marketing Platz 7, bei den Negativantworten Platz 6. Die Negativnennungen bezogen sich auf „Sehr viel/ zu viel/ unangebrachtes Marketing“. Der Pharmareferent belegt hier den prominenten 3. Platz nach „Fortschritt/ Neue Medikamente/ Forschung/ Innovation“ und dem 2. Platz „Medikamente/ Produktion/ Vertrieb/ Verkauf“

Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe der vorliegenden Untersuchung konnte hier leider nur aufgeschlüsselt werden in positive und negative Assoziationen zu Image.

Auch hier zeigte sich jedenfalls, dass der Pharmareferent eindeutig *positiv besetzt* ist. Marketingmaßnahmen wie AWBs, Reisen, Informationen über Fortbildungsveranstaltungen sind positiv besetzt, zugleich sind e-Detailing, kleine Goodies, Broschüren, Prospekte, Werbematerial, Informationen über Gesundheitspolitik *negativ besetzt*.

#### Limitationen

Die vorliegende Untersuchung hatte auch methodische Schwächen. Allem voran hat die geringe Fallzahl Varianzanalysen und Faktorenanalysen von vornherein unmöglich gemacht. Für eine quantitative Untersuchung sind Stichprobenzahlen von zwanzig Personen eher als problematisch, im besten Falle grenzwertig zu betrachten. In Bezug auf die Hypothesenprüfungen bedeutet das im Einzelnen:

Die erhobenen Daten konnten lediglich herangezogen werden für statistisch nachweisbare Zusammenhänge mit der abhängigen Variablen „Image der Pharmaunternehmen.“ Die Untersuchung konnte jedoch nicht offenlegen, ob diese Einflussfaktoren wesentlich sind oder wie sie im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren zu bewerten sind. Dazu wären diese benannt und die Datensätze mit aufgenommen werden müssen.

Bei Frage 1 hat sich am deutlichsten die Schwäche des vorliegenden Datenmaterials gezeigt: Bei den nicht genannten Fällen konnten aufgrund des zu klein gewählten Stichprobenumfangs keine verwertbaren Aussagen getroffen werden. Es kann nicht verlässlich gesagt werden, ob die Daten eher dafür sprechen, dass diese Erwartungen einen Unterschied bezüglich des Images machen oder nicht.

Bei der Prüfung von Hypothese 2 kann keine Aussage getroffen werden darüber ob speziell für Generika- Anbieter ein Zwang vorliegt, andere oder zusätzliche Marketingmaßnahmen zu ergreifen.

Die statistische Prüfung von Hypothese 3 konnte keine Fristigkeit von Wirkungen auf das Image von Pharmaunternehmen überprüfen.

Die für alle Auswertungen gleichermaßen gültige Variable ist (siehe Kap. VII.1.2.) die Frage nach dem Image der Pharmaunternehmen. Im Fragebogen war diese Frage als siebenstufig skalierte Frage formuliert. Es handelt sich hierbei aufgrund der fehlenden sprachlichen Verankerung um ein intervallskaliertes Item. Das bedeutet, dass nur die Richtung der Kodierung vorgegeben ist.

Um einen systematischen Einfluss der Unterschiedlichkeit der Erwartungen auf das Image feststellen zu können wäre ein größerer Stichprobenumfang erforderlich gewesen.

Für die Beantwortung der Hypothesen 3 + 4 wäre eine größere Stichprobe erforderlich gewesen. Die Fragestellung an sich hatte explorativen Charakter, jedenfalls soweit ich die aktuelle Studienlage überblicken kann.

#### Ausblick

An dieser Stelle müsste man im Grunde genommen die Auguren befragen, um über zukünftige Entwicklungen in der Pharmaindustrie und ihrem Image verlässlich Aussage treffen zu können.

Wollen wir einen Versuch ohne Zuhilfenahme von römischen Beamten unternehmen:  
Hierbei gehen mir drei Stimmen nicht aus dem Kopf.

Die Stimme von Fr. Dr. Liedler, ihres Zeichens Pharmamarketing-Profi. „Ihre“ Pharmamarketing- Realität ist geprägt von dem Wissen um verschiedene Ärzte (rote, grüne und blaue Ärzte) mit unterschiedlichen Bedürfnissen und reagiert mit maßgeschneiderten Besprechungsfoldern und tablet pcs für interaktive webbasierte Programme für den Außendienst. Laut Fr. Dr. Liedler ist die Aufmerksamkeitsspanne des Arztes gegenüber

dem Pharmareferenten mit sechs Minuten nur halb so lang wie bei der vergleichbaren Nutzung von den genannten webbasierten Programmen mit 12 Minuten. Die Schlüsse, die noch aus diesem Faktum zu ziehen sein werden, werden die Pharmaunternehmen und deren Marketingabteilungen in Zukunft noch intensiv zu beschäftigen haben.

Die zweite Stimme gehört einem meiner befragten Ärzte, einem Bezirksärztevertreter aus Wien. Seine Zukunftsprognose für den Außendienst sieht düster aus. In zehn, fünfzehn Jahren, so seine Prognose, werden die Pharmaunternehmen ohne Außendienst auskommen. Dann nämlich wird „anderen“ Marketingmaßnahmen gegenüber dem Außendienst der Vorzug gegeben.

Die dritte Stimme schließlich ist Herrn Diedenhofen zuzuordnen.

Er verweist in seiner Dissertation über das Image der Pharmaunternehmen auf die stärkste Beeinflussung der Ärzte durch den persönlichen Kontakt. Dabei fordert er ein Zielgerichtetes Targeting durch den Außendienst, Teil seines Gebietsmanagements.

Die vorliegende Arbeit konnte hoffentlich den Beweis antreten, dass der Pharmareferent nicht nur in seiner Funktion als „Verkäufer“ im weitesten Sinne, sondern auch als wichtiger Imagerträger für sein Pharmaunternehmen eine Schlüsselposition bekleidet und das Corporate Image wesentlich mitgestaltet.

Wir können festhalten darüber hinaus festhalten, dass Kommunikation als Marketingtool der Pharmaindustrie wieder an Bedeutung gewinnen wird. Das Image der Pharmaunternehmen wird auch in Zukunft vor allem von der Qualität ihrer Medikamente, insbesondere von den USPs der Medikamente abhängig gemacht werden. Es liegt weiterhin auch am Pharmareferenten diese Qualitäten seines Medikamentes im Rahmen seiner Kompetenzen im Rahmen des Arzneimittelgesetzes zu kommunizieren.

Die Kritiker dieser Prognose sind bislang die Argumente schuldig geblieben, wer oder was in Zukunft den Pharmaaußendienst ersetzen soll. Die Zukunft bedeutet in jedem Fall neue große Herausforderungen für die Pharmaunternehmen in einem schwierigen politischen Umfeld, das Managementfehler nicht verzeiht.

## IX. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

*„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“*

ADAMI, Michaela: Verbale und nonverbale Imagemessung der Raiffeisenbank Wolfurt-Schwarzach bei Bankkunden und Mitarbeitern. DA, Wien 1997.

AMS Österreich: Jobs mit Zukunft. Handel. Marketing. E-Commerce. Horn 2007.

ÄRZTEMAGAZIN 8/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien 2009.

ÄRZTEMAGAZIN 10/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien 2009.

AFSHARPOUR, Hengameh: Betriebswirtschaftliche Konzepte für die Gründung ärztlicher Praxen. DA, Wien 1999.

ARROYABE, Estanislao: Subjekt und Subjekte. Überlegungen zur Erkenntnis- und Kommunikationstheorie. Tyrolia- Verlag, Innsbruck 2000.

ATTESLANDER, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. 11. Neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Erich Schmidt Verlag.

AVENARIUS, Horst: Public Relations: Die Grundform der gesellschaftlichen Kommunikation. 2. überarbeitete Auflage, Primus- Verlag, Darmstadt 2000.

BAYER, Elisabeth: Kommunikations- und Interaktionsstrukturen in Unterricht und Erziehung. Die Bildung zum Menschen. Möglichkeiten der Integration interpersoneller Kommunikation in pädagogisch- didaktische Konzepte am Beispiel „alternativer“ Schulmodelle. DA, Wien 1992.

BARTOSEK, Ing. Mag. (FH) Bernd: Das Unternehmen Arztpraxis. Extramurale Gesundheitsdienstleistungen im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Funktionsoptimierung. DISS., Linz 2003.

BAUER, Johann et al; Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft (AK Wien): Pharma in Österreich. Probleme und Zielsetzungen einer modernen Heilmittelversorgung in Österreich. Wien 1979.

BECK, Hartmuth: Der Einsatz von Computern in der Arztpraxis als administrative Hilfsmittel. DA, Wien 1996.

BERNER, Peter/ ZOPOTOCZKY (Hrsg.): Gesundheit im Brennpunkt. Zwischen Professionalisierung, Laiensystem und Bürokratie. Band 3, VERITAS Verlag, Linz 1992.

BÖHM, Gernot: Anforderungen an Managementunterstützungssysteme in österreichischen, mittelständischen Unternehmen, am Beispiel von ärztlichen Ordinationsbetrieben. DA, Wien 2007.

BURKART, Roland: Kommunikationswissenschaft. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA, Wien 1996.

BURKART, Roland/ LANG, Alfred: Die Theorie des kommunikativen Handelns nach Habermas- eine kommentierte Textcollage. In: Kommunikationstheorien. Ein Textbuch zur

Einführung. Hrsg.: BURKART, Roland/ HÖMBERG, Walter. 1992, Wien. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. DA, Wien 1996.

DAGNER, Kai- Uwe: Integrierte Unternehmenskommunikation am Beispiel der ORF-Imagekampagne „Alles bleibt besser“. DA, Wien 2003.

DENKINGER, Thomas Ferenc: Kommunikation zwischen Authentizität und Wirkungskalkül- eine kritische Analyse divergierender Erklärungsperspektiven. DA, Wien 1994.

DIEDENHOFEN, Hans- Joachim: Imageanalysen: Aussagefähige Grundlage für Strategien pharmazeutischer Unternehmungen. Difo- Druck GmbH. DISS., Bamberg 1991.

DIETRICH- DAUM, Elisabeth/ DINGES, Martin/ JÜTTE, Robert/ ROILO, Christine (Hrsg.): Arztpraxen im Vergleich: 18.- 20. Jahrhundert. StudienVerlag, 2008, Innsbruck 1991.

EBSTER, Claus/ STALZER, Lieselotte: Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. WUV Universitätsverlag, Wien 2003.

EGGHART, Stephanie: Akzeptanz und Diffusion durch interpersonale Kommunikation eines Sub- Marken Relaunchs am Beispiel von LEGO DUPLO- LEGO EXPLORE. DA, Wien 2006.

HUBER, Kurt: Image. Global Image. Corporate Image. Marken- Image. Produkt- Image. 2. Auflage. Verlag moderne industrie AG & Co. Buchverlag, D- Landsberg/ Lech 1990.

FILLITZ, Rainer: Beziehungsmarketing am Beispiel des Verhältnisses zwischen Pharma-Unternehmungen und der Ärzteschaft. DA, Wien 1995.

FLICK, Uwe: Qualitative Forschung. Theorie, Methode, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Auflage. Reinbeck Verlag, Hamburg 2000.

FORGAS, Joseph P.: Soziale Interaktion und Kommunikation. Eine Einführung in die Sozialpsychologie. 4. Auflage, Beltz Psychologie Verlags Union.

FRITZ, Christian/ SCHAUER, Katja: Unternehmen Arztpraxis. Rechtsgrundlagen. Steuerliche Behandlung. Patientenmarketing. Modernes Mitarbeitermanagement. Handbuch mit Fallbeispielen und Übersichten. Linde Verlag

GIRGENSOHN- MARCHAND, Bettina: Der Mythos Watzlawick und die Folgen. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1992.

GOFFMAN, Erving: Rede- Weisen. Formen der Kommunikation in sozialen Situationen, Band 11, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz 2005.

GOTTSCHLICH, Maximilian/ LANGENBUCHER, Wolfgang R. (Hrsg.): Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. Ein Textbuch zur Einführung. Band 1, Wilhelm Braumüller Universitäts- Verlagsbuchhandlung GesmbH, Wien 1997.

GRILL, Markus: Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert. Rowohlt Verlag GmbH, Hamburg 2007.

HABERMAS: Theorie. Band 1. Aus: KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt- Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA, Wien 1996.

HAIMBERGER, Gerlinde Elisabeth: Computerunterstützung in der Arztpraxis aus betriebswirtschaftlicher Sicht. DA, Wien 1993.

JANKIEWICZ, Jürgen P.: Der Stellenwert der Psychologie im Bereich der Fortbildung zum Pharma- Referenten. DISS., Holzwickede 1977.

JÖRG, Leonhard (FZS)/ BAYER, Kurt/ HUTSCHENREITER, Gernot (WIFO): Spezialisierung und Diversität. Die wirtschaftliche und technologische Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen pharmazeutischen Industrie im internationalen Umfeld. Studie im Auftrag der Bundesministerien für öffentliche Wirtschaft und Verkehr sowie für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Wien 1995.

KERN, Maria Christine: Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich. Die Arzt-Patient- Kommunikation dargestellt und untersucht am Beispiel einer Fallstudie über Hausärzte in Wien. DA, Wien 1996.

KOPETZ, Dr. Michael: Ordinationsmanagement. Elf Schritte zum Erfolg. ÖAK Verlag, Wien 1996.

KRASSNITZER, Mag. Michael: Gesundheit ist nicht wie Wirtschaft. Aus: Ärztemagazin 10/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien 2009.

LAMNEK: Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. korrigierte Auflage, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995.

LANGBEIN, Kurt/ MARTIN, Hans- Peter/ WEISS, Hans/ WERNER, Roland: Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma- Industrie. Verlag Kiepenheuer & Wirtsch, Köln 1981.

LAW, Jacky: Big Pharma. Das internationale Geschäft mit der Krankheit. Patmos Verlag GmbH & Co. KG, Düsseldorf 2007.

LONSERT, Michael/ PREUSS, Klaus- Jürgen/ KUCHER, Eckhard (Hrsg.): Handbuch Pharma- Management. Band 1. Entscheidungs- und Marktstrukturen. Pressure Group Management. Marketing- Management. Gabler Verlag, Wiesbaden 1995.

MARIANI, Evelyn: Gesprächsstile und Gesprächsstrategien und deren Einfluss auf Probleme in der interpersonalen Kommunikation, DA, Wien 2002.

MAST, Claudia/ HUCK, Simone/ GÜLLER, Karoline: Kundenkommunikation. UTB Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 2005.

MAZANEK, Josef: Strukturmodelle des Konsumentenverhaltens. Wirtschaftsverlag Dr. Orac, Wien 1978.

MITTERMAYR, Susanne: Semantisches Differential zur Erhebung von Unternehmerbild und Selbstbild österreichischer UnternehmensgründerInnen. DA, Wien 2002.



PHARMIG: Das integrierte Gesundheitssystem (IGS). Aktualisierte Fassung 1998, Wien 1998.

RAUHERZ, Ruth: Corporate Image: Hat *Nike* ein Problem? DA, Wien 2001.

Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstitutes; eurofit: Die österreichische Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich und ihre Rolle im Gesundheitswesen. Wien 1991.

SCHENK, Christina: Was bedeutet Arzt sein im 21. Jahrhundert? Aus: ÄRZTEMAGAZIN 8/2009, Medizin Medien Austria GmbH, Wien 2009.

STÖBER, Rudolf: Kommunikations- und Medienwissenschaften. Eine Einführung. Verlag C. H. Beck, München 2008.

TRIPOLT, Niklas: Kundensignale erkennen- Verkaufschancen nutzen. Sieben Wege zum positiven Verkaufsabschluss. Die fünf Komponenten des Verkaufserfolgs. Kaufsignale und schlaue Abschlussfragen. Welche Rolle spielt der Preis? Erfolge programmieren. Signum Verlag, München 2006.

WALTER, Evelyn/ ZEHETMAYR, Susanne/ KAISER, Michael: Institut für Pharmaökonomische Forschung. Wien 2003.

WIESER, Christina Mag./ Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien: Die wirtschaftliche Lage der chemischen Industrie. Wien 2008.

## INTERNET:

[http://www.pmca.at/iddb/archiv831/67\\_archiv831\\_13916.pdf?extsid=c5cb2365d4cbc14449b682f5e8782bee](http://www.pmca.at/iddb/archiv831/67_archiv831_13916.pdf?extsid=c5cb2365d4cbc14449b682f5e8782bee) (Stand: 3.8.09)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Image> (Stand: 7.6.09)

<http://www.oeqmed.at/index.php?id=38> (Stand: 14.7.09)

[http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB\\_OEQMed\\_Bericht.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB_OEQMed_Bericht.pdf) (Stand: 22.7.09)

<http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/index.htm?http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/de/news/news.php> (Stand: 23.7.09)

<http://www.pharmig.at/modules.php?name=content&pa=showpage&pid=41&SESS=ee694a430c4df2559e6f5f998e3d51ba> (Stand: 9.8.09)

[http://portal.wko.at/wk/format\\_detail.wk?AnglID=1&StID=391431&DstID=0](http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AnglID=1&StID=391431&DstID=0) (Stand: 8.8.09)

[http://www.gesundheitsministerium.at/cms/site/news\\_detail.html?channel=CH0525&doc=CMS1245916702711](http://www.gesundheitsministerium.at/cms/site/news_detail.html?channel=CH0525&doc=CMS1245916702711) (Stand: 9.8.09)

<http://www.oekonsult.at/> (Stand: 9.8.09)

<http://www.pharmig.at/modules.php?name=news&nid=126&SESS=8a550c9adc4dc89b4e915d11b461db0f> (Stand: 9.8.09)

[http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal.channel\\_first\\_level.cmsWindow&p\\_menuid=5&p\\_tabid=4](http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal.channel_first_level.cmsWindow&p_menuid=5&p_tabid=4) (Stand: 9.8.09)

[www.apotheker.at](http://www.apotheker.at) (Stand: 9.9.09)

<http://www.liedler.de/Impressum-Kontakt.16.0.html> (Stand: 9.9.09)

[http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein\\_voll.htm](http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm) (Stand: 11.9.09)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Pharmareferent> (Stand: 11.9.09)

X. ANHANG A: Fragebogen

Dr. Ulrike RUDOLPH

Brünner Str. 132/3/5

1210 Wien

Von: Brigitte Mack

Obere Donaustr. 43/1/4

1020 Wien

Mobil: 0676/ 728 92 34

brigittemack@yahoo.de



**Betreff: Diplomarbeit**

**Ich benötige Ihre Unterstützung!**

Beilage: Fragebogen

Wien, am 9. Dezember 2007

**Liebe Fr. Dr. Rudolph!**

Im Rahmen meines Magisterstudiums der Publizistik und Kommunikationswissenschaften schreibe ich aktuell an meiner Diplomarbeit zu dem Thema:  
***„Kommunikationsraum Arztpraxis. Face- to- face Kommunikation der Pharmareferenten als Instrument zur Imagepflege der Pharmareferenten.“***

Bereits während meiner früheren Tätigkeit als Pharmareferentin habe ich mir Gedanken über ähnliche Fragestellungen gemacht. Nun möchte ich mein Erkenntnisinteresse wissenschaftlich erarbeiten.

Im empirischen Teil ist hierfür eine Befragung mittels eines halbstandardisierten Fragebogens mit zwanzig niedergelassenen ÄrztInnen in Wien und Niederösterreich vorgesehen. Nur so lassen sich auch verwertbare Daten ermitteln.

**Ihre angegebenen Daten werden streng vertraulich und anonym behandelt.**

Ich darf Sie einige Tage nach Erhalt dieses Briefes innerhalb der Ordinationszeiten für einen persönlichen Termin telefonisch kontaktieren. Falls Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, darf ich Sie um einen Vermerk am Fragebogen mit Postanschrift oder Emailadresse bitten.

Vielen Dank im Voraus für die Zusammenarbeit!

Brigitte Mack

<b>Image der Pharmareferenten</b>
-----------------------------------

1. Woher beziehen Sie Ihre Informationen über Medikamente?

Bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Fachzeitschriften  | <input type="radio"/> Pharmareferenten        |
| <input type="radio"/> Direktmails von Pharma- Unternehmen                      | <input type="radio"/> Internet                |
| <input type="radio"/> Softwareprogramm/ Ökotool                                | <input type="radio"/> Pharmazie- Datenbanken  |
| <input type="radio"/> Fachbüchern  | <input type="radio"/> Ärztekammer             |
| <input type="radio"/> Fach- Tagungen   | <input type="radio"/> Arzneimittelverzeichnis |
| <input type="radio"/> Apothekerkammer  | <input type="radio"/> Andere Quellen:         |
| <input type="radio"/> e-Detailing: interaktive Filme über Produkte im Internet |   |

2. Welche Erwartungen verbinden Sie mit dem Besuch eines Pharmareferenten?

Bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Fachinformationen               | <input type="radio"/> Anwendungsbeobachtungen                               |
| <input type="radio"/> Fachkompetenz                   | <input type="radio"/> Pünktlichkeit (bei Termin)                            |
| <input type="radio"/> Kenntnisse über Mitbewerber     | <input type="radio"/> Angenehmer Gesprächspartner                           |
| <input type="radio"/> Kompaktheit der Präsentation    | <input type="radio"/> Sympathie   |
| <input type="radio"/> Ständige Weiterbildung          | <input type="radio"/> Gleicher Humor  |
| <input type="radio"/> Evidence Based Medicine         | <input type="radio"/> Bestimmtes Geschlecht                                 |
| <input type="radio"/> Mediziner/ Pharmazeut           | <input type="radio"/> Ärztemuster   |
| <input type="radio"/> Werbematerial                   | <input type="radio"/> Akademiker  |
| <input type="radio"/> Studienergebnisse               | <input type="radio"/> Gute Gesprächsvorbereitung                            |
| <input type="radio"/> Abwechslung                     | <input type="radio"/> „Klatsch und Tratsch“                                 |
| <input type="radio"/> Informationen über Fachtagungen | <input type="radio"/> Aufklärung über Neuigkeiten in der Gesundheitspolitik |
| <input type="radio"/> Anderes:                        |   |

3. Haben Sie unterschiedliche Erwartungen an Pharmareferenten von Erstanbietern und jenen von Generika Anbietern?

Bitte ankreuzen:

- Ja
- Nein

Falls ja, welche?

4. Sind Ihnen die Pharmareferenten von denen Sie aufgesucht werden mehrheitlich:

- Sehr sympathisch
- Eher sympathisch
- Eher unsympathisch
- Unsympathisch
- Egal
- Keine Angabe

5. Wie zufrieden sind Sie mit „Ihren“ Pharmareferenten?

Beurteilen Sie auf einer Skala von 1-7:

(7 = Sehr zufrieden; 1 = Sehr unzufrieden)

6. Beurteilen Sie das Image der Pharmareferenten in Österreich auf einer Skala von 1-7:

(7 = Sehr gut; 1 = Sehr schlecht)

7. Wie stehen Sie zu den jüngsten Forderungen von Apothekerkammer- Präsident Dr. Herbert Cabana nach Einführung einer Aut- Idem – Regelung für Medikamente? Bitte ankreuzen:

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gute Idee       | <input type="radio"/> Anderes:     |
| <input type="radio"/> Keine gute Idee | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| <input type="radio"/> Egal            | <input type="radio"/> Weiß nicht   |

8. Wie häufig werden Sie von Pharmareferenten eines Pharmaunternehmens besucht?

- ≤ 1 Woche
- Alle 1-2 Wochen
- Alle 2-3 Wochen
- Alle 3-4 Wochen
- Alle 4-6 Wochen
- Alle 6-8 Wochen
- ≥ 8 Wochen
- Keine Angaben

9. Vervollständigen Sie bitte folgenden Satz:

Die Pharmareferentenbesuche sind durchschnittlich ....

- Gerade richtig
- Zu häufig
- Zu selten
- Keine Angabe
- Weiß nicht

10. Thema: Terminvergabe:

Wie organisieren Sie/ Ihre Sprechstundenhilfe die Pharmareferentenbesuche?

- Mit Termin
- Von Situation abhängig
- Von Person abhängig
- Ohne Termin ohne Wartezeit
- Ohne Termin mit Wartezeit
- Anderes:

11. Hat sich die Anzahl der Pharmareferentenbesuche in den letzten 3-5 Jahren im Allgemeinen geändert?

- Unverändert
- Stark gestiegen
- Leicht gestiegen
- Leicht gesunken
- Stark gesunken
- Keine Angabe
- Weiß nicht

12. Wie lange dauert ein durchschnittliches Gespräch mit einem Pharmareferenten?  
Bitte in Minutenangaben.

13. Haben sie das Ökotool in Verwendung?

Ja

Nein

Falls ja:

13a. Hat das Ökotool irgendwelchen Einfluss auf das Gespräch mit dem Pharmareferenten?

Ja

Nein

Falls ja, welchen?

13b. Hat das Ökotool irgendwelchen Einfluss auf Ihr Verschreibungsverhalten?

Ja

Nein

Falls ja, welchen?



<b>Image der Pharmaunternehmen in Österreich</b>
--

14. Welche Assoziationen ruft das Wort Pharmaunternehmen in Ihnen hervor?

Mehrfachnennungen möglich.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Wirtschaftlicher Erfolg             | <input type="radio"/> Gesundheit                      |
| <input type="radio"/> Forschung                           | <input type="radio"/> Aktionäre                       |
| <input type="radio"/> Investitionen in Marketing& Werbung | <input type="radio"/> Ethische/ Soziale Kompetenz     |
| <input type="radio"/> Dynamik                             | <input type="radio"/> Innovation                      |
| <input type="radio"/> Effizienz der Unternehmen           | <input type="radio"/> Mächtige Lobby                  |
| <input type="radio"/> Informationspolitik                 | <input type="radio"/> (Internationale) Konzerne       |
| <input type="radio"/> Preisgestaltung                     | <input type="radio"/> Weiterbildung der Ärzte         |
| <input type="radio"/> Studien                             | <input type="radio"/> Schaffen Gesundheitsbewusstsein |
| <input type="radio"/> Neue Medikamente                    | <input type="radio"/> Promotionen                     |
| <input type="radio"/> Produktion                          | <input type="radio"/> Preisdumping                    |
| <input type="radio"/> Kompetenter Partner                 | <input type="radio"/> Neue Therapien                  |
| <input type="radio"/> Anderes:                            |   |

15. (Siehe SPECTRA Studie) Gab es in den letzten 10 Jahren entscheidende Innovationen, die die Medizin vorangebracht hat/ die die Lebensqualität nennenswert verbessert haben?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe
- Weiß nicht

16. Welche Marketingmaßnahmen sind Ihnen seitens der Pharmaunternehmen noch vertraut?

Bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.

- Postsendungen
- e-Detailing: interaktive Filme über Produkte im Internet
- e-Mails
- Kleine Goodies (Kugelschreiber, Getränketassen, ..)
- Anwendungsbeobachtungen
- Fach- Tagungen
- Broschüren, Prospekte, Folder
- Reisen
- Andere:

17. Bewerten Sie bitte folgende Aussage:

„Die Informationen der Unternehmen sind gemischt mit Übertreibungen, einseitigen und falschen Aussagen, und häufig kann man das Eine vom Anderen nicht unterscheiden.“

Bitte die Antwort, die am ehesten zutreffend ist, ankreuzen:

- Sehr zutreffend
- Eher schon zutreffend
- Eher nicht zutreffend
- Unzutreffend
- Keine Angabe
- Weiß nicht

18. Wie bewerten Sie die Zunahme an Generika in Österreich für das Gesundheitssystem?

- Wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Unwichtig
- Egal

- Keine Angabe
- Weiß nicht
- Anderes:

19. Wie beurteilen Sie das Image der Pharma-Unternehmen bei den österreichischen Ärzten auf einer Skala von 1- 7?

(7= Sehr gut; 1= Sehr schlecht)

20. Wie beurteilen Sie den Grad an Einflussnahme der Pharmaunternehmen auf die niedergelassenen Ärzte auf einer Skala von 1- 7?

(7= Sehr hoch; 1= Sehr gering; Weiß nicht)

21. Wie beurteilen Sie das Image der Pharmaunternehmen bei der österreichischen Bevölkerung auf einer Skala von 1- 7?

(7= Sehr gut; 1= Sehr schlecht; Weiß nicht)

22. Wo sehen Sie persönlich Verbesserungsbedarf um das Image der Pharmaunternehmen zu steigern? Bitte in eigenen Worten formulieren:

<b>Zur Arztpraxis</b>
-----------------------

23. Wie viele Scheine haben Sie?

24. Wie hoch ist Ihr Brutto- Jahreseinkommen?

25. Thema: Organisation der Arztpraxis

Wie funktioniert ihr Praxisablauf?

- Mit Terminen
- Nach Dringlichkeit der Erkrankung
- Modell Nummernziehung
- Sprechstundenhilfe entscheidet
- Nach Einlangen
- Anderes:

26. Haben Sie eine Sprechstundenhilfe?

- Ja
- Nein

<b>Demografische Daten</b>
----------------------------

Geschlecht:

- Männlich
- Weiblich

Alter:

Familienstand:

- Ledig
- Verheiratet
- In Lebensgemeinschaft lebend
- Verwitwet

Kinder (Anzahl):

Ortsgröße (Einwohner):

- 1- 1999
- 2000- 4999
- 5000- 19999
- $\geq$  100000

DANKE FÜR DAS GESPRÄCH!

## ANHANG B: Qualitative Befragung

Im Folgenden können Sie die Zusammenfassung der über den Fragebogen hinausgehenden Interviewinhalte nachlesen. Es handelt sich hierbei um Mitschriften während des Interviews oder um Notizen die ich kurz nach der Befragung angefertigt habe. Auf die Fragen wird hier für eine bessere Lesbarkeit verzichtet.

*Dr. A:*

Mag keine jammernden Pharmareferenten. Ist aber gerne im Einzelfall bereit, einzelne Präparate von der jeweiligen Firma zu forcieren.

*Dr. B:*

Hat Fragebogen nur ausnahmsweise ausgefüllt, weil er mich kennt. Kennt sympathische und unsympathische Pharmareferenten. Unsympathisch sind vorwiegend männliche Pharmareferenten. Haben oftmals ein präpotentes Auftreten. Er fühlt sich durch zu forsches Auftreten mancher männlicher Pharmareferenten überfahren, überrollt und nicht ernst genommen. Pharmaunternehmen kennen nur Profit, alles andere wird dem Profit unterstellt. (O-Ton: Alles Kapitalisten!) Nennt 1,2 konkrete Beispiele, wo Pharmaunternehmen ältere Pharmareferenten vor die Wahl stellen, Frühpension oder Kündigung- und nennt Sandoz als Beispiel. Alles für den Profit: Standortverlegungen, Goldenes Handshake bei älteren Pharmareferenten. „Pharmaunternehmen fehlt es an sozialer Kompetenz.“

Arztpraxisgröße: klein, wenige Patienten

*Dr. C:*

Pharmareferenten einiger Pharmaunternehmen kommen gar nicht, andere zu oft. Pharmareferenten werden bestens geschult. Wenn der Pharmareferent nicht überzeugt, hat er in seinem Job versagt. Pharmareferenten verbreiten Lügen und ihre Chefs kennen auch nur Lügen. Der Chef der Pharmaunternehmen erzählt den Pharmareferenten nur Lügen und der Pharmareferent erzählt dem Arzt unwissentlich dieselben Lügen. Dr. C. stellt eine Frage: „Wer sind die 10 wichtigsten Menschen der Welt?“ -um sie auch gleich selbst zu beantworten. Nicht Politiker... sondern Wirtschaftsbosse sind die wichtigsten Menschen der Welt. Dr. C. erzählt aus dem Nähkästchen: Eine gute Bekannte des Arztes ist Nr. 5 von Pfizer in den USA. Die Bekannte hat nichts mehr zu tun mit Pharmazie oder verwandten

Themen sondern betreibt Lobbying im Weißen Haus (Anm.: Washington; Sitz des US-Präsidenten)

Dr. C. benennt ein Negativbeispiel eines Pharmareferenten. Beispiel Lannacher und spricht von Erpressungsfall. Der Pharmareferent: Wenn ich Ihnen die gesamte Arztpraxis mit T-Shirts ausstatte, müssen sie mir 10 Patienten auf Präparat XY um/einstellen.

Arztpraxisgröße: gutgehende Großstadtpraxis

*Dr. D:*

Dr. D. bemängelt das Nichterscheinen von Pharmareferenten einiger bestimmter Pharmaunternehmen, speziell Originalanbieter. Hebt Genericons<sup>259</sup> Außendienst positiv hervor. Kritisiert Ärztekammer und Ärztekammerpräsident Dorner. „Was manche Pharmaunternehmen früher zu viel an Marketing machten, geschieht heute zu wenig. Eine Art Balance wäre notwendig. Von Erstanbietern kommen mehrheitlich keine Ärztemuster mehr. Ärgert sich darüber, dass er Magentabletten für den Eigengebrauch selbst kaufen muss. Stellt großzügig auf Generika um. Generika Anteil der generikafähigen Präparate liegt bei 40%. Bestimmte Präparate verordnet Dr. D. nur vom Original (O-Ton: aus Sturheit), andere werden großzügig umgestellt. Sortis Patienten (Anm.: Lipidsenker) stellen bei geplanten Umstellungen ein Problem dar. KH Einstellungen sind aus der Sicht des Arztes problematisch. Grund: Patienten lassen sich nur ein, zwei Mal bei ein und demselben Präparat umstellen. Es handelt sich um ein *Compliance*- Problem.

Arztpraxisgröße: sehr große Großstadtpraxis

*Arzt E:*

Spricht über die Entwicklung von Medikamenten. Früher ging es nur um die reine Krankheitsversorgung. Heute geht es um die pleiotropen Effekte von Medikamenten. (den USP's der Medikamente; über den Nutzen des Medikamentes hinausragender Nutzen.<sup>260</sup>

Dr. E. skizziert seine Prognose für das österreichische Gesundheitssystem:

Heute: Lohnsumme als Bezug für Sozialversicherung. Ideal: Wertschöpfung wäre der ideale Ansatz für Gesundheitssystem. Der Arzt skizziert die Zukunft als Krankenleistung: Keine Kassenverträge mehr bei niedergelassenen Ärzten in Österreich, sondern Versorgungszentren. Ungehinderter und barrierefreier Zugang zur Krankenleistung nicht mehr gewährleistet in zehn Jahren. Mögliches Modell: pro Arztbesuch ca. 70.- bis 120.-€.

<sup>259</sup> Dr. D. kennt mich aus meiner Außendienstzeit als Pharmareferentin der Firma Genericon Pharma GmbH.

<sup>260</sup> Anm.: Damit kann gemeint sein: ein Medikament mit Depotwirkung, besseres Nebenwirkungsprofil, nur noch 1 x 1 Gabe Tagesdosis, kleinere Tabletten etc.

„Die globalisierten Pharmaunternehmen haben ausschließlich Gewinnmaximierung im Kopf, lassen dabei aber völlig die sozialen Notwendigkeiten außer Acht. Auf soziale Entwicklungen wird kein Bedacht genommen.“ Dr. E. führt Beispiele an: Tuberkulose (Afrika), aber auch keine neue Forschung in den Bereichen HIV und Depression. Die Pharmig ist ein „Pimperlverein“. (Blister-) Verpackungen sind heute oft kostspieliger als Medikament an sich. Mittelfristig (Ø 10 Jahre) wird es die meisten Generika-Pharmaunternehmen in Österreich nicht mehr geben. Die größten Pharmaunternehmen Genericon, Ratiopharm und Hexal werden übrigbleiben. Das Niveau der Pharmareferenten generischer Unternehmen sinkt zunehmend. Die Berufsgruppe der Pharmareferenten wird aussterben. Ein Grund: der Ökotool und andere Marketingmaßnahmen.

Arztpraxisgröße: mittelgroß. Dr. E. ist Bezirksärzterevertreter in Wien und Mitglied bei der Pharmig.

ANHANG C: Abbildungen

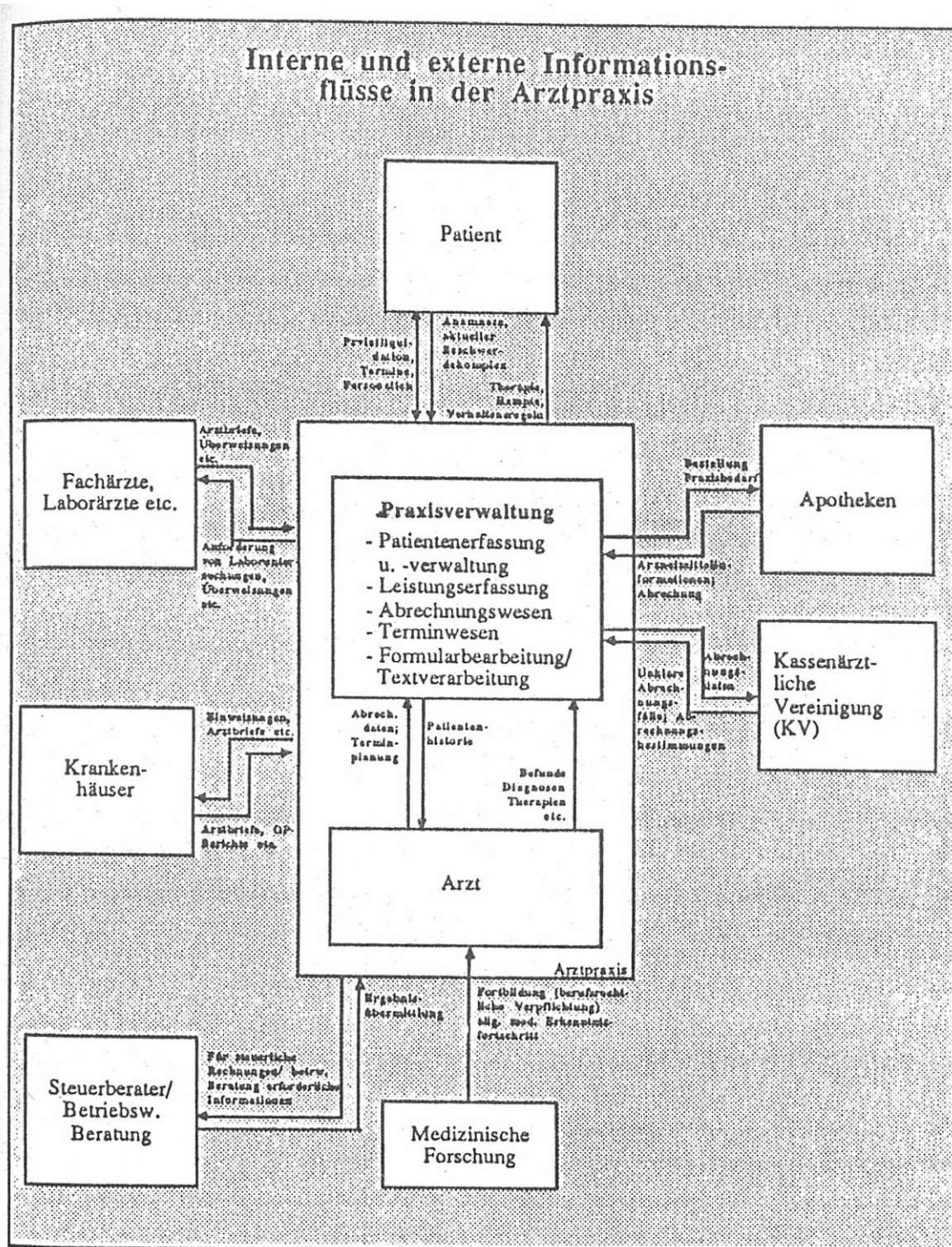


Abbildung 7: Interne und externe Informationsflüsse in der Arztpraxis



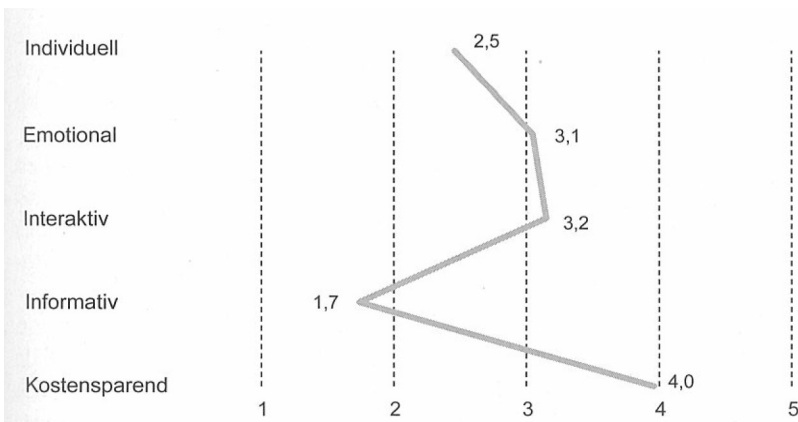


Abbildung 9: Kriterien zur Auswahl eines Kommunikationsweges

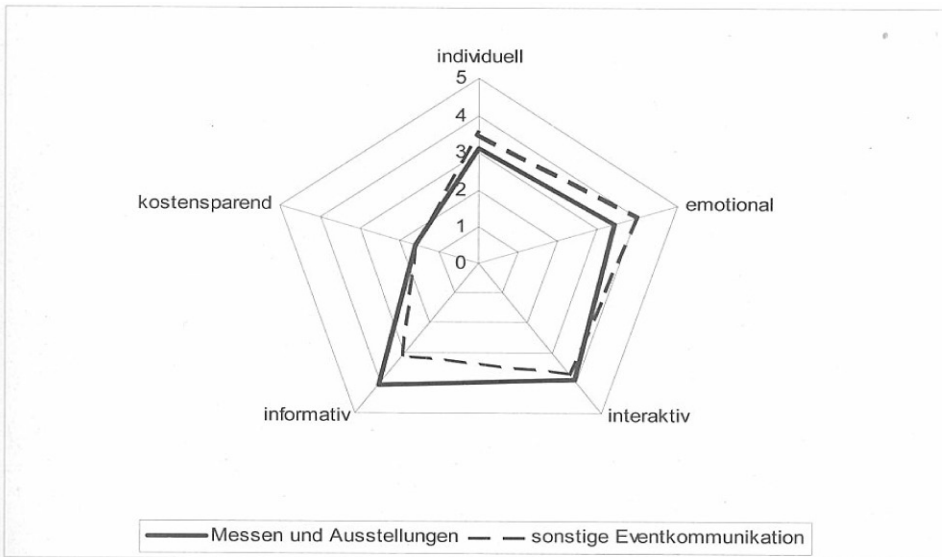


Abbildung 10: Kommunikative Profile von Messen, Ausstellungen und Events

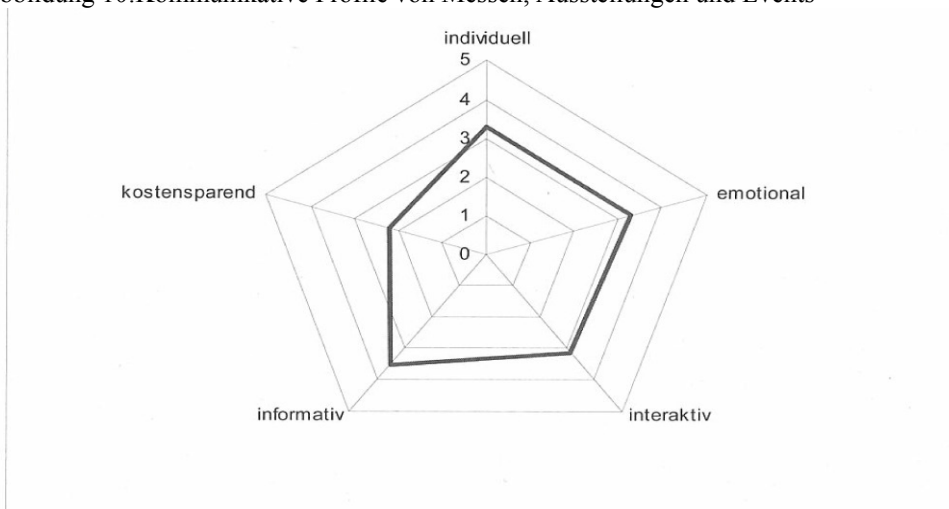


Abbildung 11: Kommunikatives Profil der Verkaufsförderung

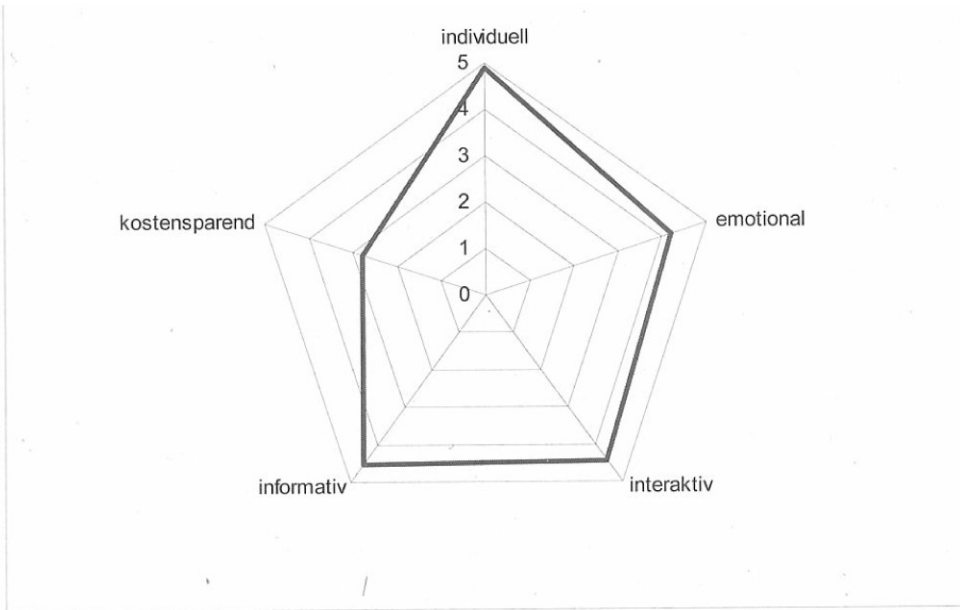


Abbildung 12: Kommunikatives Profil der persönlichen Kommunikation

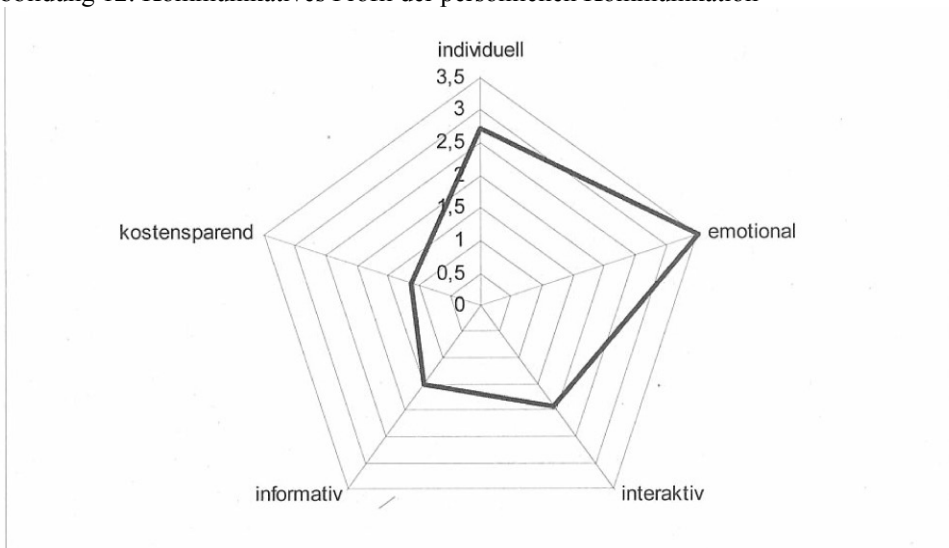


Abbildung 13: Kommunikatives Profil des Sponsoring

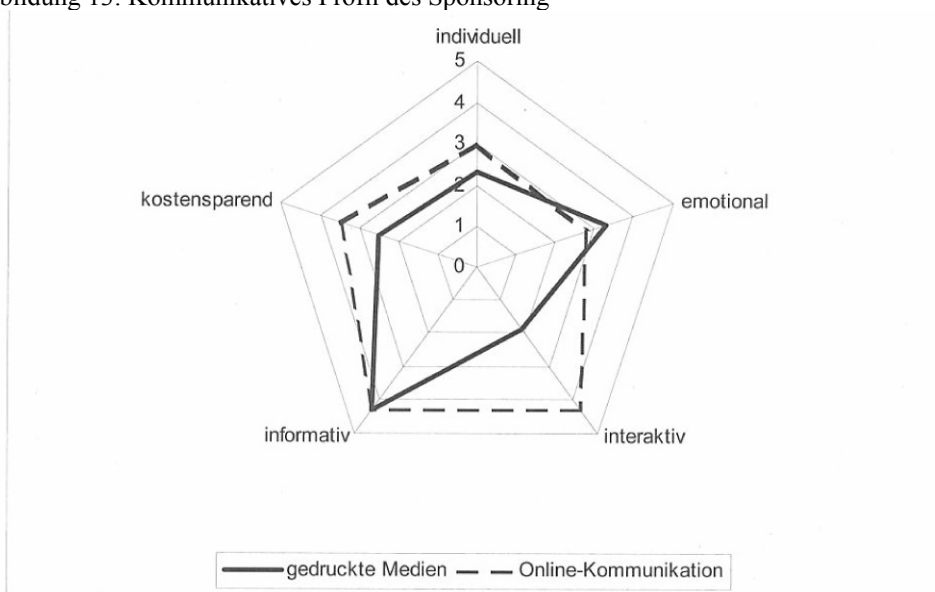


Abbildung 14: Kommunikatives Profil von gedruckten Medien und Online-Kommunikation

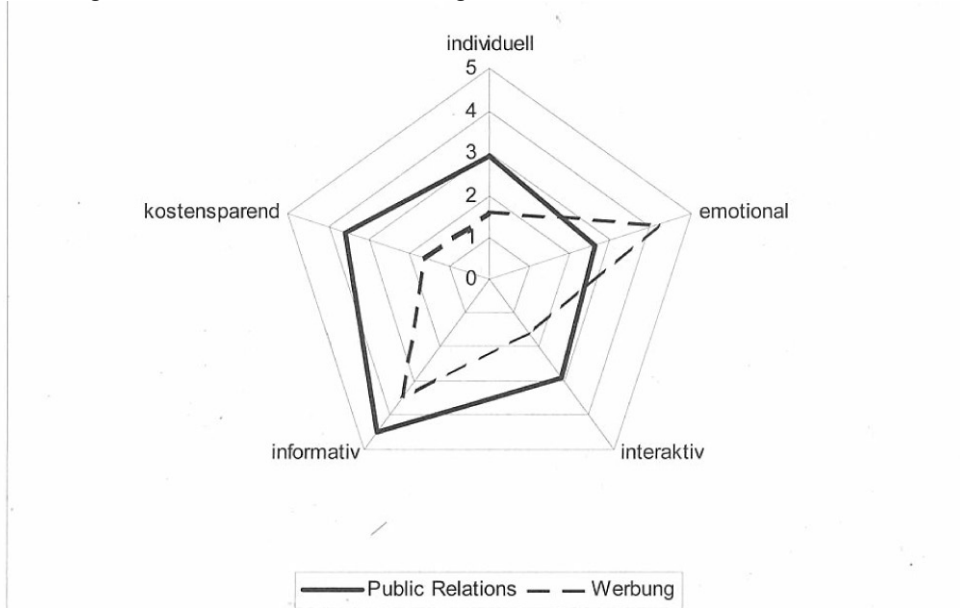


Abbildung 15: Kommunikatives Profil von Werbung und PR

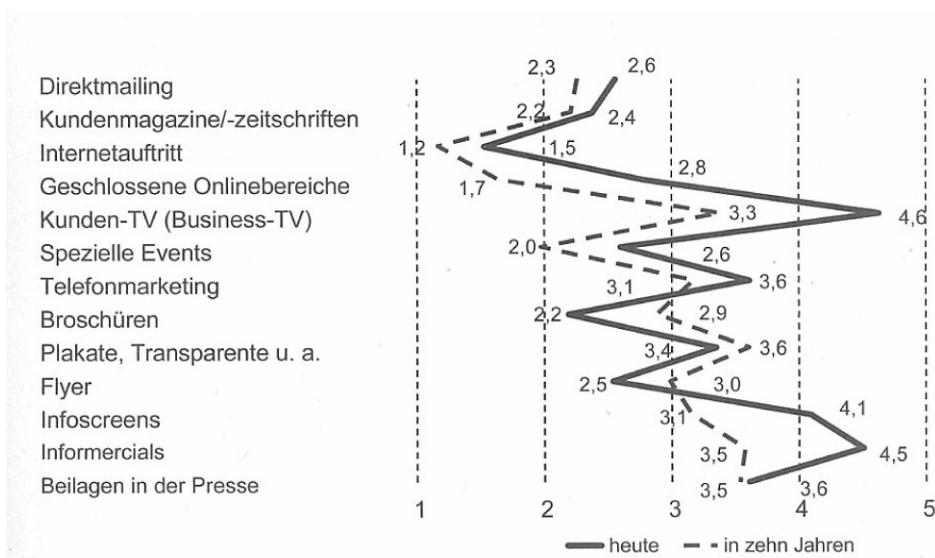


Abbildung 16: Bedeutung der Kommunikationselemente heute und in zehn Jahren

## ANHANG D: GESETZE UND REGULUNGSBEREICHE (www.pharmig.at)

*Arzneimittelgesetz*: Definitionen, klinische Prüfungen, Zulassung, Produktion, Vertrieb, Werbung, Pharmakovigilanz, Betriebsbewilligung

*Arzneiwareneinfuhrgesetz*: Einfuhr und Verbringung von Arzneimitteln

*Suchtmittelgesetz*: Suchtgiftstatus, Abgabe und Inverkehrbringen

*UWG (Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb)*: Werbeverhalten in Bezug auf Konsumenten und Mitbewerber

*Gewerbeordnung*: Berechtigung zur Führung eines pharmazeutischen Unternehmens

*Arzneibuchgesetz*: Qualität und Prüfung von Arzneimitteln

*Preisgesetz*: Preisfestsetzung und (durch Verordnungen) Höchstaufschläge (Spannen)

*Preistransparenzgesetz*: Preiserhöhungen

*Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz*: Ausgliederung der Aufgaben und Abläufe betreffend Arzneimittel- und Medizinproduktewesen aus dem BMG in die AGES PharmMed

*Patentschutzgesetz*: Patentschutz unter anderem von Arzneimitteln

*Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)*: Bildet die gesetzliche Grundlage für alle Krankenanstalten und stellt die Grundlage für die 9 Landesgesetze, welche die Ausführungsgesetze darstellen.

*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)*: Regelt die Allgemeine Sozialversicherung im Inland beschäftigter Personen, einschließlich der gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen und die Krankenversicherung der Rentner aus der Allgemeinen Sozialversicherung. Die Allgemeine Sozialversicherung umfasst die Krankenversicherung, die Unfall- und die Pensionsversicherung mit Ausnahme von bestimmten Sondersicherungen.

## ANHANG E: Abstract

Die rasanten politischen Umwälzungen im österreichischen Gesundheitssystem in den vergangenen Jahren haben ein Umdenken sämtlicher Akteure erforderlich gemacht. Es muss gespart werden in den Bereichen Arzneimittel Krankenanstalten aber auch bei den niedergelassenen Ärzten. Für die Pharmaindustrie bedeutet das letztlich, dass der Wettbewerb der Wirkstoffe nicht mehr ausreicht, um langfristig als Pharmaunternehmen erfolgreich und wettbewerbsfähig zu sein. Die Zeit der Medikamenten- Blockbuster dürfte fürs Erste gestoppt sein.

Die Marketingkosten haben in dieser Zeit enorme Zuwächse erfahren. Die Umsätze geben den Pharmariesen mit ihren gigantischen Marketingbudgets bislang recht. Auf kurz oder lang müssen die halbleeren Pipelines wieder aufgefüllt werden. Die fetten Achtziger und Neunziger sind wohl allemal vorbei. Es bedarf daher neuer Marketingstrategien. Eine Zielrichtung könnte lauten: individuelles Targeting, Typgerechte Marketingunterlagen und interaktive webbasierte tools.

Gerade in diesen schwierigen Zeiten gilt es, die Wichtigkeit des Pharmareferenten nicht nur als „Verkäufer“ im weitesten Sinne zu begreifen, sondern darüber hinaus seine Schlüsselrolle als Kommunikationsschnittstelle wieder in den Vordergrund zu stellen. Der Arzt ist bereit, sich emotional auf den Pharmareferenten und somit auf das Unternehmen und seine Produkte (Medikamente) einzulassen. Dasselbe fordert er von den Pharmareferenten- emotionalen Einsatz.

## LEBENS LAUF:

Geburtsdatum: 16. November 1971  
 Geburtsort: 2100 Korneuburg, Österreich  
 Staatsbürgerschaft: Österreich  
 Familienstand: unverheiratet

*Ausbildung:*

1978 - 1982 Volksschule Max- Winter- Platz  
 1982 -1985 Realgymnasium Wohlmutstraße  
 1985- 1991 ORG Schulbrüder von Lassalle  
 1991 Matura  
 1991- 1994 Studium Rechtswissenschaften, Universität Wien  
 1995 Pharma- College, Pharma Health Care Consulting  
 1996 Pharmareferentenprüfung im Gesundheitsministerium  
 1997- 2009 Studium Fächerkombination: Publizistik- und  
 Kommunikationswissenschaften und Politikwissenschaften

*Berufserfahrung:*

1991- 1994 Verkauf im Einzelwarenhandel  
 1996- 1997 Immobilienmaklerin  
 1997- 2001 Assistentin in Anwaltskanzlei  
 2001 Callcenter bei Fessel Markt- und Meinungsforschungsinstitut  
 2002 Journalistin bei Bezirksblätter  
 2002- 2006 Pharmareferentin bei Genericon Pharma GmbH.  
 2007- 2008 Assistentin der Geschäftsführung bei Raiffeisen Software  
 Solution GmbH  
 2008- 2009 Pharmareferentin bei Takeda Pharma GmbH.