

MASTERARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts in Business
an der FH-Studienrichtung
International Marketing & Sales Management
an der FH CAMPUS 02

Service Excellence mit Fokus auf das Servicing durch PharmareferentInnen am Beispiel der G.L. Pharma GmbH

Betreuerin:
FH-Prof. Mag. Dr. Astrid Oberzaucher

Vorgelegt von:
Carina Haar
1710557011

Gössendorf, 28.06.2019

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benützt und die benutzten Quellen wörtlich zitiert sowie inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit oder Teile der Arbeit wurde(n) bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder dieser noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Gössendorf, 28.06.2019

.....
Carina Haar

Zusammenfassung

Für die pharmazeutische Industrie stellen die Verordnungen von den Arzneimitteln durch die Ärzte/Ärztinnen eine wichtige Komponente für die Generierung des Umsatzes dar. Das Ordnungsverhalten der Ärzte/Ärztinnen ist insbesondere bei generischen Präparaten mit geringen Differenzierungsmöglichkeiten hinsichtlich Produkt und Preis entscheidend.

In dieser Arbeit wird Service Excellence als strategisches Differenzierungspotential angesehen, um sich unabhängig von Produkt und Preis von der Konkurrenz zu unterscheiden. Service Excellence setzt sich aus dem Service – also den Dienstleistungsangeboten – und dem Servicing – also das Verhalten der PharmareferentInnen – zusammen. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Servicing, da das Verhalten der PharmareferentInnen in der persönlichen Betreuung der Ärzte/Ärztinnen eine bedeutende Rolle spielt.

Die praktischen Ärzte/Ärztinnen, welche knapp 30 % der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen ausmachen, haben durch ihr Ordnungsverhalten Einfluss auf den Erfolg des pharmazeutischen Herstellers. Daher ist das Bewusstsein über die tatsächliche Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen und die Erwartungen an das Servicing der PharmareferentInnen im persönlichen Kontakt erforderlich. Dadurch soll eine kundenorientierte Ausrichtung des Unternehmens als auch ein exzellentes Servicing durch die PharmareferentInnen zur Differenzierung vom Wettbewerb ermöglicht werden.

Mittels qualitativer Erhebung soll ein erster Eindruck von 16 praktischen ÄrztInnen zur Erwartungshaltung hinsichtlich des Servicings der PharmareferentInnen gewonnen werden. Da anzunehmen ist, dass die jüngeren Ärzte/Ärztinnen eine andere Erwartungshaltung haben als die älteren Ärzte/Ärztinnen, werden die ProbandInnen durch zwei Altersgruppen differenziert voneinander betrachtet. Es werden acht praktische Ärzte/Ärztinnen im Alter von unter 50 Jahren und acht praktische Ärzte/Ärztinnen im Alter von 50 Jahren oder älter als 50 Jahre befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die geplante Customer Journey der tatsächlichen Customer Journey zu entsprechen scheint. Tendenziell sehen einige der befragten Ärzte/Ärztinnen Terminvereinbarungen als nicht möglich oder sinnvoll an. Die Daten lassen jedoch den Schluss zu, dass ein Teil der Ärzte/Ärztinnen Terminvereinbarungen oder Vorankündigungen des Besuchs als vorteilhaft ansehen. Diese Erwartungshaltung könnte somit eine Veränderung des Besuchsverhaltens der PharmareferentInnen herbeiführen.

Die fachliche Kompetenz der PharmareferentInnen scheint für beide Altersgruppen eine wichtige Rolle zu spielen. Im Gegensatz dazu lässt die Analyse den Schluss zu, dass die persönliche und soziale Kompetenz der PharmareferentInnen das Verordnungsverhalten der älteren Altersgruppe beeinflussen kann. Für die jüngere Altersgruppe hingegen scheint die persönliche und soziale Kompetenz der PharmareferentInnen eine weniger wichtige Rolle einzunehmen. Ebenso lassen die Daten vermuten, dass die persönliche Betreuung durch die PharmareferentInnen für das Verordnungsverhalten von jüngeren ÄrztInnen als nicht ausschlaggebend betrachtet werden könnte.

Abstract

Prescriptions of pharmaceuticals are important for the pharmaceutical industry to generate revenue. The prescription behavior of physicians plays a decisive role, especially with regard to generic drugs with little differentiation possibilities in terms of product and price.

In this master thesis, service excellence is seen as strategic distinctive feature to differentiate from the competition regardless of product and price. Service Excellence is composed of the service and the servicing behavior of the pharmaceutical representatives. The behavior of the pharmaceutical representatives is of particular importance in personal care of physicians. Because of the particular importance of the behavior of the pharmaceutical representatives in personal care of physicians, the focus of this thesis is on servicing behavior.

Almost thirty percent of the registered Austrian doctors are practitioners. Consequently, their prescribing behavior has a substantial impact on the success of a pharmaceutical company. Therefore, the awareness of the actual customer journey of practitioners and their expectations of the servicing behavior of the pharmaceutical representatives in personal contact is required. This should enable a customer-centric orientation of the company as well as an excellent servicing behavior by the pharmaceutical representatives to differentiate themselves from the competition.

A qualitative market research involving 16 doctors is done to get an impression of the expectation regarding servicing behavior of the pharmaceutical representatives. It can be assumed that young doctors have different expectations than older doctors. Thus, the subjects are treated divided into two age groups differentiated from each other. Eight physicians aged less than 50 years and eight physicians aged 50 or over 50 years were interviewed.

The results of the qualitative research show that the planned customer journey seems to match the actual customer journey. Appointments for visits of the pharmaceutical representatives are not possible for some of the doctors surveyed. However, the data suggest that some of the physicians consider appointments or advance announcements of the visit as beneficial. This expectation could influence the visiting behavior of the pharmaceutical representatives.

The professional competence of the pharmaceutical representatives seems to play an important role for both age groups. By contrast, the analysis concludes that the personal and social skills of the pharmaceutical representatives can influence the prescription behavior of the older age group significantly more than the younger age group. For the younger age group, however, the personal and social skills of the pharmaceutical representatives seem to play a less important role. The data allow the conclusion that the personal support of pharmaceutical representatives could not be considered as crucial for the prescription behavior of younger physicians.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	XII
Formelverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XIV
1. Einleitung	1
1.1. Ausgangssituation	1
1.2. Herausforderung.....	2
1.3. Ziele.....	3
1.3.1. Unternehmensziele	3
1.3.2. Masterarbeitsziel.....	3
1.4. Bezugsrahmen	4
2. Pharmazeutische Industrie in Österreich	5
2.1. Arzneimittelmarkt.....	5
2.2. Praktische Ärzte/Ärztinnen	7
2.2.1. Aus- und Fortbildung von praktischen ÄrztInnen	7
2.2.2. Aufgabengebiete der praktischen Ärzte/Ärztinnen.....	8
2.2.3. Steigender Ärztemangel	8
2.3. PharmareferentInnen.....	11
2.3.1. Besuche der Ärzte/Ärztinnen	11
2.3.2. Veranstaltungen und Kongresse.....	12
3. Customer Journey	13
3.1. Definition	13
3.2. Customer Journey Analyse	14
3.3. Customer Touchpoints	17
3.3.1. Kategorisierung der Customer Touchpoints.....	17
3.3.2. Identifikation von Customer Touchpoints.....	19

3.3.3.	Bewertung der Emotionen bei den Customer Touchpoints.....	19
3.4.	Visualisierung der Customer Journey.....	22
3.4.1.	Elemente der Customer Journey Map	22
3.4.2.	Entwicklung der Customer Journey Map	23
4.	Service-Blueprint	27
4.1.	Anwendungsgebiet eines Service-Blueprints	27
4.2.	Prozesse im persönlichen Kundenkontakt.....	28
4.2.1.	Prozess eines persönlichen Kundenbesuchs	28
4.2.2.	Eventprozesse	32
4.3.	Visualisierung des Service-Blueprints	35
5.	Service Excellence.....	39
5.1.	Definition und Begriffsabgrenzung.....	39
5.2.	Strategischer Rahmen der Service Excellence	41
5.3.	Messung der Kundenbegeisterung.....	45
6.	Servicing.....	48
6.1.	Servicing-Kriterien	48
6.2.	Methoden zur Ermittlung der Servicing-Kriterien	56
6.2.1.	Importance-Performance-Analyse	56
6.2.2.	Kano-Methode	59
6.3.	Maßnahmensetzung in der persönlichen Kommunikation	64
7.	Theoretisches Service-Excellence-Konzept mit Fokus auf das Servicing.....	66
7.1.	Interne Prozessanalyse.....	66
7.2.	Servicing-Kriterien	67
7.3.	Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing.....	69
7.4.	Service-Excellence-Maßnahmen mit Fokus auf das Servicing.....	72
8.	Vorstellung des Unternehmens G.L. Pharma GmbH	73

9. Empirische Untersuchung	75
9.1. Untersuchungsdesign.....	75
9.1.1. Informationsdefizit.....	75
9.1.2. Methode.....	75
9.1.3. Stichprobenauswahl	78
9.1.4. Erhebungsinstrument.....	79
9.2. Feldphase.....	80
10. Service-Excellence-Konzept mit Fokus auf das Servicing für die G.L. Pharma GmbH.....	81
10.1. Interne Prozessanalyse	81
10.2. Servicing-Kriterien der PharmareferentInnen	85
10.3. Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing der G.L. Pharma GmbH.....	99
10.4. Service-Excellence-Maßnahmen mit Fokus auf das Servicing für die G.L. Pharma GmbH.....	113
Literaturverzeichnis	119
Anhang.....	128

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bezugsrahmen	4
Abbildung 2: Arzneimitteldistribution	6
Abbildung 3: Anzahl der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin seit 1960	9
Abbildung 4: Aufteilung der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen nach Altersklassen	9
Abbildung 5: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen von 1950 bis 2080....	10
Abbildung 6: Phasen der Customer Journey Analyse	14
Abbildung 7: Schematische Darstellung zur Differenzierung der Customer Journey Map und des Service-Blueprints	16
Abbildung 8: Erfüllung der Kundenerwartung	20
Abbildung 9: Darstellung der geplanten Customer Journey	24
Abbildung 10: Darstellung der tatsächlichen Customer Journey	24
Abbildung 11: Mögliche Darstellung von Touchpoints in der Customer Journey Map.....	25
Abbildung 12: Darstellung einer tatsächlichen Customer Journey mit Abweichungen zu einer geplanten Customer Journey	26
Abbildung 13: Phasen eines Tagesablaufes eines/einer Außendienstmitarbeiters/Außendienstmitarbeiterin	28
Abbildung 14: Pre-Service-Phase für das persönliche Kundengespräch	29
Abbildung 15: Service-Phase für das persönliche Beratungsgespräch	31
Abbildung 16: Post-Service-Phase für das persönliche Beratungsgespräch.....	31
Abbildung 17: Abgrenzung von Events	32
Abbildung 18: Ebenen des Service-Blueprints	37
Abbildung 19: Schematischer Aufbau eines Service-Blueprints	38
Abbildung 20: Begriffsabgrenzung von Service Excellence, exzellente Servicequalität und Kundenbegeisterung	39
Abbildung 21: Service-Excellence-Modell nach CEN/TS 16880.....	40
Abbildung 22: Strategischer Rahmen der Service Excellence.....	42

Abbildung 23: Ursache-Wirkungskette von Service Excellence	43
Abbildung 24: Berechnung und Ermittlung des NPS	46
Abbildung 25: Pharmaceuticals Net Promoter Score 2018 Benchmarks.....	46
Abbildung 26: Importance-Performance-Matrix	57
Abbildung 27: Neun-Felder-Matrix mit den Achsen Wichtigkeit und Empfehlungsbereitschaft	58
Abbildung 28: Kano-Modell	59
Abbildung 29: Matrix zur Ergebnisdarstellung der Kriterien nach der Kano-Methode	63
Abbildung 30: Elemente des Kommunikationsstils	65
Abbildung 31: Rahmen für die interne Prozessanalyse	67
Abbildung 32: Matrix zur Zuordnung der bewerteten Servicing-Kriterien	67
Abbildung 33: Interne Prozessanalyse inklusive Kundenaktivitäten bzw. geplanter Customer Journey	69
Abbildung 34: Darstellung der vertikalen Achse der Customer Journey Map mit einem Beispiel	70
Abbildung 35: Analyse der tatsächlichen Customer Journey.....	70
Abbildung 36: Geplante Customer Journey mit dazugehörigem Service-Blueprint des persönlichen Besuchs bei den praktischen ÄrztInnen durch PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH.....	82
Abbildung 37: Geplante Customer Journey mit dazugehörigem Service-Blueprint des persönlichen Kontakts von PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH mit praktischen ÄrztInnen auf Kongressmessen...	83
Abbildung 38: Geplante Customer Journey mit dazugehörigem Service-Blueprint des persönlichen Kontakts von PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH mit praktischen ÄrztInnen auf Veranstaltungen	84
Abbildung 39: Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens [n=16].....	85
Abbildung 40: Darstellung der Auswertung des standardisierten Kano- Fragebogens [n=16]	86

Abbildung 41: Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens der ProbandInnen < 50 Jahre [n=8]	87
Abbildung 42: Darstellung der Auswertung des standardisierten Kano- Fragebogens der ProbandInnen < 50 Jahre [n=8]	88
Abbildung 43: Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens der ProbandInnen ≥ 50 Jahre [n=8]	88
Abbildung 44: Darstellung der Auswertung des standardisierten Kano- Fragebogens der ProbandInnen ≥ 50 Jahre [n=8]	90
Abbildung 45: Darstellung der tatsächlichen Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen bei einem persönlichen Besuch durch PharmareferentInnen	101
Abbildung 46: Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen < 50 Jahre inkl. Erwartungshaltung, Love- und Pain-Points	105
Abbildung 47: Tatsächliche Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen ≥ 50 Jahre inkl. Erwartungshaltung, Love- und Pain-Points	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Beschäftigte im österreichischen Gesundheitswesen im Jahr 2016.....	6
Tabelle 2:	Kategorisierung von Customer Touchpoints.....	18
Tabelle 3:	Customer Journey Map mit horizontaler und vertikaler Achse mit einem Beispiel	24
Tabelle 4:	Beispielhafte Kennzahlen der Service-Phase.....	31
Tabelle 5:	Beispielhafte Angabe der Messeziele und -kontrollinstrumente nach den Messephasen mit Beispielen	33
Tabelle 6:	Affektiv- und kognitiv-orientierte Zielsetzungen bei Veranstaltungen	34
Tabelle 7:	Modell der Kommunikationsqualität.....	49
Tabelle 8:	Dimensionen für Dienstleistungen	50
Tabelle 9:	Prosocial Service Performance	51
Tabelle 10:	SEEDS-Profil für exzellente Kommunikationsprofis.....	54
Tabelle 11:	Ausgewählte Servicing-Kriterien.....	55
Tabelle 12:	Auswertungstabelle für die Kano-Methode.....	61
Tabelle 13:	Legende zur Auswertungstabelle für die Kano-Methode	61
Tabelle 14:	Ergebnistabelle für die Auswertung der Qualitätskriterien nach der Kano-Methode	62
Tabelle 15:	Maßnahmensetzung für den Kommunikationsstil mit einem Beispiel.....	65
Tabelle 16:	Zuordnung der Love- und Pain-Points zu den Servicing-Kategorien mit Beispielen	68
Tabelle 17:	Maßnahmensetzung für den erwarteten Kommunikationsstil	68
Tabelle 18:	Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing mit Beispielen.....	71
Tabelle 19:	Entwurf für den Maßnahmenplan mit dazugehörigem Controlling und der Budgetierung mit einem Beispiel	72

Tabelle 20:	Qualitativer Stichprobenplan.....	78
Tabelle 21:	Projektplan für die Marktforschung	80
Tabelle 22:	Love-Points der befragten ProbandInnen < 50 Jahre und ≥ 50 Jahre mit Bezug auf das Servicing durch Pharmareferent- Innen	92
Tabelle 23:	Pain-Points der befragten ProbandInnen < 50 Jahre und ≥ 50 Jahre mit Bezug auf das Servicing durch Pharmareferent- Innen	97
Tabelle 24:	Erwarteter Kommunikationsstil	98
Tabelle 25:	Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing durch Pharmareferent-Innen der G.L. Pharma GmbH .	112
Tabelle 26:	Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 1.....	114
Tabelle 27:	Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 2.....	115
Tabelle 28:	Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 3.....	116
Tabelle 29:	Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 4.....	117
Tabelle 30:	Zeitplan für die geplante Umsetzung der gesetzten Maßnahmen	118

Formelverzeichnis

Formel 1:	Berechnung des CS ⁺	62
Formel 2:	Berechnung des CS ⁻	62

Abkürzungsverzeichnis

AMG	=	Arzneimittelgesetz
ÄMU	=	Ärztemuster
CEN	=	Europäisches Komitee für Normung
CRM-System	=	Customer Relationship Management System
CS ⁺	=	Zufriedenheitskoeffizient
CS ⁻	=	Unzufriedenheitskoeffizient
DFP	=	Diplom-Fortbildungs-Programm
ELGA	=	Elektronische Gesundheitsakte
EKO	=	Erstattungskodex
HKL	=	Herz-Kreislauf
IPA	=	Importance-Performance-Analyse
IPM	=	Importance-Performance-Matrix
KW	=	Kalenderwoche
NPS	=	Net Promoter Score
SOU	=	Substitution, Onkologie, Urologie
ZNS	=	Zentral-Nervensystem

1. Einleitung

1.1. Ausgangssituation

Die österreichische Bevölkerung liegt im Jahr 2017 bei knapp 8,8 Mio. Einwohnern, welche laut Prognose von Statistik Austria bis 2030 um weitere 8 % wachsen und stetig altern wird. Der Arzneimittelbedarf steigt ab dem 60. Lebensjahr massiv an. Diese Altersgruppe, welche 24 % der österreichischen Bevölkerung ausmacht, benötigt 60 % der insgesamt verordneten Arzneimitteln (vgl. Pharmig 2018, S. 23).

Der Generikaanteil macht am ersetzbaren (patentfreien) Markt über 50 % der Verordnungen aus (vgl. Pharmig 2018, S. 80). Zugelassene verschreibungspflichtige Generika entsprechen in Sicherheit und Wirksamkeit dem Originalprodukt und sind daher bioäquivalent (vgl. European Medicines Agency 2010, S. 4), wodurch sich die generischen Präparate hinsichtlich Qualität nicht unterscheiden.

Bei Markteintritt von Generika müssen diese, laut dem vorgegebenen Preismodell des Erstattungskodex (EKO), um mindestens 50 % vom Preis des Referenzproduktes gesenkt werden (vgl. Österreichischer Generikaverband 2017), wodurch sich die generischen Präparate auf einem ähnlichen Preisniveau befinden.

Der generische Markt teilt sich unter 15 Pharma-Anbietern von verschreibungspflichtigen Generika auf, wobei 86 % des Generika-Marktvolumens in Österreich von vier Anbietern – Ratiopharm/Actavis, Novartis Gruppe, Genericon und G.L. Pharma – eingenommen werden (vgl. Insight Health 2018).

Die Distribution rezeptpflichtiger Arzneimittel erfolgt über den Pharmagroßhandel an die Apotheken. Die Verordnung dieser Präparate erfolgt mittels Rezept durch die Ärzte/Ärztinnen an die PatientInnen (vgl. Pharmig 2018, S. 71).

Da es Pharmaunternehmen gem. § 51 Arzneimittelgesetz (AMG) verboten ist, Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel zu betreiben, findet die Produktwerbung durch die PharmareferentInnen bei den ÄrztInnen statt (vgl. Hörauf-Umgeher 2017, S. 72). Die Abgabe von Ärztemustern (ÄMU) und Streuartikeln bei ÄrztInnen ist laut § 55a (1) und § 58 (2) AMG beschränkt.

Ebenso dürfen die Tätigkeiten von PharmareferentInnen nur von jenen Personen durchgeführt werden, welche gem. § 72 AMG dazu berechtigt sind (vgl. Pharmig 2018).

Aufgrund der stetig wachsenden und älter werdenden österreichischen Bevölkerung und den damit einhergehenden steigenden Arzneimittelbedarf befindet sich G.L. Pharma GmbH in einem Wachstumsmarkt. Die gesetzlichen Einschränkungen in der Produktbewerbung, die gleichwertige Produktqualität und das ähnliche Preisniveau der Generika beeinflussen die G.L. Pharma GmbH hinsichtlich Abgrenzung zum Wettbewerb wesentlich.

1.2. Herausforderung

Das wichtigste Ziel und die zugleich größte Herausforderung für pharmazeutische Anbieter ist, Verordnungen der Ärzte/Ärztinnen für die unternehmenseigenen Arzneimittel zu erlangen, da durch die Rezepteinlösung in den Apotheken der Umsatz generiert wird.

Um diese Verordnungen zu erhalten, ist es für die Anbieter generischer Arzneimittel erforderlich, sich vom Wettbewerb zu differenzieren. Wie in der Ausgangssituation beschrieben, sind die Abgrenzungsmöglichkeiten teilweise sehr gering.

Generische Präparate können aufgrund der verpflichtenden Bioäquivalenz nicht durch die Produktqualität unterschieden werden. Daher wird auf die Unterscheidungsmerkmale von Produkteigenschaften wie Packungsgrößen oder die Teilbarkeit von Tabletten zurückgegriffen. Die Abgrenzung zum Wettbewerb erfolgt größtenteils über die teils geringen Produktvorteile. Je geringer die Unterscheidungskraft ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Produkt in Erinnerung der Ärzte/Ärztinnen bleibt.

Das vorgegebene Preismodell für Generika bewirkt einen verstärkten Preisdruck, wodurch nur ein geringer Preisgestaltungsspielraum bleibt und keine wesentlichen Preisvorteile gegenüber dem Wettbewerb ermöglicht werden.

Da G.L. Pharma GmbH mit keiner Lockerung der bestehenden gesetzlichen Einschränkungen und mit einem noch stärker werdenden Preisdruck rechnet, ist es von immenser Bedeutung, sich am Markt, unabhängig von Produkt und Preis, vom Wettbewerb zu differenzieren, um die bestehende Marktposition weiter ausbauen zu können.

1.3. Ziele

1.3.1. Unternehmensziele

Ziel des Unternehmens G.L. Pharma GmbH ist es, die Anzahl der praktischen Ärzte/Ärztinnen mit A-Klassifizierung in Österreich auf dem Niveau von 2018 bis 2030 zu halten.

Ziel des Unternehmens G.L. Pharma GmbH ist es, einen Net Promoter Score (NPS) von mindestens +10% bei den praktischen ÄrztInnen¹ mit A-Klassifizierung im Jahr 2020 zu erreichen.

1.3.2. Masterarbeitsziel

Ziel dieser Masterarbeit ist die Entwicklung eines Service-Excellence-Konzepts für das Unternehmen G.L. Pharma GmbH mit dem Fokus auf das Servicing durch die PharmareferentInnen bei den praktischen ÄrztInnen.

Die Subziele dieser Masterarbeit sind

- die Erlangung erster Erkenntnisse zu den erwarteten Servicing-Kriterien von PharmareferentInnen,
- die Erstellung des strategischen Rahmens für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing und
- die Entwicklung, das Controlling und die Budgetierung von Servicing-Maßnahmen.

Die Entwicklung eines Service-Excellence-Konzepts mit Fokus auf das Service ist nicht das Ziel dieser Masterarbeit.

¹ Die praktischen Ärzte/Ärztinnen werden in dieser Masterarbeit als KundInnen angesehen und bezeichnet.

1.4. Bezugsrahmen

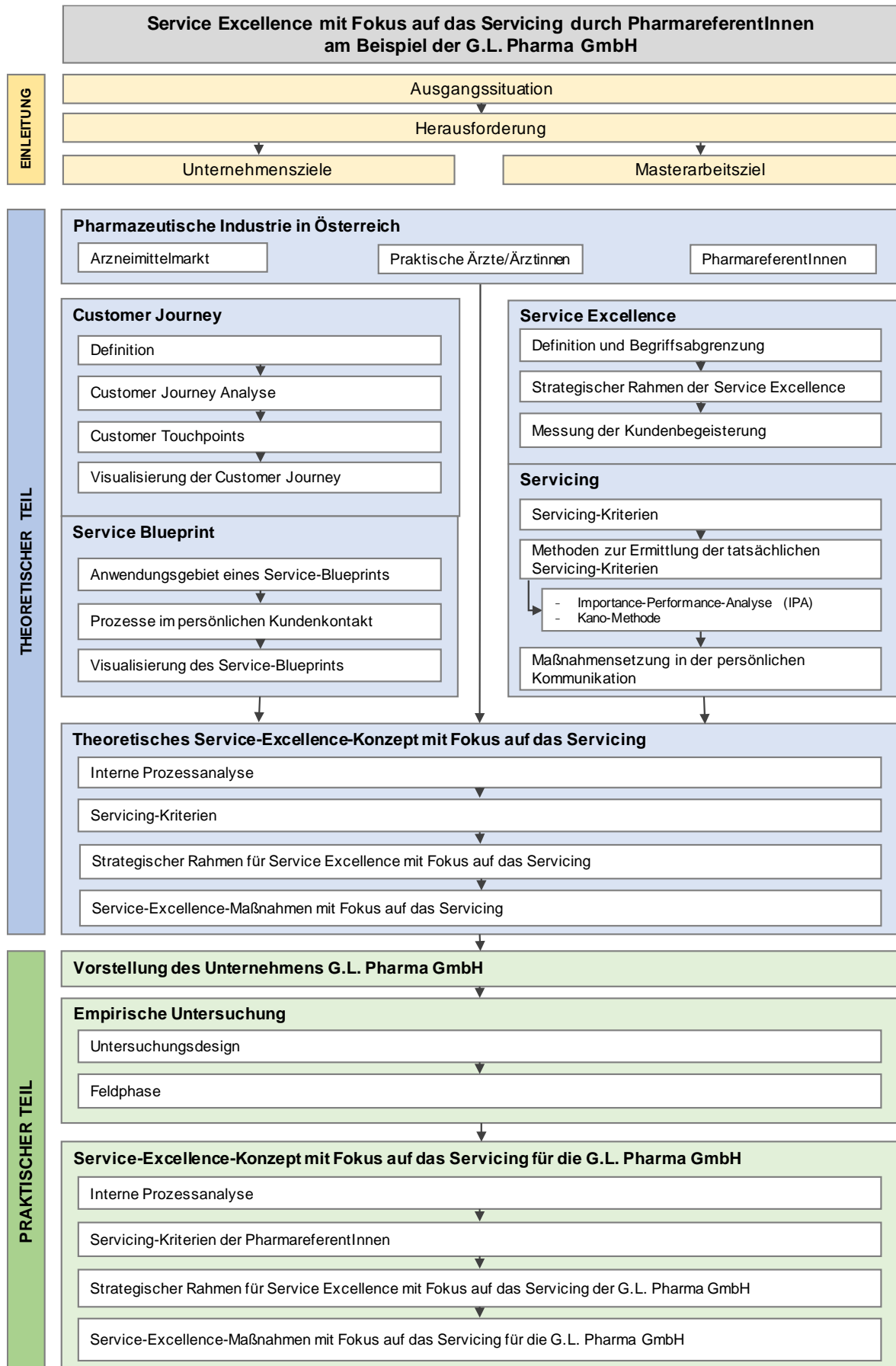


Abbildung 1: Bezugsrahmen (Eigene Darstellung)

2. Pharmazeutische Industrie in Österreich

2.1. Arzneimittelmarkt

Der österreichische Arzneimittelmarkt umfasste im Jahr 2017 über 232 Millionen Packungen, wovon 90 % an die Apotheken und 10 % an die Krankenhäuser ausgeliefert wurden. Am ersetzbaren Markt entfällt jede zweite Verordnung auf Generika (vgl. Pharmig 2018, S. 77f., S. 80).

In Österreich wird der Zugang zu Arzneimitteln durch den Erstattungskodex (EKO) geregelt. Darin werden Arzneimittel einer sogenannten Box zugeordnet. Die „Grüne Box“ enthält frei verschreibbare Arzneimittel, die „Gelbe Box“ beinhaltet Arzneimittel, welche nur mit definierten Regeln und mit chefärztlicher Bewilligung erstattet werden. Der „No Box“ sind jene Arzneimittel zugeordnet, welche nicht erstattungsfähig sind (vgl. Pharmig 2018, S. 84). Rund 80 % der im EKO gelisteten Arzneimittel befinden sich in der „Grünen Box“ und sind somit frei verschreibbar (vgl. Pharmig 2018, S. 87). Dies bedeutet, dass der Großteil der Arzneimittelverordnungen ohne Vorabewilligung durch die Krankenkassen erfolgt.

Arzneimittel werden – wie in Abbildung 2 ersichtlich – vom Pharmaunternehmen über den Pharmagroßhandel an die Apotheken versandt. Bei Bedarf besteht auch die Möglichkeit, dass ein Pharmaunternehmen die Ware direkt den Apotheken liefert. Diese Vorgehensweise hält sich allerdings in Grenzen, da es sich um einen zu großen logistischen Aufwand für ein Pharmaunternehmen handelt. Die Krankenhäuser werden direkt von den Pharmaunternehmen mit Arzneimitteln beliefert (vgl. Pharmig 2018, S. 71).

Die PatientInnen bekommen bei Bedarf von den ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich oder im Krankenhaus Arzneimittel mittels Rezept verordnet, welches in der Apotheke zur Rezeptgebühr eingelöst werden kann (vgl. Pharmig 2018, S. 71).

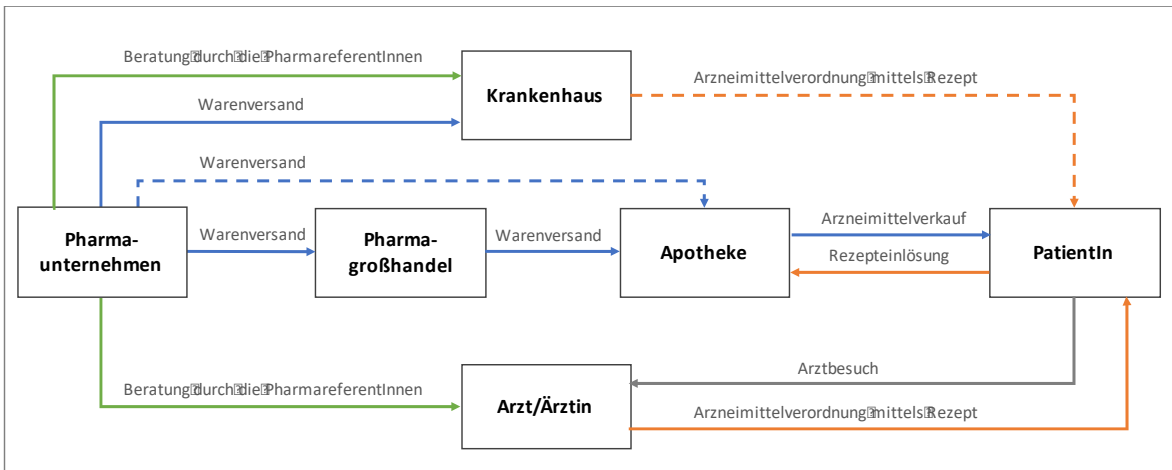


Abbildung 2: Arzneimitteldistribution (in Anlehnung an Pharmig 2018, S. 71)

Da eine direkte Bewerbung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln bei den PatientInnen laut AMG untersagt ist, richten sich die Bewerbungsaktivitäten an die Ärzte/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich und an die Ärzte/Ärztinnen im Krankenhaus (vgl. Hörauf-Umgeher 2017, S. 72).

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, waren Ende 2016 insgesamt 182.000 Personen im österreichischen Gesundheitswesen tätig (vgl. Pharmig 2018, S. 14). Für Pharmaunternehmen stellen die Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. die praktischen Ärzte/Ärztinnen eine große gemeinsame Zielgruppe dar, weshalb der Fokus dieser Arbeit auf den praktischen ÄrztInnen liegt.

	Anzahl	Anteil in %
Berufsausübende Ärzte/Ärztinnen	~ 50.000	27 %
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. praktische Ärzte/Ärztinnen	~ 14.000	28 %
Fachärzte/Fachärztinnen (InternistInnen, NeurologInnen, ...)	~ 24.000	48 %
Zahnärzte/Zahnärztinnen	~ 5.000	10 %
Ärzte/Ärztinnen in Ausbildung	~ 7.000	14 %
Beschäftigte in öffentlichen Apotheken (1.350 Apotheken in Österreich)	~ 16.000	9 %
Medizinisches Fachpersonal in Krankenanstalten	~ 116.000	64 %
Ärzte/Ärztinnen	~ 25.000	22 %
Pflegepersonal	~ 91.000	78 %
Gesamt	~ 182.000	100 %

Tabelle 1: Beschäftigte im österreichischen Gesundheitswesen im Jahr 2016 (in Anlehnung an Pharmig 2018, S. 14)

2.2. Praktische Ärzte/Ärztinnen

Praktische Ärzte/Ärztinnen werden offiziell auch als Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin bezeichnet. Umgangssprachlich sind diese auch als Hausärzte/Hausärztinnen bekannt (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018a).

Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen können zwischen Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und Wahlärzten/Wahlärztinnen unterschieden werden. Vertragsärzte/Vertragsärztinnen haben einen Vertrag mit den Trägern der Krankenversicherung abgeschlossen, wodurch für die PatientInnen keine Kosten anfallen. Bei der Behandlung durch eine/n Wahlarzt/Wahlärztin ist das Honorar direkt an den/die Arzt/Ärztin zu entrichten, wovon ein Teil vom Krankenversicherungsträger rückerstattet wird (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018b).

2.2.1. Aus- und Fortbildung von praktischen ÄrztInnen

Praktische Ärzte/Ärztinnen absolvieren nach einem sechsjährigen Studium an der Medizinischen Universität eine neunmonatige Praxisausbildung, sodass Grundkompetenzen in diversen Fachgebieten vermittelt werden können. Im Anschluss folgt eine 33-monatige praktische Ausbildung in Form eines Arbeitsverhältnisses in einer Ausbildungsstätte wie bspw. in Krankenhäusern, in medizinischen Universitäten oder in Lehrpraxen. Am Ende der Ausbildung ist eine Prüfung zum/zur Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin abzulegen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018b).

Für die Ärzte/Ärztinnen besteht nach Abschluss der Ausbildung eine Pflicht zur Fortbildung, welche von den Ärztekammern, wissenschaftlichen Gesellschaften, Krankenanstalten und anderen Einrichtungen organisiert werden (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018b).

Zum Überblick und für die Struktur der Fortbildungen kommt das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) zum Einsatz. Die Schwerpunkte der Fortbildungen können frei gewählt werden. Mittels DFP-Diplom können die Ärzte/Ärztinnen die Teilnahme bestätigen. Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen werden durch die ÖQmed Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizin GmbH auf die Erfüllung der Fortbildungspflicht überprüft (vgl. Akademie der Ärzte 2018a).

Das zu erreichende Ziel liegt bei 250 DFP-Punkten in 5 Jahren. Davon müssen mindestens 85 DFP-Punkte aus Veranstaltungen und maximal 165 DFP-Punkte aus E-Learnings, Literaturstudien, etc. hervorkommen (vgl. Akademie der Ärzte 2018b).

2.2.2. Aufgabengebiete der praktischen Ärzte/Ärztinnen

Praktische Ärzte/Ärztinnen sind für die medizinische Betreuung unabhängig von Geschlecht, Alter oder Art der Erkrankung im gesamten Lebensbereich der PatientInnen zuständig. Zu den Aufgabengebieten zählen die Früherkennung von Erkrankungen, die Gesundheitsvorsorge, -nachsorge und -förderung, die Diagnose und die Behandlung aller Erkrankungsarten, die Zusammenarbeit mit FachärztInnen und Krankenhäusern sowie der Gesamtüberblick über medizinische, psychische und soziale Hilfen der PatientInnen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018a).

Im Jahr 2018 wurde die E-Medikation in Österreich eingeführt. Diese stellt eine Funktion für die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) dar, in welcher die verordneten Medikamente von den ÄrztInnen und den Apotheken gespeichert werden. Diese Vorgehensweise gilt für die Ärzte/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich als verpflichtend. Dadurch wird ein Überblick über alle verordneten Medikamente an einen/eine Patienten/Patientin geschaffen, sodass Doppelverordnungen und Wechselwirkungen vermieden werden können (vgl. Hauptverband 2018).

2.2.3. Steigender Ärztemangel

Die Aufzeichnung über die Anzahl der österreichischen Ärzte/Ärztinnen startete – wie in Abbildung 3 ersichtlich – im Jahr 1960, wo ca. 6.000 Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin gemeldet waren. Die Anzahl stieg im Laufe der Jahre stetig an und erreichte im Jahr 2015 seinen Höchststand mit ca. 14.000 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Im Jahr 2017 wird ein leichter Rückgang verzeichnet (vgl. Statistik Austria 2018a).

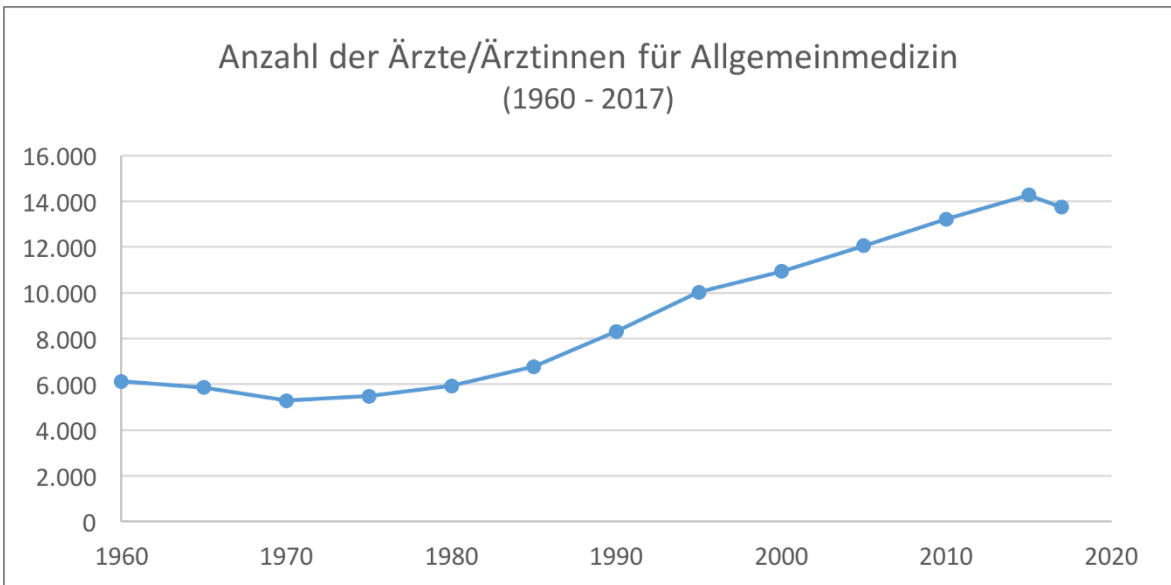


Abbildung 3: Anzahl der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin seit 1960 (in Anlehnung an Statistik Austria 2018a)

Dabei ist vor allem, die Altersstruktur der Ärzte/Ärztinnen kritisch zu betrachten. Wie in Abbildung 4 ersichtlich, sind bereits über 65 % der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen über 50 Jahre alt. Die Ärzte/Ärztinnen unter 50 Jahre machen hingegen nur 35 % aus (vgl. Statistik Austria 2018b).

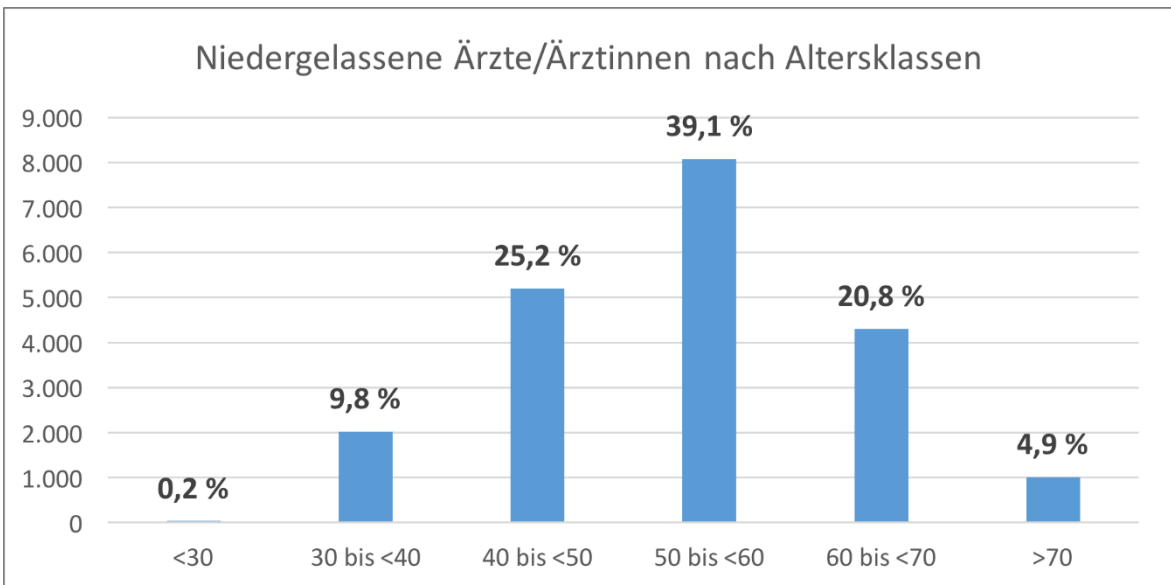


Abbildung 4: Aufteilung der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen nach Altersklassen (in Anlehnung an Statistik Austria 2018b)

Im Jahr 1998 lag die Alterskonzentration lag im niedergelassenen Bereich bei ca. 45 Jahren, zurzeit liegt sie bei ca. 60 Jahren. Dies bedeutet, dass in zehn Jahren 55 Prozent der Ärzte/Ärztinnen das Pensionsalter erreichen werden. Jede/r zweite praktische Arzt/Ärztin wird davon betroffen sein (vgl. Österreichische Ärztekammer 2018).

Bei der bevorstehenden Pensionierungswelle der Ärzte/Ärztinnen ist ebenso ein Augenmerk auf die Entwicklung der österreichischen Bevölkerungsstruktur zu legen. In Abbildung 5 wird die Bevölkerungsentwicklung von 1950 bis 2018 sowie die Prognose bis 2080 aufgezeigt. Dabei ist ersichtlich, dass nicht nur die Bevölkerung wächst, sondern dass vor allem die Altersgruppe der über 65-Jährigen massiv wachsen wird (vgl. Statistik Austria 2018c).

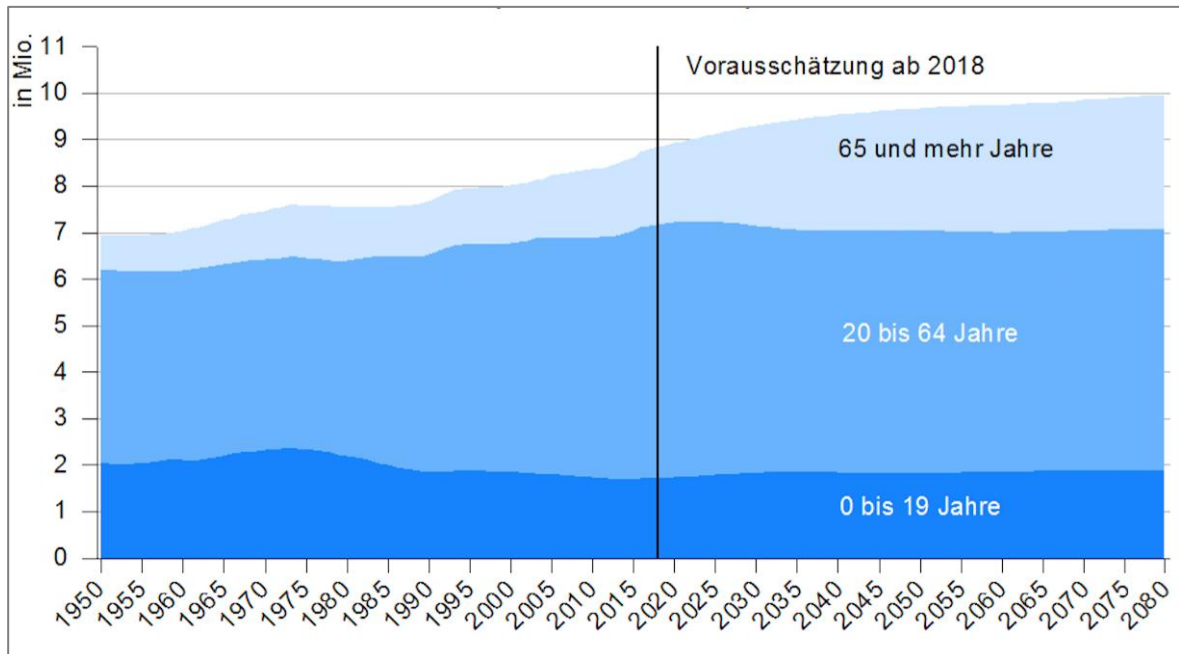


Abbildung 5: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen von 1950 bis 2080 (Statistik Austria 2018c)

Da die ältere Altersgruppe eine intensivere medizinische Betreuung benötigt, wird der Ärztebedarf in Zukunft noch stärker steigen. Der Bedarf an Nachbesetzungen wird allerdings nicht erfüllt werden können, da der mittelfristige jährliche Bedarf bei ca. 900 ÄrztInnen liegt. Im Jahr 2017 haben ca. 1.700 Personen das Medizinstudium erfolgreich absolviert, wovon allerdings nur ein Anteil von 60 % in Österreich bleiben wird (vgl. Österreichische Ärztekammer 2018).

2.3. PharmareferentInnen

PharmareferentInnen werden für die Vermittlung von Informationen zu den Arzneimitteln eines Pharmaunternehmens an die Ärzte/Ärztinnen eingesetzt. Alle getroffenen Aussagen zu den Arzneimitteln müssen der Fachinformation entsprechen, objektiv und überprüfbar sein (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 6).

Laut § 72 AMG darf die Tätigkeit als PharmareferentIn nur von jenen Personen ausgeübt werden, die *„ein Universitätsstudium aus den Studienrichtungen Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder Pharmazie (...) aufweisen“* (Rechtsinformationssystem des Bundes 2018a) oder *„durch eine Prüfung nachgewiesen haben, daß ihre Berufsvorbildung im Hinblick auf die Tätigkeit eines Pharmareferenten der Berufsvorbildung (...) gleichzuhalten ist“* (Rechtsinformationssystem des Bundes 2018a).

2.3.1. Besuche der Ärzte/Ärztinnen

Bei den Besuchen der Ärzte/Ärztinnen dürfen unentgeltliche ÄMU abgegeben werden, auf deren Faltschachteln der Hinweis „Unverkäufliches Ärztemuster“ angebracht sein muss. Die Abgabe ist nur nach einer schriftlichen Anforderung möglich (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 10).

Nach § 58 AMG (2) darf die Abgabe von unverkäuflichen ÄMU an Ärzte/Ärztinnen *„innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr nach erstmaliger Abgabe der Arzneyspezialität (...) in einer Anzahl, die zur Beurteilung des Behandlungserfolges bei höchstens zehn Patienten ausreicht, insgesamt jedoch höchstens im Ausmaß von 30 Ärztemustern einer Arzneyspezialität je Empfänger, und nach Ablauf des (...) genannten Zeitraumes pro Anforderung höchstens im Ausmaß von 2 Ärztemustern, an einen Empfänger jedoch höchstens im Ausmaß von fünf Ärztemustern einer Arzneyspezialität im Jahr erfolgen“* (Rechtsinformationssystem des Bundes 2018b).

Für Pharmaunternehmen besteht die Verpflichtung, die Abgabe von Ärztemustern zu kontrollieren und Nachweise der Ärztemusterabgabe vorzulegen (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 10).

Ziel der Besuche von PharmareferentInnen bei den ÄrztInnen ist die Bewerbung der Präparate des Pharmaunternehmens, um Verordnungen zu erlangen. Aufgrund des steigenden Ärztemangels und der zunehmend alternden und somit betreuungsinintensiveren Bevölkerung ist davon auszugehen, dass die Patientenanzahl pro Arzt/Ärztin ansteigen wird. Daher ist zum einen mit einer geringeren Behandlungszeit je PatientIn und zum anderen auch mit einer reduzierten Besuchszeit durch die PharmareferentInnen zu rechnen. Zusätzlich werden die PharmareferentInnen mit erhöhten Wartezeiten zu Stoßzeiten der Ordinationen konfrontiert.

2.3.2. *Veranstaltungen und Kongresse*

Wissenschaftliche Kongresse, Workshops, Vorträge oder Symposien sind ein Mittel zum Wissensaustausch über Arzneimittel und Therapien. Diese Veranstaltungen dürfen lediglich der fachlichen Fortbildung und/oder der wissenschaftlichen Information dienen. Die Einladung der Ärzte/Ärztinnen zu Veranstaltungen darf nicht von der Verordnung von Arzneimitteln abhängig gemacht werden (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 7).

Die Kostenübernahme durch die pharmazeutische Industrie beschränkt sich auf die Verpflegung, die Reisekosten, die Übernachtungskosten und die Teilnahmegebühren. Allfällige Kosten für eine Begleitperson dürfen nicht übernommen werden. Ebenso ist die Finanzierung von Unterhaltungsprogrammen verboten (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 7).

Im Rahmen von Veranstaltungen oder Arbeitsessen, bei welchen ein Informationsaustausch stattfindet, dürfen die Kosten der Bewirtung von der pharmazeutischen Industrie übernommen werden (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 8).

Veranstaltungen werden von den ÄrztInnen zur fachlichen Fortbildung besucht. In diesem Rahmen haben PharmareferentInnen die Möglichkeit, einige Ärzte/Ärztinnen innerhalb kürzester Zeit anzutreffen und sich außerhalb der Ordinationszeit mit den ÄrztInnen auszutauschen sowie den Beziehungsaufbau zu fördern.

3. Customer Journey

Zum Aufbau einer emotionalen Kundenbeziehung ist es nicht mehr ausreichend, sich nur auf das eigentliche Kernprodukt zu fokussieren. Es müssen alle Interaktionen zwischen den KundInnen und dem Unternehmen – also die Kundenkontaktpunkte innerhalb der Customer Journey – analysiert und überprüft werden, um Möglichkeiten zu finden, die KundInnen durch Service Excellence zu begeistern (vgl. Gouthier 2016a, S. 84f.). Die Identifikation der Customer Journey kann genutzt werden, um Differenzierungsmöglichkeiten zum Wettbewerb zu ermitteln (vgl. Rawson/Duncan/Jones 2013, S. 98).

Viele Unternehmen aus unterschiedlichsten Branchen beschäftigen sich bereits seit vielen Jahren mit dieser Thematik. Die Pharmabranche nähert sich aufgrund der Komplexität des Pharmamarktes allerdings nur sehr langsam an (vgl. Gerdum 2018, S. 26).

3.1. Definition

Die Customer Journey der KundInnen stellt eine Reise durch die Kommunikations- und Servicelandschaft eines Unternehmens dar (vgl. Schüller 2016, S. 169f). Darin werden die Kontaktpunkte (= Touchpoints) zwischen dem Unternehmen und den KundInnen dargestellt (vgl. Kolbenschlag/Rütten 2017, S. 69). An jedem dieser Touchpoints entstehen Eindrücke, weshalb die kundenorientierte Ausrichtung dieser Kontaktpunkte von zentraler Bedeutung ist (vgl. Schüller 2016, S. 169f.).

Eine geplante Customer Journey wird als „*hypothetical journey reflecting the service delivery process (static state)*“ (Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 846) und die tatsächliche Customer Journey als „*individual journey that occurs during execution of a service (dynamic state)*“ (Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 846) definiert.

Unternehmen, welche die tatsächliche Customer Journey und die Bedürfnisse ihrer KundInnen kennen, können Geschäftsprozesse verbessern, anpassen oder neu gestalten, sodass Begeisterung an den einzelnen Touchpoints erwirkt wird (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 841).

3.2. Customer Journey Analyse

Die Customer Journey Analyse (CJA) besteht – wie in Abbildung 6 ersichtlich – aus fünf Phasen. In den ersten beiden Phasen wird ein gemeinsames Verständnis vom Ziel der Analyse geschaffen und die geplante Customer Journey aufgestellt. In der darauffolgenden Phase wird die tatsächliche Customer Journey mittels empirischer Studie erhoben, analysiert und visualisiert. Im Anschluss werden die Ergebnisse zusammengefasst und Empfehlungen zur Optimierung abgegeben (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849).

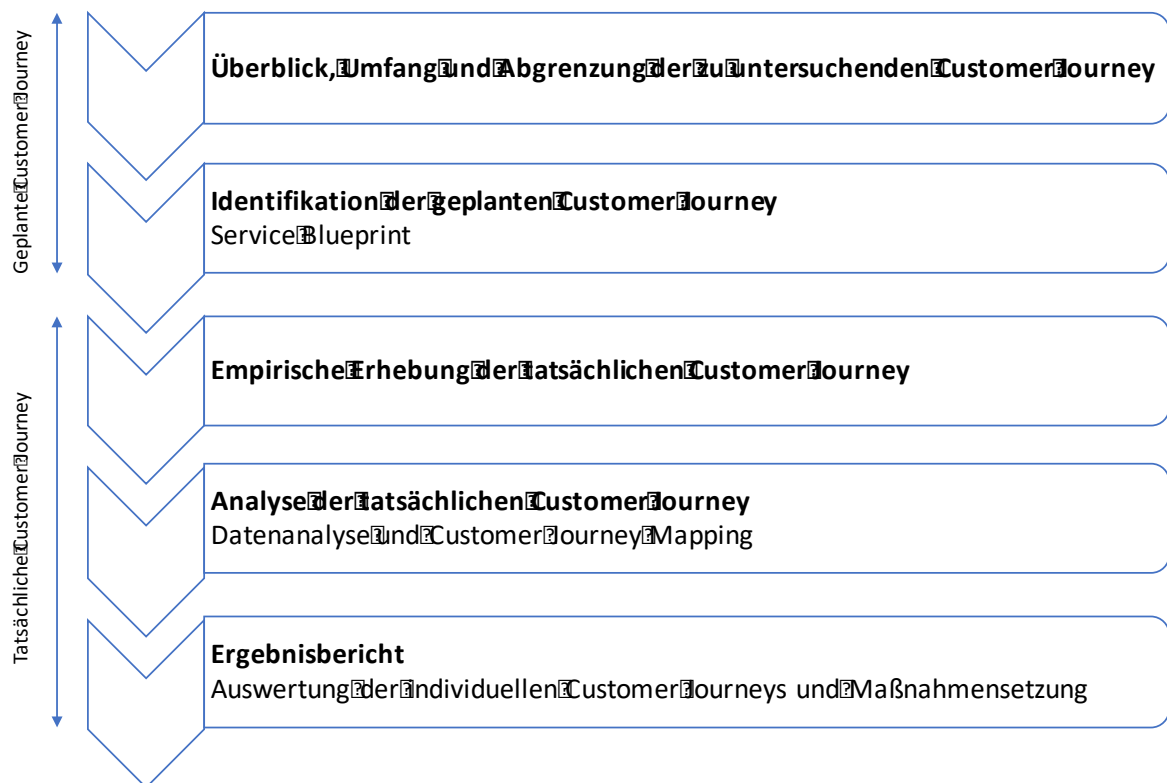


Abbildung 6: Phasen der Customer Journey Analyse (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849 - 851)

Phase 1: Überblick, Umfang und Abgrenzung

In Phase 1 werden die Gegebenheiten und die Gründe für die Customer Journey Analyse beschrieben. Ebenso wird der Umfang der Analyse hinsichtlich Zielgruppen und Kanäle definiert. Zusätzlich werden der Start- und der Endpunkt der Customer Journey festgelegt (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849).

Phase 2: Identifikation der geplanten Customer Journey

In Phase 2 wird der Serviceprozess aus Sicht des Unternehmens identifiziert und dargestellt. Durch Interviews mit bspw. VertriebsmitarbeiterInnen oder durch eine Überprüfung der Materialien, welche an die KundInnen übermittelt werden, kommt eine Outside-in Perspektive zustande (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849).

Dabei wird die Zeitachse, welche horizontal dargestellt wird, in drei Perioden – Pre-Service, Service und Post-Service – eingeteilt. Innerhalb dieser Phasen sind die jeweiligen Customer Touchpoints zu ermitteln (vgl. Rosenbaum/Otalora/ Ramírez 2017, S. 144). Die Kontaktpunkte können dabei in Ober- und Unter-Touchpoints eingeteilt werden (vgl. Schüller 2016, S. 175f.).

Die vertikale Achse, welche entscheidend für die Effektivität der Customer Journey Map ist, ist mit dem Service-Blueprint verknüpft. Auf diese Weise können die Zusammenhänge zwischen Tätigkeiten, Personal, Technologie und Informationen betrachtet werden, um diese in weiterer Folge an die Kundenerwartungen in jedem Touchpoint anzupassen (vgl. Rosenbaum/Otalora/Ramírez 2017, S. 144).

Die Customer Journey Map zeigt die Sichtweise von einzelnen KundInnen des Unternehmens. Dabei liegt der Fokus auf den Kundenerlebnissen mit Bezug auf die Customer Touchpoints. Der Service-Blueprint fokussiert sich hingegen auf die unternehmensinternen Prozesse – also den Backstage-Bereich (vgl. Kalbach 2016, S. 95).

In Abbildung 7 wird die Differenzierung zwischen der Customer Journey Map und dem Service-Blueprint schematisch dargestellt. Die orangen Pfeile zeigen die Phasen der Interaktion, die grünen Balken beziehen sich auf die individuellen Kundenaktivitäten, der blaue Balken repräsentiert die Touchpoints und die gelben Balken zeigen die unternehmensinternen Prozesse (vgl. Kalbach 2016, S. 95).

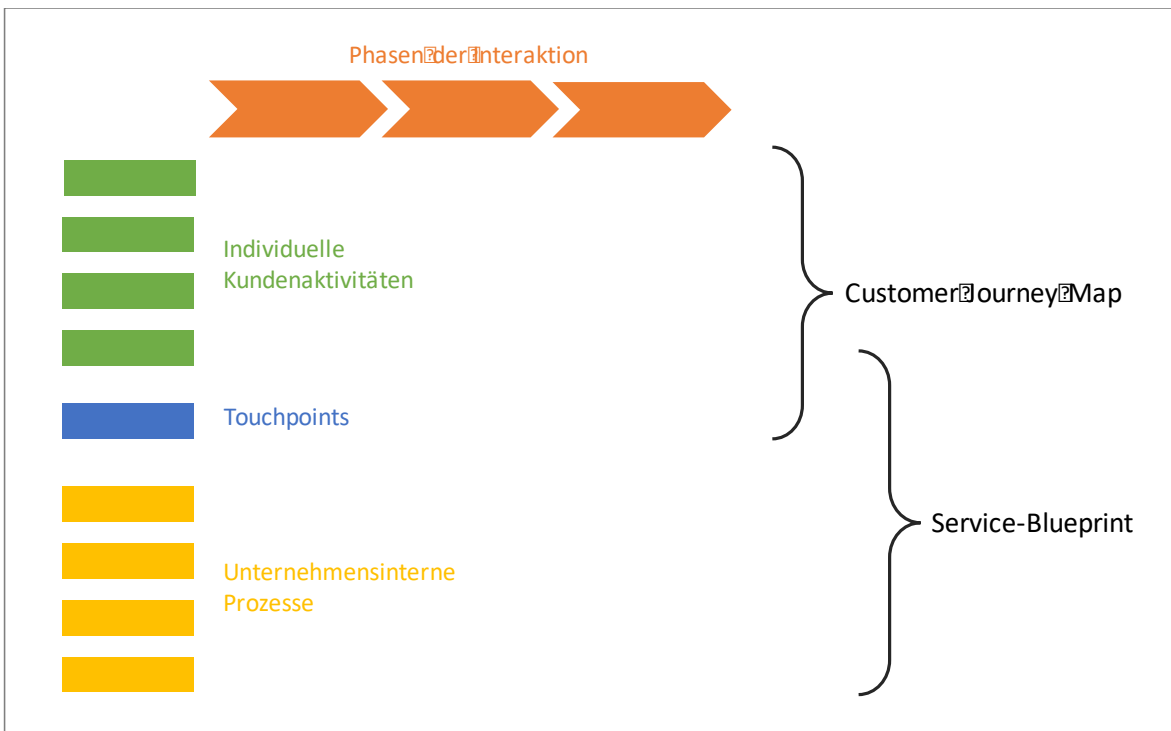


Abbildung 7: Schematische Darstellung zur Differenzierung der Customer Journey Map und des Service-Blueprints (in Anlehnung an Kalbach 2016, S. 96)

Phase 3: Empirische Erhebung der tatsächlichen Customer Journey

Bei der empirischen Erhebung können die einzelnen Touchpoints nach den Kriterien „enttäuschend“, „okay“ und „begeisternd“ bewertet werden (vgl. Schüller 2016, S. 175f.).

Das Ziel der Untersuchung ist es, typische Probleme innerhalb der Customer Journey und die entsprechenden Pain-Points aus Kundensicht zu ermitteln. Bereits nach einer geringen Anzahl von Kundenbefragungen kommen die relevanten Probleme und die Erwartungen der KundInnen zum Vorschein. Es ist wichtig, dass alle Ergebnisse als relevant und wertvoll angesehen werden (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849).

Phase 4: Analyse der tatsächlichen Customer Journey

In Phase 4 werden die von Phase 3 ermittelten Daten analysiert, womit eine separate Customer Journey – die tatsächliche Customer Journey – dargestellt wird. Diese wird im Anschluss mit der geplanten Customer Journey und den Backstage-Prozessen verglichen. Die Visualisierung unterstützt die Erkennung von Abweichungen der geplanten Customer Journey und kann mit Kommentaren der befragten KundInnen ergänzt werden (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849).

Phase 5: Ergebnisbericht

In der letzten Phase werden die Abweichungen zwischen der geplanten und der tatsächlichen Customer Journey näher untersucht und analysiert. Der Bericht enthält die Darstellung der geplanten Customer Journey, die individuellen tatsächlichen Journeys, die Schlüsselprobleme, die systematischen Abweichungen, eine Auflistung der priorisierten Probleme mit Erklärungen und Empfehlungen zur Abschwächung der Problematiken (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 849)

Nach Abschluss dieser Phase sind die beschlossenen Maßnahmen umgehend umzusetzen und die Erfahrungen, welche in der Umsetzung gemacht werden, schriftlich festzuhalten. Die umgesetzten Maßnahmen können mittels Weiterempfehlungsrate gemessen werden (vgl. Schüller 2016, S. 175f.).

3.3. Customer Touchpoints

Customer Touchpoints oder Kundenkontaktpunkte entstehen dort, wo KundInnen mit dem Unternehmen bzw. mit den MitarbeiterInnen des Unternehmens in Kontakt kommen (vgl. Schüller 2013, S. 148).

Touchpoints werden als „*an instance of communication between a customer and a service provider*“ (Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 846) definiert.

3.3.1. Kategorisierung der Customer Touchpoints

Touchpoints können grundsätzlich durch direkte und indirekte Touchpoints voneinander unterschieden werden. An direkten Touchpoints haben MitarbeiterInnen unmittelbaren Kontakt zu den KundInnen wie beispielsweise ein Gespräch am Messtand oder ein Besuch bei den KundInnen. Bei einem indirekten Touchpoint, ist hingegen ein Bindeglied wie eine Website oder ein Mailing zwischengeschaltet (vgl. Schüller 2016, S. 183).

Customer Touchpoints können – wie in Tabelle 2 ersichtlich – in direkte oder indirekte und einseitige oder zweiseitige Kontaktpunkte unterteilt werden. Direkte Touchpoints können vom Unternehmen beeinflusst werden, während dies bei indirekten Kontaktpunkten nicht möglich ist. Zweiseitige Touchpoints ermöglichen eine Interaktion zwischen dem Unternehmen und den KundInnen, bei einseitigen Touchpoints ist ein solcher Austausch nicht möglich (vgl. Esch et al. 2010, S. 8f.).

	Direkt	Indirekt
Zweiseitig	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Beratungsgespräch • Persönliches Gespräch auf Messen, Kongressen und Veranstaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Blogs • Communities • Gespräche mit Bekannten, FreundInnen, KollegInnen
Einseitig	<ul style="list-style-type: none"> • Messen, Kongresse und Veranstaltungen ohne persönliche Gespräche • Produktverwendung • Verpackung 	<ul style="list-style-type: none"> • Werbeanzeigen in Zeitschriften • Presseberichte

Tabelle 2: Kategorisierung von Customer Touchpoints (in Anlehnung an Esch et al. 2010, S. 9)

An jedem Kontaktpunkt kann ein positives, aber auch ein negatives Erlebnis entstehen, was die Beziehung zu den KundInnen stärkt oder schwächt. Ein negatives Erlebnis kann den Abbruch einer Geschäftsbeziehung und eine umsatzschädigende Mundpropaganda zur Folge haben. Daher ist es von Bedeutung, dass die positiven Erfahrungen der KundInnen dominieren (vgl. Schüller 2013, S. 148f.).

In einer von DocCheck Research durchgeführten Studie wurden knapp 400 Ärzte/Ärztinnen und ApothekerInnen befragt, welche Bedeutung der persönliche Besuch durch PharmareferentInnen für sie hat und ob der persönliche Besuch durch digitale Alternativen ersetzt werden kann. Dabei wurde eruiert, dass 70 Prozent der Befragten ihre PharmareferentInnen als wertvolle BeraterInnen ansehen. Ebenso ist das persönliche Gespräch durch digitale Kommunikation für drei Viertel der befragten Ärzte/Ärztinnen nicht ersetzbar (vgl. Wenke 2017, S. 54).

Da das persönliche Gespräch von einem großen Teil der Ärzte/Ärztinnen als wichtiges Kommunikationsmittel betrachtet wird, liegt der Fokus dieser Arbeit auf den **direkten und zweiseitigen Touchpoints**.

3.3.2. *Identifikation von Customer Touchpoints*

Zu Beginn einer Touchpoint-Analyse legt das Management relevante Touchpoints fest. Diese werden erst intern auf dessen Wichtigkeit bewertet, um sie im Anschluss durch eine externe Bestandsaufnahme aus Kundensicht bewerten zu lassen (vgl. Esch et al. 2010, S. 11).

Da bei detaillierter Betrachtung einer Customer Journey hunderte Touchpoints zusammenkommen können, ist es erforderlich eine Bewertung durchzuführen, um herauszufinden, auf welche Touchpoints der Fokus gelegt werden soll und welche Touchpoints vernachlässigt werden können (vgl. Schüller 2016, S. 184f.).

Mit diesem Hintergrund wurde eine Studie durchgeführt, bei welcher eruiert wurde, welche Kontaktpunkte in Beziehung zur Kundenbindung stehen. Es wird auf die Wichtigkeit der Messung der einzelnen Touchpoints hingewiesen, da laut dem Ergebnis der Studie nur 13 von 24 Touchpoints zur Kundenbindung beitragen (vgl. Ieva/Ziliani 2018, S. 444, S. 450, S. 453).

Daher ist es erforderlich, identifizierte Touchpoints durch eine externe Bestandsaufnahme zu untersuchen, um auf diese Weise aktuelle und ideale Kundenkontaktpunkte zu analysieren (vgl. Esch et al. 2010, S. 11).

3.3.3. *Bewertung der Emotionen bei den Customer Touchpoints*

Das Verhalten von Menschen ist auf die unterschiedlichen Persönlichkeiten zurückzuführen, welche im Gehirn durch verschiedene Ausprägungen der Motiv- und Emotionssysteme entstehen. Da Entscheidungen auf Basis von Emotionen getroffen werden, ist ein Verständnis zum Emotionssystem erforderlich. Dabei ist zu beachten, dass Emotionen nicht mit Gefühlen gleichzusetzen sind. Emotionen entstehen unbewusst und gehen auf das System von Antrieben, Bewertungen und Zielen einer jeden Person zurück. Gefühle entstehen hingegen auf Basis von Emotionen als begleitendes Merkmal (vgl. Werner 2017, S. 185).

Die Vermittlung von Informationen sorgt für Argumente, bringt die KundInnen aber nicht zum Handeln. Alle getroffenen Entscheidungen, die zum Handeln bewegen, sind auf die Emotionen zurückzuführen, welche abhängig von Geschlecht, Alter und Typ beeinflusst werden. Daher ist es erforderlich, an allen Touchpoints Emotionen der KundInnen – also nicht ausgesprochene Bedürfnisse, Sorgen, Gefühle usw. – zu erkennen (vgl. Schüller 2016, S. 111f.).

Im Laufe einer Interaktion wägen die KundInnen unbewusst zwischen der Erwartungshaltung und der erhaltenen Leistung ab. Bei Erfüllung der Erwartungen sind die KundInnen zufrieden, bei einer Überschreitung der Erwartungen entsteht hingegen Begeisterung. Laut der Peak-End-Rule hängt die Beurteilung der gesamten Interaktion insbesondere von den positiven und negativen Spitzen im Laufe der Interaktion ab. Ebenso ist ein angenehmer Abschluss der Interaktion für eine positive Gesamtbeurteilung sehr wichtig (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 5f.).

Die Erinnerungen stellen emotionale Erfahrungen dar, welche die Erwartungen der KundInnen prägen. Die individuelle Erwartungshaltung der KundInnen werden von kundenorientierten MitarbeiterInnen wahrgenommen, um die entsprechende Leistung bei der Interaktion mit den KundInnen zu erbringen (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 7).

Das Zusammenspiel von den Erwartungen der KundInnen werden in Abbildung 8 dargestellt. Wenn die Erwartungen zu 100 % erfüllt werden, sind die KundInnen zufrieden (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 7). Diese Zufriedenheit entspricht somit der Nulllinie und wird von den KundInnen vorausgesetzt (vgl. Schüller 2016, S. 188). Bei Nichterfüllung der Erwartungen sind die KundInnen unzufrieden, bei einer Übererfüllung entsteht Begeisterung. Die eruierten Momente der Begeisterung werden auch als die „Momente der Wahrheit“ bezeichnet (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 7).

„Begeisterung heißt immer: Erwartung plus x“ (Schüller 2016, S. 188).

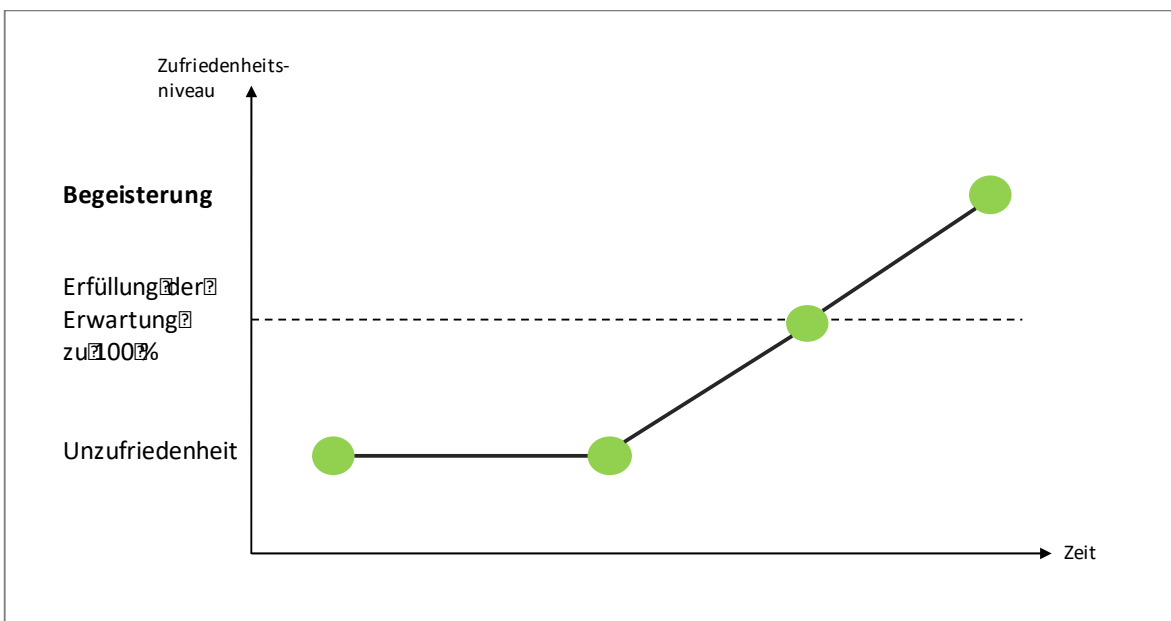


Abbildung 8: Erfüllung der Kundenerwartung (in Anlehnung an Riedel/Gresser 2016, S. 6)

Die **Qualität eines Touchpoints aus Kundensicht**, welche die Emotionalität am jeweiligen Kontaktpunkt zum Ausdruck bringen soll, kann einen Enttäuschungs-, Zufriedenheits- oder Begeisterungsfaktor darstellen (vgl. Schüller 2016, S. 187).

Zur Beurteilung der Qualität der Touchpoints können daher folgende Fragen zu den einzelnen Faktoren gestellt werden:

- Enttäuschungsfaktor: Was ist zu vermeiden?
- Zufriedenheitsfaktor: Was ist der Minimumstandard?
- Begeisterungsfaktor: Was kann bestenfalls getan werden? (vgl. Schüller 2016, S. 187)

In Extremfällen kann ein einzelner sehr negativ wahrgenommener Interaktionspunkt die gesamte Interaktion negativ erscheinen lassen (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 7). In der Studie DocCheck Research wurden von den befragten ÄrztInnen und ApothekerInnen die Nachteile der persönlichen Besuche durch PharmareferentInnen benannt. Mit 49 Prozent liegt der Zeitaufwand auf dem ersten Platz, gefolgt von der Einflussnahme mit 22 Prozent und der Störung des Betriebs mit 21 Prozent (vgl. Wenke 2017, S. 54).

Eine solche negative Komponente kann bspw. durch eine Entschuldigung zur rechten Zeit kompensiert werden, sodass die Zufriedenheit in Bezug auf die Interaktion noch zustande kommen kann (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 7).

Bei der Bewertung einer Interaktion kommen somit die Love-Points und die Pain-Points zum Vorschein. Dabei haben die Emotionen der KundInnen einen hohen Stellenwert. Enttäuschte KundInnen reagieren mit Reklamationen, Nörgeleien und einer negativen Mundpropaganda, während begeisterte KundInnen als Fürsprecher agieren und den Wettbewerb kaum wahrnehmen. Zufriedene KundInnen gelten jedoch als gefährliche KundInnen, da sie die Leistung des Unternehmens als zufriedenstellend, aber nicht als lobenswert empfinden und somit die Leistung als ersetzbar wahrnehmen (vgl. Schüller 2016, S. 188 f.).

Für die Maßnahmensetzung in den einzelnen Touchpoints ist daher zu definieren, was keinesfalls geschehen darf, was der Minimumstandard ist und was bestenfalls getan werden kann (vgl. Schüller 2016, S. 190).

3.4. Visualisierung der Customer Journey

Die gesamtheitliche Betrachtung der Customer Journey führt aufgrund der unterschiedlichen Vertriebs- und Kommunikationskanäle zu einer schnellen Komplexität. Daher wird das Verfahren des Customer Journey Mappings verwendet, um die einzelnen Schritte der KundInnen aufzuzeichnen (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 71f.).

Die Visualisierung einer Customer Journey kann auf unterschiedliche Art und Weise vorgenommen werden. Touchpoints können in Ober- und Unter-Touchpoints aufgeteilt werden, der Entscheidungsprozess kann in einzelnen Phasen betrachtet werden, es können die unterschiedlichen Customer Journeys von unterschiedlichen Kundengruppen dargestellt werden oder die Customer Journeys der KundInnen können übereinandergelegt werden, um Schlüssel-Touchpoints sichtbar zu machen (vgl. Schüller 2016, S. 172). Ziel ist es, mit den daraus entstehenden Erkenntnissen zur Verbesserung der Kundenerlebnisse an den einzelnen Touchpoints beizutragen (vgl. Rosenbaum/Otalora/Ramirez 2017, S. 144).

3.4.1. Elemente der Customer Journey Map

Auf der **horizontalen Achse** der Customer Journey Map werden drei Phasen dargestellt. Dazu zählen die Pre-Service-Periode, die Service-Periode und die Post-Service-Periode (vgl. Rosenbaum/Otalora/Ramirez 2017, S. 145). Die Phasen der Interaktion werden am obersten Rand der horizontalen Achse dargestellt (vgl. Kalbach 2018, S. 6). Dabei werden der Start- und der Endpunkt der Customer Journey definiert (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 73).

Zu den jeweiligen Phasen werden die Ergebnisse zu den unternehmensspezifisch ausgewählten Elementen der **vertikalen Achse** dargestellt (vgl. Kalbach 2016, S. 7). Bei der Erstellung der vertikalen Achse der Customer Journey Map, ist vorab zu entscheiden, welche Elemente dargestellt werden sollen. Die Auswahl sollte auf die für das Unternehmen bedeutende Elemente fallen. Bei der Customer Journey Map ist darauf zu achten, dass der Fokus auf den individuellen Kundenerlebnissen und nicht auf den unternehmensinternen Prozessen liegt (vgl. Kalbach 2016, S. 24).

Zur Erstellung einer Customer Journey Map werden alle möglichen Touchpoints aufgezeigt, bei welchen die KundInnen mit dem Unternehmen in Kontakt kommen können (vgl. Rosenbaum/Otalora/Ramirez 2017, S. 144).

Die obere Hälfte – also über den Touchpoints – zeigt die Kundenerfahrungen („Customer Experiences“). Dazu gehören die Kundenaktivitäten, die Gemütsverfassung und die Pain Points. In der unteren Hälfte – also unter den Touchpoints – werden die Aktivitäten der MitarbeiterInnen des Unternehmens dargestellt (vgl. Kalbach 2016, S. 6).

Folgende Elemente können zur Darstellung der individuellen Kundenerlebnisse auf der vertikalen Achse der Customer Journey Map dienen:

- Physisch: Artefakte, Tools, Geräte
- Verhalten: Handlungen, Tätigkeiten
- Wahrnehmung: Gedanken, Ansichten, Meinungen
- Emotionen: Gefühle, Wünsche, Gemütsverfassung
- Bedürfnisse: Erwartungshaltung, Resultate
- Herausforderungen: Pain Points, Beschränkung, Grenzen
- Kontext: Umfeld, Umwelt, Standort
- Kultur: Überzeugungen, Werte, Philosophie
- Ereignisse: Auslöser, Momente der Wahrheit, Problemstellen (vgl. Kalbach 2016, S. 24)

3.4.2. *Entwicklung der Customer Journey Map*

Eine typische Customer Journey wird in einer Landkartenform dargestellt, in welcher die Pfeile zur Verbindung der Touchpoints von links nach rechts gehen, wobei aber auch Schleifen möglich sind (vgl. Schüller 2016, S. 172).

In Tabelle 3 wird der Aufbau einer Customer Journey Map mit vertikaler und horizontaler Achse dargestellt (vgl. Kalbach 2016, S. 7). Darin wird beispielhaft die Pre-Service-Phase dargestellt, in welcher ein/e Arzt/Ärztin bezüglich einer Besuchsanfrage Kontakt zum/zur zuständigen Pharmareferenten/Pharmareferentin aufnehmen möchte.

Phasen	Pre-Service	Service	Post-Service
Aktivitäten der KundInnen	Informationssuche zu Arzneimittel	Auswahl des/der Pharmareferenten/ Pharmareferentin des jeweiligen Pharmaunternehmens und Suche nach den Kontaktdaten	Besuchsanfrage
Erwartung	Erhalt von nützlichen Informationen	Kontaktdaten schnell parat haben	Sofortige Erreichbarkeit oder Rückruf
Love Points			PharmareferentIn sofort erreicht
Pain Points	Keine entsprechenden Informationen vorhanden. Fachinformation muss durchgelesen werden, was viel Zeit in Anspruch nimmt.	Visitenkarte muss gesucht werden	
Touchpoints	Webseite	Visitenkarte	Telefon, PharmareferentIn
Aktivitäten des/der Pharmareferenten/ Pharmareferentin			Termin- vereinbarung

Tabelle 3: Customer Journey Map mit horizontaler und vertikaler Achse mit einem Beispiel (in Anlehnung an Kalbach 2016, S. 7)

In der geplanten Customer Journey werden die einzelnen Touchpoints in der aus Unternehmenssicht richtigen Reihenfolge sortiert und können mit Kreisen dargestellt und mit T0, T1, T2, usw. nummeriert werden. Diese Touchpoints werden – wie in Abbildung 9 ersichtlich – mit Pfeilen, welche von links nach rechts führen, verbunden (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848).

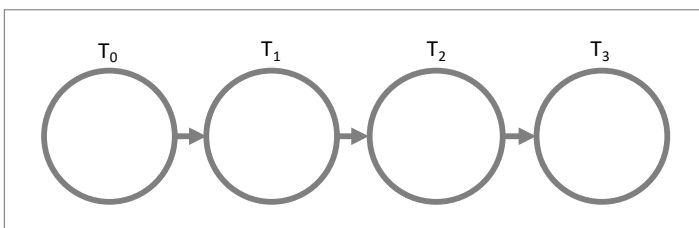


Abbildung 9: Darstellung der geplanten Customer Journey (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848)

Wie in Abbildung 10 ersichtlich, werden die Abweichungen der geplanten Customer Journey vertikal unter den geplanten Touchpoints in Form von Kreisen dargestellt und mit D1, D2 usw. gekennzeichnet (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848).

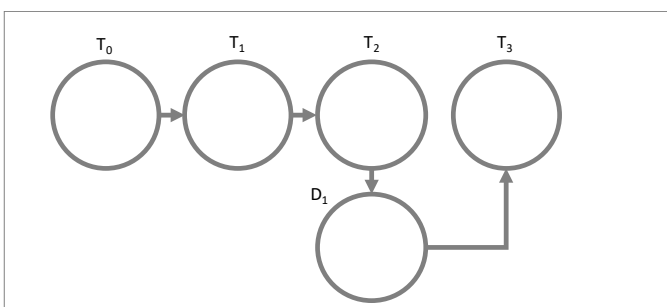


Abbildung 10: Darstellung der tatsächlichen Customer Journey (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848)

Die Touchpoints können in der Customer Journey Map mit farblicher Umrandung dargestellt werden, um den/die InitiatorIn des Touchpoints – also der/die MitarbeiterIn des Unternehmens oder der/die Kunde/Kundin – hervorzuheben. Innerhalb des Kreises kann ein Symbol eingefügt werden, sodass die Art der Kommunikation ersichtlich ist (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848).

In Abbildung 11 werden Beispiele für die Visualisierung von Touchpoints innerhalb der Customer Journey dargestellt. Die Kreise mit der blauen Umrandung stellen das Unternehmen bzw. deren MitarbeiterInnen als InitiatorIn des Touchpoints dar, die Kreise mit violetter Umrandung stellen den/die Kunden/Kundin als InitiatorIn dar. Ein durchgestrichener Kreis stellt beim Vergleich der tatsächlichen Customer Journey mit der geplanten Customer Journey einen Fehler dar. Dies könnte bspw. ein nicht entgegengenommener Anruf eines/einer Kunden/Kundin sein (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848).



Abbildung 11: Mögliche Darstellung von Touchpoints in der Customer Journey Map (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848)

Bei der Gegenüberstellung der geplanten und der tatsächlichen Customer Journey können durch die Dynamik Abweichungen („Deviations“) entstehen. Diese Abweichungen lassen sich in vier Kategorien einteilen:

- **Erwarteter Touchpoint:** Der Kontaktpunkt der tatsächlichen Customer Journey stimmt mit jener der geplanten Customer Journey überein. Dazu zählen somit all jene Touchpoints, welche keine Abweichung aufweisen.
- **Ad hoc Touchpoint:** Zu dieser Kategorie zählen alle Touchpoints, die sich als Abweichung zur geplanten Customer Journey erweisen.

- **Fehlerhafter Touchpoint:** Ein solcher Kontaktpunkt stellt eine Abweichung dar, welcher ein unerwünschtes Ergebnis beinhaltet. Diese Touchpoints werden in der Customer Journey durchgestrichen.
- **Fehlende Touchpoints:** Kontaktpunkte werden als fehlend bezeichnet, wenn diese in der geplanten Customer Journey nicht ersichtlich sind (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 847, S. 854).

In Abbildung 12 wird der Abgleich einer tatsächlichen Customer Journey im Vergleich zu einer geplanten Customer Journey dargestellt (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 854). Diese Darstellung lehnt sich an das Beispiel aus Tabelle 2 an. Der/Die Arzt/Ärztin sucht im Internet nach Informationen zu einem Arzneimittel (T_0). Da die gefundenen Informationen nicht ausreichend sind, möchte der/die Arzt/Ärztin einen Termin mit dem/der zuständigen Pharmareferenten/Pharmareferentin vereinbaren. Dafür sucht der/die Arzt/Ärztin die Visitenkarte mit den Kontaktdaten des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin (T_1). Im Anschluss versucht der/die Arzt/Ärztin den/die Pharmareferenten/Pharmareferentin telefonisch zu erreichen (T_2), diese/r nimmt den Anruf jedoch nicht entgegen (D_1). Der/Die PharmareferentIn ruft den/die Arzt/Ärztin zu einem späteren Zeitpunkt zurück (D_2), so dass der von dem/der Arzt/Ärztin gewünschte Termin vereinbart werden kann (T_3).

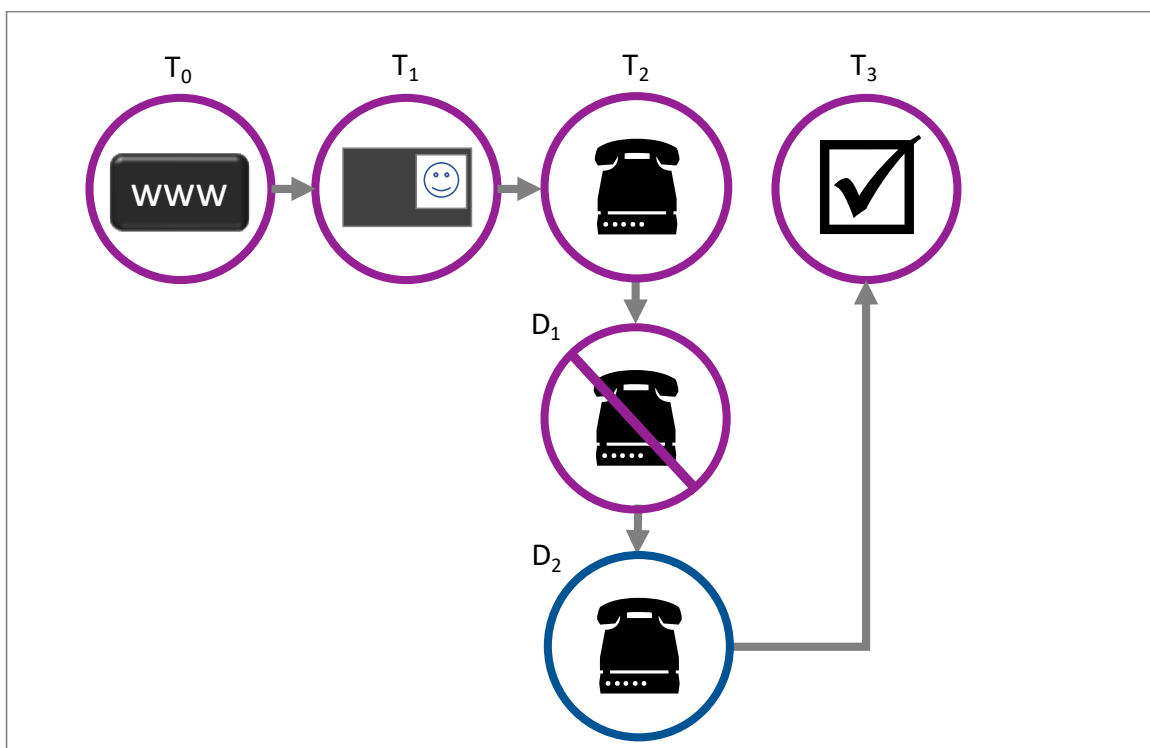


Abbildung 12: Darstellung einer tatsächlichen Customer Journey mit Abweichungen zu einer geplanten Customer Journey (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 854)

4. Service-Blueprint

Für die Beschreibung der Customer Journey wird der Service-Blueprint von DIN CEN/TS 16880 als geeignete Methode für die Entwicklung von Kundenerlebnissen angesehen, da dies die Basis für die Ursachenerhebung von Leistungsmängeln darstellt (vgl. Meister/Meister 2018, S. 50).

4.1. Anwendungsgebiet eines Service-Blueprints

Der Service-Blueprint stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe der Leistungserstellungsprozess von Dienstleistungen dargestellt werden kann (vgl. Promidis 2015, S. 1). Dieses Tool unterscheidet sich zu anderen prozessorientierten Tools durch die Ausrichtung auf die KundInnen. Ein Service-Blueprint kann auf strategischer und auf einer Detailebene angewendet werden, um Teilprozesse bei Optimierungsbedarf zu verbessern (vgl. Sandmann 2016, S. 25).

Der Dienstleistungsprozess wird chronologisch sortiert und von links nach rechts auf der horizontalen Achse dargestellt. Auf der vertikalen Achse wird die Struktur der Dienstleistungsorganisation abgebildet (vgl. Sandmann 2016, S. 26).

Darin werden sowohl die Interaktionen mit den KundInnen als auch die unternehmensinternen Schnittstellen dargestellt, welche für die KundInnen nicht sichtbar sind (vgl. Promidis 2015, S. 1). Dadurch wird eine vollständige Visualisierung der Services und der darunterliegenden Sub-Prozesse ermöglicht (vgl. Bitner/Ostrom/Morgan 2008, S. 70).

Der Service-Blueprint wird für den Aufbau einer kundenorientierten Organisation herangezogen, um die Erwartungshaltung der KundInnen an den Kontaktpunkten zu ergründen. Zur Steigerung der Qualität der Kontaktpunkte und somit die wahrgenommene Qualität der Services durch die KundInnen, ist das physische Umfeld und der Umgang mit den KundInnen dementsprechend zu gestalten (vgl. Meister/Meister 2018, S. 52).

Folgende Elemente können zur Darstellung der Organisationsprozesse dienen:

- Touchpoints: Geräte, Medium, Informationen
- Angebote: Produkte, Services, Features
- Prozesse: Aktivitäten
- Herausforderungen: Probleme, Störungen
- Tätigkeiten: Rollen, Abteilungen, Berichte
- Metriken: Finanzen, Statistiken
- Evaluation: Stärken, Schwäche, Lernprozess
- Gelegenheiten: Lücken, Schwächen
- Ziele: Umsatz, Einsparungen, Reputation
- Strategie: Richtlinien, Grundsätze (vgl. Kalbach 2016, S. 24)

4.2. Prozesse im persönlichen Kundenkontakt

Da der Fokus der Arbeit auf den direkten zweiseitigen Touchpoints liegt, werden jene Prozesse schematisch dargestellt, bei welchen die persönliche Kommunikation im Vordergrund steht. Dazu zählen der persönliche Kundenbesuch und die persönliche Kommunikation auf Events – also Kongressmessen und Veranstaltungen.

4.2.1. Prozess eines persönlichen Kundenbesuchs

Im Folgenden wird der Tagesablauf eines/einer Außendienstmitarbeiters/Außendienstmitarbeiterin dargestellt (vgl. Levenig 2016, S. 149), in welchem die einzelnen Prozessphasen dem Pre-Service, dem Service und dem Post-Service zugeordnet werden. In Abbildung 13 wird der Prozess eines Kundenbesuchs schematisch dargestellt.

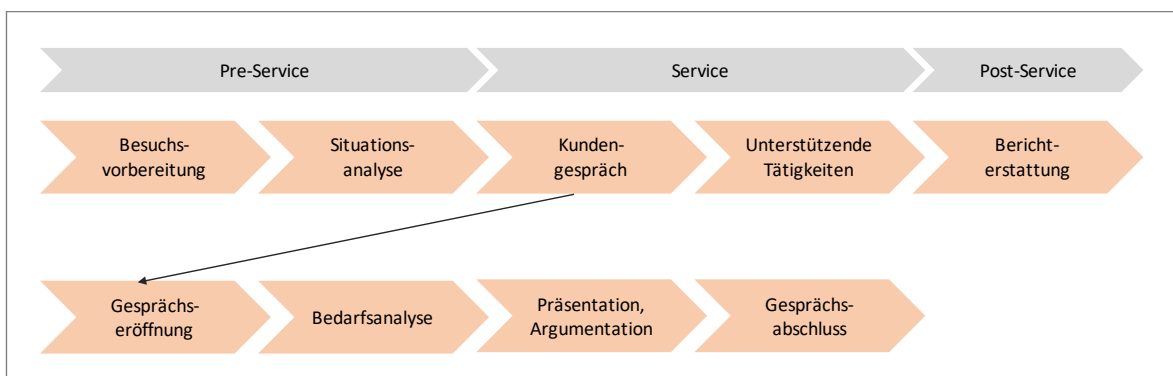


Abbildung 13: Phasen eines Tagesablaufes eines/einer Außendienstmitarbeiters/Außendienstmitarbeiterin (in Anlehnung an Levenig 2016, S. 148, S. 151)

Die **Besuchsvorbereitung** basiert auf einer Besuchsplanung, welche auf die Gegebenheiten des/der Kunden/Kundin abgestimmt sein sollte. Diese Planung wird durch den Einsatz eines Software-Programmes durchgeführt. Ein solches Tool ermöglicht eine optimale Planung, die unter Berücksichtigung der Besuchshäufigkeit der jeweiligen Klassifizierung des/der Kunden/Kundin stattfinden soll. Bei der anschließenden Kundenanalyse ist es erforderlich, die gewonnenen Informationen aus zuvor geführten Gesprächen zu verwenden, um im Beratungsgespräch eine höhere Kompetenz auszustrahlen. Die Unterlagen und die Arbeitsmaterialien sind auf Basis dieser Informationen zusammenzustellen (vgl. Levenig 2016, S. 148 - 150).

Die **Situationsanalyse** folgt unmittelbar nach der Besuchsvorbereitung. In dieser Phase sollen die relevanten Bedingungen vor Ort berücksichtigt werden, denn das Wissen über die Prozesse der KundInnen verstärkt die Beratungskompetenz des/der Außendienstmitarbeiters/Außendienstmitarbeiterin (vgl. Levenig 2016, S. 150f.).

In Abbildung 14 wird die Pre-Service-Phase für das persönliche Kundengespräch dargestellt (vgl. Levenig 2016, S. 148 - 151).

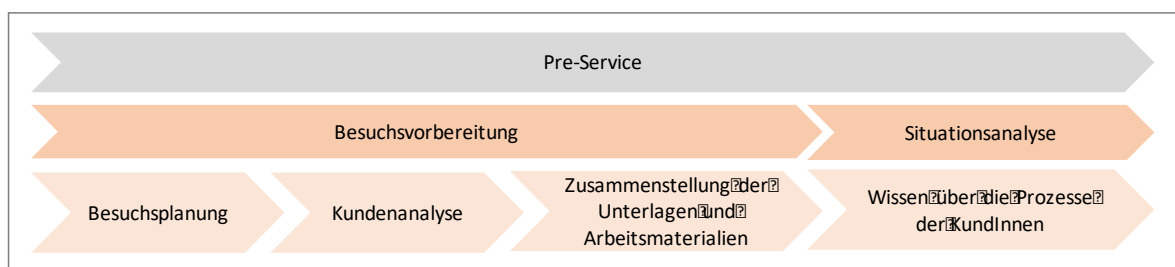


Abbildung 14: Pre-Service-Phase für das persönliche Kundengespräch (in Anlehnung an Levenig 2016, S. 148 - 151)

Im Rahmen des **Kundengesprächs** ist es von Vorteil, bei der **Begrüßung** eine persönliche und vertrauensvolle Atmosphäre aufzubauen. Im Idealfall führt der/die AußendienstmitarbeiterIn eine Kundenkartei, in welcher persönliche Informationen wie Urlaubsreisen oder Hobbys über den/die Kunden/Kundin dokumentiert sind. Derartige Informationen unterstützen den persönlichen **Einstieg in das Kundengespräch** und signalisieren gegenüber den KundInnen Wertschätzung (vgl. Levenig 2016, S. 152f.).

Ehe der Einstieg in das Geschäftliche erfolgt, ist ein **Rahmen für das Gespräch** zu setzen. Dabei soll die geplante Dauer des Gesprächs und die Vorgehensweise mit dem/der Kunden/Kundin abgestimmt werden (vgl. Brandt-Biesler/Krumm 2015, S. 82).

Danach wird der **Bedarf des/der Kunden/Kundin analysiert**, indem offene und geschlossene Fragen gestellt werden. Dabei ist ein aktives Zuhören erforderlich, um die emotionalen und die sachlichen Bedürfnisse des/der Kunden/Kundin zu verstehen (vgl. Levenig 2016, S. 152). Die Fragen sollten sich daher insbesondere auf die Meinung und die Erfahrung des/der Kunden/Kundin beziehen. Ebenso kann ein Mehrwert errungen werden, wenn aktiv gefragt wird, was dem/der Kunden/Kundin wichtig ist (vgl. Brandt-Biesler/Krumm 2015, S. 83f.).

Darauf aufbauend erfolgt die **Präsentation** der Produkte. In dieser Phase ist es entscheidend, auf die Einwände des/der Kunden/Kundin einzugehen und entsprechend zu behandeln (vgl. Levenig 2016, S. 153). Wenn aufkommende Fragen von den KundInnen nicht sofort von den AußendienstmitarbeiterInnen beantwortet werden können, soll nicht zögerlich gesprochen werden. Ebenso ist keine Entschuldigung angebracht, denn dieses Verhalten wird im westeuropäischen Bereich als Unsicherheit wahrgenommen. In dieser Situation ist es notwendig, eine Abklärung des Sachverhalts anzukündigen und die entsprechende Information im Nachgang an den/die Kunden/Kundin zu übermitteln (vgl. Schneiderheinze/Zotta, S. 95).

Am Ende des Gesprächs werden die benötigten Unterlagen und Produktmuster an den/die Kunden/Kundin übergeben (vgl. Levenig 2016, S. 153).

Am Ende eines Gespräches ist es wichtig, eine Vereinbarung mit dem/der Kunden/Kundin zu treffen. Diese Vorgehensweise soll für beide Parteien Klarheit darüber schaffen, was als Nächstes passiert, welche Punkte noch offen sind und bis wann diese geklärt werden. Ebenso könnte bspw. ein Termin für den nächsten Besuch vereinbart werden (vgl. Brandt-Biesler/Krumm 2015, S. 86).

Nach Beendigung des Kundengesprächs können durch den/die AußendienstmitarbeiterIn **Tätigkeiten** bei dem/der Kunden/Kundin vorgenommen werden, welche den/die Kunden/Kundin im Ablauf des Arbeitsalltags unterstützen (vgl. Levenig 2016, S. 153).

Die Aktivitäten der Service-Phase werden in Abbildung 15 dargestellt.

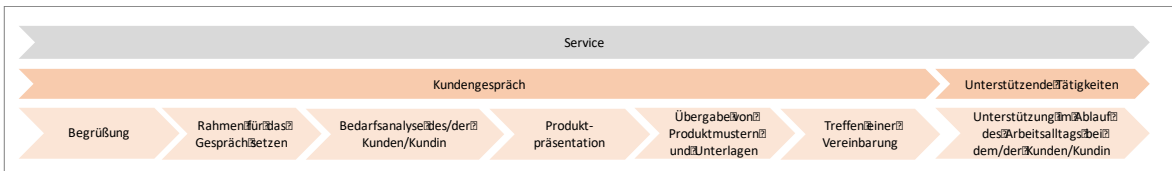


Abbildung 15: Service-Phase für das persönliche Beratungsgespräch (in Anlehnung an Levenig 2016, S. 151 - 153; Brandt-Biesler/Krumm 2015, S. 86)

Im Anschluss erfolgt im Zuge der **Berichterstattung** – wie in Abbildung 16 ersichtlich – die Nachbereitung des Kundengesprächs, bei welcher die Informationen des/der Kunden/Kundin als auch die Ergebnisse des Gesprächs beinhaltet sind. Daraufhin wird ein Besuchsbericht mit allen wichtigen Informationen und Entwicklungen verfasst. Darin sind zusätzlich Folgemaßnahmen wie das Versenden von Produktmustern oder die Vereinbarung für den nächsten Termin festzuhalten. Dieser Bericht ist als Grundlage für den nächsten Kundentermin in der Vorbereitungsphase zu nutzen (vgl. Levenig 2016, S. 153f.).

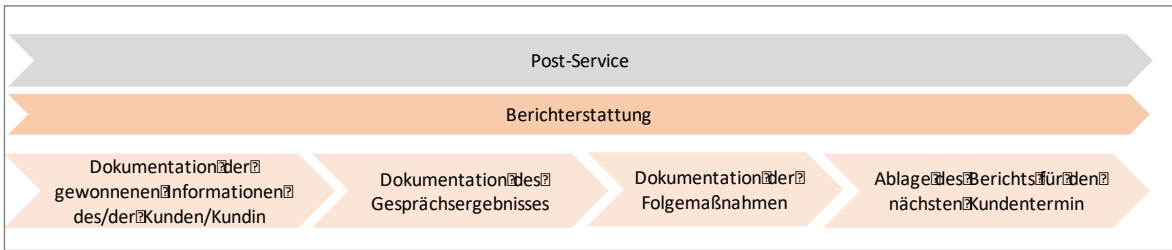


Abbildung 16: Post-Service-Phase für das persönliche Beratungsgespräch (in Anlehnung an Levenig 2016, S. 153f.)

In der persönlichen Kommunikation ist der Erfolg meist an die Leistung des/der jeweiligen Mitarbeiters/Mitarbeiterin gebunden. Neben den Fähigkeiten und den Ergebnissen fließt auch die Verhaltensweise der MitarbeiterInnen mit ein (vgl. Ivens/Leischnig 2016, S. 546).

In Tabelle 4 werden beispielhafte Kennzahlen je nach Service-Phase dargestellt.

Phase	Kennzahlen
Pre-Service	Analysedauer je Kunde/Kundin
	Durchschnittliche Dauer der Besuchsplanung
Service	Anteil der aktiven Beratungszeit im Verhältnis zur Besuchszeit
	Durchschnittliche Reisekosten bzw. Spesen pro Besuch
Post-Service	Frequenz der Service-Kontakte
	Gesamtkosten der Kundenpflege
	Kundendeckungsbeitrag

Tabelle 4: Beispielhafte Kennzahlen der Service-Phase (in Anlehnung an Ivens/Leischnig 2016, S. 545f., S. 549)

4.2.2. Eventprozesse

Unter Events sind Veranstaltungen zu verstehen, bei welchen unternehmensgesteuerte Botschaften im Rahmen einer erlebnisorientierten Kommunikation an die TeilnehmerInnen bzw. BesucherInnen vermittelt werden sollen (vgl. Nufer 2016, S. 480).

In Abbildung 17 werden die unterschiedlichen Arten von Events voneinander abgegrenzt. Eine wichtige Unterscheidung liegt in der Art der Kommunikation. Diese kann **einseitig** oder **interaktiv** erfolgen. Zur einseitigen Kommunikation zählen das Sponsoring und die Sales Promotion. Der interaktiven Kommunikation werden der Messeauftritt und die Ausrichtung von Veranstaltungen zugeordnet (vgl. Nufer 2016, S. 481).

		Arten der Kommunikation	
		einseitig	interaktiv
Arten der Durchführung	fremdinitiiert	Sponsoring	Messe
	eigeninitiiert	Sales Promotion	Veranstaltung

Abbildung 17: Abgrenzung von Events (in Anlehnung an Nufer 2016, S. 481)

Kongressmesse

Messen werden von Unternehmen als Transaktions- und Begegnungsplattform genutzt. Die BesucherInnen nutzen diese Gelegenheit, um sich Informationen zu beschaffen, sich weiterzubilden, Erfahrungen auszutauschen und geschäftliche Beziehungen zu pflegen (vgl. Kirchgeorg/Springer 2016, S. 460f.).

Ein Kongress stellt eine Fachveranstaltung zu einem gewissen Thema dar. Wenn ein solcher Kongress von einer Messe ergänzt wird, wird von einer Kongressmesse gesprochen (vgl. Wer liefert was 2018). Da die Ärzte/Ärztinnen wissenschaftliche Kongresse besuchen, bei welchen ein fachlicher Wissensaustausch stattfindet (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 7), sind diese als Kongressmesse zu bezeichnen.

Bei der Messebesucher-Journey sind durch das Unternehmen bzw. dem Messeaussteller zwischen zwei Entscheidungen von MessebesucherInnen zu unterscheiden, die Messebesuchsentscheidung und die Ausstellerbesuchsentscheidung (vgl. Kirchgeorg/Springer 2016, S. 465).

Die Messebesuchsentscheidung umfasst die Entscheidung eines/einer Besuchers/Besucherin einen Besuch bei der Messe vorzunehmen. Meist werden potentielle BesucherInnen durch den/die MesseveranstalterIn, durch Verbände oder durch einen der AusstellerInnen auf die Messe hingewiesen. Die Ausstellerbesuchsentscheidung fällt von den BesucherInnen entweder vor oder während ihres Besuches. Die Entscheidung kann während des Messebesuchs stattfinden, indem der Messestand Aufmerksamkeit erregt. Eine andere Herangehensweise ist, die MessebesucherInnen einzuladen und durch gezielte Kommunikation den Besuch des Messestandes zu beeinflussen (vgl. Kirchgeorg/Springer 2016, S. 465).

Auf Basis von zuvor definierten Zielen können diverse Instrumente zur Erfolgskontrolle eingesetzt werden. Die Ziele und die entsprechenden Kontrollinstrumente können – wie in Tabelle 5 ersichtlich – nach drei Messephasen differenziert werden, die „Pre-Exhibition“, die „Exhibition“ und die „Post-Exhibition“ (vgl. Kirchgeorg/Springer 2016, S. 468).

Phase	Ziel	Kontrollinstrument
Pre-Exhibition	Besuchsabsicht der Messe und des Ausstellerstandes	Besuchszusage Befragung des Außendienstes
Exhibition	Kundenerwartungen und Zufriedenheit	Besucherbefragung
	Lead-Generation	Analyse der Gesprächsprotokolle Vereinbarte Besuchstermine
Post-Exhibition	Aufmerksamkeit	StandbesucherInnen im Verhältnis zur gesamten Anzahl an BesucherInnen
	Zufriedenheit	Zufriedenheit der BesucherInnen Befragung der MitarbeiterInnen in der Standbetreuung

Tabelle 5: Beispielhafte Angabe der Messeziele und -kontrollinstrumente nach den Messephasen mit Beispielen (in Anlehnung an Kirchgeorg/Springer 2016, S. 468)

Veranstaltungen

Veranstaltungen können grundsätzlich als arbeits- und freizeitorientiert gelten. Bei arbeitsorientierten Veranstaltungen steht der informierende Charakter im Vordergrund, während es bei den freizeitorientierten Veranstaltungen primär um die Unterhaltung geht (vgl. Nufer 2016, S. 482). Da Veranstaltungen in der Pharmabranche jedoch nur auf Basis von fachlichen und/oder wissenschaftlichen Informationen stattfinden dürfen und Unterhaltungsprogramme verboten sind (vgl. Wechselberger/Rumler 2018, S. 7), darf nur von arbeitsorientierten Veranstaltungen Gebrauch gemacht werden.

Veranstaltungen können in drei Phasen – Pre-Event, Main-Event und Post-Event – eingeteilt werden. Die **Pre-Event-Phase** beginnt mit der ersten Verkündung der Veranstaltung bis zur Anreise der TeilnehmerInnen. Dabei steht der Spannungsaufbau für die Veranstaltung im Vordergrund. Die **Main-Event-Phase** beginnt unmittelbar nach der Anreise der TeilnehmerInnen und hat das Ziel die Spannung aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen. In der **Post-Event-Phase** liegt die Herausforderung darin, die positiven Erlebnisse durch Follow-ups bei den TeilnehmerInnen in Erinnerung zu rufen. Maßnahmen in dieser Phase können bspw. der Versand von Fotos, Videos oder Textnachrichten an alle TeilnehmerInnen, welche eine gute Heimfahrt wünschen, sein (vgl. Fuchs 2009, S. 46 - 48).

Bei Veranstaltungen steht die Initiierung von Emotionen bei der jeweiligen Zielgruppe im Vordergrund. Die Zielsetzung kann – wie in Tabelle 6 ersichtlich – zwischen affektiv- und kognitiv-orientierten Zielen unterschieden werden (vgl. Nufer 2016, S. 482).

Zielsetzung bei Veranstaltungen	
Affektiv-orientiert	Kognitiv-orientiert
<ul style="list-style-type: none">• Kundenbeziehungspflege im Rahmen eines kollektiven Erlebnisses• Aufbau von Glaubwürdigkeit und Sympathie• Einstellungsänderung der Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none">• Kontaktpflege mit wichtigen KundInnen und MeinungsführerInnen• Vermittlung und Darstellung von wichtigen Informationen zu den Produkten• Aktive Diskussion und Auseinandersetzung mit den TeilnehmerInnen

Tabelle 6: Affektiv- und kognitiv-orientierte Zielsetzungen bei Veranstaltungen (in Anlehnung an Nufer 2016, S. 482).

Eine Veranstaltung soll bei den TeilnehmerInnen positive Emotionen durch nicht-konditionierte Reize hervorrufen. Parallel dazu werden die Informationen des Unternehmens bzw. der Produkte mit dieser positiven Emotion aufgenommen und münden in einen konditionierten Reiz. Bei Verbindung des nicht-konditionierten und des konditionierten Reizes ergibt sich eine konditionierte Reaktion, wodurch das Unternehmen mit positiven Emotionen in Verbindung gebracht (vgl. Nufer 2016, S. 496).

Ein Event lässt sich grundsätzlich in vier Phasen einteilen. In der ersten Phase werden Ziele festgelegt. Die Vorbereitungen der Veranstaltung starten in der zweiten Phase. Dabei wird geplant, wie der Vorlauf, der Ablauf und die Nachbereitung auszusehen haben. Ebenso erfolgt die Vorbereitung auf die inhaltlichen Bereiche, welche auf die Zielgruppe und die Anzahl der TeilnehmerInnen abgestimmt ist. Zusätzlich sind die benötigten Materialien sowie die Logistik einzuplanen. Während des Events – also in der dritten Phase – stehen die Begrüßung und die Betreuung der TeilnehmerInnen im Vordergrund. In der letzten Phase findet der Abbau und die Nachbereitung in Form einer Dokumentation und einer Auswertung der Rückmeldungen statt. Ebenso wird entschieden, ob eine Folgeveranstaltung geplant wird (vgl. Holzbaur et al. 2010, S. 25f.).

4.3. Visualisierung des Service-Blueprints

Der Service-Blueprint wird grundlegend durch zwei Bereiche unterschieden. Das ist zu einem der Onstage-Bereich und zum anderen der Backstage-Bereich. Die Ebenen des Service-Blueprints haben sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt, indem weitere Trennlinien zur Strukturierung der Aktivitäten des Anbieters hinzugefügt wurden (vgl. Sandmann 2016, S. 26).

Die dadurch entstandenen Ebenen weisen unterschiedliche Integrationsgrade auf. Unter den Kundenaktivitäten sind die Aktivitäten in Prozessschritten zu verstehen, bei welchen die KundInnen aktiv mitarbeiten. Zu den Onstage-Aktivitäten zählen jene Aktivitäten, die vom Unternehmen durchgeführt werden, aber von den KundInnen wahrgenommen werden. Die Aktivitäten im Backstage-Bereich sind jene Prozessschritte, welche im Hintergrund verlaufen und für die KundInnen nicht sichtbar sind (vgl. Eversheim/Liestmann/Winkelmann 2006, S. 432f.).

Die Anbieteraktivitäten bestehen aus fünf Aktivitätsebenen, welche durch vier horizontale Trennlinien unterteilt sind. Zu den Trennlinien zählen die Line-of-Interaction, die Line-of-Visibility, die Line-of-Internal-Interaction, die Line-of-Implementation und die Line-of-Order-Penetration (vgl. Sandmann 2016, S. 27).

Die **Line-of-Interaction** trennt die Kundenaktivitäten von den Aktivitäten des Personals mit Kundenkontakt im Onstage-Bereich (vgl. Sandmann 2016, S. 27, S. 29). Diese Trennlinie wird auch als externe Interaktionslinie bezeichnet (vgl. Promidis 2015, S. 2). Mithilfe dieser Unterteilung können die Kontaktpunkte zu den KundInnen mit Bezug auf das physische als auch das soziale Umfeld dargestellt werden (vgl. Sandmann 2016, S. 28). Die Kundenaktivitäten werden aus der Customer-Journey-Map abgeleitet (vgl. Nielsen Norman Group 2017). Unter den Kundenaktivitäten sind in dieser Arbeit, die Aktivitäten der praktischen Ärzte/Ärztinnen im persönlichen Kontakt mit den PharmareferentInnen zu verstehen. Die Aktivitäten der PharmareferentInnen, welche für die Ärzte/Ärztinnen sichtbar sind, werden dem Onstage-Bereich zugeordnet.

Die **Line-of-Visibility** unterteilt die sichtbaren von den nicht-sichtbaren Aktivitäten für die KundInnen (vgl. Sandmann 2016, S. 27, S. 29). In den Onstage-Bereich fallen somit die Aktivitäten der PharmareferentInnen, welche für die Ärzte/Ärztinnen sichtbar sind, dem Backstage-Bereich werden jene Aktivitäten der PharmareferentInnen zugeordnet, welche für die Ärzte/Ärztinnen nicht sichtbar sind.

Die **Line-of-Internal-Interaction** unterteilt den Backstage-Bereich von den Support-Prozessen, welche als Back-Office-Aktivitäten bezeichnet werden (vgl. Sandmann 2016, S. 27, S. 29). Die Support-Prozesse stellen die Aktivitäten vom Innendienst des Pharmaunternehmens dar, welche dazu dienen, die PharmareferentInnen bei ihren Aktivitäten im Backstage- als auch im Onstage-Bereich zu unterstützen.

Mit der **Line-of-Order-Penetration** kann im Bedarfsfall eine weitere Trennung für die induzierten Aktivitäten der KundInnen im Leistungserstellungsprozesses eines produzierenden Unternehmens vorgenommen werden (vgl. Sandmann 2016, S. 27f.). Da die Ärzte/Ärztinnen nicht in den Leistungserstellungsprozess eines Arzneimittels eingreifen können, sind derartige Prozesse im Service-Blueprint eines Pharmaunternehmens nicht möglich.

Eine weitere mögliche Trennlinie stellt die **Line-of-Implementation** dar. Darunter fallen sämtliche Unterstützungsaktivitäten (vgl. Sandmann 2016, S. 27), welche vom Management ausgehen (vgl. Promidis 2015, S. 2).

In Abbildung 18 werden die Ebenen und die Trennlinien des Service-Blueprints dargestellt.

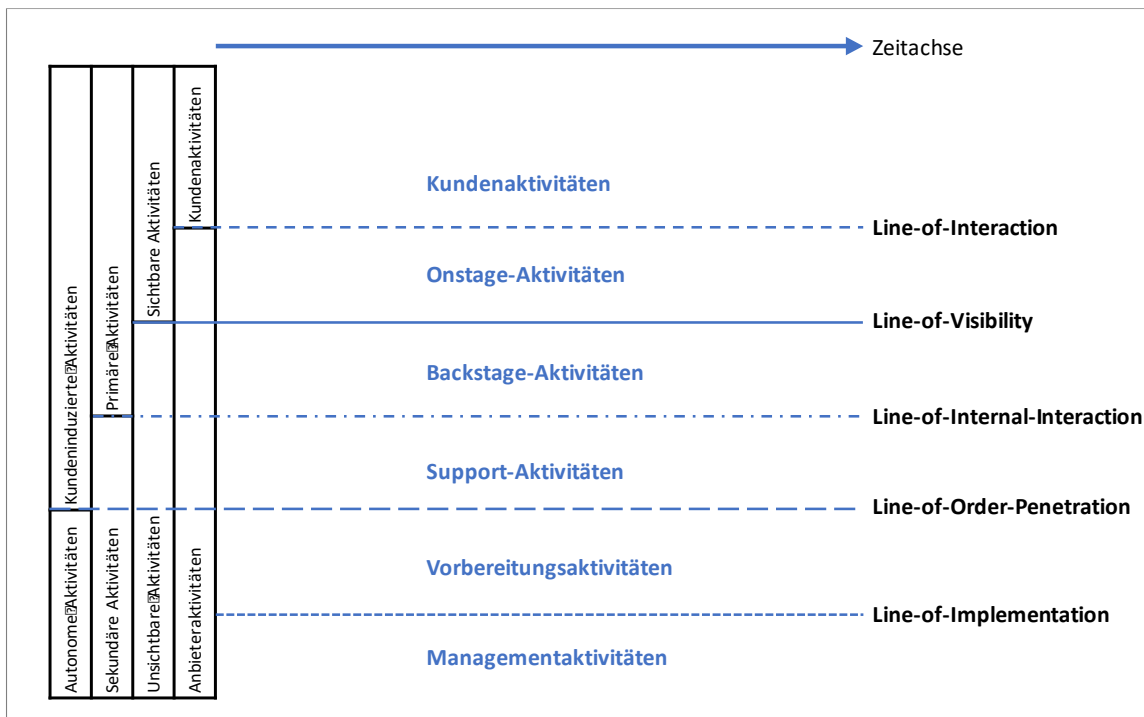


Abbildung 18: Ebenen des Service-Blueprints (in Anlehnung an Sandmann 2016, S. 29)

Es besteht die Möglichkeit, gewisse Aktivitäten in eine andere vertikale Ebene zu verlagern. Eine solche Verschiebung in der Line-of-Interaction kann bewirken, dass Aktivitäten vom Unternehmen auf den/die Kunden/Kundin verschoben werden, was zu einer Reduzierung der Dienstleistung führt. Im umgekehrten Fall können auch Aktivitäten des/der Kunden/Kundin durch das Unternehmen übernommen werden, wodurch eine Dienstleistung ausgedehnt wird. Ebenso ist eine Verschiebung der Line-of-Visibility möglich. Dabei wird entschieden, wie stark bzw. wie gering der Einblick der KundInnen in eine Dienstleistung ist. Je mehr Prozessschritte der Dienstleistung für die KundInnen sichtbar sind, desto besser kann diese von den KundInnen beurteilt und verglichen werden. Eine Verschiebung der Line-of-Internal-Interaction kann je nach Veränderung für den/die MitarbeiterIn mit Kundenkontakt ein vergrößertes oder ein verringertes Aufgabenfeld bedeuten. Eine Änderung der Line-of-Order-Penetration beeinflusst, wie standardisiert oder wie individuell eine Dienstleistung ist. Je mehr Vorbereitungsaktivitäten durchgeführt werden, desto standardisierter ist eine Dienstleistung (vgl. Sandmann 2016, S. 28).

Pfeile stellen ein Schlüsselement des Service-Blueprints dar, indem sie Beziehungen und Abhängigkeiten von Prozessschritten anzeigen. Wenn die **zeitliche Komponente** in der Serviceerbringung eine wichtige Rolle spielt, ist diese je Kundenaktivität anzuführen. Ebenso können **verpflichtende Prozesse**, welche bspw. aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht veränderbar sind, hinzugefügt werden. Diese Angaben helfen in der Optimierungsphase zu verstehen, welche Teilprozesse nicht geändert werden können. Eine weitere Möglichkeit, den Service-Blueprint auszubauen, ist, die **Emotionen der MitarbeiterInnen** in den Teilprozessen darzustellen. Mittels einer Befragung kann eruiert werden, in welchen Teilprozessen die MitarbeiterInnen frustriert oder motiviert sind. Zusätzlich können **Kennzahlen** bei den Teilprozessen eingefügt werden (vgl. Nielsen Norman Group 2017).

In dieser Arbeit wird der Fokus auf die kundeninduzierten Aktivitäten im Service-Blueprint – also die Kundenaktivitäten, die Onstage-Aktivitäten, die Backstage-Aktivitäten und die Support-Aktivitäten – gelegt. Der Aufbau des Service-Blueprints wird in Abbildung 19 schematisch dargestellt.

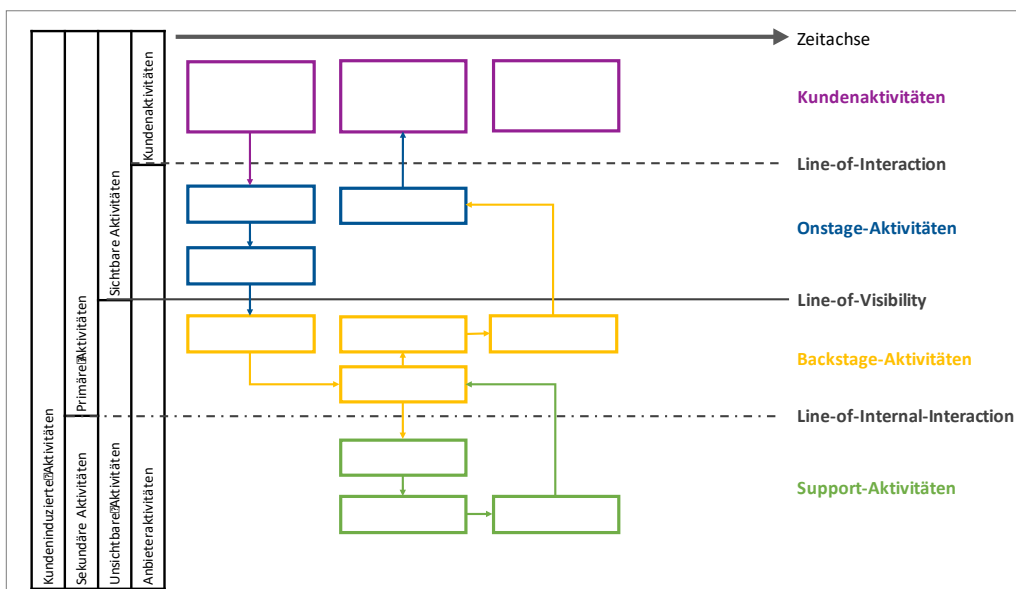


Abbildung 19: Schematischer Aufbau eines Service-Blueprints (in Anlehnung an Nielsen Norman Group 2017; Sandmann 2016, S. 29)

Aus Sicht der Autorin können die Kundenaktivitäten des Service-Blueprints mit der geplanten Customer Journey gleichgestellt werden, sodass, wenn Abweichungen zur tatsächlichen Customer Journey entstehen, umgehend in die unternehmensinternen Prozesse eingegriffen werden kann. Da die Erwartungshaltung der Ärzte/Ärztinnen in den Teilprozessen eine wichtige Rolle für das Begeisterungspotential eine wichtige Rolle spielt, wird im nachfolgenden Kapitel auf Service Excellence eingegangen.

5. Service Excellence

5.1. Definition und Begriffsabgrenzung

Lange Zeit hatte die Erlangung von Kundenzufriedenheit eine zentrale Bedeutung für Unternehmen, um die Kundenloyalität zu erhöhen. Doch obwohl KundInnen zufrieden mit den Leistungen des Unternehmens sind, wandern diese zur Konkurrenz ab. Daher fokussieren sich Unternehmen zunehmend auf die Hervorrufung emotionaler Begeisterung, welche einen Einfluss auf die Weiterempfehlungsrate und die Wiederkaufabsicht hat. Der Ansatz, systematisch Kundenbegeisterung zu erzeugen, wird „Service Excellence“ genannt (vgl. Gouthier/Giese/Bartl 2012, S. 65f.).

Je nach Perspektive werden andere Begriffe verwendet. Aus der Unternehmensperspektive wird der Begriff „Service Excellence“, aus der Marktperspektive „Exzellente Servicequalität“ und aus der Kundenperspektive „Kundenbegeisterung“ genannt. Die Begriffsabgrenzung ist in Abbildung 20 ersichtlich. Unter Service Excellence werden somit die Fähigkeiten eines Unternehmens verstanden, mit denen eine exzellente Servicequalität erbracht werden kann, sodass die KundInnen das Gefühl von Begeisterung verspüren (vgl. Gouthier/Giese/Bartl 2012, S. 70f.).

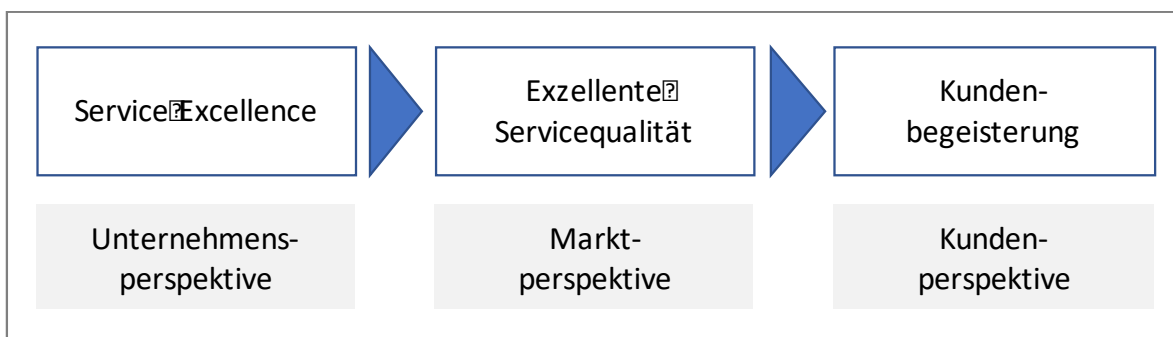


Abbildung 20: Begriffsabgrenzung von Service Excellence, exzellente Servicequalität und Kundenbegeisterung (in Anlehnung an Gouthier/Giese/Bartl 2012, S. 71)

Die vom Europäischen Komitee für Normung (CEN) hat im Jahr 2015 die Norm CEN/TS 16880 „Service Excellence – Schaffung von herausragenden Kundenerlebnissen durch Service Excellence“ entwickelt. In dieser Norm stellen die Erfüllung der Kernleistungen und das Beschwerdemanagement die Voraussetzung für die Umsetzung eines individuellen Service und für die Erbringung von Überraschungsleistungen dar (vgl. Meister/Meister 2018, S. 24).

In der Norm CEN/TS 16880 wurde ein Service-Excellence-Modell geschaffen, in welchem die Erzielung von Kundenbegeisterung durch die Gestaltung von herausragenden Kundenerlebnissen zentral ist. Für die Umsetzung ist – wie in Abbildung 21 ersichtlich – die Ausgestaltung der strategischen, kulturellen, innovativen und operativen Dimension erforderlich (vgl. Gouthier 2016a, S. 90f.).

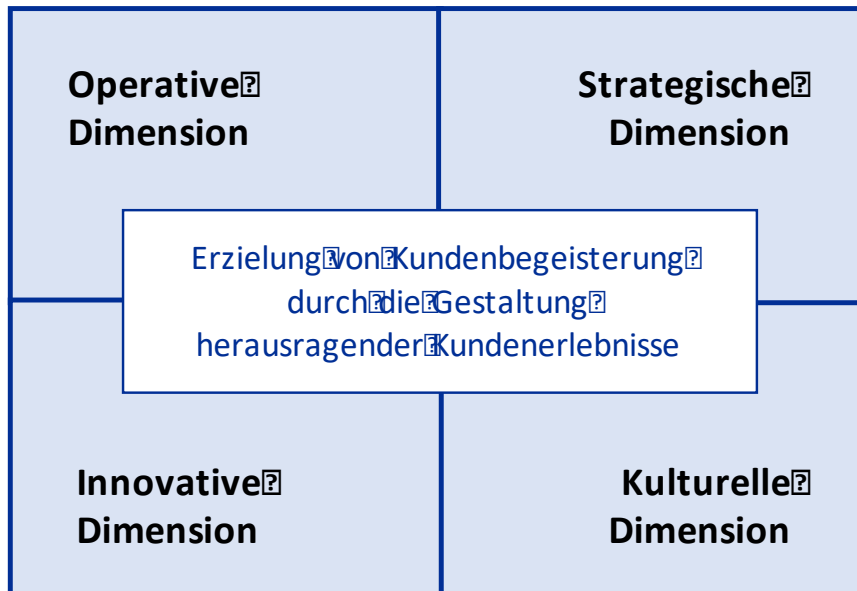


Abbildung 21: Service-Excellence-Modell nach CEN/TS 16880 (in Anlehnung an Gouthier 2016a, S. 91)

Die strategische Dimension enthält die Service-Excellence-Vision, -Mission und -Strategie sowie die Selbstverpflichtung und die Führung durch das Management. In der kulturellen Dimension stehen die Schaffung einer Service-Excellence-Kultur und das Engagement der MitarbeiterInnen im Mittelpunkt. Bei der innovativen Dimension des Modells liegt der Fokus auf dem Verständnis von Kundenwünschen und -erwartungen sowie auf dem Management von Dienstleistungsinnovationen. Die operative Dimension hat zum Ziel, die auf die KundInnen ausgerichteten Erlebnisprozesse zu leiten und zu lenken und die auf die Service Excellence ausgerichteten Tätigkeiten und Ergebnisse zu überwachen und zu steuern. Mithilfe der Gestaltung herausragender Kundenerlebnisse soll bei den KundInnen Begeisterung geschaffen werden. Da derartige Ereignisse von dynamischer Natur sind, bedarf es den Einsatz eines Service-Blueprints, um in weiterer Folge die Customer Journey abbilden und optimieren zu können (vgl. Gouthier 2016a, S. 91f.).

Aus Sicht der Autorin ist es nicht ausreichend, die vier Dimensionen des Service-Excellence-Modells bspw. in Form eines Leitbildes zu definieren, um das Ziel der entwickelten Norm CEN/TS 16880 – also die Schaffung von exzellenten Kundenerlebnissen – zu erfüllen. Vielmehr stehen die Unternehmen vor der Herausforderung, den MitarbeiterInnen die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit von Service Excellence klarzumachen und in welcher Form von Seiten der MitarbeiterInnen darauf Einfluss genommen werden kann, sodass Service Excellence nicht nur eine Idee des Managements bleibt. Dafür ist aus Sicht der Autorin erforderlich, klare und transparente Handlungsfelder für Service Excellence abzustecken, sodass die MitarbeiterInnen wissen, in welchem Rahmen sie sich in ihrer täglichen Arbeit bewegen können, dürfen und sollen.

5.2. Strategischer Rahmen der Service Excellence

Zur Definition des Handlungsspielraumes der MitarbeiterInnen werden – wie in Abbildung 22 ersichtlich – strategische Rahmenbedingungen festgelegt. Dieser strategische Rahmen – bestehend aus dem strategischen Differenzierungspotential und den strategischen Eckpunkten – soll Klarheit über die Bedeutung von Service Excellence innerhalb der Unternehmensstrategie schaffen (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 232f.).

Mithilfe von Service Excellence haben Unternehmen das Potential, sich vom Wettbewerb zu differenzieren, insbesondere dann, wenn die Produkte eines Unternehmens keine bedeutende Unterscheidungskraft im Vergleich zur Konkurrenz besitzen. Zur Nutzung des strategischen Differenzierungspotentials sind zwei Bereiche entscheidend. Zum einen muss sich das Management des Unternehmens für die Differenzierung mittels Service Excellence entscheiden und zum anderen müssen sich die MitarbeiterInnen des Unternehmens der strategischen Relevanz von Service Excellence bewusst sein. Ebenso muss die Umsetzung vom Unternehmen unterstützt werden (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 233f.).

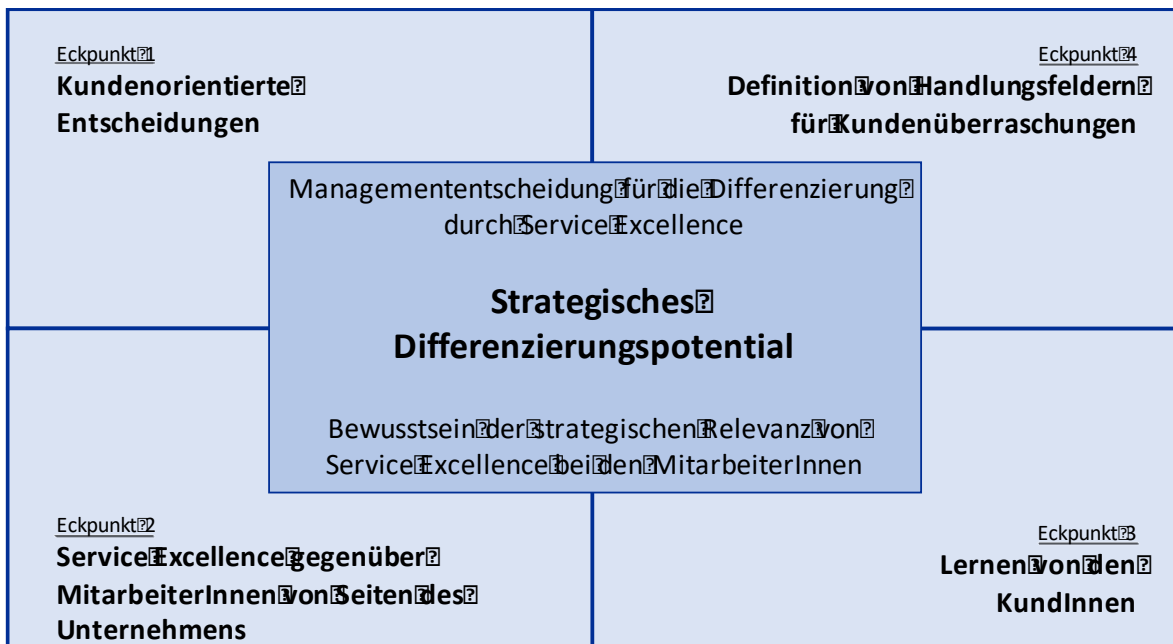


Abbildung 22: Strategischer Rahmen der Service Excellence (in Anlehnung an Mönch/Goller 2008, S. 232 - 240)

Der strategische Rahmen umfasst vier strategische Eckpunkte. Dazu zählen die kundenorientierten Entscheidungen, Service Excellence gegenüber den MitarbeiterInnen von Seiten des Unternehmens, das Lernen von den KundInnen und die Definition von Handlungsfeldern für Kundenüberraschungen (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 232 - 240).

Aus Sicht der Autorin steht der strategische Rahmen für Service Excellence mit den Dimensionen des Service-Excellence-Modells aus der Norm CEN/TS 16880 in unmittelbarem Zusammenhang. Die strategische Dimension des Modells findet sich in der Managemententscheidung für Service Excellence wieder, während sich die kulturelle Dimension im Bewusstsein der MitarbeiterInnen für die strategische Relevanz von Service Excellence niederschlägt. Die operative Dimension ist aus Sicht der Autorin aufgrund der kundenorientierten Prozesse im ersten und im vierten Eckpunkt in Verbindung zu bringen, während die kulturelle Dimension mit dem zweiten Eckpunkt des strategischen Rahmens im Zusammenhang steht. Die innovative Dimension des Modells, bei welcher der Fokus auf dem Verständnis der Kundenerwartungen liegt, spiegelt sich aus Sicht der Autorin im dritten Eckpunkt wider.

Eckpunkt 1 – Kundenorientierte Entscheidungen

In Unternehmen gibt es üblicherweise standardisierte Prozesse, an welche sich die MitarbeiterInnen halten sollen. Um den KundInnen Service Excellence bieten zu können, bedarf es allerdings Individualität, wodurch Abweichungen zu den Standardprozessen entstehen (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 235f.).

Der Spielraum rund um den Standardprozess ist vom Unternehmen klar zu definieren, sodass die MitarbeiterInnen auf jene KundInnen, bei welchen die standardisierte Lösung zu Unzufriedenheit führen würde, individuell eingehen und im weiteren Sinne Begeisterung bei den KundInnen hervorrufen können (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 236).

Eckpunkt 2 – Service Excellence gegenüber MitarbeiterInnen von Seiten des Unternehmens

Das interne und das externe Service sind stark miteinander verbunden. Jene Unternehmen, die Service Excellence nach innen leben, stärken die Motivation der MitarbeiterInnen, dieses Service-Verhalten auch an die KundInnen des Unternehmens weiterzugeben (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 237).

Unternehmen, in welchen die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte unterstützend, wertschätzend, leidenschaftlich und mit Begeisterung zusammenarbeiten, sind in der Lage, diese Werte nach außen hin zu vermitteln (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 237). Demotivierte MitarbeiterInnen bewirken hingegen das Gegenteil. Um Service Excellence gegenüber den KundInnen zu leben, ist es erforderlich, herauszufinden, aus welchem Grund MitarbeiterInnen hochmotiviert sind. Um die unternehmensinternen Treiber zu finden, ist die Ursache-Wirkungskette zurückzuverfolgen (vgl. Moll 2016, S. 42).

In Abbildung 23 wird die Ursache-Wirkungskette der Service Excellence dargestellt. Darin ist ersichtlich, dass die MitarbeiterInnen einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung von herausragenden Kundenerlebnissen und somit auf die Begeisterung der KundInnen haben (vgl. CEN/TS 16880 2015, S. 8).

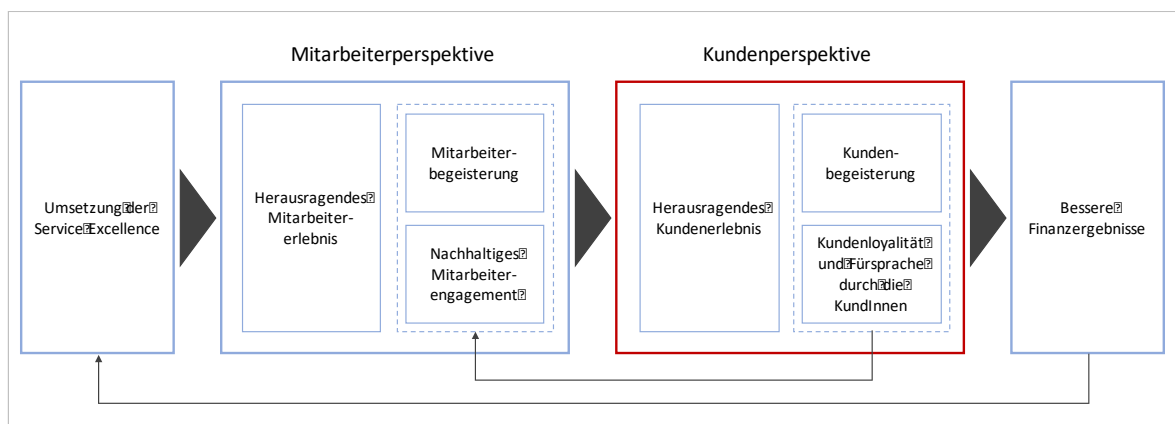


Abbildung 23: Ursache-Wirkungskette von Service Excellence (in Anlehnung an CEN/TS 16880 2015, S. 8)

Eckpunkt 3 – Lernen von den KundInnen

Durch Kundennachbefragungen oder Auswertungen von Beschwerden, kann direkt von den KundInnen gelernt werden, um das Service-Verhalten zu optimieren. Dafür braucht es von Unternehmensseite entsprechende Prozesse, sodass die Wünsche von KundInnen tatsächlich im Unternehmen ankommen und genutzt werden können (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 238).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass zwischen verschiedenen Kundengruppen differenziert werden muss. Denn KundInnen eines Unternehmens mit A-Klassifizierung haben meist höhere Ansprüche bzw. Erwartungen als KundInnen mit B- oder C-Klassifizierung. Ebenso sollte die Art der Befragung kundenspezifisch erfolgen. A-KundInnen werden üblicherweise persönlich interviewt, während B- und C-KundInnen telefonisch oder mit einem Online-Tool befragt werden (vgl. Gouthier 2016b, S. 55).

Eckpunkt 4 – Definition von Handlungsfeldern für Kundenüberraschungen

Es werden Handlungsfelder definiert, um bei den MitarbeiterInnen Klarheit zu schaffen, in welchen Situationen es auf ein exzellentes Service-Verhalten ankommt, um bei den KundInnen Begeisterung auszulösen (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 239).

Wichtig bei der Auswahl der Handlungsfelder ist es, jene Situationen, welche aus Kundensicht am Relevantesten für die Service-Begeisterung sind, auszuwählen. Diese Situationen müssen häufig auftreten und dürfen keine Einzelfälle sein, sodass es eine hohe Anzahl an Möglichkeiten gibt, Service Excellence zu leben (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 239f.).

Die strategischen Eckpunkte müssen aus Sicht der Autorin als Basis für die Ableitung von Service-Excellence-Maßnahmen dienen, welche zur Begeisterung der Ärzte/Ärztinnen führen sollen. Aus Sicht der Autorin sind diese Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, indem die Begeisterung der Ärzte/Ärztinnen in regelmäßigen Abständen gemessen wird.

5.3. Messung der Kundenbegeisterung

Bei den von vielen Unternehmen eingesetzten Kundenzufriedenheitsbefragungen wird ausschließlich die Zufriedenheit der KundInnen abgefragt, die Begeisterung wird jedoch völlig außer Acht gelassen. Daher wurde von Ferdinand F. Reichheld der sogenannte Net Promoter Score[®] (NPS) entwickelt, welcher nach der Weiterempfehlungsabsicht der KundInnen fragt. Um das Ergebnis reflektieren und entsprechende Verbesserungsprozesse einleiten zu können, ist es erforderlich, nach den Hauptgründen der Bewertung zu fragen (vgl. Felten 2016, S. 249 - 251).

Für die Abfrage der Weiterempfehlung wird eine **Skala von 0 bis 10** eingesetzt. 0 steht für äußerst unwahrscheinlich und 10 für äußerst wahrscheinlich. Dieser Skala können drei Loyalitätstypen zugeordnet werden:

- **PromotorInnen:** Die PromotorInnen, welche eine Bewertung von **9 oder 10** abgeben, sind vom Unternehmen begeistert und können als die loyalen KundInnen angesehen werden, welche eine positive Mundpropaganda an den Tag legen.
- **Passive:** Die Passiven sind jene KundInnen, die nicht unzufrieden sind, aber auch nicht loyal zum Unternehmen stehen. Diese KundInnen bewerten die Frage nach der Weiterempfehlung mit **7 oder 8**.
- **KritikerInnen:** Die KritikerInnen üben eine negative Mundpropaganda aus und geben eine Bewertung **zwischen 0 und 6** ab (vgl. Felten 2016, S. 250f.).

Da die KundInnen, die als PromotorInnen eingestuft werden, bereit sind, das Unternehmen weiterzuempfehlen, ist davon auszugehen, dass es sich um begeisterte KundInnen handelt. Daher wird der NPS als Indikator für die Kundenbegeisterung angesehen (vgl. Gouthier 2016b, S. 52).

Der NPS errechnet sich – wie in Abbildung 24 ersichtlich – aus der Prozentzahl der PromotorInnen minus der Prozentzahl der KritikerInnen. Dieser kann schlussendlich zwischen -100 und +100 liegen (vgl. Felten 2016, S. 251).

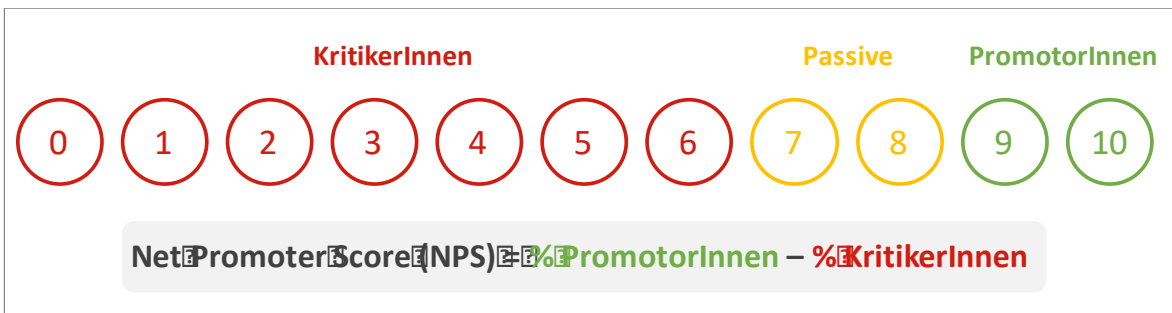


Abbildung 24: Berechnung und Ermittlung des NPS (in Anlehnung an Felten 2016, S. 250 - 251)

In Abbildung 25 ist ein NPS Benchmark von amerikanischen Unternehmen der pharmazeutischen Industrie dargestellt. Die NPS-Werte liegen zwischen -9 und +15 (vgl. Customer Guru 2018). Ein NPS Benchmark für die österreichischen pharmazeutischen Hersteller ist nicht vorhanden. Daher wird der NPS Benchmark von amerikanischen pharmazeutischen Herstellern – wie in Abbildung 25 ersichtlich – als Basis für Vergleiche angesehen.

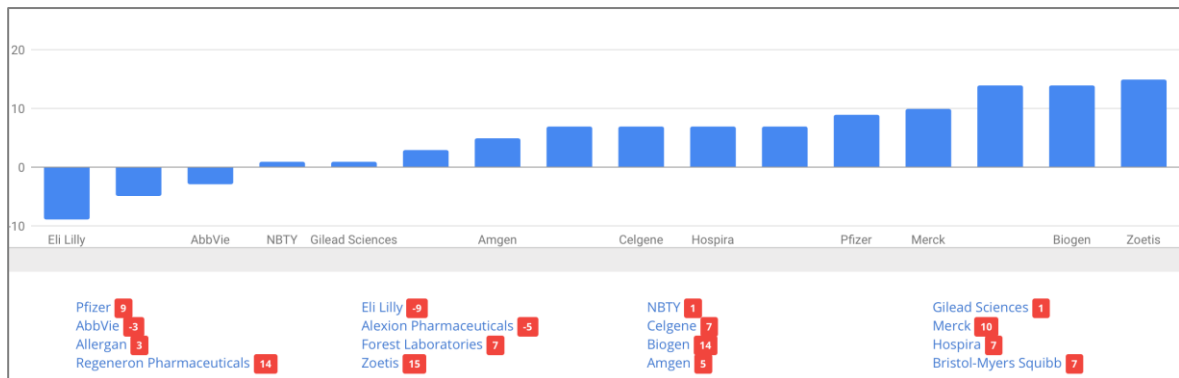


Abbildung 25: Pharmaceuticals Net Promoter Score 2018 Benchmarks (Customer Guru 2018)

Es gibt zwei unterschiedliche Arten von NPS. Mit dem **relationalen NPS** wird die Weiterempfehlung der KundInnen in Bezug auf das gesamte Unternehmen erfragt. Darin fließen das Unternehmensimage, die Markenwahrnehmung, die Kommunikation, die Produktqualität, die Preiswahrnehmung uvm. ein. Der **transaktionale NPS** bezieht sich hingegen auf die einzelnen kritischen Kontaktpunkte wie bspw. den Kundenservice (vgl. Van Riet/Kirsch 2010, S. 47).

Der NPS gilt als Basis für einen Verbesserungsprozess im Unternehmen. Dieser Prozess kann in drei Dimensionen eingeteilt werden. Der persönliche Verbesserungsprozess, welcher durch die direkte Zuordnung des NPS zu einem Kontaktpunkt erfolgt, stellt die erste Dimension dar und wird dem operativen Verantwortungsbereich zugeordnet. In der zweiten Dimension erfolgt die Auswertung der Ergebnisse auf organisationaler Ebene, um abteilungsübergreifend operative Maßnahmen abzuleiten. Der kulturelle und strategische Verbesserungsprozess wird in der dritten Dimension behandelt. Dabei soll das Geschäftsmodell des Unternehmens bei seiner Ausrichtung auf die KundInnen unterstützt werden (vgl. Van Riet/Kirsch 2010, S. 53f.).

Aus Sicht der Autorin ist es erforderlich, jene Faktoren zu ermitteln, welche bei den ÄrztInnen Begeisterung hervorrufen, um den NPS positiv zu beeinflussen. Da der Fokus dieser Arbeit auf dem Servicing durch die PharmareferentInnen liegt, wird auf die sogenannten Servicing-Kriterien, welche auf das Verhalten der PharmareferentInnen zurückzuführen sind, näher eingegangen, um mögliche Begeisterungsfaktoren zu eruieren.

6. Servicing

Service Excellence besteht aus zwei Komponenten, dem Service und dem Servicing. Unter Service wird das Angebot von Dienstleistungen wie bspw. ein Lieferservice oder eine Hotline verstanden und liegt im Verantwortungsbereich des Unternehmens. Das Servicing steht hingegen für das Verhalten der MitarbeiterInnen und liegt somit in deren Verantwortung (vgl. Mönch/Goller 2008, S. 230).

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Teilbereich „Servicing“, welcher sich auf das Verhalten der PharmareferentInnen gegenüber den ÄrztInnen bezieht. Auf den Teilbereich „Service“ wird in dieser Arbeit nicht eingegangen.

Da es zurzeit keine Datenlage in Bezug auf begeisterungstiftendes Servicing durch PharmareferentInnen aus Sicht von ÄrztInnen gibt, werden nachstehend Servicing-Kriterien, welche in branchenübergreifenden Studien eruiert wurden, näher erläutert. Diese werden im Anschluss innerhalb einer Tabelle zusammengefasst, um verschiedenste Aspekte des Servicings zu berücksichtigen. Auf Basis dieser theoriebasierten Zusammenstellung von Servicing-Kriterien kann aus Sicht der Autorin nachgehend eine Marktforschung eingeleitet werden, um begeisternde Faktoren im Servicing durch die PharmareferentInnen aus Sicht der Ärzte/Ärztinnen zu eruieren.

6.1. Servicing-Kriterien

Die persönliche Interaktion zwischen MitarbeiterInnen und KundInnen soll dazu beitragen, dass sich die KundInnen verstanden fühlen. Dabei haben die KundInnen gewisse Erwartungen an die Kommunikationsqualität der MitarbeiterInnen. Diese lässt sich, wie in Tabelle 7 ersichtlich, in die fachliche und die persönliche Kommunikation unterteilen. Der fachlichen Kommunikationsqualität werden die Faktoren Zuverlässigkeit und Kompetenz zugeordnet und die Faktoren Empathie, Souveränität und Vertrautheit zählen zur persönlichen Kommunikationsqualität (vgl. Bruhn/Hadwich/Georgi 2007, S. 65).

Kommunikationsqualität		
Fachlich	Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktinitiative • Ausreichende, bedürfnisgerechte, relevante und richtige Informationen
	Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Abfrage von Kundenvorstellungen • Erläuterung der Vor- und Nachteile • Aufzeigen von Alternativen • Verständlichkeit der Sachverhalte
Persönlich	Empathie	<ul style="list-style-type: none"> • Angenehme Gesprächsatmosphäre • Ernstnehmen von Anforderungen • Fähigkeit des Zuhörens • Freundlichkeit • Ausreichende Gesprächszeit • Erreichbarkeit
	Souveränität	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstrahlung von Ruhe und Gelassenheit • Sicheres Auftreten • Klare Ausdrucksweise
	Vertrautheit	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges Kennen von MitarbeiterIn und Kunde/Kundin • Wissen über persönliche Hintergründe des/der Kunden/Kundin

Tabelle 7: Modell der Kommunikationsqualität (in Anlehnung an Frommeyer 2005, S. 100, S. 190 - 194)

In der Studie von Frommeyer wurde ermittelt, dass die persönliche Kommunikation einen geringeren Einfluss auf die Qualität der Kommunikation als die fachliche Kommunikation hat. Allerdings hat sich herausgestellt, dass die persönliche Kommunikation einen Effekt auf das Vertrauen der KundInnen hat. Ebenso wurde der Einfluss der persönlichen Kommunikationsqualität auf die wahrgenommene Leistungsqualität erwiesen (vgl. Frommeyer 2005, S. 128).

In Bezug auf die persönliche Interaktion zwischen den PharmareferentInnen und den ÄrztInnen könnte die Studie von Frommeyer bedeuten, dass die fachliche Kompetenz der PharmareferentInnen die Qualität des Gespräches positiv beeinflusst, während eine gute persönliche Kommunikation die persönliche Beziehung zwischen den PharmareferentInnen und den ÄrztInnen positiv beeinflussen könnte.

In einer Studie aus dem Jahr 1985 von Parasuraman, Zeithaml und Berry wurden zehn branchenübergreifende Dimensionen für Dienstleistungen untersucht. Diese wurden – wie in Tabelle 8 ersichtlich – auf fünf Dimensionen reduziert, welche für die KundInnen von Bedeutung sind. Dazu zählen die Zuverlässigkeit, die Leistungskompetenz, das Einfühlungsvermögen, die Reaktionsfähigkeit und die Annehmlichkeiten des tangiblen Umfelds. Drei der fünf Dimensionen – das Einfühlungsvermögen, die Leistungskompetenz und die Reaktionsfähigkeit – werden direkt durch das Verhalten des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin beeinflusst. Bei dieser Untersuchung wurde die Zuverlässigkeit – also die Einhaltung des Leistungsversprechens – als die wichtigste Dimension bewertet, die Annehmlichkeiten des tangiblen Umfelds stellte die unwichtigste Dimension dar (vgl. Haller 2017, S. 57).

Dimensionen	Charakterisierung
Tangibles Umfeld („Tangibles“)	Erscheinungsbild des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin
Zuverlässigkeit („Reliability“)	Einhaltung des Leistungsversprechens
Reaktionsfähigkeit („Responsiveness“)	Erfüllung von individuellen Wünschen des/der Kunden/Kundin
Leistungskompetenz („Assurance“)	Know-how und Vertrauenswürdigkeit
Einfühlungsvermögen („Empathy“)	Zuwendung und Aufmerksamkeit gegenüber dem/der Kunden/Kundin

Tabelle 8: Dimensionen für Dienstleistungen (in Anlehnung an Haller 2017, S. 57)

Aus dieser Studie könnte für die Pharmabranche geschlossen werden, dass das Erscheinungsbild des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin keine Auswirkung auf die Begeisterungstiftung bei den ÄrztInnen hat. Da die Zuverlässigkeit in dieser Studie als die wichtigste Dimension festgestellt wird, könnte dies bedeuten, dass die Leistungsqualität der PharmareferentInnen durch zuverlässiges Verhalten aus Sicht der Ärzte/Ärztinnen positiv beeinflusst wird.

In einer Studie wird eruiert, dass die Kriterien der Prosocial Service Performance, einen Einfluss auf die Interaktionszufriedenheit und auf die Loyalität der KundInnen haben. Die Kriterien der Prosocial Service Performance sind – wie in Tabelle 9 ersichtlich – den drei Verhaltensgruppen – Vertrauen, Entgegenkommen und Verantwortung – zugeordnet (vgl. Coenen 2007, S. 431).

Prosocial Service Performance		
Vertrauen	Entgegenkommen	Verantwortung
Small Talk	Nach Aufforderung	Problemlösungskompetenz
Humor	Ohne Aufforderung	Prozesshilfe
Fürsorge		Proaktivität
Information		Physische Hilfe

Tabelle 9: Prosocial Service Performance (in Anlehnung an Coenen 2007, S. 432)

In der Verhaltensgruppe Vertrauen ist eine Teilkategorie der **Small Talk**. Damit sind Verhaltensweisen des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin gemeint, bei welchen ein Gespräch durch ungezwungene Kommunikation aufgelockert werden soll, sodass sich der/die Kunde/Kundin im Gespräch wohlfühlt. Small Talk stellt ebenso eine Form der Wertschätzung dar, da sich der/die MitarbeiterIn eine Zeit lang mit dem Gegenüber als Mensch beschäftigt (vgl. Coenen 2007, S. 433).

In einer Studie wird untersucht, ob unterschiedliche Auswirkungen beim Einsatz von Small Talk durch Frauen oder Männern erkenntlich werden. Dabei wird festgestellt, dass jene Personen, die Small-Talk einsetzen, unabhängig vom Geschlecht, ein vorteilhafteres Gespräch führen und als kooperativer wahrgenommen werden. Ebenso hat der Einsatz von Small Talk einen positiven Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen (vgl. Shaughnessy/Mislin/Hentschel 2015, S. 113).

Daraus könnte geschlossen werden, dass der Einsatz von Small Talk durch die PharmareferentInnen die persönliche Beziehung als auch die Vertrautheit zu den ÄrztInnen verstärken.

Für den Einsatz von Small Talk und Humor ist von Seiten der MitarbeiterInnen eine hohe soziale Kompetenz erforderlich. Bei einem falschen Einsatz von Humor können negative Emotionen hervorgerufen werden (vgl. Coenen 2007, S. 433).

Humor kann in vier unterschiedliche Typen eingeteilt werden, welcher selbstfördernd, selbstherabsetzend, affiliativ oder aggressiv sein kann. Der **selbstfördernde Humor** bezieht sich auf den/die MitarbeiterIn selbst. Diese Art von Humor vermittelt eine fröhliche Lebenseinstellung. Beim Einsatz eines **affiliativen Humors** werden andere Personen auf wohlwollende Art und Weise miteinbezogen. Dies könnte bspw. das Teilen von persönlichen und lustigen Anekdoten sein. Der **aggressive Humor** setzt eine andere Person herab, was durch eine ungewollte kränkende Aussage geschehen kann. Bewusster aggressiver Humor bezieht sich bspw. auf das Geschlecht, die Hautfarbe oder Behinderungen. Wenn sich der/die MitarbeiterIn selbst durch Scherze degradiert, wird diese Art von Humor als **selbsterabsetzender Humor** bezeichnet. Der positive Einsatz von Humor wirkt sich einerseits auf positive Kundenbewertungen aus und andererseits hat diese Art von Humor einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl eines/einer Mitarbeiters/Mitarbeiterin. Negativer Humor bewirkt das Gegenteil (vgl. Kleinaltenkamp/Mathies/Gansky 2015, S. 151 - 154).

Eine weitere Kategorie, welche zur Vertrautheit beiträgt, ist die **Fürsorge**. Dies umfasst sämtliche Handlungen, in welchen der/die MitarbeiterIn, sich um das Wohlbefinden des/der Kunden/Kundin sorgt und Hilfestellungen anbietet. Durch die Weitergabe von relevanten **Informationen**, wird die Transparenz für die KundInnen erhöht, sodass das Gefühl von Sicherheit entsteht und somit zum Vertrauen gegenüber dem/der MitarbeiterIn beiträgt (vgl. Coenen 2007, S. 432, S. 434).

Dem/Der Kunden/Kundin entgegenzukommen, stellt die zweite Verhaltensgruppe für Prosocial Service Performance dar. Das **Entgegenkommen nach Aufforderung** des/der Kunden/Kundin bedeutet, dass der/die MitarbeiterIn auf eine Anfrage des/der Kunden/Kundin kulant oder großzügig reagiert, was von dem/der MitarbeiterIn ohne negative Folgen von der Seite des Unternehmens abgelehnt werden könnte (vgl. Coenen 2007, S. 434f.).

Im Gegensatz dazu stellt das **Entgegenkommen ohne Aufforderung** das Ausnutzen des Handlungsspielraumes des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin dar, um das Wohlbefinden des/der Kunden/Kundin zu steigern. Da die Erwartungen des/der Kunden/Kundin übertroffen werden, sorgt die entsprechende Handlung für einen positiven Überraschungseffekt und steigert somit die Interaktionszufriedenheit (vgl. Coenen 2007, S. 434f.).

Dieses Kriterium ist aus Sicht der Autorin mit dem vierten strategischen Eckpunkt des strategischen Rahmens für Service Excellence in Verbindung zu bringen, da innerhalb dieses Eckpunkts auf die Definition von Handlungsfeldern für Kundenüberraschungen eingegangen wird.

In die dritte Verhaltensgruppe fällt die **Problemlösungskompetenz** des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin. Dies bedeutet, dass bei einem auftretenden Problem bei dem/der Kunden/Kundin der/die MitarbeiterIn außerhalb des üblichen Aufgabengebiets handelt, um den/der Kunden/Kundin eine Lösung für das Problem anbieten zu können und somit das Wohlbefinden des/der Kunden/Kundin zu steigern. Zu der **Prozesshilfe** zählen sämtliche Aktivitäten des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin, die den/der Kunden/Kundin bei der Ausübung derer Tätigkeiten bei auftretender Unsicherheit unterstützen. Die **Proaktivität** beinhaltet das vorausschauende Denken in Bezug auf den/die Kunden/Kundin, indem der/die MitarbeiterIn auf eventuell auftretende Probleme hinweist und alternative Lösungsvorschläge anbietet, sodass einer möglichen Enttäuschung des/der Kunden/Kundin vorgebeugt wird. Zur **physischen Hilfe** durch den/die MitarbeiterIn zählen alle Handlungen, welche den/die Kunden/Kundin im körperlichen Sinne unterstützen. Dazu kann bspw. das Aufhalten einer Tür zählen (vgl. Coenen 2007, S. 436 - 438).

Aus Sicht der Autorin steht die Problemlösungskompetenz mit dem ersten strategischen Eckpunkt des strategischen Rahmens für Service Excellence in Zusammenhang, da in diesem Eckpunkt die kundenorientierten Entscheidungen – also die Abweichung von standardisierten Prozessen – thematisiert werden.

In einer Studie von Fuller et al. wurde untersucht, welches Wissen, welche Fähigkeiten und welche Verhaltensweisen zu einer exzellenten Performance in der Kommunikation beitragen. Dabei wurde das „SEEDS“ Kompetenzprofil ermittelt (vgl. Fuller et al. 2018, S. 233). Demnach unterscheiden sich exzellente Kommunikationsprofis durch *“their compounded ability to be strategic, empathic, expressive, and decisive and to see patterns and interrelationships”* (Fuller et al. 2018, S. 233).

In Tabelle 10 werden die einzelnen Kompetenzen des SEEDS-Profiles charakterisiert.

	Kompetenzen	Charakterisierung
S	„Strategic“ Strategische Denkweise	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgerichteter Fokus und Reflexion der eigenen beruflichen Weiterbildung • Verständnis für den Kontext und die Komplexität der Unternehmensziele sowie das entsprechende Handeln • Entwicklung einer persönlichen Vision für die Berufsausübung
E	„Empathic“ Empathie	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung unterschiedlicher Perspektiven und die Folgerung für das eigene Handeln • Adaptierung der Verhaltensweisen und der Sprache im jeweiligen Kontext • Integre Handlungsweise
E	„Expressive“ Ausdrucksstärke	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung von Sprache, Bildern und Geräuschen, die zur Begeisterung beitragen • Klare Artikulation der eigenen Meinung und Einstellung • Selbstsichere und nachvollziehbare Kommunikation von Ideen
D	„Decisive“ Bestimmtheit	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der eigenen Handlungen und Entscheidungen • Unverwechselbarkeit und der Mut, aufzufallen • Aktive Suche nach Gelegenheiten
S	„Sees patterns and interrelationships“ Erkennen von Strukturen und Zusammenhänge	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein über die sich verändernde Welt und dementsprechendes Handeln • Schnelle Integration von neuem Wissen und neuen Trends • Differenzierung von wesentlichen und geringfügigen Problemen

Tabelle 10: SEEDS-Profil für exzellente Kommunikationsprofis (in Anlehnung an Fuller et al. 2018, S. 244 - 246)

Da in der Studie von Frommeyer eruiert wurde, dass die fachliche Kommunikation einen Einfluss auf die Kommunikationsqualität und die persönliche Kommunikation einen Einfluss auf die wahrgenommene Leistungsqualität hat (vgl. Frommeyer 2005, S. 128), wird diese Struktur als Basis für diese Arbeit herangezogen.

Obwohl das tangible Umfeld in der Studie von Parasurman, Zeithaml und Berry als das unwichtigste Kriterium in der Erbringung von Dienstleistungen bewertet wurde (vgl. Haller 2017, S. 57), ist es aus Sicht der Autorin erforderlich, diesen Parameter in dieser Arbeit zu überprüfen.

In Tabelle 11 werden die Servicing-Kriterien aus den zuvor beschriebenen Studien in einer gemeinsamen Tabelle zusammengefasst dargestellt.

Servicing-Kriterien		
Physisch	Tangibles Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Erscheinungsbild des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin • Physische Hilfe
	Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktinitiative • Ausreichende, bedürfnisgerechte, relevante und richtige Informationen • Proaktivität
Fachlich	Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Know-how • Verständlichkeit der Sachverhalte • Abfrage des Bedarfs der KundInnen • Aufzeigen von Alternativen • Schnelle Integration von neuem Wissen und neuen Trends • Problemlösungskompetenz • Entgegenkommen nach Aufforderung durch Ausnutzung des Handlungsspielraumes • Prozesshilfe
	Empathie	<ul style="list-style-type: none"> • Freundlichkeit • Erreichbarkeit • Fähigkeit des Zuhörens • Wahrnehmung unterschiedlicher Perspektiven • Ernstnehmen von Anforderungen • Adaptierung der Verhaltensweisen und der Sprache • Entgegenkommen ohne Aufforderung durch Ausnutzung des Handlungsspielraumes
Persönlich	Souveränität	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstrahlung von Ruhe und Gelassenheit • Selbstsichere Kommunikation • Klare Artikulation von Meinungen und Einstellungen • Unverwechselbarkeit und der Mut, aufzufallen
	Vertrautheit	<ul style="list-style-type: none"> • Small Talk • Humor • Fürsorge

Tabelle 11: Ausgewählte Servicing-Kriterien (in Anlehnung an Coenen 2007, S. 432 - 438; Frommeyer 2005, S. 100, S. 190 - 194; Fuller et al. 2018, S. 244 - 246; Haller 2017, S. 57)

Einzelne Verhaltensweisen können zur Zufriedenheit der KundInnen beitragen, allerdings ist davon auszugehen, dass diese Verhaltensweisen nicht isoliert voneinander betrachtet werden können, sondern in Kombination einen nachhaltigen Eindruck bei den KundInnen hinterlassen und somit zur Service Excellence beitragen (vgl. Coenen 2007, S. 438).

Um die tatsächlichen Einflussfaktoren für die Begeisterung von KundInnen herauszufinden, ist eine Kundenbefragung in qualitativer oder quantitativer Form erforderlich (vgl. Gouthier 2016b, S. 54).

6.2. Methoden zur Ermittlung der Servicing-Kriterien

In diesem Kapitel wird auf zwei mögliche Methoden, welche für die Ermittlung der Servicing-Kriterien eingesetzt werden können, näher eingegangen. Dazu zählen die Importance-Performance-Analyse (IPA) bzw. die Neun-Felder-Matrix und die Kano-Methode.

6.2.1. Importance-Performance-Analyse

Zur Messung und Bewertung der Servicing-Kriterien kann eine Importance-Performance-Analyse herangezogen werden, um eine Priorisierung von Qualitätsmerkmalen vorzunehmen. Dabei werden die Wichtigkeit und die wahrgenommene Leistungsstärke der ausgewählten Kriterien aus Kundensicht ermittelt (vgl. Bruhn 2013, S. 127).

Die Teilleistungen der Dienstleistung werden nach einer affektiven und nach einer kognitiven Komponente erhoben, sodass die aktuelle Dienstleistungsqualität eines Unternehmens oder eines/einer Mitarbeiters/Mitarbeiterin bewertet werden kann (vgl. Bruhn 2013, S. 125).

Die **affektive Komponente** spiegelt die Erwartungen an die Qualität der Dienstleistung wider, welche auch als **Wichtigkeit (Importance)** interpretiert werden kann. Denn je höher die Erwartungen an eine Teilleistung sind, desto wichtiger ist sie für den/die Kunden/Kundin. Die **kognitive Komponente** stellt den Erfüllungsgrad – also die **Leistungsstärke (Performance)** – dar (vgl. Bruhn 2013, S. 125).

Zur Darstellung der bewerteten Kriterien dient – wie in Abbildung 26 ersichtlich – eine sogenannte Importance-Performance-Matrix (IPM), in welcher die Dimensionen „Wichtigkeit (Importance)“ und „Leistungsstärke (Performance)“ gegenübergestellt werden (vgl. Gouthier 2016b, S. 56).

Leistungsstärke (Performance)	Hoch	Quadrant 2 „Possible overkill“	Quadrant 3 „Keep up the good work“
	Niedrig	Quadrant 1 „Low priority“	Quadrant 4 „Concentrate here“
		Niedrig	Hoch
		Wichtigkeit (Importance)	

Abbildung 26: Importance-Performance-Matrix (in Anlehnung an Gouthier 2013, S. 97)

Der erste Quadrant enthält Kriterien, welche von geringer Wichtigkeit sind und eine geringe Leistungsstärke aufweisen. Verbesserungen in der Servicequalität sind mit geringem Aufwand erreichbar, erzielen aber nur geringe Effekte. Daher ist bei diesen Faktoren kein primärer Verbesserungsbedarf erforderlich (vgl. Gouthier 2013, S. 97).

Im zweiten Quadranten befinden sich Kriterien, welche sich durch eine hohe Leistungsstärke auszeichnen, aber für die KundInnen von geringerer Wichtigkeit sind. Ein Verbesserungsbedarf ist hierbei nicht erforderlich, es ist hingegen das Potenzial für Einsparungen vorhanden (vgl. Gouthier 2013, S. 97).

Kriterien, welche durch eine hohe Leistungsstärke und eine hohe Wichtigkeit gekennzeichnet sind, befinden sich im dritten Quadranten. Eine Verbesserung dieser Faktoren kann große Effekte erzielen, ist jedoch nur mit sehr großem Aufwand zu erreichen (vgl. Gouthier 2013, S. 97).

Im vierten Quadranten befinden sich jene Faktoren, bei welchen vorrangig Maßnahmen angesetzt werden sollten, da diese eine hohe Wichtigkeit für die KundInnen aufweisen, jedoch eine geringe Leistungsstärke widerspiegeln (vgl. Gouthier 2013, S. 97).

Diese Analyse gibt Aufschluss über die Priorität einzelner Qualitätsmerkmale. Daher empfiehlt es sich, regelmäßige Wiederholungen der Analyse durchzuführen, um Veränderungen der Merkmale aus Kundensicht zu ermitteln (vgl. Bruhn 2013, S. 127).

Die Neun-Felder-Matrix stellt aus Sicht der Autorin eine Erweiterung der Importance-Performance-Analyse dar.

Dabei werden – wie in Abbildung 27 ersichtlich – die Wichtigkeit und die Empfehlungsbereitschaft einzelner Touchpoints mit 0 - 10 Punkte von den KundInnen bewertet. Je nach Bewertung kann beurteilt werden, bei welchen Touchpoints eine Maßnahmensetzung mit Priorität zu behandeln ist (vgl. Schüller 2016, S. 185, S. 210).

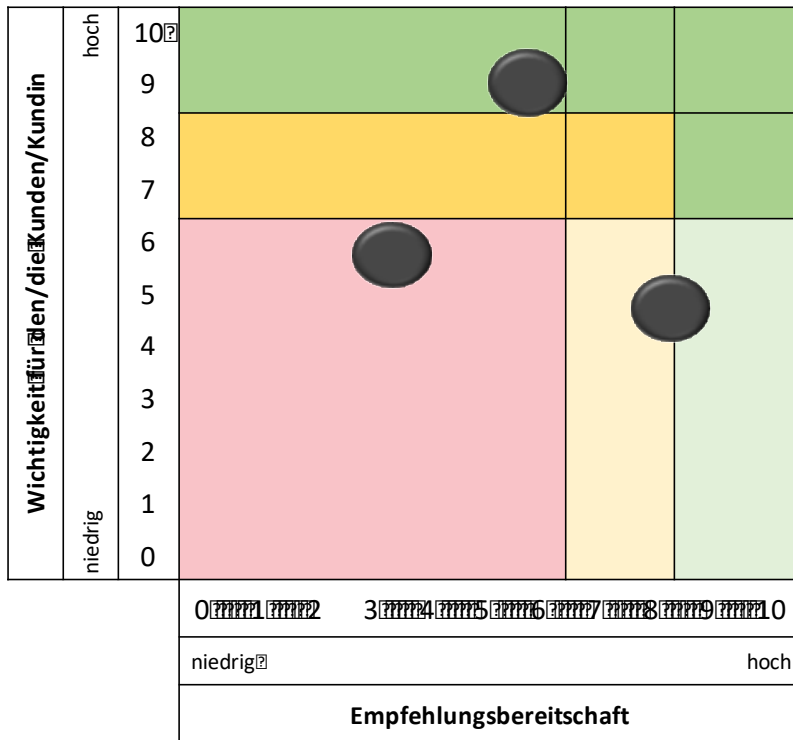


Abbildung 27: Neun-Felder-Matrix mit den Achsen Wichtigkeit und Empfehlungsbereitschaft (in Anlehnung an Schüller 2016, S. 186)

Aus Sicht der Autorin ist diese Form der Analyse als sinnvoll zu betrachten, wenn bereits Vorkenntnisse über relevante Touchpoints innerhalb der Branche vorhanden sind. Da es in der Pharmabranche diesbezüglich noch keine Untersuchungen gibt, ist vom Einsatz dieser Analyse abzusehen, da die Gefahr besteht, dass relevante Touchpoints nicht abgefragt werden.

6.2.2. Kano-Methode

Das Kano Modell ist ein von Noriaki Kano entwickeltes Zufriedenheitsmodell, in welchem – wie in Abbildung 28 ersichtlich – Dienstleistungskriterien unterschiedliche Auswirkungen auf die Zufriedenheit der KundInnen haben (vgl. Haller 2017, S. 54).

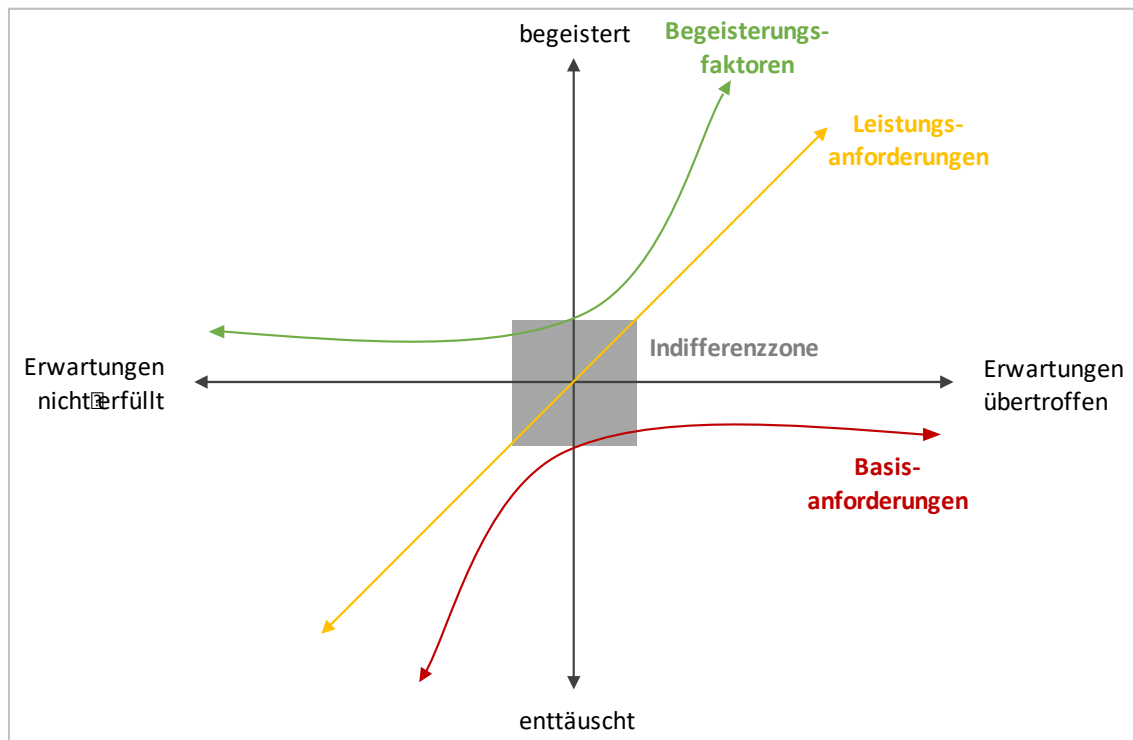


Abbildung 28: Kano-Modell (in Anlehnung an Haller 2017, S. 56)

Zu den **Basisanforderungen** zählen jene Faktoren, die von den KundInnen vorausgesetzt werden. Selbst, wenn die Erwartungen dieser Faktoren übertroffen werden, wird dies von den KundInnen nicht positiv honoriert, sollten die Erwartungen hingegen nicht erfüllt werden, sind die KundInnen sehr unzufrieden. Die Organisation von Schulungen und Kongressen stellt ein Beispiel für eine Basisanforderung dar. Ist die Schulung oder der Kongress schlecht organisiert, werden die KundInnen unzufrieden sein, eine gute Organisation wird hingegen nicht bemerkt werden (vgl. Haller 2017, S. 54).

Die **Leistungsanforderungen** können, wenn die Erwartungen übertroffen werden, im Gegensatz zu den Basisanforderungen die Kundenzufriedenheit erhöhen. Bei Nichterfüllung der Erwartungen sind die KundInnen unzufrieden. Ein Beispiel im Dienstleistungsbereich ist das Einfühlungsvermögen und die Freundlichkeit der MitarbeiterInnen. Durch diese Faktoren steigt die wahrgenommene Qualität und trägt zu einer erhöhten Zufriedenheit bei. Sind die MitarbeiterInnen hingegen unfreundlich, wird die Qualität von den KundInnen schlechter bewertet und sind aufgrund dessen unzufrieden (vgl. Haller 2017, S. 54f.).

Die **Begeisterungsfaktoren** verursachen keine Unzufriedenheit, wenn sie nicht vorhanden sind. Sollten derartige Faktoren jedoch vorhanden sein, wird Begeisterung bei den KundInnen generiert, wodurch die Chance auf die Erlangung von Wettbewerbsvorteilen gegeben ist (vgl. Haller 2017, S. 55).

Zusätzlich zu den drei Dimensionen kann ein Kriterium auch als unerheblich eingeordnet werden. Die KundInnen sind bei Vorhandensein dieser **indifferenten Faktoren** weder zufrieden noch unzufrieden. Zu den **Rückweisungsfaktoren** zählen jene Faktoren, die Unzufriedenheit bei Vorhandensein auslösen, bei Fehlen dieses Indikators wird jedoch keine Zufriedenheit ausgelöst (vgl. Meister/Meister 2018, S. 10f.).

Die Anwendung der Kano-Methode dient somit der Zuordnung von Anforderungen der KundInnen zu den beschriebenen Kategorien. Die Kriterien, die bewertet werden sollen, sind bereits im Vorhinein festzulegen (vgl. Leimeister 2012, S. 314). Eine Auswahl an Servicing-Kriterien sind im Kapitel 6.1 beschrieben.

Mithilfe der Kano-Methode kann somit vom Unternehmen abgeschätzt werden, auf welche Kriterien aus Sicht der KundInnen Wert gelegt wird. Ebenso wird herausgefunden, welche Faktoren von geringerer Bedeutung sind oder gar keine Bedeutung für die Zielgruppe haben (vgl. Leimeister 2012, S. 316).

Für die Bewertung von Kriterien werden jeweils eine funktionale und eine dysfunktionale Frage gestellt. Die funktionale Frage ist positiv formuliert und soll die Reaktion der Befragten hinsichtlich Zufriedenheit bei einer guten Qualität eines Merkmals zeigen. Bei der dysfunktionalen Frage wird dieselbe Frage negativ formuliert, um die Reaktion bei nicht zufriedenstellenden Merkmalen zu eruieren (vgl. Bruhn 2013, S. 151).

Für beide Fragestellungen werden die Antwortmöglichkeiten „Würde mich sehr freuen“, „Setze ich voraus“, „Ist mir egal“, „Könnte ich in Kauf nehmen“ und „Würde mich sehr stören“ vorgegeben. Für die Auswertung wird – wie in Tabelle 12 ersichtlich – die Matrix, in welcher die Antwortmöglichkeiten der dysfunktionalen und der funktionalen Fragestellung gegenübergestellt werden, angewendet (vgl. Hölzing 2008, S. 116).

Kriterium		Dysfunktionale Frage				
		Würde mich sehr freuen	Setze ich voraus	Ist mir egal	Könnte ich in Kauf nehmen	Würde mich sehr stören
Funktionale Frage	Würde mich sehr freuen	Q	A	A	A	O
	Setze ich voraus	R	I	I	I	M
	Ist mir egal	R	I	I	I	M
	Könnte ich in Kauf nehmen	R	I	I	I	M
	Würde mich sehr stören	R	R	R	R	Q

Tabelle 12: Auswertungstabelle für die Kano-Methode (in Anlehnung an Hölzing 2008, S. 116)

Die Abkürzungen „A“, „O“, „M“, „I“, „R“ und „Q“ werden in Tabelle 13 näher erläutert.

A	Attractive	Begeisterungsfaktor
O	One-Dimensional	Leistungsanforderung
M	Must-be	Basisanforderung
I	Indifferent	Indifferenten Faktor
R	Reverse	Rückweisungsfaktor
Q	Questionable	Fragwürdig

Tabelle 13: Legende zur Auswertungstabelle für die Kano-Methode (in Anlehnung an Hölzing 2008, S. 116)

Jene Attribute, die der Kategorie „Questionable“ zugeordnet werden, stellen eine nicht plausible Kombination aus der funktionalen und dysfunktionalen Frage dar. Eine Zuordnung in diese Kategorie zeigt eine falsch verstandene Frage an (vgl. Hölzing 2008, S. 112).

Die Resultate der Kriterien werden im Anschluss in die Ergebnistabelle – wie in Tabelle 14 ersichtlich – eingetragen. Durch die Auswertung der Häufigkeiten kann das jeweilige Kriterium einer Kategorie zugeordnet werden (vgl. Hölzing 2008, S. 121).

	A	O	M	I	R	Q	Gesamt	Kategorie
Kriterium 1								
Kriterium 2								

Tabelle 14: Ergebnistabelle für die Auswertung der Qualitätskriterien nach der Kano-Methode (in Anlehnung an Hölzing 2008, S. 120)

Für eine detaillierte Analyse ist die Berechnung des Kundenzufriedenheitskoeffizienten (CS-Koeffizienten) erforderlich. Dieser Koeffizient gibt an, wie die Erfüllung von Anforderungen die Zufriedenheit steigern kann oder wie die Nichterfüllung der Anforderungen die Unzufriedenheit beeinflusst (vgl. Hölzing 2008, S. 124).

Der Zufriedenheitskoeffizient (CS⁺) reicht vom Wert null bis eins, während der Unzufriedenheitskoeffizient (CS⁻) vom Wert null bis minus eins reicht. Die Berechnung wird in den untenstehenden Formeln 1 und 2 dargestellt (vgl. Hölzing 2008, S. 125).

$$CS^+ = \frac{A+O}{(A+O+M+I)}$$

Formel 1: Berechnung des CS⁺ (Hölzing 2008, S. 125)

$$CS^- = - \frac{O+M}{(A+O+M+I)}$$

Formel 2: Berechnung des CS⁻ (Hölzing 2008, S. 125)

Mithilfe dieser Berechnung kann die Auswertung im Anschluss in einer Matrix – wie in Abbildung 29 ersichtlich – dargestellt werden (vgl. Leimeister 2012, S. 317).

		Unzufriedenheits- stiftung (CS ⁻)	
		0	
Zufriedenheits- stiftung (CS ⁺)	0	I Indifferenz- faktoren	A Begeisterungs- faktoren
		(-)0,5	1
		M Basis- anforderungen	O Leistungs- anforderungen
			-1

Abbildung 29: Matrix zur Ergebnisdarstellung der Kriterien nach der Kano-Methode (in Anlehnung an Bruhn 2013, S. 152)

Aus Sicht der Autorin kann mithilfe der Kano-Methode im Vergleich zur Importance-Performance-Analyse bzw. zur Neun-Felder-Matrix ein allgemeineres Stimmungsbild innerhalb einer Branche abgerufen werden. Diese Analyse eignet sich daher insbesondere dann, wenn noch keine Studien in einer spezifischen Branche durchgeführt wurden.

6.3. Maßnahmensetzung in der persönlichen Kommunikation

Der Kommunikationsstil übt einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg von VertriebsmitarbeiterInnen aus. Bei der persönlichen Interaktion sind drei unterschiedliche Kommunikationsstile voneinander zu differenzieren, der aufgabenorientierte, der interaktionsorientierte und der selbstorientierte Kommunikationsstil (vgl. Ivens/Leischnig 2016, S. 542f.).

Beim **aufgabenorientierten Stil** versucht der/die MitarbeiterIn das Kundengespräch mit einem hohen Fokus auf die Ziele, effizient zu gestalten und den dabei entstehenden Aufwand, die Zeit und die Kosten zu reduzieren. Bei der Ausübung eines **interaktionsorientierten Stils** stehen die persönlichen und sozialen Gesichtspunkte im Vordergrund, sodass der eigentliche Zweck des Kundengesprächs hintergründig ist. Beim **selbstorientierten Stil** liegt der Fokus im Kundengespräch auf den eigenen Interessen, während die Interessen des/der Kunden/Kundin in den Hintergrund rücken. Bei diesem Kommunikationsstil ist der/die MitarbeiterIn bestrebt, eine dominante Rolle einzunehmen und den eigenen Status zu präsentieren (vgl. Ivens/Leischnig 2016, S. 543).

Ein aufgabenorientierter Stil von PharmareferentInnen kann aus Sicht der Autorin bedeuten, dass die PharmareferentInnen strikt nach einem vorgegebenen Arbeitsprogramm arbeiten und die Gespräche mit den ÄrztInnen nach einem vorgegebenen Gesprächsleitfaden führen. Ein interaktionsorientierter Stil könnte darauf hinweisen, dass der Small Talk durch den/die Pharmareferenten/Pharmareferentin einen wesentlichen Bestandteil des Gespräches mit dem/der Arzt/Ärztin in Anspruch nimmt und die Besprechung der Arzneimittel in den Hintergrund rückt. Der selbstorientierte Stil eines/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin könnte sich im Gespräch mit einem/einer Arzt/Ärztin zeigen, wenn bspw. Studien, welche für den/die Arzt/Ärztin nicht relevant sind, präsentiert wird.

Je nach Kunde/Kundin kann eine andere Art des Kommunikationsstils zum Ziel führen. Das Unternehmen hat die Möglichkeit bspw. mittels Schulungen bei der Wahl des Kommunikationsstils zu unterstützen. Bei der Definition eines Kommunikationsstils sind – wie in Abbildung 30 ersichtlich – die Kommunikationsinhalte, die Form der Informationsübermittlung und die Regeln der Kommunikation zu berücksichtigen (vgl. Ivens/Leischnig 2016, S. 543).

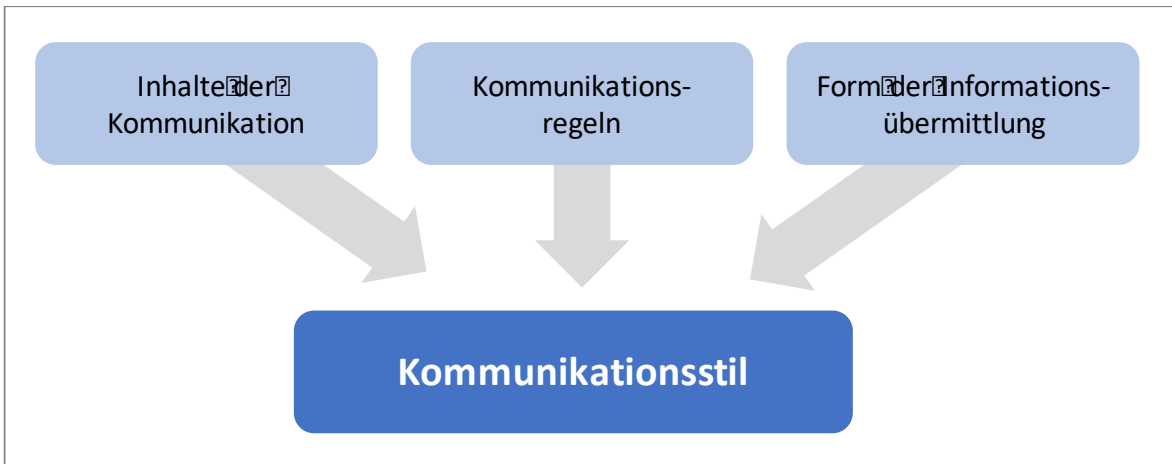


Abbildung 30: Elemente des Kommunikationsstils (in Anlehnung an Ivens/Leischnig 2016, S. 543)

Bei der Festlegung von den **Inhalten der Kommunikation** ist die Kundenorientierung im Unternehmen miteinzubeziehen. Die **Form der Informationsübermittlung** regelt den Standardisierungsgrad, die Argumentationsart und den Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung des Kundengesprächs. Die **Kommunikationsregeln** stellen die Verbindung zwischen den Inhalten und der Form der Kommunikation dar. Dabei wird festgelegt, auf welche Art und Weise die Kommunikation stattfinden soll (vgl. Ivens/Leischnig 2016, S. 544).

In Tabelle 15 wird eine beispielhafte Maßnahmensetzung für den Kommunikationsstil dargestellt.

Servicing-Kriterium	Inhalt der Kommunikation	Form der Kommunikationsübermittlung	Kommunikationsregel
Beantwortung von Fragen	Studien und Fachinformationen	Standardisierte Antwort und Einsatz von Studienzusammenfassungen	Beantwortung per Post, per Mail oder persönlich

Tabelle 15: Maßnahmensetzung für den Kommunikationsstil mit einem Beispiel (Eigene Darstellung)

7. Theoretisches Service-Excellence-Konzept mit Fokus auf das Servicing

Unter einem Konzept wird ein „*umfassender, gedanklicher Entwurf verstanden, der sich an den angestrebten Unternehmenszielen und -vorgaben orientiert*“ (Schweizer 2018, S. 1).

In einem Konzept soll unter anderem die Analyse der Ausgangslage, eine Strategie, die Maßnahmenplanung, das geplante Budget und das Controlling enthalten sein (vgl. Schweizer 2018, S. 2).

7.1. Interne Prozessanalyse

Da der Fokus dieser Arbeit ausschließlich auf den direkten zweiseitigen Touchpoints liegt, bezieht sich die interne Prozessanalyse auf den persönlichen Kontakt zu den praktischen ÄrztInnen bei Kongressmessen bzw. Veranstaltungen und auf die persönlichen Besuche in den Ordinationen der praktischen Ärzte/Ärztinnen durch die PharmareferentInnen. Für jeden dieser Touchpoints ist eine eigene Analyse erforderlich.

Wie in Abbildung 31 ersichtlich, werden in der internen Prozessanalyse die Prozesse des Unternehmens im Onstage-Bereich ermittelt und chronologisch geordnet (vgl. Sandmann 2016, S. 26). Danach werden die Teilprozesse, welche im Kapitel 4.2 schematisch dargestellt wurden, unternehmensspezifisch den Phasen Pre-Service, Service oder Post-Service zugeordnet (vgl. Rosenbaum/Otalora/Ramírez 2017, S. 145). Im Anschluss werden die dazugehörigen Prozesse im Backstage- und Support-Bereich dargestellt (vgl. Sandmann 2016, S. 29).

Zusätzlich wird die geplante Customer Journey aus Unternehmenssicht, welche mit den Onstage-Aktivitäten der PharmareferentInnen unmittelbar in Verbindung stehen, eingezeichnet.

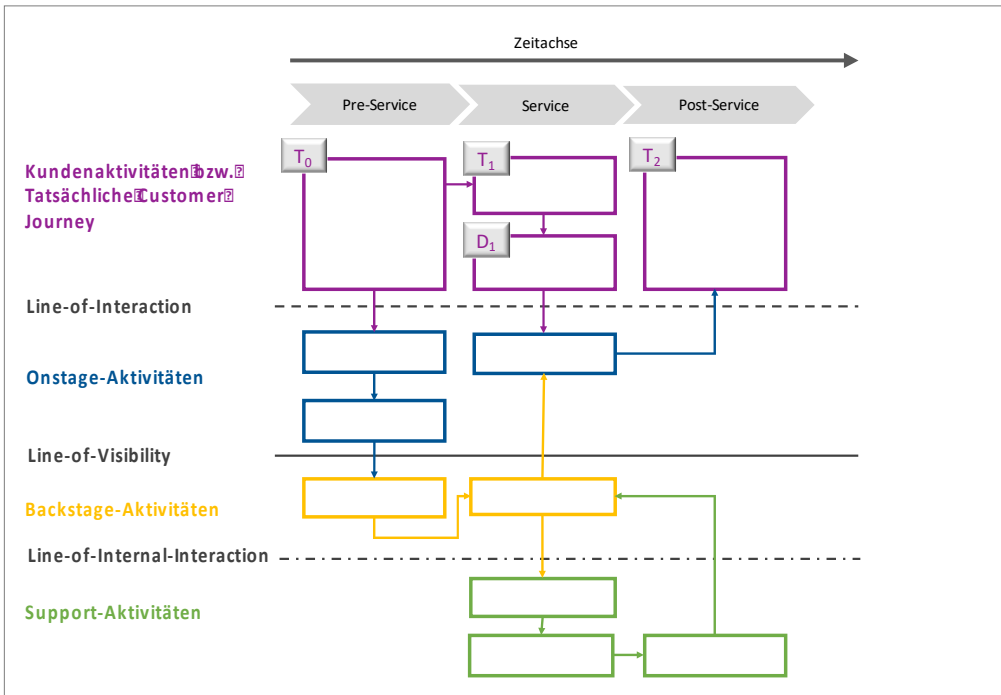


Abbildung 31: Rahmen für die interne Prozessanalyse (in Anlehnung an Nielsen Norman Group 2017; Rosenbaum/Otalora/Ramírez 2017, S. 145)

7.2. Servicing-Kriterien

Einzelne Kriterien werden mittels Kano-Methode überprüft. Dabei wird ermittelt, welche der ausgewählten Kriterien als indifferente Faktoren, Basis-, Leistungs- und Begeisterungsfaktoren wahrgenommen werden. Diese werden nach Auswertung in die Matrix – wie in Abbildung 32 ersichtlich – eingetragen.

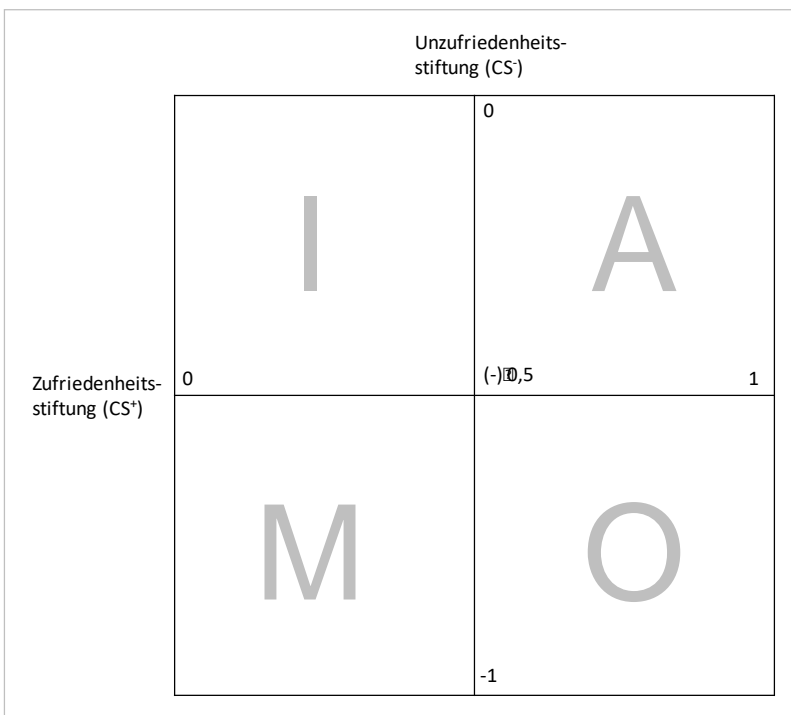


Abbildung 32: Matrix zur Zuordnung der bewerteten Servicing-Kriterien (in Anlehnung an Bruhn 2013, S. 152)

Die Love- und Pain-Points werden – wie in Tabelle 16 ersichtlich – den aufgestellten Kategorien von Tabelle 11 zugeordnet.

Servicing-Kriterien			
		Love Points	Pain Points
Physisch	Tangibles Umfeld	Gepflegtes Erscheinungsbild	Ungepflegtes Erscheinungsbild
	Zuverlässigkeit	Beantwortung von Fragen	Besprechung von nicht praxisrelevanten Inhalten
Fachlich	Kompetenz	Verständlichkeit der Produktinformationen	Unstrukturierte Produktpräsentation
	Empathie	Zuhören	Nicht ausreden lassen
Persönlich	Souveränität	Selbstsicheres Auftreten	Aufdringlichkeit
	Vertrautheit	Natürliches Auftreten	Small-Talk

Tabelle 16: Zuordnung der Love- und Pain-Points zu den Servicing-Kategorien mit Beispielen (in Anlehnung an Bruhn/Hadwich/Georgi 2007, S. 65; Haller 2017, S. 57)

Als individuelle Maßnahmensetzung für den/die zuständige/n Pharmareferenten/Pharmareferentin wird bei Bedarf – wie in Tabelle 17 ersichtlich – ein unterstützender Rahmen für den Kommunikationsstil in Bezug auf die Inhalte der Kommunikation, die Form der Informationsübermittlung und den Regeln zur Kommunikation mit den praktischen ÄrztInnen erstellt (vgl. Ivens/Leischnig 2016, S. 543).

Servicing-Kriterium	Inhalt der Kommunikation	Form der Kommunikationsübermittlung	Kommunikationsregel
<u>Beispiel:</u> Beantwortung von Fragen	Studien und Fachinformationen	Standardisierte Antwort und Einsatz von Studienzusammenfassungen	Beantwortung per Post, per Mail oder persönlich

Tabelle 17: Maßnahmensetzung für den erwarteten Kommunikationsstil (in Anlehnung an Ivens/Leischnig 2016, S. 543)

7.3. Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing

Bei der Aufstellung der geplanten Customer Journey ist die Definition des Start- und des Endpunktes erforderlich (vgl. Riedel/Gresser 2016, S. 73). Die Aktivitäten können mit T_1 , T_2 , usw. nummeriert werden (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848).

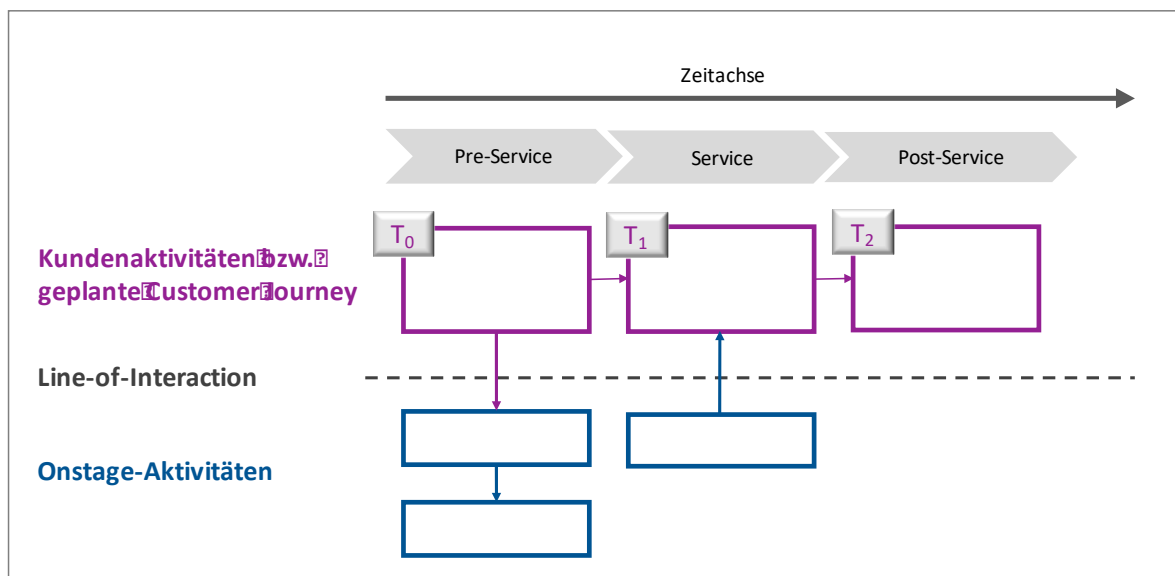


Abbildung 33: Interne Prozessanalyse inklusive Kundenaktivitäten bzw. geplanter Customer Journey (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848; Nielsen Norman Group 2017; Rosenbaum/Otalora/Ramírez 2017, S. 145)

In Abbildung 34 wird der Aufbau mit den Inhalten der vertikalen Achse dargestellt. Die Elemente, welche untersucht werden sollen, werden durch das Unternehmen je nach Bedarf festgelegt (vgl. Kalbach 2016, S. 7).

In dieser Arbeit werden die Elemente „Erwartungen“, „Love-Points“ und „Pain-Points“ herangezogen, um das Servicing-Verhalten der PharmareferentInnen innerhalb der Customer Journey zu analysieren, um Ansatzpunkte für Optimierungen in den Teilprozessen aufzudecken.

Aktivitäten des/der praktischen Arztes/Ärztin	<u>Beispiel:</u> Frage stellen		
Erwartung	Gute Beantwortung der Frage		
Love Points	Beantwortung mithilfe von Unterlagen		
Pain Points	Übergehen und Nicht-Beantwortung der Frage		
Onstage-Aktivitäten des/der Pharmareferenten/ Pharmareferentin	Frage beantworten		

Abbildung 34: Darstellung der vertikalen Achse der Customer Journey Map mit einem Beispiel (in Anlehnung an Kalbach 2016, S. 7)

Nach Abschluss der empirischen Untersuchung wird die tatsächliche Customer Journey gemäß dem Customer Journey Mapping gezeichnet und mit Kommentaren versehen. Die tatsächliche Customer Journey wird im Anschluss – wie in Abbildung 35 ersichtlich – mit der geplanten Customer Journey aus Unternehmenssicht verglichen und auf Abweichungen überprüft. Diese werden vertikal unter dem geplanten Touchpoint eingezeichnet und können mit D₁, D₂, usw. nummeriert werden (vgl. Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848). Sollten keine Abweichungen auftreten, stellt die geplante Customer Journey zugleich die tatsächliche Customer Journey dar.

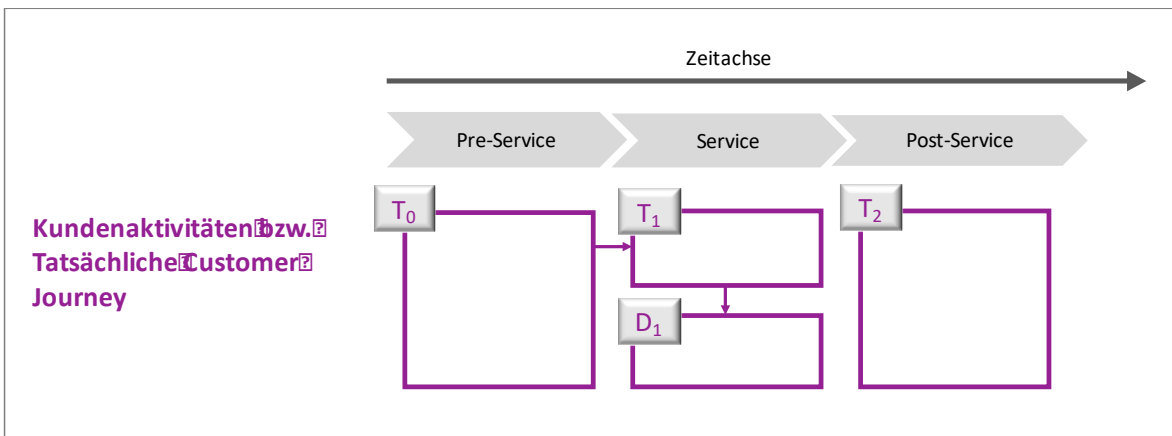


Abbildung 35: Analyse der tatsächlichen Customer Journey (in Anlehnung an Halvorsrud/Kvale/Folstad 2016, S. 848)

Der unternehmensspezifische strategische Rahmen für Service Excellence wird – wie in Tabelle 18 ersichtlich – in Form der vier strategischen Eckpunkte definiert. Diese Eckpunkte gelten als Basis für die Entwicklung von entsprechenden Maßnahmen.

Im ersten Eckpunkt wird definiert, inwiefern kundenorientierte Entscheidungen gegenüber den praktischen ÄrztInnen getroffen werden dürfen und inwieweit vom Standardprozess abgewichen werden darf. Der zweite Eckpunkt bezieht sich auf Service Excellence gegenüber den PharmareferentInnen, da das interne und das externe Servicing durch eine Ursache-Wirkungskette miteinander verbunden ist. Das Lernen von den ÄrztInnen benötigt entsprechende Prozesse, sodass die Bedürfnisse der praktischen Ärzte/Ärztinnen im Unternehmen wahrgenommen werden. Im vierten Eckpunkt sollen Handlungsfelder definiert werden, in welchen Situationen Überraschungen bei den praktischen ÄrztInnen hervorgerufen werden sollen (vgl. CEN/TS 16880 2015, S. 8; Mönch/Goller 2008, S. 235 - 240).

Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing	
Eckpunkt 1: Kundenorientierte Entscheidungen	Termine auf Wunsch der Ärzte/Ärztinnen vereinbaren
Eckpunkt 2: Service Excellence gegenüber PharmareferentInnen durch den Innendienst	Schnelle Bearbeitung und Beantwortung von Anfragen durch die PharmareferentInnen
Eckpunkt 3: Lernen von ÄrztInnen	Rückmeldungen von den ÄrztInnen im Customer Relationship Management System (CRM-System) hinterlegen
Eckpunkt 4: Definition von Handlungsfeldern für Kundenüberraschungen	Budget je PharmareferentIn zum individuellen Einsatz bei den ÄrztInnen

Tabelle 18: Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing mit Beispielen (in Anlehnung an Mönch/Goller 2008, S. 232 - 240)

7.4. Service-Excellence-Maßnahmen mit Fokus auf das Servicing

Auf Basis der definierten strategischen Eckpunkte können – wie in Tabelle 19 ersichtlich – Ziele sowie dazugehörige Maßnahmen abgeleitet werden. Für die Maßnahmen werden für das Controlling Messgrößen als auch Zielwerte ausgewählt. Jede Maßnahme wird in Form von Zeitaufwand und den anfallenden Kosten budgetiert.

Eckpunkt	Lernen von den ÄrztInnen	Kosten
Ziel	Messung des Net Promoter Scores	
Maßnahme	Jährliche Messung des NPS	2.000 €
Messgröße	NPS = % Promotoren - % Kritiker	
Zielwert	> 10	
Zeitaufwand	15 Stunden	

Tabelle 19: Entwurf für den Maßnahmenplan mit dazugehörigem Controlling und der Budgetierung mit einem Beispiel (in Anlehnung an Meister/Meister 2018, S. 162)

8. Vorstellung des Unternehmens G.L. Pharma GmbH

Das Unternehmen G.L. Pharma GmbH ist ein Pharmaunternehmen, welches aus der Fusionierung von Lannacher Heilmittel und Gerot Pharmazeutika im Jahr 2009 entstanden ist und seitdem in Österreich unter der Marke Gerot Lannach auftritt. Lannacher Heilmittel aus Lannach und Gerot-Pharmazeutika aus Wien wurden 1947/48 gegründet und blicken somit auf eine 70-jährige Geschichte zurück (vgl. G.L. Pharma GmbH 2018).

Das Unternehmen G.L. Pharma GmbH produziert feste Arzneiformen in Lannach und flüssige Arzneistoffe in Wien. Das Produktionsvolumen liegt bei ca. 3,5 Mio. Tagesdosen pro Jahr (vgl. Gerot Lannach 2018). Aufgrund der Auslastung wird der Produktionsstandort Lannach mit einer Investition von über 50 Millionen Euro ausgebaut (vgl. Höfler/Neuper 2018).

Mit 715 MitarbeiterInnen ist G.L. Pharma GmbH in mehr als 50 Ländern aktiv und hat im Jahr 2017 einen Umsatz von rund 147 Mio. Euro erwirtschaftet, wovon knapp 40 % dem österreichischen Markt zuzurechnen sind (vgl. Gerot Lannach 2018).

Das Produktportfolio von G.L. Pharma GmbH besteht aus etwa 140 Arzneimitteln, wovon ca. 70 % als Generika deklariert werden können. Die Präparate werden folgenden Produktlinien zugeordnet:

- Herz-Kreislauf (HKL)
- Zentral-Nervensystem (ZNS)
- Substitution, Onkologie, Urologie (SOU)

Der HKL- und ZNS-Produktlinie stehen je 15 PharmareferentInnen und der SOU-Linie stehen sechs PharmareferentInnen zur Verfügung. In jeder Produktlinie ist ein/e LinienleiterIn für die Aktivitäten der PharmareferentInnen verantwortlich.

Dem HKL- und dem ZNS-Bereich können jeweils ca. 60 Arzneimittel und dem SOU-Bereich ca. 20 Arzneimittel zugeordnet werden. Durch die PharmareferentInnen wird eine kleinere Auswahl von Arzneimitteln aktiv beworben. Die sogenannten Force-Produkte werden für jede Produktlinie quartalsweise im Arbeitsprogramm festgelegt. Darin befinden sich insbesondere Neueinführungspräparate als auch umsatzstarke Arzneimittel in wachsenden Wirkstoffmärkten. Der Fokus der PharmareferentInnen liegt in der Bewerbung der Force-Produkte der jeweiligen Produktlinie.

Die PharmareferentInnen betreuen die Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin, Fachärzte/Fachärztinnen sowie Ärzte/Ärztinnen in Krankenanstalten. Da es sich hierbei um 53.000 Ärzte/Ärztinnen in Österreich handelt (vgl. Pharmig 2018, S. 14) und diese aufgrund der verfügbaren Ressourcen nicht gleichermaßen betreut werden können, sind die Ärzte/Ärztinnen als A-, B- und C-Ärzte/Ärztinnen klassifiziert. Die Einteilung der Ärzte/Ärztinnen erfolgt durch die selbständige Einschätzung der PharmareferentInnen. Die Intensität der Betreuung und der Besuche ist von der jeweiligen Zuordnung abhängig.

Für die PharmareferentInnen gilt eine Besuchsvorgabe von acht ÄrztInnen und zwei Apotheken oder neun ÄrztInnen am Tag. Die geplanten Besuche werden im CRM-System eingetragen. Im Zuge des Arztgesprächs werden die Force-Produkte besprochen, unterstützende Werbematerialien, Produktinformationen und ÄMU eingesetzt. Die Anzahl der abgegebenen ÄMU werden nach dem Besuch im CRM-System bei den jeweiligen ÄrztInnen eingetragen.

Jedem/Jeder Pharmareferenten/Pharmareferentin steht ein Budget zur Verfügung, welches für individuelle Abgabeartikel wie z.B. Süßigkeiten eingesetzt werden kann. Diese Abgabeartikel werden von den PharmareferentInnen selbstständig mit Produktetiketten beklebt, fotografiert und zusammen mit der Rechnung an den/die zuständige/n InnendienstmitarbeiterIn gesendet. Dieses individuelle Außendienstbudget (AD-Budget) wurde im Jahr 2017 zu 70 % ausgeschöpft.

Die PharmareferentInnen organisieren je nach Bedarf Kleinveranstaltungen mit ÄrztInnen, bei welchen Produkte präsentiert und die Beziehung zu den ÄrztInnen gestärkt werden können. Ebenso sind die PharmareferentInnen bei ausgewählten Kongressen mit einem Stand vertreten, auf welchen wiederum die Möglichkeit besteht, sich mit den ÄrztInnen auszutauschen.

9. Empirische Untersuchung

9.1. Untersuchungsdesign

Im Untersuchungsdesign wird auf das Informationsdefizit, die Methode der Untersuchung, die Stichprobenauswahl und das Erhebungsinstrument näher eingegangen.

9.1.1. Informationsdefizit

Bei der G.L. Pharma GmbH sind unternehmensinterne Prozesse für die Betreuung der Ärzte/Ärztinnen durch PharmareferentInnen festgelegt, jedoch hat bisher noch keine Untersuchung zur Customer Journey aus Sicht der Ärzte/Ärztinnen stattgefunden. Daher ist nach Abschluss der Erhebung zu überprüfen, ob die internen Prozesse mit der tatsächlichen Customer Journey übereinstimmen.

Da der Fokus dieser Arbeit auf dem Servicing-Verhalten der PharmareferentInnen bei den praktischen ÄrztInnen liegt, sind sämtliche direkten zweiseitigen Touchpoints für diese Untersuchung relevant.

Ebenso soll in der Untersuchung erhoben werden, wo die Erwartungshaltung der praktischen Ärzte/Ärztinnen in Bezug auf die Verhaltensweisen der PharmareferentInnen innerhalb Customer Journey liegt. Da hierbei das Servicing-Verhalten der PharmareferentInnen eine wichtige Rolle einnimmt, sollen durch die Untersuchung die Love- und die Pain-Points aus Sicht der praktischen Ärzte/Ärztinnen festgestellt werden.

9.1.2. Methode

Die qualitative Marktforschung ist anzuwenden, wenn bisher nicht untersuchte Bereiche erkundet werden sollen, denn dadurch werden die unter der Oberfläche liegenden Gegebenheiten und Prozesse erhoben. Ebenso lassen sich dadurch Gedanken, Gefühle und Emotionen der ProbandInnen ermitteln, was bspw. für die Erhebung von Kundenanforderungen bedeutend ist (vgl. Holzmüller/Buber 2009, S. 7f.).

Da in der Untersuchung für G.L. Pharma GmbH der Prozess – also die Customer Journey – aus Sicht der praktischen Ärzte/Ärztinnen an den direkten zweiseitigen Touchpoints mit den PharmareferentInnen sowie deren Erwartungen innerhalb der Customer Journey erhoben werden sollen, ist eine qualitative Untersuchung erforderlich.

Hypothesen werden üblicherweise in der quantitativen Marktforschung angewendet, um die getroffenen Aussagen auf deren Gültigkeit in Bezug auf die Grundgesamtheit zu bestätigen oder abzulehnen. In der qualitativen Marktforschung machen Hypothesen nur Sinn, wenn bereits Wissen zum Untersuchungsgegenstand besteht und mittels Erhebung begründet werden soll. Im Gegensatz zum Begründungszusammenhang sind bei einer qualitativen Marktforschung mit einem Entdeckungszusammenhang keine Hypothesen erforderlich. Von einer Entdeckung wird gesprochen, wenn zur untersuchten Thematik noch kein Wissen vorhanden ist. Die Generierung von Hypothesen würde die Untersuchung einschränken. Durch die Marktforschung mit einem Entdeckungszusammenhang können im Nachgang Hypothesen generiert werden (vgl. Oberzaucher 2017, S. 52).

Da bisher noch keine Erhebung zum definierten Informationsdefizit durchgeführt wurde, ist dementsprechend kein Vorwissen zu dieser Thematik vorhanden. Somit ist von einem Entdeckungszusammenhang auszugehen, weshalb auch keine Hypothesen vorweg aufgestellt werden.

Bei der **qualitativen Befragung** handelt es sich um eine Befragung in Face-to-Face-Form, welche nur bei einer geringen Anzahl von ProbandInnen erfolgt. Die Befragung erfolgt im Gegensatz zu einer quantitativen Erhebung nur zum Teil standardisiert. Diese Erhebungsmethode wird angewandt, um durch das Gespräch einen Einblick in die sozialen und psychischen Prozesse des/der Probanden/Probandin zu erhalten (vgl. Fantapié Altobelli 2017, S. 358).

Die typisch anwendbaren Methoden in der qualitativen Befragung sind Einzelexplorationen und Gruppendiskussionen. Aufgrund der geringen Stichprobe gelten die erhaltenen Ergebnisse aus qualitativen Befragungen als nicht repräsentativ (vgl. Ter Hofte-Fankhauser/Wälty 2011, S. 72).

Bei Gruppendiskussionen wird mit sechs bis zwölf Personen über ein bestimmtes Thema diskutiert. Dabei werden gruppendynamische Effekte hervorgerufen, um allgemeingültige Informationen aufzudecken. Bei Einzelexplorationen wird hingegen auf die subjektiven Äußerungen des/der Probanden/Probandin individuell eingegangen. Dies bringt den Vorteil, dass nicht erwartete Aspekte im Interview behandelt werden können (vgl. Ter Hofte-Fankhauser/Wälty 2011, S. 73).

Bei der qualitativen Erhebung für G.L. Pharma GmbH wird auf **Einzelexplorationen** mit den praktischen ÄrztInnen zurückgegriffen, da die individuellen Wahrnehmungen und die Erwartungen der ProbandInnen durch vertiefende Fragetechniken ermittelt werden können, was in einer Gruppendiskussion nicht möglich wäre.

Da die tiefgehenden Einblicke für diese Erhebung von großer Bedeutung sind, bietet sich der Einsatz von **ereignisorientierten Verfahren** an. Dieses Verfahren erhebt nicht die vom Unternehmen vorgegebenen Kriterien, vielmehr wird die Wahrnehmung des Prozesses von dem/der Probanden/Probandin bewertet (vgl. Meister/Meister 2018, S. 72).

Das Interview wird narrativ geführt, was bedeutet, dass die Fragen offen gestellt werden und auf die Erzählungen des/der Probanden/Probandin abzielen. Bei Nachfragen sollen weitere Erzählungen hervorgerufen werden (vgl. Mey/Mruck 2011, S. 261).

Am Ende des Gespräches werden den ProbandInnen mittels Fragebogen funktionale und dysfunktionale Fragen nach Kano vorgelegt. Dieser beinhaltet je eine Fragestellung zu jeder Kategorie von den in Tabelle 11 ausgewählten Servicing-Kriterien. Zu den Kategorien zählen das tangible Umfeld, die Zuverlässigkeit, die fachliche Kompetenz, die Empathie, die Souveränität und die Vertrautheit. Dies wird genutzt, um die Servicing-Kriterien, welche bereits im Laufe der Erhebung eruiert wurden, oder Kriterien, die bis dahin nicht genannt wurden, bewerten und vergleichen zu können. Dadurch stellt sich heraus, welche der ausgewählten Servicing-Kriterien als Basis-, Leistungs- oder Begeisterungsfaktor von den praktischen ÄrztInnen gesehen werden.

9.1.3. Stichprobenauswahl

Die Grundgesamtheit liegt in Österreich bei 14.000 praktischen ÄrztInnen (vgl. Pharmig 2018, S. 14).

Für die Stichprobenziehung wird auf kein datengesteuertes, sondern auf ein theoriegesteuertes Verfahren zurückgegriffen. Dies bedeutet, dass ein Vorwissen zum Untersuchungsgegenstand und zu den beeinflussenden Merkmalen vorliegt. Dabei kann es sich um theoriebasiertes, aber auch um alltagsbasiertes Vorwissen handeln (vgl. Schreier 2011, S. 249).

Bei der Erstellung eines qualitativen Stichprobenplans wird nach der Identifizierung der relevanten Merkmale eine Tabelle erstellt, in welcher die Ausprägungen der Merkmale miteinander kombiniert werden. Jede daraus entstehende Zelle wird mit einer Anzahl an Fällen besetzt (vgl. Schreier 2011, S. 250).

Dieses Verfahren kann durch die gezielte Auswahl von Falltypen ergänzt werden. Dabei handelt es sich um eine homogene Stichprobe, welche nach gewissen Kriterien ausgewählt wird und somit auf gleichwertige Fälle verweist. Die Auswahl von typischen Fällen eignet sich zur Ursachenforschung und zur Generierung von Ideen (vgl. Schreier 2011, S. 252).

Für diese Untersuchung wird somit ein qualitativer Stichprobenplan in Kombination mit einer gezielten Auswahl von Falltypen angewandt, indem zwischen zwei Altersgruppen der praktischen Ärzte/Ärztinnen unterschieden wird. Die jüngere Altersgruppe liegt – wie in Tabelle 20 ersichtlich – unter 50 Jahre und die ältere Altersgruppe liegt bei einem Alter von 50 Jahren und älter. Der Grund für diese Unterteilung ist, dass die über 50-Jährigen, jener Altersgruppe entsprechen, welche von der Altersstruktur der Ärzte/Ärztinnen die Überzahl ausmachen, aber in zehn bis 15 Jahren pensioniert sind. Daher ist es für Pharmaunternehmen wichtig, bereits jetzt die Erwartungen der jüngeren Ärzte/Ärztinnen miteinzubeziehen und zu berücksichtigen.

	Anzahl der ProbandInnen
< 50 Jahre	8
≥ 50 Jahre	8
Gesamt	16

Tabelle 20: Qualitativer Stichprobenplan (Eigene Darstellung)

9.1.4. Erhebungsinstrument

Bei Einzelexplorationen können neben offenen Fragen auch projektive Tests verwendet werden. Diese werden angewendet, um Gefühle oder persönliche Einstellungen zu Themen, über welche nicht gerne gesprochen wird, auf andere Objekte, Personen oder Situationen umzuleiten. Zu diesen Tests zählen bspw. der Ballon-Test, der Bilder-Erzähltest, die Produkt-Personifizierung und der Satzergänzungstest (vgl. Ter Hofte-Fankhauser/Wälty 2011, S. 73f.).

Für die Einzelexplorationen wird ein Gesprächsleitfaden angewendet, welcher zusätzlich zu den offenen Fragen einen Ballon-Test und drei Satzergänzungen beinhaltet (vgl. Anhang S. A-12 - A-15).

Beim **Ballon-Test** werden zwei Personen abgebildet, bei der eine Person eine Frage stellt oder eine Behauptung aufstellt. Die Antwort der zweiten Person soll durch den/die Probanden/Probandin formuliert werden. Beim **Satzergänzungstest** werden dem/der Probanden/Probandin unvollständige Sätze zur Ergänzung vorgelegt (vgl. Ter Hofte-Fankhauser/Wälty 2011, S. 74).

Am Ende des Gespräches wird ein standardisierter Kano-Fragebogen vorgelegt (vgl. Anhang S. A-16f).

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVo) wird ein Formblatt erstellt, auf welchem die Anonymität zugesichert wird. In der Auswertung werden lediglich Strukturdaten (vgl. Anhang S. A-18) zur Differenzierung verwendet. Diese Daten werden aber so eingesetzt, dass sie nicht auf den/die entsprechende/n Arzt/Ärztin zurückzuführen sind. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Aufzeichnungen nicht weitergegeben und nach der Transkription gelöscht werden.

9.2. Feldphase

Die Terminvereinbarungen mit den praktischen ÄrztInnen finden – wie in Tabelle 21 ersichtlich – zwischen Kalenderwoche (KW) 3 und 5 statt. Der geplante Befragungszeitraum liegt zwischen KW 4 und KW 9.

	Jänner					Februar				März				April
	KW 1	KW 2	KW 3	KW 4	KW 5	KW 6	KW 7	KW 8	KW 9	KW 10	KW 11	KW 12	KW 13	KW 14
Interne Prozessanalyse														
Erstellung des Gesprächsleitfadens														
Terminvereinbarungen für die Interviews mit den praktischen ÄrztInnen														
Durchführung der Erhebung														
Transkription														
Codierung in MAXQDA														
Qualitative Inhaltsanalyse														
Grafische Darstellung und Interpretation														
Integration der Ergebnisse in das Konzept														

Tabelle 21: Projektplan für die Marktforschung (Eigene Darstellung)

Die Interviews werden von der Autorin geführt und im Anschluss transkribiert. Die Transkriptionen werden in MAXQDA eingegeben. Bei nicht erlaubter Gesprächsaufzeichnung durch den/die Probanden/Probandin werden die Notizen, die während des Interviews gemacht werden, in Form eines Gedächtnisprotokolls ausformuliert und in MAXQDA eingetragen.

Im Anschluss wird eine offene Codierung der Transkriptionen vorgenommen. Die Codes werden zu Kategorien zusammengefasst, welche die wesentlichen Inhalte der Codierungen wiedergeben sollen (vgl. Oberzaucher 2017, S. 89).

Danach werden die Inhalte analysiert, interpretiert und grafisch dargestellt. Da keine statistische Repräsentativität durch die qualitative Erhebung möglich ist, wird von Quantifizierungen abgesehen (vgl. Oberzaucher 2017, S. 89). Die Auswertung des Kano-Fragebogens wird ebenso nicht als statistisch repräsentativ angesehen, soll aber der Analyse von eventuellen Zusammenhängen unterstützen.

Die Auswertung der Interviews wird in das Konzept integriert.

10. Service-Excellence-Konzept mit Fokus auf das Servicing für die G.L. Pharma GmbH

Das Service-Excellence-Konzept für G.L. Pharma GmbH fokussiert sich auf das Servicing durch PharmareferentInnen bei den praktischen ÄrztInnen.

10.1. Interne Prozessanalyse

Im Zuge der internen Prozessanalyse wird die geplante Customer Journey aus Unternehmenssicht mit dem dazugehörigen Service-Blueprint der direkten und zweiseitigen Touchpoints dargestellt. Zu diesen Touchpoints zählen für die G.L. Pharma GmbH die persönlichen Besuche des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin bei den praktischen ÄrztInnen sowie der persönliche Kontakt von PharmareferentInnen mit praktischen ÄrztInnen auf Kongressmessen und Veranstaltungen. Diese werden in Abbildung 37, Abbildung 38 und Abbildung 39 dargestellt.

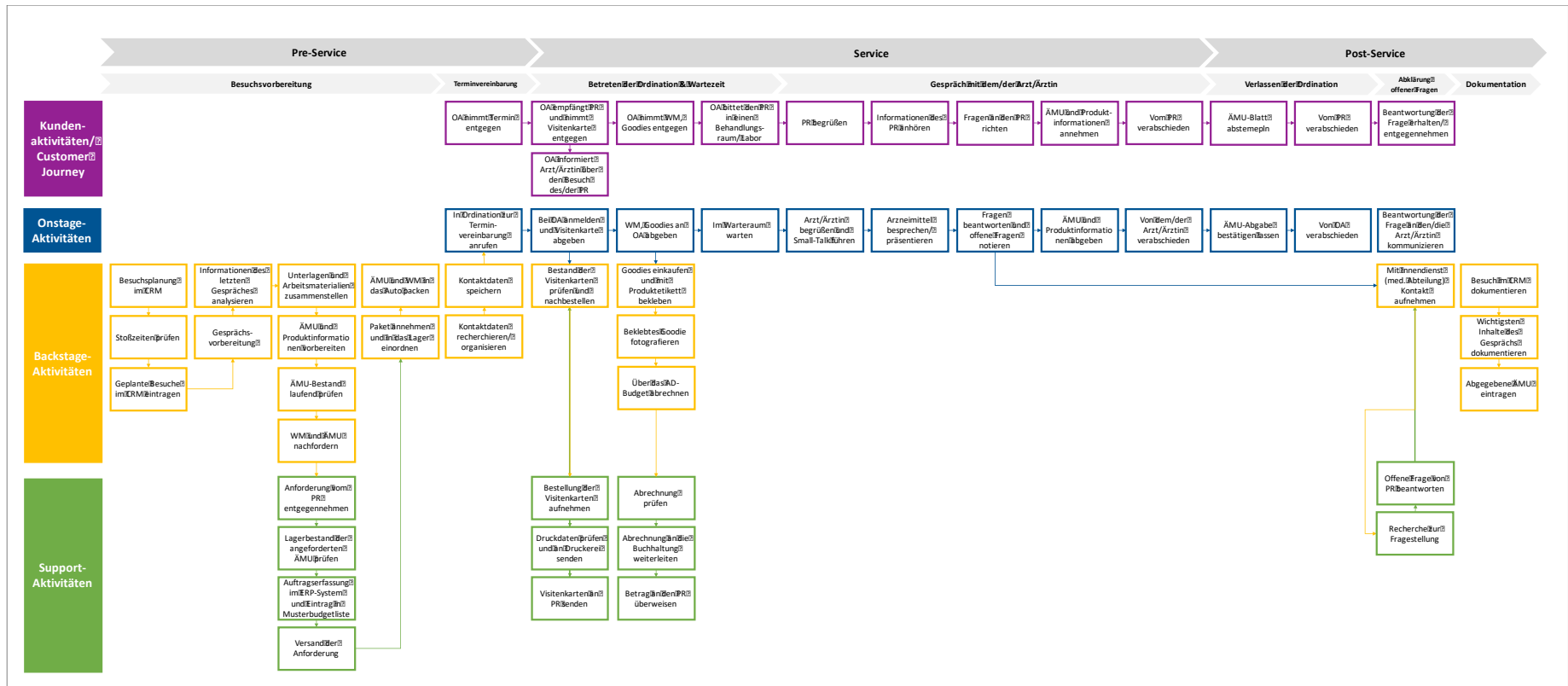


Abbildung 36: Geplante Customer Journey mit dazugehörigem Service-Blueprint des persönlichen Besuchs bei den praktischen ÄrztInnen durch PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH (Eigene Darstellung)

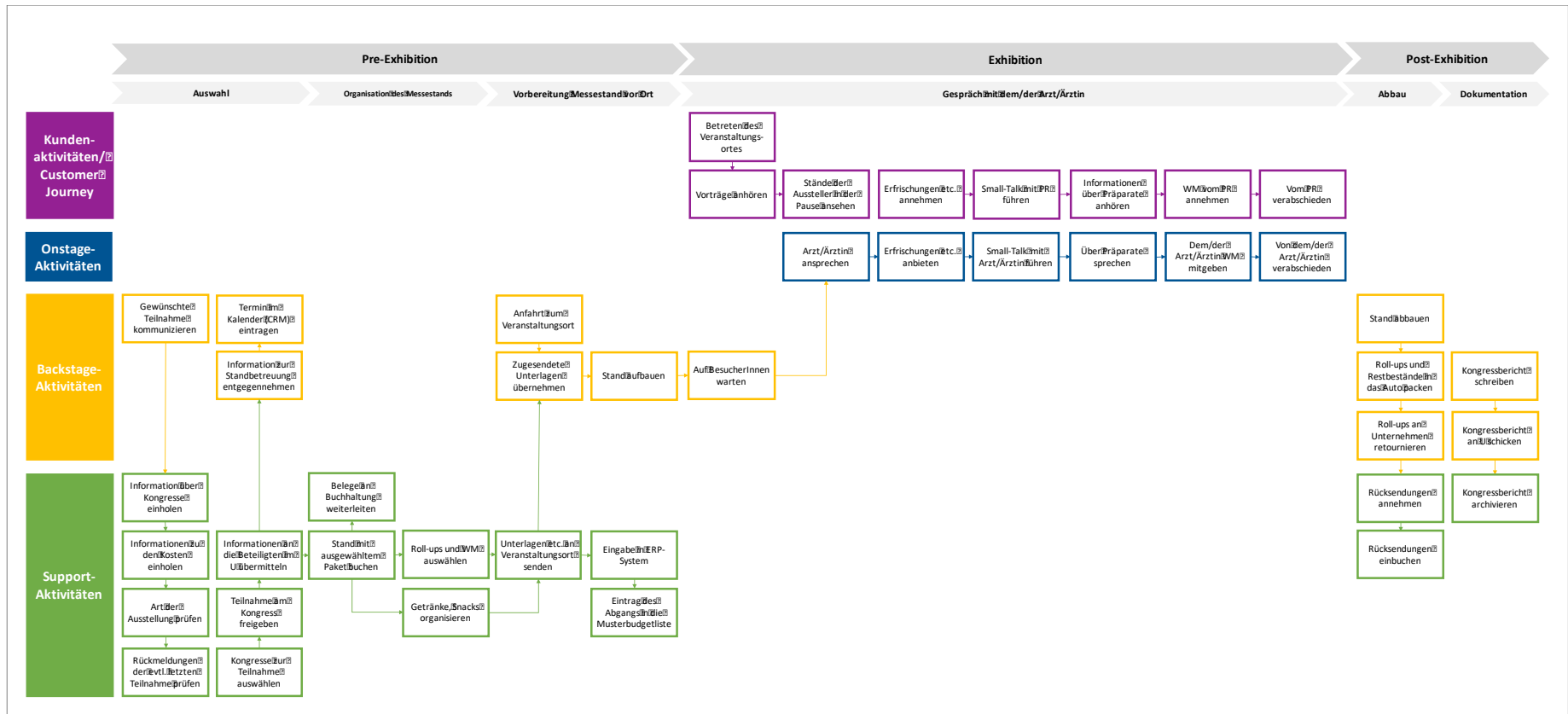


Abbildung 37: Geplante Customer Journey mit dazugehörigem Service-Blueprint des persönlichen Kontakts von PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH mit praktischen ÄrztInnen auf Kongressmessen (Eigene Darstellung)

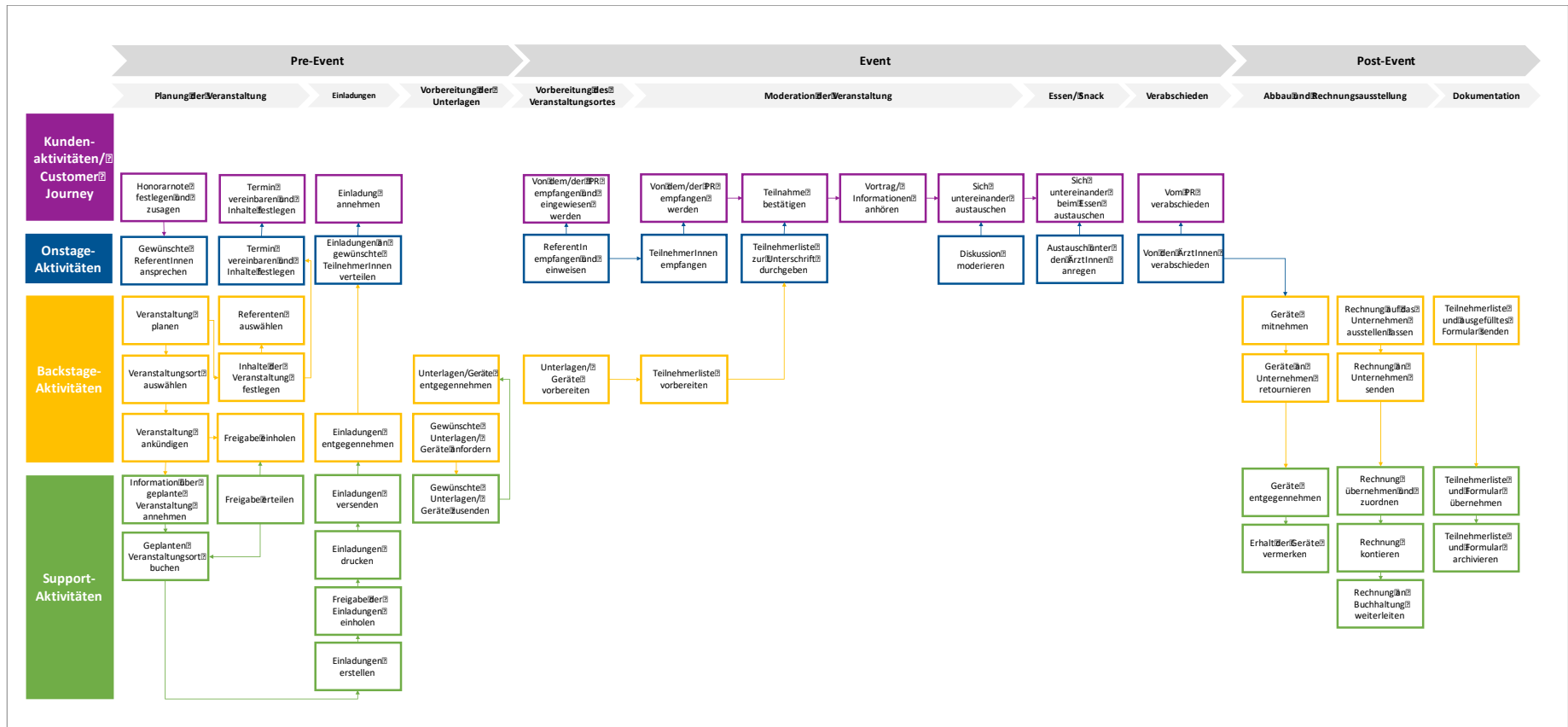


Abbildung 38: Geplante Customer Journey mit dazugehörigem Service-Blueprint des persönlichen Kontakts von PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH mit praktischen ÄrztInnen auf Veranstaltungen (Eigene Darstellung)

10.2. Servicing-Kriterien der PharmareferentInnen

Es werden mittels Kano-Fragebogen sieben Servicing-Kriterien, welche möglicherweise auf die Begeisterung der praktischen Ärzte/Ärztinnen Einfluss nehmen könnten, standardisiert abgefragt. Die Kriterien werden vereinzelt aus den Servicing-Kategorien – Tangibles Umfeld, Zuverlässigkeit, Kompetenz, Empathie, Souveränität und Vertrautheit – entnommen. Wie in Abbildung 39 ersichtlich, werden die Kriterien „Kleidung, Duft“, „Relevante Informationen“, „Fachlich kompetente Beantwortung von Fragen“, „Aktives Zuhören und Eingehen auf Anliegen“, „Ausstrahlung von Selbstsicherheit“, „Unverwechselbarkeit“ und „Individueller und passender Small-Talk“ mittels Kano-Methode abgefragt.

Bei jedem Kriterium teilt der/die ProbandIn durch die Beantwortung von einer jeweils positiv bzw. negativ gestellten Frage zu, ob das Kriterium für ihn/sie ein Begeisterungsfaktor, eine Leistungsanforderung, eine Basisanforderung oder einen indifferenten Faktor darstellt. Je Kriterium sind bei insgesamt 16 befragten ProbandInnen 16 Punkte auf den vier Faktoren zugeordnet. Die Summierung der Punktwerte aller sieben Kriterien ergeben somit 112 Punkte.

Wie in Abbildung 39 ersichtlich, sind bei der Verteilung der Punktwerte aller Kriterien auf die vier Faktoren bzw. Anforderungen 27 % der Punkte dem Begeisterungsfaktor, 20 % der Leistungsanforderung, 24 % der Basisanforderung und 29 % dem indifferenten Faktor zugeordnet.

	Begeisterungs- faktor	Leistungs- anforderung	Basis- anforderung	Indifferenten Faktor	Rückweisungs- faktor	Fragwürdiger Faktor			
	A Attractive	O One-Dimensional	M Must-be	I Indifferent	R Reverse	Q Questionable	Total	CS+	CS-
Kleidung, Duft	3	2	4	7	0	0	16	0,31	-0,38
Relevante Informationen	1	5	6	3	0	1	16	0,40	-0,73
Fachlich kompetente Beantwortung von Fragen	1	8	6	1	0	0	16	0,56	-0,88
Aktives Zuhören und Eingehen auf die Anliegen	3	6	7	0	0	0	16	0,56	-0,81
Ausstrahlung von Selbstsicherheit	7	0	2	7	0	0	16	0,44	-0,13
Unverwechselbarkeit	9	1	1	5	0	0	16	0,63	-0,13
Individueller und passender Small-Talk	6	0	1	9	0	0	16	0,38	-0,06
Total	30	22	27	32	0	1	112		
n=16	27%	20%	24%	29%	0%	1%			

Abbildung 39: Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens [n=16] (Eigene Darstellung)

Das Kriterium „Kleidung, Duft“, welches der Kategorie „Tangibles Umfeld“ zuzuordnen ist, wird von einigen der ProbandInnen als indifferent, also als vernachlässigbar, gewertet. Die Ausstrahlung von Selbstsicherheit sowie der individuelle und passende Small-Talk wird von den befragten praktischen ÄrztInnen unterschiedlich betrachtet. Ein Teil scheint diese beiden Kriterien als indifferent anzusehen, während der andere Teil dies als begeisterungstiftend beurteilt. Die Vermittlung von relevanten Informationen, die fachlich kompetente Beantwortung von Fragen als auch das Zuhören und das Eingehen auf die Anliegen der Ärzte/Ärztinnen teilen sich gleichermaßen zwischen Leistungs- und Basisanforderung auf. Die Unverwechselbarkeit der PharmareferentInnen wird von den befragten ÄrztInnen am häufigsten als begeisterungstiftend gewertet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 40 dargestellt.

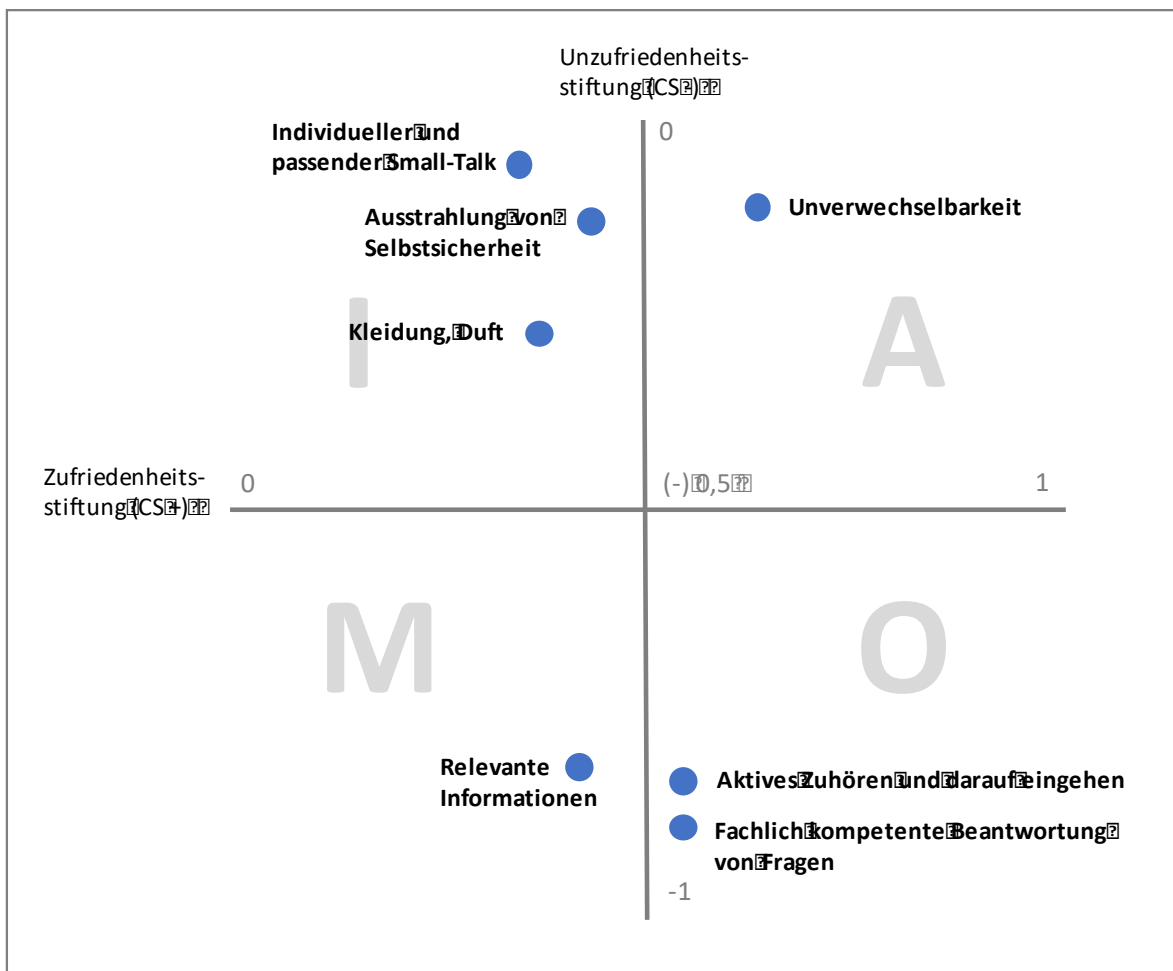


Abbildung 40: Darstellung der Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens [n=16] (Eigene Darstellung)

Bei der differenzierten Betrachtung der beiden Altersgruppen können je Kriterium bei jeweils acht befragten ProbandInnen acht Punkte auf den vier Faktoren zugeordnet werden. Die Summierung der Punktwerte aller sieben Kriterien ergeben somit 56 Punkte.

Bei Betrachtung der befragten praktischen Ärzte/Ärztinnen unter 50 Jahren ist – wie in Abbildung 41 ersichtlich – zu erkennen, dass die bewerteten Kriterien nur bei wenigen ProbandInnen begeisterungstiftend sind. Stattdessen dürften die genannten Servicing-Kriterien häufiger als indifferent angesehen werden.

	Begeisterungs- faktor	Leistungs- anforderung	Basis- anforderung	Indifferent Faktor	Rückweisungs- faktor	Fragwürdiger Faktor			
	A Attractive	O One-Dimensional	M Must-be	I Indifferent	R Reverse	Q Questionable	Total	CS+	CS-
Kleidung, Duft	1	1	2	4	0	0	8	0,25	-0,38
Relevante Informationen	1	4	3	0	0	0	8	0,63	-0,88
Fachlich kompetente Beantwortung von Fragen	0	5	2	1	0	0	8	0,63	-0,88
Aktives Zuhören und Eingehen auf die Anliegen	1	4	3	0	0	0	8	0,63	-0,88
Ausstrahlung von Selbstsicherheit	3	0	1	4	0	0	8	0,38	-0,13
Unverwechselbarkeit	2	1	0	5	0	0	8	0,38	-0,13
Individueller und passender Small-Talk	2	0	0	6	0	0	8	0,25	0,00
Total	10	15	11	20	0	0	56		
n=8	18%	27%	20%	36%	0%	0%			

Abbildung 41: Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens der ProbandInnen < 50 Jahre [n=8] (Eigene Darstellung)

Die Vermittlung von relevanten Informationen, die fachlich kompetente Beantwortung von Fragen als auch das aktive Zuhören und Eingehen auf Anliegen der Ärzte/Ärztinnen könnten für die Altersgruppe der befragten ProbandInnen unter 50 Jahren Leistungsanforderungen darstellen. Es ist – wie in Abbildung 42 ersichtlich – eine Tendenz zu den fachlichen Servicing-Kriterien erkennbar, wohingegen die Servicing-Kriterien im persönlichen Bereich eher als indifferent beurteilt werden.

„Small-Talk. Was soll ich dazu sagen. Small-Talk muss ich ab und zu machen. Da spricht man schon mal über Belangloses oder über Privates. Aber mir ist es schon lieber, wenn über das Fachliche gesprochen wird“ (Probandin 2 [< 50 Jahre] 22.01.2019).



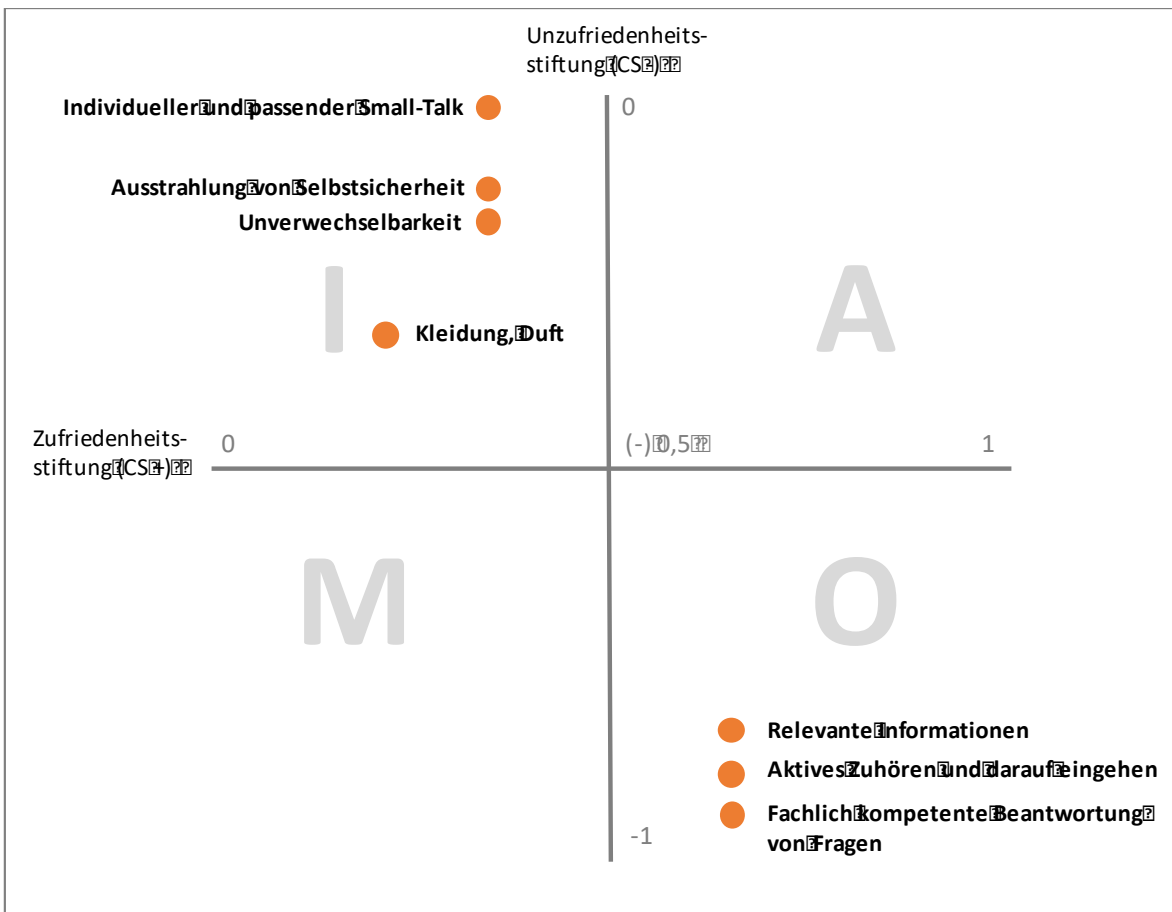


Abbildung 42: Darstellung der Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens der ProbandInnen < 50 Jahre [n=8] (Eigene Darstellung)

Bei den befragten ProbandInnen im Alter von 50 Jahren und älter kann aus der Auswertung geschlossen werden, dass, wie in Abbildung 43 ersichtlich, die ausgewählten Servicing-Kriterien häufiger als in der jüngeren Altersgruppe als begeistert bewertet werden.

	Begeisterungs- faktor	Leistungs- anforderung	Basis- anforderung	Indifferenter Faktor	Rückweisungs- faktor	Fragwürdiger Faktor			
	A Attractive	O One-Dimensional	M Must-be	I Indifferent	R Reverse	Q Questionable	Total	CS+	CS-
Kleidung, Duft	2	1	2	3	0	0	8	0,38	-0,38
Relevante Informationen	0	1	3	3	0	1	8	0,14	-0,57
Fachlich kompetente Beantwortung von Fragen	1	3	4	0	0	0	8	0,50	-0,88
Aktives Zuhören und Eingehen auf die Anliegen	2	2	4	0	0	0	8	0,50	-0,75
Ausstrahlung von Selbstsicherheit	4	0	1	3	0	0	8	0,50	-0,13
Unverwechselbarkeit	7	0	1	0	0	0	8	0,88	-0,13
Individueller und passender Small-Talk	4	0	1	3	0	0	8	0,50	-0,13
Total	20	7	16	12	0	1	56		
n=8	36%	13%	29%	21%	0%	2%			

Abbildung 43: Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens der ProbandInnen ≥ 50 Jahre [n=8] (Eigene Darstellung)

Das Kriterium „Unverwechselbarkeit“ sticht dabei besonders hervor, da die Mehrheit der älteren Altersgruppe dadurch begeistert werden könnte.

„Er muss einfach in der Lage sein, dass man sich an ihn erinnert. Da gibt es jetzt verschiedenste Faktoren natürlich. Das sind einfach Menschen, die irgendwo interessant sind und die auch irgendetwas transportieren, was sie interessiert, was dich auch irgendwo emotionalisiert“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).

„Wenn ich ein Produkt aufschreibe, habe ich immer das Bild vom Pharmareferenten vor mir“ (Proband 12 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).



Bei der Auswertung ist erkennbar, dass die Kriterien im persönlichen Bereich – also die Ausstrahlung von Selbstsicherheit, die Unverwechselbarkeit sowie der individuelle und passende Small-Talk – eher als begeisterungstiftend beurteilt werden, während die Kriterien im fachlichen Bereich – also die Vermittlung von relevanten Informationen, eine fachlich kompetente Beantwortung von Fragen sowie das aktive Zuhören und Eingehen auf Anliegen – eher als Basis- bzw. Leistungsanforderung eingeordnet werden. Die Auswertung wird in Abbildung 44 visualisiert.

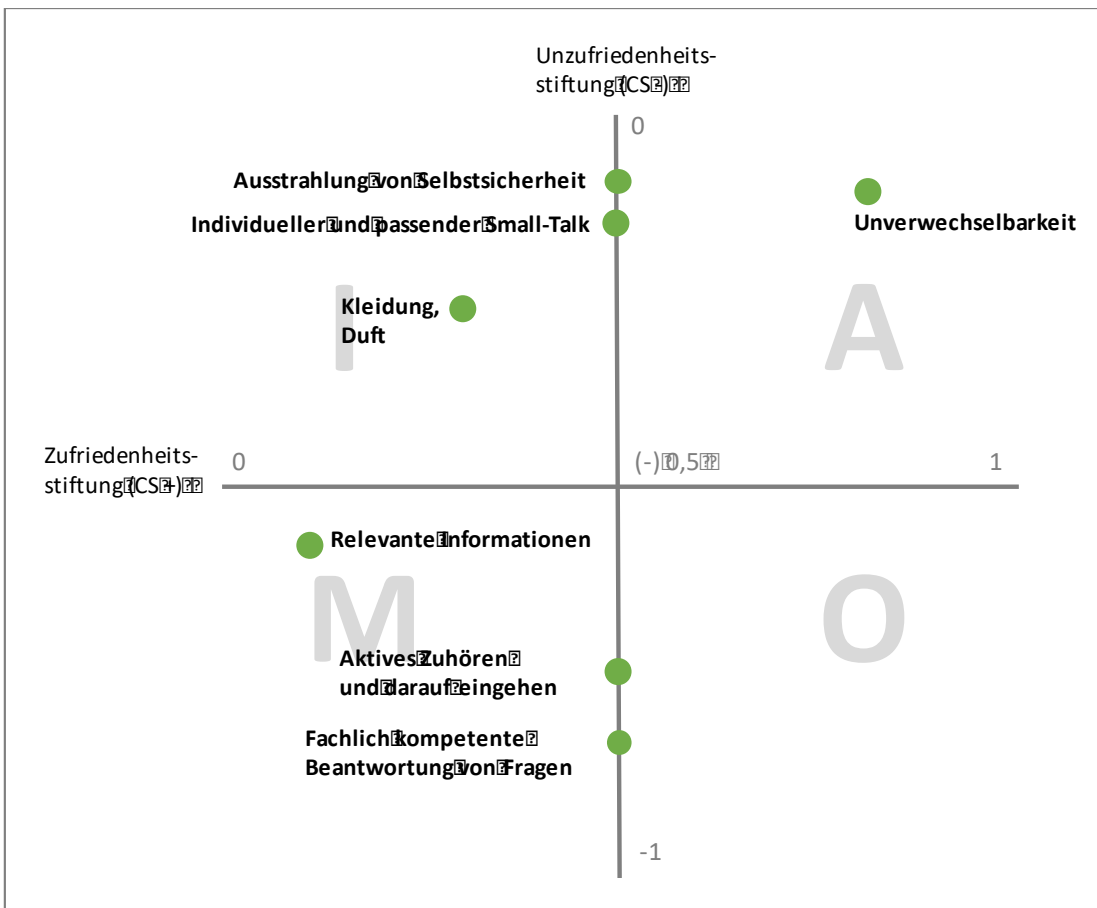


Abbildung 44: Darstellung der Auswertung des standardisierten Kano-Fragebogens der ProbandInnen ≥ 50 Jahre [n=8] (Eigene Darstellung)

Da nur 16 ProbandInnen befragt wurden, ist die Auswertung der Servicing-Kriterien mittels Kano-Methode innerhalb dieser Untersuchung als nicht repräsentativ zu werten. Dennoch ist diese Form der Erhebung sinnvoll, um unter den befragten ProbandInnen Tendenzen, insbesondere durch die Differenzierung der beiden Altersgruppen, in Bezug auf die Servicing-Kriterien im persönlichen Kontakt zwischen den ÄrztInnen und den PharmareferentInnen erkennen zu können. Da im Kano-Fragebogen nur eine kleinere Auswahl an Kriterien getroffen wurde, lag in der Befragung der ProbandInnen ein starker Fokus auf der Eruiierung der Love- und Pain-Points im Servicing durch PharmareferentInnen.

Von den ProbandInnen wurden im Laufe der Befragung weitere Servicing-Kriterien, welche für sie im persönlichen Kontakt mit dem/der Pharmareferenten/Pharmareferentin eine Rolle spielen, genannt. Die dabei ermittelten Love- und Pain-Points wurden den zuvor festgelegten Kategorien zugeordnet. Die Nennungen sind nach der jüngeren und der älteren Altersgruppe aufgeschlüsselt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Altersgruppen erkennen zu können. Die Gegenüberstellung der Love-Points wird in Tabelle 22 und die Pain-Points in Tabelle 23 dargestellt.

Bei den Love-Points ist ersichtlich, dass es bei beiden Altersgruppen keine Nennungen in Bezug auf das tangible Umfeld wie bspw. das Erscheinungsbild des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin gibt. Daher ist zu vermuten, dass die Kriterien von dieser Kategorie für die praktischen Ärzte/Ärztinnen nicht wichtig sind und bestätigt somit das Ergebnis aus dem Kano-Fragebogen zum Kriterium „Kleidung bzw. Duft“.

Im fachlichen Bereich stellen bei den befragten praktischen Ärztinnen unter 50 Jahren kurze, prägnante, klar strukturierte und verständliche Informationen wichtige Servicing-Kriterien dar. Die ältere Altersgruppe scheint hingegen größeren Wert darauf zu legen, auf welche Art und Weise innerhalb des Gesprächs kommuniziert wird. Dabei könnten die Selbstsicherheit und die Flexibilität innerhalb des Gesprächs sowie ein fundiertes Wissen über die Präparate eine Rolle spielen.

Die Möglichkeit im Bedarfsfall über eine Kontaktperson Fragen stellen zu können, könnte ein entscheidender Faktor dafür sein, ob ein Präparat verordnet wird oder nicht.

„Dass man einfach betreut ist und sagt: ‚Okay, das verschreibe ich, weil da weiß ich, da ist der Pharmavertreter oder da kann ich hin anrufen oder ich habe eine Kontaktperson‘. Weil man ist einfach sicherer“ (Probandin 10 [< 50 Jahre] 06.03.2019).



Die Daten lassen den Schluss zu, dass beide Altersgruppen im persönlichen Bereich die Freundlichkeit, die Sympathie, das Zuhören als auch die Ehrlichkeit der PharmareferentInnen zu schätzen wissen.

„Der zählt mir genauso die Schwäche seines Präparates auf wie auch die Stärken und diese Ehrlichkeit schätze ich einfach“ (Proband 8 [≥ 50 Jahre] 11.02.2019).



In Tabelle 22 werden die Love-Points differenziert nach Altersgruppe zusammengefasst dargestellt.

Servicing-Kriterien – Love-Points 			
		< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
Physisch	Tangibles Umfeld		
Fachlich	Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze und prägnante Informationen • Kontaktperson bei Unsicherheiten • Engagement • Regelmäßige Betreuung • Praxisorientierte Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze und prägnante Informationen • Nennung der Stärken und der Schwächen eines Präparates • Kurzfassung der Neuigkeiten
	Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliches Wissen • Fachliches gut erklären können • Erfahrungsaustausch • Klar strukturierte Präsentation des Präparates • Verständlichkeit der Inhalte • Eingehen auf Nebenwirkungen • Möglichkeit, Fragen zu stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Know-how • Fundiertes Wissen • Flexibilität der Gesprächsführung • Sicherheit im Gespräch über das Präparat • Ungefragte Nennung der Dosierungen der Präparate
Persönlich	Empathie	<ul style="list-style-type: none"> • Freundlichkeit • Fähigkeit des Zuhörens • Nettigkeit • Verständnisvoll sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Freundlichkeit • Fähigkeit des Zuhörens • Sympathie • Bescheidenheit • Gesprächsbereitschaft
	Souveränität	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrlichkeit • Glaubwürdigkeit • Begeisterungsfähigkeit • Charisma • Korrektheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrlichkeit • Ruhiges Auftreten • Interessant sein • Fähigkeit zur Emotionalisierung • Geduld
	Vertraulichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Natürlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlich gegenüber dem/der Arzt/Ärztin öffnen

Tabelle 22: Love-Points der befragten ProbandInnen < 50 Jahre und ≥ 50 Jahre mit Bezug auf das Servicing durch PharmareferentInnen (Eigene Darstellung)

Studien werden von der jüngeren Altersgruppe tendenziell als positiv betrachtet. Dabei könnte die Größe der Studie für das Interesse der Ärzte/Ärztinnen bedeutend sein.

„Inhaltlich sind für mich (...) Endergebnisse von Studien – allerdings keine Beobachtungsstudien – wichtig. Je kleiner die Studie, desto weniger Aussage hat sie. Da sind natürlich die großangelegten Studien interessant“ (Proband 16 [≥ 50 Jahre] 26.03.2019).

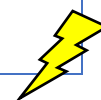
„Ich kann eine Studie nicht in zwei Sekunden beurteilen. Und es kommt jeder mit einer Studie. Außer es sind wirklich die großen Studien, die hören wir dann ja eh bei den Fortbildungen (...). Die kann ich schon beurteilen. Aber die ganzen Anderen (...). Ich habe nicht die Kapazität und ich will das auch nicht, dass ich am Abend nachvollziehe, ob das jetzt richtig war, was der mir gesagt hat“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).



Ein besserwisserisches Verhalten durch PharmareferentInnen wird von den ProbandInnen beider Altersgruppen tendenziell als störend empfunden.

„Es gibt ja leider Pharmareferenten, wenige, aber einige sind so, die so tun, als ob sie das Medikament oder die Medizin erfunden hätten. Das kommt bei mir nicht gut an oder bei anderen Kollegen, soweit ich das weiß, auch nicht. Also eine gewisse Bescheidenheit. Das heißt nicht, dass man da gehemmt oder untertänig auftreten muss. Aber nicht, dass man dem Doktor sagt: ‚Sie, Sie verwenden unser Präparat nicht? Das ist ja ein Kunstfehler (...)‘“ (Proband 13 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).

„(...) penetrant, besserwissend und auf gewisse Dinge beharrt, nicht lockerlässt und wenn ich dann Stopp sage, dass sie dann noch einmal weitergehen würden“ (Proband 3 [< 50 Jahre] 23.01.2019).



Die ältere Generation der befragten praktischen Ärzte/Ärztinnen scheinen diversen Studien eher negativ gegenüberzustehen.

„Das sind so medizinische Studien, die für die Praxis keine Anwendung finden. Das sind Studien mit über 10.000 Personen. Das bringt für die Praxis nichts. Da zeigt man dann eh nur Sachen her, um zu sagen, dass das eigene Produkt das Beste ist. Aber das bringt mir nichts. Das kann ja bei meinen Patienten ganz anders sein“ (Proband 12 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).

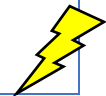
„Ich glaube keiner Studie, die ich nicht selbst gefälscht habe (...)“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).



Ein weiterer Pain-Point, welcher von einigen der ProbandInnen als störend empfunden wird, ist, wenn der/die PharmareferentIn sie nicht zu Wort kommen lässt und zu viel spricht.

„Da hat es mal einen Pharmareferenten gegeben, der hat mich überhaupt nicht reden lassen. Der hat mich übertrumpfen und belehren wollen“ (Proband 1 [≥ 50 Jahre] 21.01.2019).

„Verplappern soll er sich halt nicht“ (Proband 16 [≥ 50 Jahre] 26.03.2019).



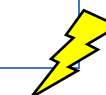
Es könnte von einigen ÄrztInnen als unangebracht empfunden werden, wenn zu viele Fragen in Bezug auf die Verordnungen oder die PatientInnen gestellt werden.

„Ja, was glauben Sie, wie arg ich angefressen bin, wenn ich mich irgendeiner einen Blödsinn fragt“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).



Diese Fragstellungen von Seiten der PharmareferentInnen könnten ebenso in Bezug auf die Häufigkeit der Verordnung eines bestimmten Präparates zustandekommen.

„Wenn der Pharmareferent sagt: ‚Wie oft haben Sie das jetzt aufgeschrieben?‘. Das geht ihm einen Scheißdreck an. Wenn ich es sagen will, würde ich es ihm eh sagen“ (Proband 13 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).



Einige der befragten ProbandInnen scheinen, die Aufdringlichkeit der PharmareferentInnen als unangemessen zu empfinden.

„Erst drängen und dann 20 Minuten reden wollen. Das geht halt nicht. (...) Das ist vor allem für die Damen draußen sehr unangenehm und auch nicht angebracht“ (Proband 16 [≥ 50 Jahre] 26.03.2019).

„Es war einmal ganz am Anfang von unserer Ordination (...), dass ein Pharmavertreter gesagt hat, er muss jetzt zu mir. Und die Assistentin hat gesagt: ‚Es ist bitteschön so viel los, es wird dauern‘. Und dann hat er, glaube ich, eine dreiviertel Stunde warten müssen und dann war er ganz sauer. (...) Und dann hat es erst zwanzig Minuten während der Ordinationszeit gedauert. (...) Alle waren grantig dann. Das ist echt, wo ich dann gesagt habe, das ist nicht in Ordnung“ (Probandin 10 [< 50 Jahre] 06.03.2019).



Ebenso wird von den befragten praktischen ÄrztInnen unter 50 Jahren tendenziell bemerkt, dass die Informationen zu den Präparaten im Vordergrund stehen und nicht das Privatleben der PharmareferentInnen.

„Unsachlichkeit, das ist recht lästig. Wenn es um Gespräche geht, die nichts mit dem Produkt zu tun haben, zum Privatleben oder so, das meine ich“ (Proband 9 [< 50 Jahre] 20.02.2019).



Aus den Daten könnte geschlossen werden, dass das Schlechtmachen von Konkurrenzpräparaten unabhängig von der Altersgruppe negativ wahrgenommen wird.

„Wenn er zu sehr auf die Konkurrenzpräparate hinhaut und sein Eigenes nicht positiv darstellt, sondern das Ganze umgekehrt“ (Proband 6 [< 50 Jahre] 31.01.2019).

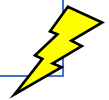
„Was ich gar nicht mag, ist, wenn ein Pharmareferent Konkurrenzpräparate schlechtmacht“ (Probandin 11 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).

„Ja, Sie wissen eh, wir sind die Einzigen, die das können, es kann sonst keiner was und wehe Sie kaufen bei den Anderen. Sie machen sich mit Schuld, wenn Sie da etwas Anderes verkaufen.‘ Ich habe dann gesagt: ‚Ich will mich nicht mit Schuld machen, Sie brauchen nie mehr kommen. Auf Wiederschaun.‘ Auch die gibt es. Selten, aber es gibt sie“ (Proband 8 [≥ 50 Jahre] 11.02.2019).



Ebenso könnten Doppelbesuche bei den praktischen ÄrztInnen einen negativen Effekt auslösen.

„Sie war ja auch einmal mit, weil sie ihn kontrollieren wollten. Und dann haben wir fast nichts Fachliches geredet. Und dann sagt sie: ‚Herr XY, Sie müssen schon was Fachliches reden‘. Dann habe ich gesagt: ‚Schauen Sie, ich weiß, was ihr habt, ich weiß, was ich kaufe, Sie sehen, wie viel ich kaufe. Bei dem Gespräch wird sich daran nichts ändern und den Herrn XY schätze ich sehr und deswegen werde ich bei ihm – obwohl Sie jetzt mit waren – weiterkaufen‘. Und dann haben sie ihn entlassen. Beinhart. Also einen Monat später halt. Und nachher habe ich dort auch nichts mehr gekauft. Ganz einfach“ (Proband 8 [≥ 50 Jahre] 11.02.2019).



In Tabelle 23 werden die Pain-Points differenziert nach den beiden Altersgruppen dargestellt.



Servicing-Kriterien – Pain-Points			
		< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
Physisch	Tangibles Umfeld		
	Fachlich		
Fachlich	Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Bericht von kleinangelegten Studien Zu häufige Besuche Zu wenige Besuche 	<ul style="list-style-type: none"> Bericht von Studien, die für die Praxis nicht relevant sind Hervorhebung der Ethik-Regeln von Pharmig
	Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> Unsachlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Fachlich nicht kompetent Doppelbesuche zur Kontrolle und behrendes Verhalten gegenüber dem/der Pharmareferenten/ Pharmareferentin
Persönlich	Empathie	<ul style="list-style-type: none"> Nicht zu steif und formal sein Zu lange Gespräche Politikerreden 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlendes Einfühlungsvermögen Logorrhö Behrendes Verhalten Frage nach der Häufigkeit der Verordnung eines Präparates Fragen zu der Verordnung eines Präparates Zu häufige Ansprache mit „Herr/Frau Doktor“
	Souveränität	<ul style="list-style-type: none"> Zu lästig Aufdringlichkeit in Bezug auf die Wartezeit Aufdringlichkeit in Bezug auf die Anpreisung des Präparates Ungeduld Besserwiserisches Verhalten Zu starke Beharrlichkeit Schlechtmachen von Konkurrenzpräparaten 	<ul style="list-style-type: none"> Zu große Selbstsicherheit Drängen in Bezug auf die Wartezeit Aufdringlichkeit Zu fordernd bzw. marktschreierisch Wichtigtueriesches bzw. Besserwiserisches Verhalten Schlechtmachen von Konkurrenzpräparaten
	Vertraulichkeit	<ul style="list-style-type: none"> Erzählungen aus dem Privatleben 	

Tabelle 23: Pain-Points der befragten ProbandInnen < 50 Jahre und ≥ 50 Jahre mit Bezug auf das Servicing durch PharmareferentInnen (Eigene Darstellung)

In Tabelle 24 wird der erwartete Kommunikationsstil – Inhalt der Kommunikation, Form der Kommunikation und die Regel der Kommunikation – von den befragten ÄrztInnen zusammengefasst dargestellt. Diese beziehen sich ausschließlich auf die fachliche Kommunikation, da die persönliche Kommunikation von dem/der jeweiligen Pharmareferenten/Pharmareferentin abhängig ist und daher nur individuell erfolgen kann.

Erwarteter Kommunikationsstil			
Servicing-Kriterium	Inhalt der Kommunikation	Form der Kommunikationsübermittlung	Kommunikationsregel
Kurzfassung der Neuerungen bzw. Änderungen	<ul style="list-style-type: none"> – Aktuelle Veränderungen am Markt und der Präparate (auch vom Wettbewerb) 	<ul style="list-style-type: none"> – Individuell nach Situation und nach Arzt/Ärztin 	<ul style="list-style-type: none"> – Persönlich in der Small-Talk-Phase oder während des Gesprächs
Vermittlung der Produktinformationen	<ul style="list-style-type: none"> – Indikationen – Dosierungen – Packungsgrößen – Kassenpreise – Einsatz von Studien nur bei Interesse des/der Arztes/Ärztin 	<ul style="list-style-type: none"> – Strukturierte Präsentation von maximal vier Produkten pro Gespräch – Einsatz von Produkt- und Dosierkarten – Argumentationsart individuell nach Arzt/Ärztin 	<ul style="list-style-type: none"> – Persönlich, bei der Präsentation bzw. beim Gespräch zu den Arzneimitteln
Beantwortung der Fragen im Nachgang	<ul style="list-style-type: none"> – Studien – Informationen aus den Fachinformationen 	<ul style="list-style-type: none"> – Relativ standardisierte Antwort, da die Informationen aus den Fachinformationen oder aus Studien kommen 	<ul style="list-style-type: none"> – Postversand eines Informationsblattes – Anruf – Persönliche Beantwortung beim nächsten Besuch

Tabelle 24: Erwarteter Kommunikationsstil (Eigene Darstellung)

10.3. Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing der G.L. Pharma GmbH

Aus den erhobenen Daten soll ein strategischer Rahmen in Form von vier strategischen Eckpunkten definiert werden, mit dessen Hilfe eine Basis für die Ausrichtung auf Service Excellence bei der G.L. Pharma GmbH geschaffen wird. Dabei spielt es eine wichtige Rolle, herauszufinden, welche Art von Kontakt zwischen Pharmaunternehmen und den praktischen ÄrztInnen als ideal angesehen wird, welche Rolle die PharmareferentInnen in der Betreuung spielen und welchen Einfluss die PharmareferentInnen auf das Verordnungsverhalten der praktischen Ärzte/Ärztinnen haben.

Es scheint, dass die ältere Altersgruppe der Ärzte/Ärztinnen eine persönliche und lang andauernde Beziehung zu den PharmareferentInnen als ein wichtiges Entscheidungskriterium für das Verordnungsverhalten ansehen.

„Beim Verordnen nehme ich in erster Linie Rücksicht auf die, die ich kenne. Das sind die Pharmareferenten, die ich am besten kenne. Ist vielleicht nicht fair, aber da spielt die Sympathie eine wichtige Rolle. Das entscheidet sich in den ersten zwei Minuten, wenn man jemanden kennenlernt“ (Proband 1 [≥ 50 Jahre] 21.01.2019).

„Manche Pharmareferenten begleiten mich schon seit 20, 30 Jahren. Da ziehe ich dann schon Produkte von demjenigen vor, als etwas von jemand Jungen, den man noch nicht so gut kennt. Bei einer unbekanntem Firma tut man sich immer schwer“ (Proband 12 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).

„Ich verwende, wenn es geht, keine Präparate, wo es keinen Außendienst gibt. Das muss ich ganz ehrlich sagen. Wenn ich nicht besucht werde, dann schreibe ich das Präparat auch nicht auf“ (Proband 13 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).

„Das ist letztlich der Effekt einer länger dauernden persönlichen Beziehung. Ganz unverfänglich gesagt bitte. Das ist einfach, weil man jemanden kennt, weil man irgendwo eine Basis entwickelt, eine gewisse Sympathie. Weil was wollen Sie denn sonst für einen Grund sagen, warum Sie eigentlich das 25. Generikum von links aufschreiben sollen?“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).

Bei den befragten praktischen ÄrztInnen der jüngeren Altersgruppe könnte die persönliche Beziehung zu den PharmareferentInnen eine weniger wichtige Rolle für das Ordnungsverhalten spielen. Einige der befragten ProbandInnen unter 50 Jahren vermerken, dass die PharmareferentInnen keinen Einfluss auf die Auswahl der Arzneimittel haben.

„Auch wenn es generische Präparate gibt, stellen wir die eingestellten Leute nicht um. Der Pharmareferent spielt dabei keine große Rolle“ (Probandin 2 [< 50 Jahre] 22.01.2019).

„Das ist eher eine Zufallsentscheidung. Wenn jemand auf ein Medikament eingestellt ist, dann wechsele ich nicht. Das ist mir zu mühsam und zu anstrengend. Dass muss man dann ja auch den Patienten erklären“ (Proband 4 [< 50 Jahre] 25.01.2019).

„Der Facharzt verordnet und ich muss weiterverordnen oder sonst ist die Preiskomponente wichtig. Wenn jetzt wer von Gerot Lannach oder Genericon da war, dadurch, dass der da war, wird jetzt nicht mehr verschrieben“ (Proband 9 [< 50 Jahre] 20.02.2019).

Dennoch kann durch vereinzelte Aussagen der Ärzte/Ärztinnen die Vermutung nahegelegt werden, dass der Besuch der PharmareferentInnen das Ordnungsverhalten zumindest bei einem Teil der jüngeren Ärzte/Ärztinnen beeinflussen könnte.

„Je nachdem, wenn die alle recht nett sind, dann mische ich es. Das ist dann einfach, dass ich einmal an den denke und einmal an den. Wenn von einer Firma eh keiner kommt, dann nehme ich natürlich den, der kommt“ (Probandin 10 [< 50 Jahre] 06.03.2019).

„Für mich ist der ideale Kontakt der Kontakt, wo ich schon eine gewisse Beziehung zum Referenten aufgebaut habe. Also, wo ich schon mal die Person als solche kenne und diese auch mit dem Medikament in Verbindung bringe, dass sie sozusagen vorstellt, vertritt bzw. mir erklärt“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).

Auch wenn sich die jüngere Altersgruppe scheinbar weniger durch die persönliche Beziehung zu den PharmareferentInnen im Verordnungsverhalten beeinflussen lässt als die ältere Altersgruppe der befragten Ärzte/Ärztinnen, scheint die persönliche Betreuung sehr geschätzt zu werden. Daher ist zu empfehlen, diese persönliche Betreuung gegenüber den ÄrztInnen weiterhin aufrechtzuerhalten und zu intensivieren.

Die Daten lassen die Vermutung zu, dass die geplante Customer Journey, abgesehen von den Terminvereinbarungen, der tatsächlichen Customer Journey entspricht. In Abbildung 45 werden die Customer Journey und die Onstage-Aktivitäten der PharmareferentInnen mit Symbolen abgebildet.

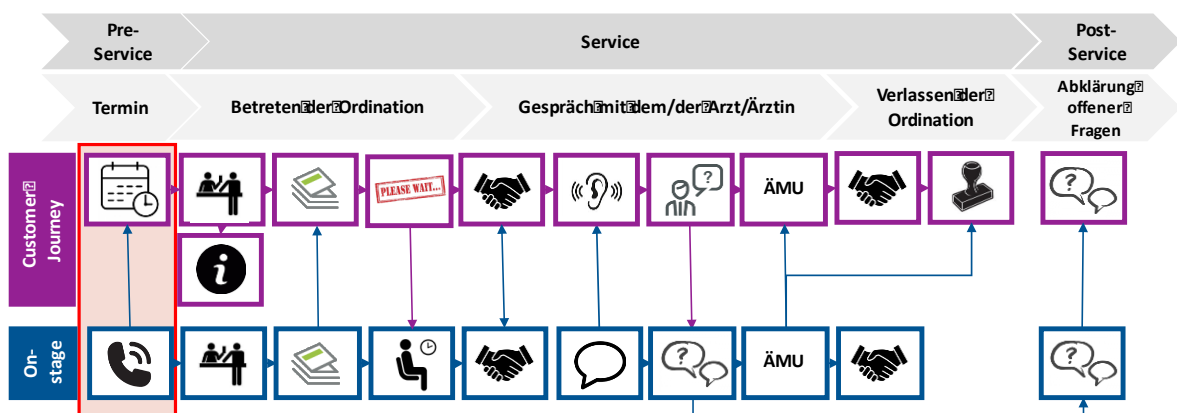


Abbildung 45: Darstellung der tatsächlichen Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen bei einem persönlichen Besuch durch PharmareferentInnen (Eigene Darstellung)

Da die qualitative Erhebung darauf hinweisen könnte, dass Terminvereinbarungen für einige praktische Ärzte/Ärztinnen nicht erforderlich oder gewünscht sind, ist dieser Prozessschritt in Abbildung 45 rot hinterlegt. Da jedoch von ein paar der ProbandInnen der Wunsch nach einer Terminvereinbarung oder einer Vorankündigung des Besuchs geäußert wurde, wird dieser Prozessschritt nicht als Abweichung angesehen.

„Ist mir grundsätzlich lieber (...), dann kann man sich ein bisschen einstellen. Sonst ist genau an dem Tag irgendetwas, dann sind zwei zugleich da oder so. (...) Mit Terminvereinbarung ist es einfacher“ (Probandin 10 [< 50 Jahre] 06.03.2019).



Auf Basis der qualitativen Erhebung kann vermutet werden, dass die Wartezeit der PharmareferentInnen durch die Ärzte/Ärztinnen versucht wird, so gering wie möglich zu halten. Die meisten der befragten Ärzte/Ärztinnen weisen darauf hin, dass akute PatientInnen oder PatientInnen, die bereits sehr lange warten, vorrangig behandelt werden.

Beim Gespräch zwischen den ÄrztInnen und den PharmareferentInnen tendieren die jüngeren Ärzte/Ärztinnen zu einem fachlichen Fokus.

„Kurze prägnante Sätze mit einer Information, mit der man was anfangen kann. Also nicht Politikerreden mit drei Stunden reden und es kommt nichts dabei heraus, sondern kurze prägnante Informationen“ (Proband 9 [< 50 Jahre] 20.02.2019).



Ebenso wird die Besprechung von Studien als grundsätzlich positiv angesehen. Teilweise wird darauf hingewiesen, dass nur die großangelegten und bekannten Studien von Interesse sind.

Hilfsmittel, wie z.B. Folder, scheinen bei den ÄrztInnen der jüngeren Altersgruppe Anklang zu finden, um sich die besprochenen Inhalte im Nachhinein in Erinnerung zu rufen.

„Wenn man einen Folder mit dem Pharmareferenten durchbespricht und ihn dann dalässt. Es ist halt klasse, wenn man sich den nochmal anschauen kann“ (Probandin 10 [< 50 Jahre] 06.03.2019).



Zu detaillierte Informationsbroschüren könnten jedoch eine kontraproduktive Wirkung auf die Ärzte/Ärztinnen haben. Dadurch könnte der Anschein gewonnen werden, dass das gesprochene Wort sehr wichtig für die Informationsvermittlung ist.

„Also ich will dann keine Informationsbroschüren, die 20 Seiten lang und auf Englisch geschrieben sind, sondern ich will von dem hören, was Sache ist, auf was ich achten muss“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).



Aus den erhobenen Daten kann geschlossen werden, dass die meisten PharmareferentInnen auf die Fragen von Seiten der Ärzte/Ärztinnen gut vorbereitet sind und diese auch gut beantworten können. Wenn es vorkommt, dass gewisse Fragen nicht sofort beantwortet werden können, scheint es für die Ärzte/Ärztinnen in Ordnung zu sein, wenn diese im Nachgang beantwortet werden. Die Art und Weise der Beantwortung – also, ob telefonisch, per Mail oder beim nächsten Besuch – scheint je nach Arzt unterschiedlich zu sein.

„Die sind meistens gut vorbereitet. Manchmal gibt es das schon, dass sie etwas nicht wissen. Das macht das Ganze ja auch glaubhaft, aber die meisten sind unheimlich bemüht und wenn sie wirklich etwas nicht wissen, dann informieren sie dich halt zwei Tage später. Also das haut perfekt hin“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019)



Auf die Nachfrage hin, wie es auf den/die Arzt/Ärztin wirkt, wenn der/die PharmareferentIn nicht sofort auf eine Frage antworten kann, wird von den befragten ProbandInnen unter 50 Jahren offensichtlich mit Verständnis reagiert, vorausgesetzt sie erhalten die Antwort zu den offenen Fragen im Nachhinein.

„Ja, das ist ehrlich. Er kann ja nachfragen bzw. nachschauen und sich dann melden“ (Proband 9 [< 50 Jahre] 20.02.2019).





Für jene praktischen Ärzte/Ärztinnen, die eine Hausapotheke führen, stellt die preisliche Komponente einen wichtigen Faktor für die Auswahl der Arzneimittel dar.

„Ja, ich sag' wie es ist, die Sympathie vom Pharmareferenten ist dabei sehr wichtig. Aber ich habe auch eine Hausapotheke. Da spielt das Marktwirtschaftliche dann auch eine Rolle. Es kommt auch auf die Rabatte an“ (Proband 5 [≥ 50 Jahre] 31.01.2019).

„Schauen Sie, ich habe eine Apotheke (...) und wir haben gewisse Firmen, die in dieser Apotheke Zulieferer sind. Und ich entscheide danach, wen wir schon als Zulieferer haben. Ich nehme dann nicht noch einen vierten oder fünften ins Boot. Ich versuche mich an diesen Firmen zu orientieren, die ich schon habe“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).

Die genannten Erwartungen, Love- und Pain-Points der einzelnen Prozessschritte werden in Abbildung 46 und in Abbildung 47 näher erläutert. In Abbildung 46 werden die Rückmeldungen der ProbandInnen unter 50 Jahren und in Abbildung 47 die Rückmeldungen der ProbandInnen der älteren Altersgruppe zusammengefasst dargestellt.

ProbandInnen <50 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 15	Pre-Service		Service										Post-Service
	Terminvereinbarung	Betreten der Ordination & Wartezeit				Gespräch mit dem/der Arzt/Ärztin					Verlassen der Ordination		Abklärung offener Fragen
Dauer						5 - 15 Minuten							
Aktivitäten des/der PA/PÄ	OA nimmt Termin entgegen	OA empfängt PR und nimmt Visitenkarte entgegen	OA informiert Arzt/Ärztin über den Besuch des/der PR	OA nimmt WM, Goodies entgegen	OA bittet den PR in einen Behandlungsraum/Labor	PR begrüßen	Informationen des PR anhören	Fragen an den/die PR richten	ÄMU und Produktinformationen annehmen	Vom PR verabschieden	ÄMU-Blatt durch OA abstempeln	Vom PR verabschieden	Beantwortung der Frage erhalten/ entgegennehmen
Erwartung	- Telefonische Vorankündigung und Terminvereinbarung - Anruf kurz vor dem Besuch, um zu fragen, wie viel los ist. - Terminvereinbarung nicht möglich				- Patienten haben Vorrang. - Patienten, die schon länger warten, werden vorrangig behandelt - Patienten, die etwas Akutes haben, werden vorrangig behandelt	- Mir ist es lieber, wenn über das Fachliche gesprochen wird - Small-Talk nicht wichtig - Small-Talk eher weniger - Wenn das Präparat schon eingeführt ist, eher Small-Talk	Informationen zum Präparat Indikationen, Anwendbarkeit, Produktinformationen, Boxenstatus, Grundlagen für Bewilligungen, Sicherheitshinweise, Alleinstellungsmerkmale Information zum Portfolio des Unternehmens, Kurzinformationen zu den Produkten, Preise spielen keine Rolle, Preispolitik vorrangig, Informationen zur Wirkung, Nebenwirkung, Laktosegehalt nicht wichtig, weil man es sich nicht merkt und in der Software nicht angezeigt wird, Markennamen erklären, Verabreichung bei welcher Nierenfunktion/ Leberfunktion, Präsentation der fachlichen Information von neuen Produkten, Zusammenfassung von Vor- und Nachteilen, Studien, Großangelegte Studien Informationen zu Neuerungen - Informationen zu neuen Produkten - Neuigkeiten - Veränderungen von Produkten - Neue Präparate - Neue Studien Sonstiges - Erfahrungsaustausch (Berichte von anderen Ärzten) - Kurzinformationen zu den Informationsveranstaltungen und Fortbildungen	- Beantwortung von Fragen - Wenn nicht sofort möglich, dann im Nachgang	Folder und ÄMU da lassen			- Erhalt der offenen Fragen über ein Infoblatt oder telefonisch - Informationen beim nächsten Besuch mitnehmen - Per Mail nach ca. 2 Tagen beantworten	
Love Points 					Verständnisvoll sein	- Natürlichkeit - Freundlichkeit - Nettigkeit - Natürliche Art.	- Fachliche Kompetenz - Fachliches Wissen. - Kompetenz - Gute fachliche Erklärung - Wenn er gut informiert ist Art des Gesprächs - Charisma, wenn Produkt angepriesen wird - Informationen in Gespräch verpacken - Kurze, prägnante Sätze mit einer Informaton mit der man etwas anfangen kann - Klare, strukturierte und verständliche Präsentation des Produkts - Korrektheit - Ehrlichkeit - Glaubwürdigkeit	- Zuhören können - Möglichkeit, Fragen zu stellen					
Pain Points 					- Ungeduld - Wenn der PR zu lästig ist. - Aufdringlichkeit	Manche schweifen beim Small-Talk zu sehr aus	- Aufdringlichkeit im Gespräch in Bezug auf das Produkt - Politikerreden - Wenn das Gespräch zu lange dauert - Wenn PR penetrant, besserwissend ist und auf gewisse Dinge beharrt - Schlechtmachen von Konkurrenzpräparaten - Informationsbroschüren mit 20 Seiten und auf Englisch geschrieben - Zu kleine Studien - Unsachlichkeit	PR soll nicht die ganze Zeit reden.					- Beantwortung der Frage per Mail nicht sinnvoll - Telefonisch und per Mail nicht erwünscht - E-Mails nicht erwünscht, werden ungelesen gelöscht
Onstage-Aktivitäten des/der PR	In der Ordination zur Terminvereinbarung anrufen	Bei OA anmelden und Visitenkarte abgeben		WM, Goodies abgeben	Im Warteraum warten	PA/PÄ begrüßen und Small-Talk führen	Arzneimittel besprechen/ präsentieren	Fragen beantworten und offene Fragen notieren	ÄMU und Produktinformationen abgeben	Von dem/der PA/PÄ verabschieden	ÄMU-Abgabe bestätigen lassen	Von OA verabschieden	Beantwortung der Frage an den/die PA/PÄ kommunizieren

Abkürzungen: OA = Ordinationsassistentin, PR = PharmareferentIn

Abbildung 46: Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen < 50 Jahre inkl. Erwartungshaltung, Love- und Pain-Points (Eigene Darstellung)

Bei den ProbandInnen der älteren Altersgruppe lässt sich vermuten, dass Terminvereinbarungen grundsätzlich nicht möglich und auch nicht erwünscht sind.

„Ich weiß ja nicht, wann die Horde kommt“ (Proband 8 [≥ 50 Jahre] 11.02.2019).

Beim Besuch eines/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin wird – gleich wie bei der jüngeren Altersgruppe – tendenziell darauf geachtet, dass die Wartezeit möglichst kurz ausfällt, da vermutlich ein gewisses Verständnis für die Situation der PharmareferentInnen vorhanden ist.

„Ich hole den Pharmareferenten so schnell wie möglich herein. Der kommt ja nicht nur zu mir. Der muss ja auch noch andere Ärzte besuchen“ (Proband 5 [≥ 50 Jahre] 31.01.2019).

Ein bisschen muss er schon warten. Aber wir versuchen natürlich (...), weil ich ja weiß, dass der Pharmareferent am Vormittag acht oder neun Besuche machen muss, dass er nicht eine Stunde wartet (Proband 13 [≥ 50 Jahre] 31.01.2019).

Eine gewisse Flexibilität, die Ausstrahlung von Sicherheit in Bezug auf das Produkt als auch die fachliche Kompetenz des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin scheinen zum Teil eine begeisternde Wirkung auf die Ärzte/Ärztinnen zu haben. Die Aussagen lassen vermuten, dass die Empathie der PharmareferentInnen eine wichtige Rolle für den Gesamteindruck spielt, da ansonsten Unzufriedenheit die Folge sein könnte.

„Also null Einfühlungsvermögen, fachlich irgendwo neben der Welt und dann so direkt fordernd nachher noch“ (Proband 8 [≥ 50 Jahre] 11.02.2019).

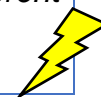


Ebenso vermerken die jüngeren Ärzte/Ärztinnen, dass die PharmareferentInnen die Fragen von Seiten der Ärzte/Ärztinnen meist unmittelbar beantworten können. Auch, wenn auf manche Fragen nicht sofort eingegangen werden kann, wird dies von den ÄrztInnen scheinbar nicht negativ wahrgenommen.

„Es ist schon oft vorgekommen, dass wir über etwas zum Sprechen gekommen sind, was eher ein Grenzgebiet von den Pharmareferenten ist. Es kann niemand alles wissen. Das ist auch in Ordnung“ (Probandin 11 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).

Es lässt sich vermuten, dass eine zu starke Bedarfsanalyse in Form von Fragen, Verärgerung bei den ÄrztInnen auslösen kann.

„Da kommt irgendein Pharmareferent, stürmt in die Bude und sagt: ‚Herr Doktor, wie viele Diabetiker behandeln Sie in ihrer Praxis?‘ Jetzt werde ich Ihnen was sagen: ‚A, ich weiß es nicht, B, es interessiert mich nicht, C, ich will darüber nicht einmal nachdenken und D, es geht mir fürchterlich am Keks. Alleine so eine blöde Frage. ‚Und worauf stellen Sie das gerade ein?‘ Das ist ein Albtraum. Diese Frageerei (...) ist aus meiner Sicht das Kontraproduktivste, was ein Pharmareferent machen kann“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).





Ebenso könnte eine zu häufige Nennung von „Herr/Frau Doktor ...“ bei den ÄrztInnen zur Unzufriedenheit führen

„Da hat es einmal einen Trainer gegeben, der hat gesagt: ‚Nichts hört der Arzt so gerne wie seinen eigenen Namen‘. Da habe ich auf einem Block mitgeschrieben. Der hat gesagt ‚Grüß Gott Herr Doktor, ich freue mich, dass ich heute bei Ihnen bin Herr Doktor, ...‘. Da habe ich schon Striche gemacht, nach dem vierten, fünften Mal, (...) habe ich dann gesagt ‚Jetzt horchen Sie mal zu, ich weiß wie ich heiße. Und wenn ich es vergesse, gehe ich raus und schaue auf die Tafel“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 07.03.2019).



In Abbildung 47 werden die genannten Erwartungen, die Love- und Pain-Points der ProbandInnen im Alter von 50 Jahren oder älter als 50 Jahre zusammengefasst dargestellt.

ProbandInnen 1, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 16	Pre-Service		Service										Post-Service
	Terminvereinbarung	Betreten der Ordination & Wartezeit	Gespräch mit dem/der Arzt/Ärztin								Verlassen der Ordination	Abklärung offener Fragen	
Dauer			5-10 Minuten										
Aktivitäten des/der PA/PÄ	OA nimmt Termin entgegen	OA empfängt PR und nimmt Visitenkarte entgegen	OA informiert Arzt/Ärztin über den Besuch des/der PR	OA nimmt WM, Goodies entgegen	OA bittet den PR in einen Behandlungsraum/ Labor	PR begrüßen	Informationen des PR anhören	Fragen an den/die PR richten	AMU und Produktinformationen annehmen	Vom PR verabschieden	ÄMU-Blatt durch OA abstempeln	Vom PR verabschieden	Beantwortung der Frage erhalten/ entgegennehmen
Erwartung	Keine Terminvereinbarung möglich, aber auch nicht notwendig		OA ist 1. Instanz		<ul style="list-style-type: none"> - Dringende Patienten werden vorrangig behandelt - PR wird so schnell wie möglich drangenommen - PR wird dazwischen genommen, auch wenn viel los ist - Sitzt bei der OA, bis ich für ihn Zeit habe - Ein bisschen warten muss er schon, vor allem, wenn viel los ist - Geduld - Patienten, die etwas Akutes haben und jene, die schon länger warten, haben Vorrang 	Per Du von Anfang an	Informationen zum Präparat Teilbarkeit der Tabletten, Nennung der Dosierung, Preis, Status vom Produkt, Verträglichkeit, Vorzüge vom Produkt, Laktosegehalt, Monatspackung, Kleinere Tabletten, Wirkungsweise, Stärken und Schwächen des Präparates, Minimale Preisunterschiede sind unwichtig, Information zum CYP-System, Fachinformationen können gerne kommuniziert werden, Information zur Behandlung während der Schwangerschaft Art des Gesprächs - Bei neuem Produkt eine kurze Präsentation, aber nicht länger als 5 Minuten, dann privates Gespräch - Bei bekanntem Produkt ein normales Gespräch - Flexibilität, wie er seine Sachen bringt, was er bringt Sonstiges - Hilfsmittel wie Tabellen nehme ich schon gerne - Endergebnisse von Studien (keine Beobachtungsstudien) - Hinweise, auf Veränderungen. Das ist eine Anregung, mich in diesem Bereich fortzubilden - Neuigkeiten - Qualität von generischen Arzneimitteln	Beantwortung von Fragen Beantwortung im Nachhinein in Ordnung, wenn nicht sofort geantwortet werden kann	Die bekannten PR kommen kurz vorbei und lassen Muster da			<ul style="list-style-type: none"> - Der/Die PR informiert sich bei dem/der ProduktmanagerIn und gibt die Information dann weiter - Offene Fragen im Nachhinein telefonisch beantworten - Kurze Zeit später die Frage telefonisch oder über einen Brief beantworten - Beantwortung der offenen Fragen per Mail 	
Love Points 						- Lockere Atmosphäre - Wenn sich der PR persönlich öffnet	<ul style="list-style-type: none"> - Freundlichkeit, Gesprächsbereitschaft und Kompetenz des PR - Wenn sich ein PR mit Sicherheit über seine Produkte unterhalten kann - Das Wissen über das Produkt - Ehrlichkeit in Bezug auf die Stärken und Schwächen - Einsatz von Tablets, da umweltschonender als Papier - Kurze und prägnante Zusammenfassung der Neuigkeiten - Wenn PR nicht so viel redet - Gewisse Bescheidenheit - Fachliche Kompetenz - Fundiertes Wissen 					Bei Fragen, die Möglichkeit zu haben, jederzeit anzurufen	
Pain Points 					- Wenn sie drängen		<ul style="list-style-type: none"> - Zu detailliert ins Medizinische gehen - Nicht reden lassen. Belehrendes Verhalten vom PR - Studien sind nicht interessant - Wenn da einer sagt „Das ist das Beste“ oder „... du musst...“, das finde ich gar nicht gut - Schlechtmachen von Konkurrenzpräparaten - Wichtigtueriesches Verhalten - Studien, die nicht praxisrelevant sind - Tablets kommen nicht gut an - Besserwieserisches Verhalten - Logorrhö - Frage nach der Häufigkeit der Verordnung eines Präparates - Studien - Das Ansprechen der Ethikregeln von Pharmig - Zu viele Fragen stellen - Zu oft mit dem Namen ansprechen - Wenn sie sich verplappern 						
Onstage-Aktivitäten des/der PR	In der Ordination zur Terminvereinbarung anrufen	Bei OA anmelden und Visitenkarte abgeben		WM, Goodies abgeben	Im Warteraum warten	PA/PÄ begrüßen und Small-Talk führen	Arzneimittel besprechen/ präsentieren	Fragen beantworten und offene Fragen notieren	ÄMU und Produktinformationen abgeben	Von dem/der PA/PÄ verabschieden	ÄMU-Abgabe bestätigen lassen	Von OA verabschieden	Beantwortung der Frage an den/die PA/PÄ kommunizieren

Abkürzungen: OA = OrdinationsassistentIn, PR = PharmareferentIn

Abbildung 47: Tatsächliche Customer Journey der praktischen Ärzte/Ärztinnen ≥ 50 Jahre inkl. Erwartungshaltung, Love- und Pain-Points (Eigene Darstellung)

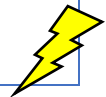
Unabhängig von der Altersgruppe wird von allen befragten praktischen ÄrztInnen der persönliche Kontakt zu den PharmareferentInnen präferiert. Eine telefonische Kontaktaufnahme sowie eine Kontaktaufnahme per E-Mail wird als Ersatz für den persönlichen Besuch durch PharmareferentInnen von den ÄrztInnen tendenziell abgelehnt.

„Das, was man an Werbung über E-Mail kriegt, das schaue ich mir gleich gar nicht an. Also ich schätze den persönlichen Kontakt“ (Proband 8 [≥ 50 Jahre] 11.02.2019).

„Ich habe zwar eine E-Mail. (...) Aber ich verwende sie nicht. (...) Ich schaue alle halben Jahre oder jedes Jahr einmal rein“ (Proband 13 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).

„Das Anrufen und E-Mail, das bringt mir nichts. E-Mails schau ich mir nicht an und das Anrufen stört nur mehr, als wenn da gleich wer herkommt“ (Proband 7 [< 50 Jahre] 11.02.2019).

„Es gibt viele Firmen, die informieren nur mehr über Mails bzw. über das Internet. (...) Und ich setze mich am Abend nach der Ordination nicht hin und lese mir das durch. Also das ist eine Information, die für mich jetzt nicht sehr zielführend ist. Für mich ist der persönliche Kontakt wesentlich ansprechender und ich fühle mich da auch besser aufgeklärt“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).



Die Dauer des Gespräches liegt im Schnitt bei beiden Altersgruppen zwischen 5 und 15 Minuten. Im Einzelfall, wenn in der Ordination weniger los ist, könnte ein solches Gespräch länger dauern. Dabei wird an das Fingerspitzengefühl der PharmareferentInnen appelliert.


„Das kommt darauf an, wie viele Patienten schon dran waren und wie viele noch draußen warten. Da braucht der Pharmareferent schon ein Fingerspitzengefühl. Der sollte schon merken, wann zu viel los ist“ (Proband 1 [≥ 50 Jahre] 21.01.2019).

Durch die Befragung kann vermutet werden, dass es in Bezug auf die Kongressmessen zu keiner Abweichung von der geplanten Customer Journey kommt. Es werden teilweise die Vorzüge des Erfahrungsaustausches und die Möglichkeit zum Netzwerken auf einer Kongressmesse positiv bewertet.

„Auf den Kongressen treffe ich auch Kollegen mit denen ich mich zu bspw. fachlich austauschen kann“ (Probandin 2 [< 50 Jahre] 22.01.2019).

„Da kommt man dann meistens ins Gespräch mit Leuten, die man schon kennt. Man trifft sich dort einfach“ (Proband 3 [< 50 Jahre] 23.01.2019).


„Man kann locker reden, frei reden“ (Proband 9 [< 50 Jahre] 20.02.2019).



Von den befragten ÄrztInnen werden vermutlich die Stände von jenen Unternehmen bevorzugt aufgesucht, bei welchen die Ärzte/Ärztinnen die PharmareferentInnen bereits gut kennen.

„Also ich gehe zu diejenigen, die ich kenne, natürlich. Auch um zu tratschen“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).

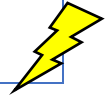
„Das ist eher persönlich. Das Fachliche weiß ich dann ja schon. Da bieten sie dir dann einen Kaffee an und dann redet man halt so. Aber persönlich. Man geht ja zu denen hin, die man persönlich gerne hat“ (Proband 12 [≥ 50 Jahre] 06.03.2019).



Die ProbandInnen gehen in Bezug auf Veranstaltungen, welche von den PharmareferentInnen organisiert werden, auf deren Erwartungshaltung näher ein. Vorrangig wird jedoch von Pain-Points berichtet.

Einer der ProbandInnen erwartet sich, zu Veranstaltungen eine Begleitung mitnehmen zu dürfen, für welche er selbst die Kosten übernehmen würde. Wenn sich ein Unternehmen dagegen ausspricht oder die organisatorische Hilfestellung unterlässt, wird diese Situation von diesem Probanden als nicht zufriedenstellend wahrgenommen.

„Vorige Woche erst wieder eine Firma, mit einer netten Einladung. (...) Sag ich: ‚Sie, ich zahl’s gern selber, ich möchte meine Gattin mitnehmen‘. ‚Ja, das können wir leider nicht, das ist leider verboten‘. Für mich eine Veranstaltung, die schon tot ist. (...) Nur, wenn heute Pharmareferenten sagen: ‚Nein, wir dürfen auch keine organisatorische Hilfestellung leisten‘, dann kann ich zumindest in meinem Fall sagen, das ist höchst aggressionserzeugend“ (Proband 14 [≥ 50 Jahre] 14.03.2019).



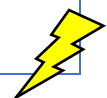
Eine andere Probandin betont, dass der Fokus von Veranstaltungen nicht auf dem servierten Essen, sondern auf dem Informationsgehalt liegen sollte.

„Ich war gestern erst bei einer Veranstaltung, das ist furchtbar. Das fängt um halb acht an, dann hast bis neun Uhr und dann sollst ein viergängiges Menü essen. Das interessiert niemanden. Es geht um die Information, die man kriegt“ (Probandin 15 [< 50 Jahre] 13.03.2019).



Einer der befragten Ärzte/Ärztinnen berichtet von einem negativen Erlebnis mit einer Pharmareferentin auf einer Veranstaltung.

„Ich habe nur einmal eine Pharmareferentin in den ganzen 35 Jahren gehabt, die ich nicht gemocht habe. Das war so eine „Gschnopperte“. Die hat uns zu einer Veranstaltung eingeladen und da ist der Kellner mit Sektgläsern auf dem Tablett herumgegangen. Da haben wir uns dann eines runtergenommen und dann ist die Pharmareferentin zu uns gekommen und hat gesagt: ‚Ich möchte sagen, es ist nur ein Glas für jeden gedacht‘. (...) Aber das fand ich von der einfach unverschämt. Wenn da ein Glas Sekt zu viel ist, dann hätte sie uns eh nicht einladen brauchen“ (Proband 1 [≥ 50 Jahre] 21.01.2019).



Diese Rückmeldungen legen den Schluss nahe, dass Veranstaltungen als gute Möglichkeit zum Erhalt von Informationen angesehen werden. Allerdings scheint es dabei ein großes Potential für Pain-Points zu geben.

Auf Basis der Datenlage wird – wie in Tabelle 25 ersichtlich – der strategische Rahmen in Form von strategischen Eckpunkten für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing durch PharmareferentInnen definiert.

Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing durch PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH	
Eckpunkt 1: Kundenorientierte Entscheidungen	Die PharmareferentInnen können von den Onstage-Aktivitäten im persönlichen Kontakt mit den ÄrztInnen zu Stoßzeiten (z.B. Grippewelle, Semesterferien) abweichen.
Eckpunkt 2: Service Excellence gegenüber PharmareferentInnen durch den Innendienst	Anfragen von den PharmareferentInnen, welche von den ÄrztInnen gestellt werden, sollen von Seiten des Innendienstes schnell und zuverlässig beantwortet werden. Das Servicing des Innendienstes soll das Servicing der PharmareferentInnen gegenüber den ÄrztInnen stärken.
Eckpunkt 3: Lernen von ÄrztInnen	Durch die regelmäßige Einholung von Feedback der Ärzte/Ärztinnen soll das Servicing durch die PharmareferentInnen laufend optimiert werden. Bei den Rückmeldungen ist auf die Altersgruppe (< 50 Jahre oder ≥ 50 Jahre) als auch auf die Klassifizierung der Ärzte/Ärztinnen zu achten.
Eckpunkt 4: Definition von Handlungsfeldern für Über-raschungen bei den ÄrztInnen	Jedem/Jeder Pharmareferenten/Pharmareferentin steht ein definiertes Budget pro Jahr zur Verfügung, um individuelle Aufmerksamkeiten für die Ärzte/Ärztinnen abrechnen oder Veranstaltungen durchführen zu können.

Tabelle 25: Strategischer Rahmen für Service Excellence mit Fokus auf das Servicing durch PharmareferentInnen der G.L. Pharma GmbH (Eigene Darstellung)

10.4. Service-Excellence-Maßnahmen mit Fokus auf das Servicing für die G.L. Pharma GmbH

Die strategischen Eckpunkte dienen als Basis für die Zielsetzung und der daraus folgenden Ableitung von Maßnahmen. Zu den einzelnen Maßnahmen sind entsprechende Messgrößen und Zielwerte als auch die aus den Maßnahmen entstehenden Kosten und der zeitliche Aufwand festgelegt.

Der erste Eckpunkt bezieht sich auf die kundenorientierten Entscheidungen, wodurch es zu Abweichungen der standardisierten Prozesse kommt. Zu Stoßzeiten wie z.B. in den Semesterferien oder in der Grippezeit wird es den PharmareferentInnen erschwert, die gewünschte Anzahl der täglichen Besuche bei den ÄrztInnen durchzuführen. Ziel in diesem Eckpunkt ist es daher, die Besuchseffektivität zu erhöhen, indem – wie in Tabelle 26 ersichtlich – Besuche in den Ordinationen vorankündigt werden, was der Erwartungshaltung für einen Teil der jüngeren Altersgruppe zu entsprechen scheint.

„Für mich ist es ideal, wenn sich der Pharmareferent telefonisch vorankündigt und einen Termin vereinbart. Denn oft kommen sie zu Stoßzeiten“ (Probandin 2 [< 50 Jahre] 22.01.2019).

Eckpunkt 1	Kundenorientierte Entscheidungen	Kosten
Ziel	Besuchseffektivität (nur zu Stoßzeiten) erhöhen	
Maßnahme	Anruf bei der Ordination zur Ankündigung des Besuchs und zur Abfrage der voraussichtlichen Wartezeit durch den/die Pharmareferenten/Pharmareferentin, sodass die erwartete Anzahl von Gesprächen mit den ÄrztInnen durchgeführt werden können	-
Messgröße	Anzahl der Arztgespräche pro Tag	
Zielwert	8 - 9	
Zeitaufwand	Zwei Minuten je geplanten Besuch = 16 - 24 Minuten pro Tag je PharmareferentIn	
Maßnahme	Einplanung von Alternativen in der Routenplanung durch die PharmareferentInnen	-
Messgröße	Anzahl von Besuchsalternativen pro Tag	
Zielwert	2 - 3	
Zeitaufwand	10 Minuten pro Tag je PharmareferentIn	

Tabelle 26: Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 1 (Eigene Darstellung)

Die erhobenen Daten lassen die Vermutung zu, dass die Ärzte/Ärztinnen Verständnis haben, wenn die PharmareferentInnen Fragen nicht sofort beantworten können. Allerdings scheint erwartet zu werden, dass die Informationen zu den offenen Fragen im Nachgang übermittelt werden.

„Wenn sie mir die Info im Nachgang weitergeben, ist das schon in Ordnung“ (Proband 4 [< 50 Jahre] 25.02.2019).

Daher ist – wie in Tabelle 27 ersichtlich – das Ziel des zweiten Eckpunkts, die Beantwortung von Anfragen zu beschleunigen, indem definierte Zeitspannen für die Weiterleitung von Informationen eingehalten werden. Damit soll gewährleistet werden, dass die PharmareferentInnen mithilfe des Innendienstes exzellentes Servicing gegenüber den ÄrztInnen zeigen können.

Eckpunkt 2	Service Excellence gegenüber PharmareferentInnen vom Innendienst	Kosten
Ziel	Beantwortung von Anfragen beschleunigen	
Maßnahme	Weiterleitung der offenen Fragen von den ÄrztInnen durch die PharmareferentInnen an den Innendienst	-
Messgröße	Spätester Zeitpunkt zur Weiterleitung der Anfrage des/der Arztes/Ärztin	
Zielwert	Bis 16 Uhr desselben Arbeitstages	
Zeitaufwand	10 Minuten je Anfrage	
Maßnahme	Schnelle und zuverlässige Beantwortung von Anfragen der PharmareferentInnen durch den Innendienst	
Messgröße	Spätester Zeitpunkt zur Beantwortung von Anfragen nach Eingang	
Zielwert	Bis 12 Uhr des darauffolgenden Arbeitstages	
Zeitaufwand	30 Minuten je Anfrage	

Tabelle 27: Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 2 (Eigene Darstellung)

Da das Servicing-Verhalten der PharmareferentInnen von den ÄrztInnen unterschiedlich wahrgenommen wird, stellt die Einholung von Feedback mithilfe des Net Promoter Scores – wie in Tabelle 28 ersichtlich – ein Ziel für den dritten Eckpunkt dar. Ein weiterer Aspekt stellt die Altersstruktur bei den klassifizierten ÄrztInnen dar, da es aufgrund des kommenden Ärztemangels erforderlich ist, das Verhältnis zwischen der Altersgruppe der unter 50-Jährigen und den ÄrztInnen im Alter von 50 Jahren und älter zu halten.

Eckpunkt 3	Lernen von den ÄrztInnen	Kosten
Ziel	Net Promoter Score der Ärzte/Ärztinnen messen	
Maßnahme	<p>Jährlich den NPS bei den A-ÄrztInnen von G.L. Pharma GmbH messen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Angebotseinholung bei Marktforschungsunternehmen wie Survey Monkey (Umfrage inkludiert im Standard-Paket 1.000 Beantwortungen und berechnet für jede weitere Beantwortung 0,10 Euro) – Angebotsauswahl – Gestaltung von Karten zum Einloggen für die Ärzte/Ärztinnen – Druck von Karten zum Einloggen der A-Ärzte/Ärztinnen (ca. 10.000 Stück) – Versand der Karten an die Ärzte/Ärztinnen – Auswertung der Daten nach Ablauf der Umfrage 	2.500 €
Messgröße	NPS = % Promoter - % Kritiker	
Zielwert	> 10	
Zeitaufwand	10 Stunden	
Ziel	Altersstruktur bei der Klassifizierung der A- und B-Ärzte/Ärztinnen berücksichtigen	
Maßnahme	<p>Geburtsjahr, Alter oder Altersklasse der Ärzte/Ärztinnen im CRM-System bis Ende 2019 integrieren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abklärung, ob Daten verfügbar sind – Abklärung bzgl. Datenschutz – Angebotseinholung für das CRM-Tool und der entsprechenden Daten – Tool im CRM-System einbauen lassen – Daten in das CRM-System einspielen 	2.000 €
Messgröße	Verhältnis der Ärzte/Ärztinnen nach Alter (< 50 Jahre : ≥ 50 Jahre)	
Zielwert	50 : 50	
Zeitaufwand	40 Stunden	

Tabelle 28: Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 3 (Eigene Darstellung)

Der vierte Eckpunkt beinhaltet – wie in Tabelle 29 ersichtlich – die Definition von Handlungsfeldern für Überraschungen bei den ÄrztInnen. Dabei sollen die Ausgaben des Außendienstbudgets sowie die Aufteilung der Ausgaben nach den A- und B-ÄrztInnen ausgewertet werden.

Eckpunkt 4	Definition von Handlungsfeldern für Überraschungen bei den ÄrztInnen	Kosten
Ziel	Überraschungen bei den ÄrztInnen intensivieren	
Maßnahme	Auswertung der Ausgaben des Außendienstbudgets für individuelle Aufmerksamkeiten und Veranstaltungen je PharmareferentIn am Ende jeden Quartals	-
Messgröße	Prozentsatz der Ausgaben des definierten Außendienstbudgets je PharmareferentIn	
Zielwert	> 90 %	
Zeitaufwand	30 Minuten	
Maßnahme	Auswertung und Zuordnung der Ausgaben des Außendienstbudgets für individuelle Aufmerksamkeiten und Veranstaltungen nach den A- und B-ÄrztInnen je PharmareferentIn am Ende jeden Quartals	
Messgröße	Prozentuelle Aufteilung des Außendienstbudgets nach den A- und B-ÄrztInnen	
Zielwert	70 - 80 % (A-Ärzte/Ärztinnen) 20 - 30 % (B-Ärzte/Ärztinnen)	
Zeitaufwand	Je Zuordnung 2 Minuten	

Tabelle 29: Maßnahmen, Controlling und Budgetierung zu Eckpunkt 4 (Eigene Darstellung)

Der Zeitplan für die geplante Umsetzung der gesetzten Maßnahmen für den Zeitraum zwischen September und Dezember 2019 ist in Tabelle 30 eingezeichnet.

	2019																		
	Jul	Aug	Sep				Okt				Nov				Dez				
Maßnahmen			KW 36	KW 37	KW 38	KW 39	KW 40	KW 41	KW 42	KW 43	KW 44	KW 45	KW 46	KW 47	KW 48	KW 49	KW 50	KW 51	KW 52
Anruf bei der Ordination zur Ankündigung des Besuchs und zur Abfrage der voraussichtlichen Wartezeit durch den/die Pharmareferenten/Pharmareferentin, sodass die erwartete Anzahl von Gesprächen mit den ÄrztInnen durchgeführt werden können																			
Einplanung von Alternativen in der Routenplanung durch die PharmareferentInnen																			
Weiterleitung der offenen Fragen von den ÄrztInnen durch die PharmareferentInnen an den Innendienst																			
Schnelle und zuverlässige Beantwortung von Anfragen der PharmareferentInnen durch den Innendienst																			
Jährlich den NPS bei den A-ÄrztInnen von G.L. Pharma GmbH messen																			
Angebotseinholung bei Marktforschungsunternehmen wie Survey Monkey																			
Angebotsauswahl																			
Gestaltung von Karten zum Einloggen für die Ärzte/Ärztinnen																			
Druck von Karten zum Einloggen der A-Ärzte/Ärztinnen (ca. 10.000 Stk.)																			
Versand der Karten an die Ärzte/Ärztinnen																			
Auswertung der Daten nach Ablauf der Umfrage																			
Geburtsjahr, Alter oder Altersklasse der Ärzte/Ärztinnen im CRM-System bis Ende 2019 integrieren																			
Abklärung, ob Daten verfügbar sind																			
Abklärung bzgl. Datenschutz																			
Angebotseinholung für das CRM-Tool und der entsprechenden Daten																			
Tool im CRM-System einbauen lassen																			
Daten in das CRM-System einspielen																			
Auswertung der Ausgaben des Außendienstbudgets für individuelle Aufmerksamkeiten und Veranstaltungen je PharmareferentIn am Ende jeden Quartals																			
Auswertung und Zuordnung der Ausgaben des Außendienstbudgets für individuelle Aufmerksamkeiten und Veranstaltungen nach A- und B-Ärzte/Ärztinnen je PharmareferentIn am Ende jeden Quartals																			

Tabelle 30: Zeitplan für die geplante Umsetzung der gesetzten Maßnahmen (Eigene Darstellung)

Literaturverzeichnis

Bücher

Brandt-Biesler, Franziska/Krumm, Rainer (2015): So wird verkauft! Werteorientiertes Verkaufen mit den 9 Levels, Offenbach: Gabler Verlag

Bruhn, Manfred (2013): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Methoden, 9. Aufl., Berlin Heidelberg: Springer Gabler [online]
<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-33992-9.pdf> [4.12.2018]

Fantapié Altobelli, Claudia (2017): Marktforschung. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, 3. Aufl., Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft [online]
<https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=Yzk8DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=marktforschung+qualitativ+quantitativ&ots=9zu-iaf8ywV&sig=dFumsYBzmJt6TbJ7q3vAd-hxrd8#v=onepage&q=marktforschung%20qualitativ%20quantitativ&f=false> [30.12.2018]

Frommeyer, Astrid (2005): Kommunikationsqualität in persönlichen Kundenbeziehungen. Konzeptualisierung und empirische Prüfung, Wiesbaden: Gabler Verlag

Gouthier, Matthias (2013): Kundenbegeisterung durch Service Excellence. Erläuterungen zu DIN SPEC 77224 und Best-Practices, Berlin, Wien, Zürich: Beuth Verlag [online]
<https://books.google.at/books?id=XbxzD4C4l0gC&pg=PA97&lpg=PA97&dq=importance+performance+matrix+für+kundenbegeisterung&source=bl&ots=xPuFn70wMP&sig=PtaKz1gmGFdEu5chpueYha8-Y50&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwj7odTNmpHfAhUDFywKHWZbC-ToQ6AEwB3oECAgQAQ#v=onepage&q=importance%20performance%20matrix%20für%20kundenbegeisterung&f=false> [5.12.2018]

Haller, Sabine (2017): Dienstleistungsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Instrumente, 7. Aufl., Wiesbaden: Springer Gabler [online]
<https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=c9QkDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=kano+modell+service&ots=exqUUwEtjG&sig=qm4ZDVY47EU-HPVARQyyusF3DTUo#v=onepage&q=kano%20modell&f=false> [9.12.2018]

Holzbaur, Ulrich/Jettinger, Edwin/Knauss, Bernhard/Moser, Ralf/Zeller, Markus (2010): Eventmanagement. Veranstaltungen professionell zum Erfolg führen, 4. Aufl., Heidelberg: Springer [online]
https://books.google.at/books?id=9XktAHxhkogC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=kennzahlen+für+events&source=bl&ots=0lvQdeileo&sig=XBEAJtzt4_mqb3QIKouR-qfUhs&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwjF0OjksrfAhWisaQKHRylB9cQ6AEwBHoE-CAMQAQ#v=onepage&q=kennzahlen%20für%20events&f=false [18.12.2018]

Hölzing, Jörg A. (2008): Die Kano-Theorie der Kundenzufriedenheitsmessung. Eine theoretische und empirische Überprüfung, Wiesbaden: Gabler Verlag [online]
<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-9864-4.pdf> [2.1.2019]

Kalbach, James (2016): Mapping Experiences. A complete guide to creating value through journeys, blueprints & diagrams, 3. Aufl., Sebastopol: O'Reilly Media [online]

https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=fK4fDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=customer+journey+map+key+elements&ots=DXAS5ujfjU&sig=iQ6MH7hQ8S7YC38K11eWBB8d_X8#v=onepage&q=customer%20journey%20map%20key%20elements&f=false [12.12.2018]

Leimeister, Jan Marco (2012): Dienstleistungsengineering und -management, Berlin Heidelberg: Springer Verlag [online]

<https://link.springer.com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-27983-6.pdf> [30.12.2018]

Levenig, Julia (2016): Praxishandbuch Vertrieb. Sales Management in der Konsumgüterindustrie, 2. Aufl., München: UVK Verlagsgesellschaft

Meister, Ulla/Meister, Holger (2018): ISO 9001 in der Dienstleistung. Der Leitfaden für ein kundenorientiertes Qualitätsmanagement, München: Hanser Verlag

Oberzaucher, Astrid (2017): Grundlagen der Marktforschung für die praktische Anwendung, 2. Aufl., Wien: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag

Riedel, Kai/Gresser, Franz (2016): Das kundenorientierte Unternehmen. 12 Erfolgsprinzipien für eine konsequente Ausrichtung am Kunden, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag

Sandmann, Jörg-Heinrich (2016): Integration von Kundenaktivitäten in das Blueprinting von Dienstleistungsprozessen, Wiesbaden: Springer Fachmedien [online]

<https://ebookcentral-proquest-com.elibrary.campus02.at/lib/wirtschaft/detail.action?docID=4178828&query=Service+Blueprint> [23.12.2018]

Schneiderheinze, Wolfgang/Zotta, Carmen (2009): Ganz einfach überzeugen. So nutzen Sie Ihre emotionale Kompetenz in schwierigen Verkaufssituationen, Wiesbaden: Gabler Verlag [online]

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-8349-8520-0> [30.09.2018]

Schüller, Anne M. (2013): Touchpoints: Auf Tuchfühlung mit dem Kunden von heute. Managementstrategien für unsere neue Businesswelt, 3. Aufl., Offenbach: Gabal Verlag

Schüller, Anne M. (2016): Touch.Point.Sieg. Kommunikation in Zeiten der digitalen Transformation, Offenbach: Gabal Verlag

Ter Hofte-Fankhauser, Kathrin/Wälty, Hans F. (2011): Marktforschung. Grundlagen mit zahlreichen Beispielen, Repetitionsfragen mit Antworten und Glossar, 3. Aufl., Zürich: Compendio Bildungsmedien [online]

<https://books.google.at/books?id=C1Jg6KtTcQMC&pg=PA73&lpg=PA73&dq=einzelexploration&source=bl&ots=4P5oqKIWLx&sig=7UdPI7xuDZdej-43LqZpXDG7lpM&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwiO0ZiEpdffAhWCNOw-KHTEGCE8Q6AEwBnoECAgQAQ#v=onepage&q=einzelexploration&f=false> [30.12.2018]

Sammelwerke und Handbücher

Bruhn, Manfred/Hadwich, Karsten/Georgi, Dominik (2007): Integrierte Kundenorientierung als Treiber der Service Excellence. Theoretische und empirische Befunde zur Effektivität von externer und interner Kundenorientierung, in: Gouthier, Matthias H. J./Coenen, Christian/Schulze, Henning S./Wegmann, Christoph (Hrsg.): Service Excellence als Impulsgeber. Strategien – Management – Innovationen – Branchen, Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 54 - 71

Coenen, Christian (2007): Service Excellence durch Prosocial Service Performance, in: Gouthier, Matthias H. J./Coenen, Christian/Schulze, Henning S./Wegmann, Christoph (Hrsg.): Service Excellence als Impulsgeber. Strategien – Management – Innovationen – Branchen, Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 423 - 440

Eversheim, Walter/Liestmann, Volker/Winkelmann, Katrin (2006): Anwendungspotenziale ingenieurwissenschaftlicher Methoden für das Service Engineering, in: Bullinger, Hans-Jörg/Scheer, August-Wilhelm (Hrsg.): Service Engineering. Entwicklung und Gestaltung innovativer Dienstleistungen, 2. Aufl., S. 423 - 442 [online] <https://link.springer.com.eibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F3-540-29473-2.pdf> [1.11.2018]

Felten, Claudio (2016): Kundenbegeisterung mit dem Net Promoter Score[®] messen und managen, in: Gouthier, Matthias/Kohler, Gabriele/Moll, André (Hrsg.): Management der Kundenbegeisterung. Wie Sie Kunden durch Excellence überzeugen, Düsseldorf: Symposion Publishing, S. 247 - 259

Gouthier, Matthias (2016a): Service Excellence mit System: CEN/TS 16880. Wie Sie Kunden durch Excellence überzeugen, in: Gouthier, Matthias/Kohler, Gabriele/Moll, André (Hrsg.): Management der Kundenbegeisterung, Düsseldorf: Symposion Publishing, S. 81 - 101

Gouthier, Matthias (2016b): Messung der Kundenbegeisterung, in: Gouthier, Matthias/Kohler, Gabriele/Moll, André (Hrsg.): Management der Kundenbegeisterung, Düsseldorf: Symposion Publishing, S. 49 - 59

Gouthier, Matthias H. J./Giese, Andreas/Bartl, Christopher (2012): Customer Experiences, Kundenbegeisterung und Service Excellence - Die Spezifikation DIN SPEC 77224, in: Bruhn, Manfred/Hadwich, Karsten (Hrsg.): Customer Experience. Forum Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 64 - 83 [online] <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-8349-4001-8> [25.09.2018]

Holzmüller, Hartmut H./Buber, Renate (2009): Optionen für die Marketingforschung durch die Nutzung qualitativer Methodologie und Methodik, in: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung, Konzepte – Methoden – Analysen, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 3 - 20 [online] <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-8349-9441-7> [30.12.2018]

Ivens, Björn/Leischnig, Alexander (2016): Verkaufscontrolling: Analyse der Wirkungen der persönlichen Kommunikation, in: Esch, Franz-Rudolf/Langner, Tobias/Bruhn, Manfred (Hrsg.): Handbuch Controlling der Kommunikation, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 539 - 553 [online]

<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-3857-2.pdf> [17.12.2018]

Kirchgeorg, Manfred/Springer, Christiane (2016): Messung des Kommunikationserfolges von Messen, in: Esch, Franz-Rudolf/Langner, Tobias/Bruhn, Manfred (Hrsg.): Handbuch Controlling der Kommunikation, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 459 - 477 [online]

<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-3857-2.pdf> [17.12.2018]

Kleinaltenkamp, Michael/Mathies, Christine/Gansky, Sarah (2015): Humor in Dienstleistungsinteraktionen – Was wir (nicht) wissen, in: Meyer, Anton (Hrsg.): Aktuelle Aspekte in der Dienstleistungsforschung, Wiesbaden: Springer, S. 145 - 161

Kolbenschlag, Michael/Rütten, Oliver (2017): Serviceprozessmanagement und Kundenbegeisterung im Zeitalter der Digitalisierung, in: Gouthier, Matthias (Hrsg.): Service Design. Innovatives Services und exzellente Kundenerlebnisse gestalten, Baden-Baden: Nomos, S. 63 - 78

Mey, Günter/Mruck, Katja (2011): Qualitative Interviews, in: Naderer, Gabriele/Balzer, Eva (Hrsg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungen, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 258 - 288 [online]

<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-6790-9.pdf> [2.1.2019]

Moll, André (2016): Unternehmerische Treiber der Kundenbegeisterung, in: Gouthier, Matthias/Kohler, Gabriele/Moll, André (Hrsg.): Management der Kundenbegeisterung, Düsseldorf: Symposium Publishing, S. 41 - 47

Mönch, Bernhard/Goller, Markus (2008): Service Excellence - Vom Know-how zum Do-how, in: Heuper, Frank/Hogenschurz, Bernhard (Hrsg.): Sales & Service. Management, Marketing, Promotion und Performance, Wiesbaden: Gabler, S. 225 - 250

Nufer, Gerd (2016): Verfahren zum Controlling des Event Marketing, in: Esch, Franz-Rudolf/Langner, Tobias/Bruhn, Manfred (Hrsg.): Handbuch Controlling der Kommunikation, Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 479 - 505 [online]

<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-3857-2.pdf> [17.12.2018]

Schreier, Margrit (2011): Qualitative Stichprobenkonzepte, in: Naderer, Gabriele/Balzer, Eva (Hrsg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungen, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 242 - 256 [online]

<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-6790-9.pdf> [2.1.2019]

Van Riet, Jan/Kirsch, Markus (2010): Konzeption und Nutzung des Net Promoter® Score, in: Greve, Goetz/Benning-Rohnke, Elke (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung. Konzept und Anwendung des Net Promoter® Score in der Praxis, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 35 - 82 [online]
<https://link-springer-com.elibrary.campus02.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8851-5.pdf> [9.12.2018]

Werner, Bernd (2017): Die Emotionalität von Touchpoints. Motivbasierte Steuerung der Customer Journey, in: Keller, Bernhard/Ott, Cirk Sören (Hrsg.): Touchpoint Management. Entlang der Customer Journey erfolgreich agieren, 2. Aufl., Freiburg: Haufe Lexware Verlag, S. 183 - 192 [online]
<https://ebookcentral-proquest-com.elibrary.campus02.at/lib/wirtschaft/detail.action?docID=5582227&query=Touchpoint+Management> [22.12.2018]

Journals und Fachzeitschriften – Peer Reviewed

Bitner, Mary Jo/Ostrom, Amy L./Morgan, Felicia (2008): Service Blueprinting: A practical technique for service innovation, in: California Management Review, 50. Jg., Nr. 3, S. 66 - 94 [online]
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2307/41166446?journalCode=cmra>
[01.10.2018]

Esch, Franz Rudolf/Brunner, Christian/Gawlowski, Dominika/Knörle Christian/Krieger, Kai Harald (2010): Customer Touchpoints marken- und kundenspezifisch managen, in: Marketing Review St. Gallen, 27. Jg., Nr. 2, S. 8 - 13, [online]
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11621-010-0039-0> [06.10.2018]

Fuller, Melissa/Heijne-Penninga, Marjolein/Kamans, Elanor/van Vuuren, Mark/de Jong, Menno/Wolfensberger, Marca (2018): Identifying competence characteristics for excellenct communication professionals. A work field perspective, in: Journal of Communication Management, 22. Jg., Nr. 2, S. 233 - 352 [online]
<https://www-emeraldinsight-com.elibrary.campus02.at/doi/pdfplus/10.1108/JCOM-07-2016-0051> [20.12.2018]

Gerдум, Vanessa (2018): CX-Management in der Pharmabranche. Am liebsten persönlich, in: Research & Results, o. Jg., Nr. 7, S. 26 - 27

Halvorsrud, Ragnhild/Kvale, Knut/Folstad, Asbjorn (2016): Improving service quality through customer journey analysis, in: Journal of Service Theory and Practice, 26. Jg., Nr. 6, S. 840 - 867 [online]
<https://www.research-results.de/fachartikel/2018/ausgabe-7/am-liebsten-persoendlich.html> [29.09.2018]

Ieva, Marco/Ziliani, Cristina (2018): The role of customer experience touchpoints in driving loyalty intentions in services, in: The TQM Journal, 30. Jg., Nr. 5, S. 444 - 457 [online] <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/TQM-11-2017-0141> [29.09.2018]

Rawson, Alex/Duncan, Ewan/Jones, Conor (2013): The truth about customer experience: touchpoints matter, but it's the full journey that really counts, in: Harvard Business Review, 91. Jg., Nr. 9, S. 90 - 98 [online]

<http://content.ebscohost.com/Content-Server.asp?T=P&P=AN&K=89716235&S=R&D=buh&EbscoContent=dGJyMNHX8kSeqLc40dвуOLCmr1CeprVSsq24SbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGot0i0ra9LuePfgex44Dt6fIA> [29.09.2018]

Rosenbaum, Mark S./Otalora, Mauricio Losada/Ramírez, Germán Contreras (2017): How to create a realistic customer journey map, in: Business Horizons, 60. Jg., Nr. 1, S. 143 - 150 [online]

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007681316300982> [29.09.2018]

Shaughnessy, Brooke A./Mislin, Alexandra A./Hentschel, Tanja (2015): Should he chitchat? The benefits of small talk for male versus female negotiators, in: Basic and applied social psychology, 37. Jg., Nr. 2, S. 105 - 117 [online]

<https://web-b-ebscohost-com.elibrary.cam-pus02.at/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=43f08cf8-cbb8-4173-b17a-07f3e2435f31%40pdc-v-sessmgr01> [18.12.2018]

Wenke, Anja (2017): Is' was, Doc?. Geeignete Wege in der Pharma-Kommunikation, in: Research & Results, o. Jg., Nr. 7, S. 54 [online]

<https://www.research-results.de/fachartikel/2017/ausgabe-7/is-was-doc.html> [02.03.2019]

Journals und Fachzeitschriften – Nicht Peer Reviewed

Fuchs, Christoph (2009): Eventmarketing heute. Der dreigeteilte Spannungsbogen, in: KMU-Magazin, o. Jg., Nr. 5, S. 46 - 48 [online]

http://www.christophbfuchs.ch/assets/kmu_mag_0509_eventmarketing3.pdf [23.12.2018]

Hörauf-Umgeher, Martina (2017): Entwicklungen im Kundenbeziehungsmanagement der pharmazeutischen Industrie, in: ZIFP, o. Jg., Nr. 1, S. 71 - 79 [online]

https://www.researchgate.net/profile/Michaela_Hromkova/publication/319529068_Marketing_strategies_in_NGOs_in_Slovakia/links/59b14b4d458515a5b48916dd/Marketing-strategies-in-NGO-s-in-Slovakia.pdf#page=72 [29.10.2018]

Beiträge aus Internetquellen

PDF-Dateien aus dem Internet

European Medicines Agency (2010): Guideline on the investigation of bioequivalence [online]

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500070039.pdf [10.09.2018]

Hauptverband (2018): Was kann elga? [online]

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.630395&version=1462261766> [18.12.2018]

Pharmig (2018): Daten und Fakten 2018. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich [online]

http://www.pharmig.at/uploads/DuF_2018_Web_deutsch_FINAL_22216_DE.pdf [10.09.2018]

Schweizer, Ruedi (o.J.): Leitfaden/Checkliste zur Erstellung eines Marketingkonzepts [online]

<http://www.marketingcoaching.ch/files/pdf-files/Marketingkonzept.pdf> [28.12.2018]

Wechselberger, Artur/Rumler, Robin (2018): Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und pharmazeutischer Industrie. Eine Information von Ärztekammer und Pharmig [online]

http://www.pharmig.at/uploads/VHCBookletZusammenarbeit-Plundrzte_11492_DE.pdf [25.09.2018]

Website

Akademie der Ärzte (2018a): Grundsätzliches und Begriffe [online]

<https://www.arztakademie.at/diplom-fortbildungs-programm/grundsatzliches-begriffe/> [18.12.2018]

Akademie der Ärzte (2018b): Voraussetzungen [online]

<https://www.arztakademie.at/diplom-fortbildungs-programm/dfp-fuer-aerztinnen-und-aerzte/voraussetzungen/> [18.12.2018]

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018a): Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin [online]

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/aerzte/allgemeinmediziner> [18.12.2018]

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018b): Ärztin/Arzt [online]

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/aerzte/arzt> [18.12.2018]

Customer Guru (o.J.): Pharmaceuticals Net Promoter Score 2018 Benchmarks [online]

<https://customer.guru/net-promoter-score/industry/pharmaceuticals> [10.12.2018]

G.L. Pharma GmbH (o.J.): [online] <https://gl-pharma.at/gerot-lannach/> [07.10.2018]

Höfler, Klaus/Neuper, Manfred (2018): Zukäufe und millionenschwerer Ausbau in Lannach [online]
https://www.kleinezeitung.at/wirtschaft/primus_steiermark/5439256/Bartenstein_Zukaefe-und-millionenschwerer-Ausbau-in-Lannach [07.10.2018]

Nielsen Norman Group (2017): UX Mapping Methods Compared: A Cheat Sheet [online] <https://www.nngroup.com/articles/ux-mapping-cheat-sheet/> [14.12.2018]

Österreichische Ärztekammer (2018): Neue Zahlen: Ärztemangel verschärft sich in Österreich rapide [online]
http://www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/22830443?_101_INSTANCE_777cp2QuE8rt_redirect=%2F [18.12.2018]

Österreichischer Generikaverband (2017): Generika Preisregel neu [online]
<https://generikaverband.at/wp-content/uploads/2018/08/20180723oegvgraphen-preisregel.jpg> [31.08.2018]

Pharmig (o.J.): Der Beruf Pharmareferent [online]
<http://www.pharmig.at/DE/Pharmareferenten/Der%20Beruf/der+Beruf+Pharmareferent.aspx> [10.09.2018]

Promidis (2015): Instrument: Service-Blueprint [online]
<https://www.inf.uni-hamburg.de/de/inst/ab/itmc/research/completed/promidis/instrumente/service-blueprint> [20.10.2018]

Rechtsinformationssystem des Bundes (2018a): VIII. Abschnitt Pharmareferent [online] <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40107441> [22.11.2018]

Rechtsinformationssystem des Bundes (2018b): Abgabe von Ärztemustern [online]
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40051385> [22.11.2018]

Statistik Austria (2018a): Ärzte und Ärztinnen seit 1960 absolut und auf 100.000 Einwohner [online]
http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022350.html [15.02.2019]

Statistik Austria (2018b): Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen 2017 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern [online]
http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022353.html [15.02.2019]

Statistik Austria (2018c): Bevölkerungsprognosen [online]
http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html [15.02.2019]

Wer liefert was (o.J.): Ausstellungen, Messen und Kongresse: Wodurch unterscheiden sie sich? [online]
<https://www.wlw.de/de/inside-business/aktuelles/messen/ausstellung-messe-kongress> [21.12.2018]

Sonstige Quellen

Interviews

Proband 1 [≥ 50 Jahre], [21.01.2019]

Probandin 2 [< 50 Jahre], [22.01.2019]

Proband 3 [< 50 Jahre], [23.01.2019]

Proband 4 [< 50 Jahre], [25.01.2019]

Proband 5 [≥ 50 Jahre], [31.01.2019]

Proband 6 [< 50 Jahre], [31.01.2019]

Proband 7 [< 50 Jahre], [11.02.2019]

Proband 8 [≥ 50 Jahre], [11.02.2019]

Proband 9 [< 50 Jahre], [20.02.2019]

Probandin 10 [< 50 Jahre], [06.03.2019]

Probandin 11 [≥ 50 Jahre], [06.03.2019]

Proband 12 [≥ 50 Jahre], [06.03.2019]

Proband 13 [≥ 50 Jahre], [07.03.2019]

Proband 14 [≥ 50 Jahre], [07.03.2019]

Probandin 15 [< 50 Jahre], [13.03.2019]

Proband 16 [≥ 50 Jahre], [26.03.2019]

Technische Spezifikation

CEN/TS 16880 (2015): Service Excellence – Schaffung von herausragenden Kundenerlebnissen durch Service Excellence, Brüssel: o.V.

Unveröffentlichte Quelle

Gerot Lannach (2018): Business Update und Ausblick für das Jahr 2018 [unveröffentlichte Quelle]

Insight Health (2018): Pharma Anbieter (August 2018) [unveröffentlichte Quelle]

Anhang

Inhaltsverzeichnis

Zeitlicher Ablauf im Projektplan	A-2
Projektplan	A-5
Gesprächsleitfaden	A-12
Kano-Fragebogen	A-16
Strukturdaten.....	A-18

Zeitlicher Ablauf im Projektplan

Meilensteine	Arbeitspaket	Start	Ende	Tage	Status
Masterarbeit		17.9.	2.5	227	
1. Vorarbeiten für DS 1		17.9.	18.10.	31	
1.1 Termin mit Coach vereinbart	Terminvorschläge vorbereiten	17.9.	17.9.	0	Abgeschlossen
	Mit Coach Kontakt aufnehmen	17.9.	17.9.	0	Abgeschlossen
	Termin vereinbaren	17.9.	20.9.	3	Abgeschlossen
1.2 Vorbereitung für 1. Coaching-Termin abgeschlossen	Ausgangssituation formulieren	22.9.	25.9.	3	Abgeschlossen
	Herausforderung formulieren	22.9.	25.9.	3	Abgeschlossen
	Ziele (UN-Ziele + MA-Ziel) formulieren	22.9.	25.9.	3	Abgeschlossen
	Erste Ideen zu den Inhalten der MA vorbereiten	22.9.	25.9.	3	Abgeschlossen
	Bezugsrahmen erstellen	22.9.	25.9.	3	Abgeschlossen
1.3 Erster Coaching-Termin erledigt	Unterlagen an Coach übermitteln	25.9.	25.9.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen auf Moodle hochladen	25.9.	25.9.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen für Termin drucken	27.9.	27.9.	0	Abgeschlossen
	Coaching-Termin wahrnehmen	28.9.	28.9.	0	Abgeschlossen
1.4 Unterlagen nach 1. Coaching-Termin aktualisiert	Unterlagen (s. 1.2) nach Coaching-Termin anpassen	29.9.	30.9.	1	Abgeschlossen
	Literaturverzeichnis (Bereits bearbeitet, geplant) erstellen	30.9.	7.10.	7	Abgeschlossen
	Projektplan fertigstellen	30.9.	7.10.	7	Abgeschlossen
	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	7.10.	7.10.	0	Abgeschlossen
1.5 Kick-off-Meeting durchgeführt (BetreuerIn + Coach)	Mögliche Termine mit BetreuerIn abklären	18.9.	21.9.	3	Abgeschlossen
	Terminvorschläge an Coach übermitteln	18.9.	21.9.	3	Abgeschlossen
	Termin an Coach und BetreuerIn kommunizieren	21.9.	21.9.	0	Abgeschlossen
	Termin wahrnehmen	10.10.	10.10.	0	Abgeschlossen
	Abgabe MA-Vereinbarung	23.11.	23.11.	0	Abgeschlossen
1.6 Unterlagen für DS 1 fertiggestellt	Unterlagen (s. 1.2) nach Kick-off-Meeting anpassen	10.10.	11.10.	1	Abgeschlossen
	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	11.10.	11.10.	0	Abgeschlossen
1.7 Abgabe der Unterlagen für DS 1	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	12.10.	12.10.	0	Abgeschlossen
	Per Mail an Coach versenden	12.10.	12.10.	0	Abgeschlossen
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	12.10.	12.10.	0	Abgeschlossen
1.7 Abgabe der Unterlagen für DS 1 (2. Termin)	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	9.11.	9.11.	0	Abgeschlossen
	Per Mail an Coach versenden	9.11.	9.11.	0	Abgeschlossen
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	9.11.	9.11.	0	Abgeschlossen
1.8 Präsentationsvorbereitung für DS 1	Präsentation erstellen	7.10.	10.10.	3	Abgeschlossen
	Präsentationshandout drucken	18.10.	18.10.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen drucken	18.10.	18.10.	0	Abgeschlossen
1.8 Präsentationsvorbereitung für DS 1 (2. Termin)	Präsentation erstellen	3.11.	7.11.	4	Abgeschlossen
	Präsentationshandout drucken	9.11.	9.11.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen drucken	9.11.	9.11.	0	Abgeschlossen
2. DS 1 - Kurzvorstellung der Arbeit	Titel der MA, Unternehmensvorstellung, Ausgangssituation, Herausforderung, Ziele, Bezugsrahmen, Geplante Ergebnisse präsentieren	19.10.	19.10.	0	Abgeschlossen

2. DS 1 - Kurzvorstellung der Arbeit (2. Termin)	Titel der MA, Unternehmensvorstellung, Ausgangssituation, Herausforderung, Ziele, Bezugsrahmen, Geplante Ergebnisse	14.11.	14.11.	0	Abgeschlossen
3. Vorarbeiten für DS 2 - Literaturteil		20.10.	16.1.	88	Abgeschlossen
3.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 1 in die Unterlagen einarbeiten	20.10.	28.10.	8	Abgeschlossen
	Besprechung mit Coach	31.10.	31.10.	0	Abgeschlossen
	Anpassung der Unterlagen nach Coaching-Termin	31.10.	7.11.	7	Abgeschlossen
3.2 Literaturteil verfasst	Bezugsrahmen aktualisieren	7.11.	9.12.	32	Abgeschlossen
	Kapitel: "Pharmazeutische Industrie in Österreich" schreiben	19.11.	25.11.	6	Abgeschlossen
	Kapitel: "Customer Journey" schreiben	23.11.	2.1.	40	Abgeschlossen
	Kapitel: "Service Blueprint" schreiben	20.12.	30.12.	10	Abgeschlossen
	Kapitel: "Service Excellence" schreiben	8.12.	2.1.	25	Abgeschlossen
	Kapitel: „Servicing“ schreiben	8.12.	2.1.	25	Abgeschlossen
3.3 Untersuchungsdesign fixiert	Kapitel: "Theoretisches Service-Excellence-Konzept" schreiben	30.12.	3.1.	4	Abgeschlossen
	Literaturrecherche durchführen	28.12.	2.1.	5	Abgeschlossen
3.4 Dritter Coaching-Termin durchgeführt	Methode/Stichprobenauswahl/Erhebungsinstrument definieren	28.12.	6.1.	9	Abgeschlossen
	Unterlagen an Coach übermitteln	28.12.	28.12.	0	Abgeschlossen
	Agenda übermitteln	28.12.	28.12.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen für Termin drucken	3.1.	3.1.	0	Abgeschlossen
3.5 Unterlagen für DS 2 fertiggestellt	Coaching-Termin wahrnehmen	4.1.	4.1.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen nach Coaching-Termin aktualisieren	5.1.	9.1.	4	Abgeschlossen
3.6 Abgabe der Unterlagen für DS 2	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	9.1.	9.1.	0	Abgeschlossen
	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	11.1.	11.1.	0	Abgeschlossen
	Per Mail an Coach versenden	11.1.	11.1.	0	Abgeschlossen
3.7 Präsentationsvorbereitung für DS 2	Hardcopy (2x) im Office abgeben	11.1.	11.1.	0	Abgeschlossen
	Präsentation erstellen	7.1.	9.1.	2	Abgeschlossen
	Präsentationshandout drucken	16.1.	16.1.	0	Abgeschlossen
4. DS 2 - Literaturteil (17./18./19.1.)	MA-Unterlagen drucken	16.1.	16.1.	0	Abgeschlossen
	Herausforderung, Ziele, Bearbeitete Literatur (inkl. Begründung), Wesentliche Aussagen des Literaturteils, Konkretes Untersuchungsdesign, Geplante Vorgehensweise des Analyseteils präsentieren	17.1.	17.1.	0	Abgeschlossen
5. Vorarbeiten für DS 3 - Praxisteil		18.1.	10.4.	82	Abgeschlossen
5.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 2 in die Unterlagen einarbeiten	18.1.	23.1.	5	Abgeschlossen
5.2 Analyse durchgeführt	Interne Prozessanalyse durchführen	14.1.	27.1.	13	Abgeschlossen
5.3 Gesprächsleitfaden erstellt	Gesprächsleitfaden vorbereiten	28.12.	3.1.	6	Abgeschlossen
	Gesprächsleitfaden an Coach übermitteln und besprechen	3.1.	4.1.	1	Abgeschlossen
5.4 Termine für qualitative Befragungen vereinbart	ProbandInnen auswählen	14.1.	25.1.	11	Abgeschlossen
	ProbandInnen kontaktieren und Termin vereinbaren	14.1.	1.2.	18	Abgeschlossen
5.5 Interviews durchgeführt	Interviews durchführen	14.1.	1.3.	46	Abgeschlossen
5.6 Interviews ausgewertet	Interviews transkribieren	14.1.	10.3.	55	Abgeschlossen
	MaxQda installieren	19.1.	20.1.	1	Abgeschlossen

	Codierung im MAXQDA	21.1.	10.2.	20	Abgeschlossen
	Qualitative Inhaltsanalyse	4.3.	17.3.	13	Abgeschlossen
	Grafische Darstellung und Interpretation	4.3.	24.3.	20	Abgeschlossen
5.7 Konzept für G.L. Pharma erstellt	Ergebnisse der Untersuchung in das Konzept integrieren	18.3.	27.3.	9	Abgeschlossen
	Strategischer Rahmen für Service Excellence definieren	28.3.	30.3.	2	Abgeschlossen
	Service Excellence Maßnahmen treffen	29.3.	31.3.	2	Abgeschlossen
5.8 Coaching-Termin durchgeführt	Termin mit Coach vereinbaren	21.3.	21.3.	0	Abgeschlossen
	Ergebnisse an Coach übermitteln	1.4.	1.4.	0	Abgeschlossen
	Agenda übermitteln	21.3.	21.3.	0	Abgeschlossen
	Unterlagen für Termin drucken	1.4.	1.4.	0	Abgeschlossen
	Coaching-Termin wahrnehmen	2.4.	2.4.	0	Abgeschlossen
5.9 Unterlagen angepasst	Feedback in Unterlagen einarbeiten	3.4.	4.4.	1	Abgeschlossen
5.10 Präsentationsvorbereitung für DS 3	Präsentation erstellen	1.4.	4.4.	3	Abgeschlossen
	Präsentationshandout drucken	10.4.	10.4.	0	Abgeschlossen
	MA-Unterlagen drucken	10.4.	10.4.	0	Abgeschlossen
5.11 Unterlagen für DS 3 abgegeben	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	5.4.	5.4.	0	Abgeschlossen
	Per Mail an Coach versenden	5.4.	5.4.	0	Abgeschlossen
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	5.4.	5.4.	0	Abgeschlossen
	Transkripte im Moodle hochladen	5.4.	5.4.	0	Abgeschlossen
6. DS 3 - Ergebnisse der Arbeit (11./12./13.4.)	Herausforderung, Ziele, Wesentliche Aussagen, Erkenntnisse & Ergebnisse aus der Arbeit, Konkrete Handlungsempfehlungen, Weitere Nutzung der MA im Unternehmen (Umsetzung der Maßnahmen) präsentieren	12.4.	12.4.	0	Abgeschlossen
7. Vorbereitung für Abgabe der Masterarbeit		12.4.	2.5.	20	Abgeschlossen
7.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 3 einarbeiten	12.4.	21.4.	9	Abgeschlossen
7.2 Unterlagen mit Coach abgestimmt	Masterarbeit mit Korrekturen an Coach übermitteln	22.4.	22.4.	0	Abgeschlossen
8. Abgabe der Masterarbeit		2.5.	2.5.	0	Abgeschlossen
8.1 Masterarbeit abgegeben	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	2.5.	2.5.	0	Abgeschlossen
	Hardcopy (1x) im Office abgeben	2.5.	2.5.	0	Abgeschlossen
8.2 Bibliotheksfähige Masterarbeit abgegeben	Benützungsbeschränkung vorbereiten			0	Abgeschlossen
	Benützungsbeschränkung abgeben	28.6.	28.6.	0	Abgeschlossen
	Bibliotheksfähige Masterarbeit abgeben	28.6.	28.6.	0	Abgeschlossen

Projektplan

			KW 38							KW 39							KW 40							KW 41							KW 42						
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Milestones	Arbeitspaket	Start	Ende	Tage																																	
Masterarbeit		17.9	2.5	227																																	
1. Vorarbeiten für DS 1		17.9	18.10.	31																																	
1.1 Termin mit Coach vereinbart	Terminvorschläge vorbereiten	17.9.	17.9.	0																																	
	Mit Coach Kontakt aufnehmen	17.9.	17.9.	0																																	
	Termin vereinbaren	17.9.	20.9.	3																																	
1.2 Vorbereitung für 1. Coaching-Termin abgeschlossen	Ausgangssituation formulieren	22.9.	25.9.	3																																	
	Herausforderung formulieren	22.9.	25.9.	3																																	
	Ziele (UN-Ziele + MA-Ziel) formulieren	22.9.	25.9.	3																																	
	Erste Ideen zu den Inhalten der MA vorbereiten	22.9.	25.9.	3																																	
	Bezugsrahmen erstellen	22.9.	25.9.	3																																	
1.3 Erster Coaching-Termin erledigt	Unterlagen an Coach übermitteln	25.9.	25.9.	0																																	
	Unterlagen auf Moodle hochladen	25.9.	25.9.	0																																	
	Unterlagen für Termin drucken	27.9.	27.9.	0																																	
	Coaching-Termin wahrnehmen	28.9.	28.9.	0																																	
1.4 Unterlagen nach 1. Coaching-Termin aktualisiert	Unterlagen (s. 1.2) nach Coaching-Termin anpassen	29.9.	30.9.	1																																	
	Literaturverzeichnis (Bereits bearbeitet, geplant) erstellen	30.9.	7.10.	7																																	
	Projektplan fertigstellen	30.9.	7.10.	7																																	
1.5 Kick-off-Meeting durchgeführt (Betreuer + Coach)	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	7.10.	7.10.	0																																	
	Mögliche Termine mit Betreuer abklären	18.9.	21.9.	3																																	
	Terminvorschläge an Coach übermitteln	18.9.	21.9.	3																																	
	Termin an Coach und Betreuer kommunizieren	21.9.	21.9.	0																																	
	Termin wahrnehmen	10.10.	10.10.	0																																	
1.6 Unterlagen für DS 1 fertiggestellt	Abgabe MA-Vereinbarung	23.11.	23.11.	0																																	
	Unterlagen (s. 1.2) nach Kick-off-Meeting anpassen	10.10.	11.10.	1																																	
1.7 Abgabe der Unterlagen für DS 1	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	11.10.	11.10.	0																																	
	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	12.10.	12.10.	0																																	
1.7 Abgabe der Unterlagen für DS 1 (2. Termin)	Per Mail an Coach versenden	12.10.	12.10.	0																																	
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	12.10.	12.10.	0																																	
	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	9.11.	9.11.	0																																	
1.8 Präsentationsvorbereitung für DS 1	Per Mail an Coach versenden	9.11.	9.11.	0																																	
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	9.11.	9.11.	0																																	
	Präsentation erstellen	7.10.	10.10.	3																																	
1.8 Präsentationsvorbereitung für DS 1 (2. Termin)	Präsentationshandout drucken	18.10.	18.10.	0																																	
	MA-Unterlagen drucken	18.10.	18.10.	0																																	
	Präsentation erstellen	3.11.	7.11.	4																																	
2. DS 1 - Kurzvorstellung der Arbeit	Präsentationshandout drucken	9.11.	9.11.	0																																	
	MA-Unterlagen drucken	9.11.	9.11.	0																																	
	Titel der MA, Unternehmensvorstellung, Ausgangssituation, Herausforderung, Ziele, Bezugsrahmen, Geplante Ergebnisse	19.10.	19.10.	0																																	

				KW 42							KW 43							KW 44							KW 45							KW 46						
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Milestones	Work Package	Start	Ende	Days																																		
Masterarbeit		17.9	2.5	227																																		
3. Vorarbeiten für DS 2 - Literaturteil																																						
3.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 1 in die Unterlagen einarbeiten	20.10.	16.1.	88																																		
	Besprechung mit Coach	20.10.	28.10.	8																																		
	Anpassung der Unterlagen nach Coaching-Termin	31.10.	31.10.	0																																		
3.2 Literaturteil verfasst	Bezugsrahmen aktualisieren	31.10.	7.11.	7																																		
	Kapitel: "Pharmazeutische Industrie in Österreich" schreiben	7.11.	9.12.	32																																		
	Kapitel: "Customer Journey" schreiben	19.11.	25.11.	6																																		
	Kapitel: "Service Blueprint" schreiben	23.11.	2.1.	40																																		
	Kapitel: "Service Excellence" schreiben	20.12.	30.12.	10																																		
3.3 Untersuchungsdesign fixiert	Kapitel: "Theoretisches Service Excellence Konzept" schreiben	8.12.	2.1.	25																																		
	Literaturrecherche durchführen	30.12.	3.1.	4																																		
	Methode/Stichprobenauswahl/Erhebungsinstrument	28.12.	2.1.	5																																		
3.4 Dritter Coaching-Termin durchgeführt	Unterlagen an Coach übermitteln	28.12.	28.12.	0																																		
	Agenda übermitteln	28.12.	28.12.	0																																		
	Unterlagen für Termin drucken	3.1.	3.1.	0																																		
3.5 Unterlagen für DS 2 fertiggestellt	Coaching-Termin wahrnehmen	4.1.	4.1.	0																																		
	Unterlagen nach Coaching-Termin aktualisieren	5.1.	9.1.	4																																		
	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	9.1.	9.1.	0																																		
3.6 Abgabe der Unterlagen für DS 2	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	11.1.	11.1.	0																																		
	Per Mail an Coach versenden	11.1.	11.1.	0																																		
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	11.1.	11.1.	0																																		
3.7 Präsentationsvorbereitung für DS 2	Präsentation erstellen	7.1.	9.1.	2																																		
	Präsentationshandout drucken	16.1.	16.1.	0																																		
	MA-Unterlagen drucken	16.1.	16.1.	0																																		
4. DS 2 - Literaturteil (17./18./19.1.)																																						
	Herausforderung, Ziele, Bearbeitete Literatur (inkl. Begründung), Wesentliche Aussagen des Literaturteils, Konkretes Untersuchungsdesign, Geplante Vorgehensweise des Analyseteils	17.1.	17.1.	0																																		

				KW 46							KW 47							KW 48							KW 49							KW 50						
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Milestones	Work Package	Start	Ende	Days																																		
Masterarbeit		17.9	2.5	227																																		
3. Vorarbeiten für DS 2 - Literaturteil																																						
3.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 1 in die Unterlagen einarbeiten	20.10.	16.1.	88																																		
	Besprechung mit Coach	20.10.	28.10.	8																																		
	Anpassung der Unterlagen nach Coaching-Termin	31.10.	31.10.	0																																		
3.2 Literaturteil verfasst	Bezugsrahmen aktualisieren	31.10.	7.11.	7																																		
	Kapitel: "Pharmazeutische Industrie in Österreich" schreiben	7.11.	9.12.	32																																		
	Kapitel: "Customer Journey" schreiben	19.11.	25.11.	6																																		
	Kapitel: "Service Blueprint" schreiben	23.11.	2.1.	40																																		
	Kapitel: "Service Excellence" schreiben	20.12.	30.12.	10																																		
3.3 Untersuchungsdesign fixiert	Kapitel: "Theoretisches Service Excellence Konzept" schreiben	8.12.	2.1.	25																																		
	Literaturrecherche durchführen	30.12.	3.1.	4																																		
	Methode/Stichprobenauswahl/Erhebungsinstrument	28.12.	2.1.	5																																		
3.4 Dritter Coaching-Termin durchgeführt	Unterlagen an Coach übermitteln	28.12.	28.12.	0																																		
	Agenda übermitteln	28.12.	28.12.	0																																		
	Unterlagen für Termin drucken	3.1.	3.1.	0																																		
3.5 Unterlagen für DS 2 fertiggestellt	Coaching-Termin wahrnehmen	4.1.	4.1.	0																																		
	Unterlagen nach Coaching-Termin aktualisieren	5.1.	9.1.	4																																		
	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	9.1.	9.1.	0																																		
3.6 Abgabe der Unterlagen für DS 2	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	11.1.	11.1.	0																																		
	Per Mail an Coach versenden	11.1.	11.1.	0																																		
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	11.1.	11.1.	0																																		
3.7 Präsentationsvorbereitung für DS 2	Präsentation erstellen	7.1.	9.1.	2																																		
	Präsentationshandout drucken	16.1.	16.1.	0																																		
	MA-Unterlagen drucken	16.1.	16.1.	0																																		
4. DS 2 - Literaturteil (17./18./19.1.)																																						
	Herausforderung, Ziele, Bearbeitete Literatur (inkl. Begründung), Wesentliche Aussagen des Literaturteils, Konkretes Untersuchungsdesign, Geplante Vorgehensweise des Analyseteils	17.1.	17.1.	0																																		

				KW 50							KW 51							KW 52							KW 1							KW 2		
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	
Milestones	Work Package	Start	Ende	Days	10.12.	11.12.	12.12.	13.12.	14.12.	15.12.	16.12.	17.12.	18.12.	19.12.	20.12.	21.12.	22.12.	23.12.	24.12.	25.12.	26.12.	27.12.	28.12.	29.12.	30.12.	31.12.	1.1.	2.1.	3.1.	4.1.	5.1.	6.1.	7.1.	8.1.
Masterarbeit		17.9	2.5	227																														
3. Vorarbeiten für DS 2 - Literaturteil		20.10.	16.1.	88																														
3.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 1 in die Unterlagen einarbeiten	20.10.	28.10.	8																														
	Besprechung mit Coach	31.10.	31.10.	0																														
	Anpassung der Unterlagen nach Coaching-Termin	31.10.	7.11.	7																														
3.2 Literaturteil verfasst	Bezugsrahmen aktualisieren	7.11.	9.12.	32																														
	Kapitel: "Pharmazeutische Industrie in Österreich" schreiben	19.11.	25.11.	6																														
	Kapitel: "Customer Journey" schreiben	23.11.	2.1.	40																														
	Kapitel: "Service Blueprint" schreiben	20.12.	30.12.	10																														
	Kapitel: "Service Excellence" schreiben	8.12.	2.1.	25																														
	Kapitel: "Theoretisches Service Excellence Konzept" schreiben	30.12.	3.1.	4																														
3.3 Untersuchungsdesign fixiert	Literaturrecherche durchführen	28.12.	2.1.	5																														
	Methode/Stichprobenauswahl/Erhebungsinstrument	28.12.	6.1.	9																														
3.4 Dritter Coaching-Termin durchgeführt	Unterlagen an Coach übermitteln	28.12.	28.12.	0																														
	Agenda übermitteln	28.12.	28.12.	0																														
	Unterlagen für Termin drucken	3.1.	3.1.	0																														
3.5 Unterlagen für DS 2 fertiggestellt	Coaching-Termin wahrnehmen	4.1.	4.1.	0																														
	Unterlagen nach Coaching-Termin aktualisieren	5.1.	9.1.	4																														
	Aktualisierte Unterlagen an Coach übermitteln	9.1.	9.1.	0																														
3.6 Abgabe der Unterlagen für DS 2	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	11.1.	11.1.	0																														
	Per Mail an Coach versenden	11.1.	11.1.	0																														
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	11.1.	11.1.	0																														
3.7 Präsentationsvorbereitung für DS 2	Präsentation erstellen	7.1.	9.1.	2																														
	Präsentationshandout drucken	16.1.	16.1.	0																														
	MA-Unterlagen drucken	16.1.	16.1.	0																														
4. DS 2 - Literaturteil (17./18./19.1.)	Herausforderung, Ziele, Bearbeitete Literatur (inkl. Begründung), Wesentliche Aussagen des Literaturteils, Konkretes Untersuchungsdesign, Geplante Vorgehensweise des Analyseteils	17.1.	17.1.	0																														

				KW 2							KW 3							KW 4							KW 5							KW 6													
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				7.1.	8.1.	9.1.	10.1.	11.1.	12.1.	13.1.	14.1.	15.1.	16.1.	17.1.	18.1.	19.1.	20.1.	21.1.	22.1.	23.1.	24.1.	25.1.	26.1.	27.1.	28.1.	29.1.	30.1.	31.1.	1.2.	2.2.	3.2.	4.2.													
Meilensteine	Arbeitspaket	Start	Ende	Tag																																									
5. Vorarbeiten für DS 3 - Praxisteil		18.1.	10.4.	82																																									
5.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 2 in die Unterlagen einarbeiten	18.1.	23.1.	5																																									
5.2 Analyse durchgeführt	Interne Prozessanalyse durchführen	14.1.	27.1.	13																																									
	Touchpoint-Analyse durchführen	18.3.	27.3.	9																																									
5.3 Gesprächsleitfaden erstellt	Gesprächsleitfaden vorbereiten	28.12.	3.1.	6																																									
	Gesprächsleitfaden an Coach übermitteln und besprechen	3.1.	4.1.	1																																									
5.4 Termine für qualitative Befragungen vereinbart	Interviewpartner auswählen	14.1.	25.1.	11																																									
	Interviewpartner kontaktieren und Termin vereinbaren	14.1.	1.2.	18																																									
5.5 Interviews durchgeführt	Interviews durchführen	14.1.	1.3.	46																																									
	Interviews transkribieren	14.1.	10.3.	55																																									
5.6 Interviews ausgewertet	MaxQda installieren	19.1.	20.1.	1																																									
	Codierung im MAXQDA	21.1.	10.2.	20																																									
	Qualitative Inhaltsanalyse	4.3.	17.3.	13																																									
	Grafische Darstellung und Interpretation	4.3.	24.3.	20																																									
5.7 Konzept für G.L. Pharma erstellt	Ergebnisse der Untersuchung in die Touchpoint Analyse integrieren	18.3.	27.3.	9																																									
	Strategischen Rahmen für Service Excellence definieren	28.3.	30.3.	2																																									
	Service Excellence Maßnahmen treffen	29.3.	31.3.	2																																									
	Controlling Maßnahmen setzen	30.3.	31.3.	1																																									
5.8 Coaching-Termin durchgeführt	Termin mit Coach vereinbaren			0																																									
	Ergebnisse an Coach übermitteln			0																																									
	Agenda übermitteln			0																																									
	Unterlagen für Termin drucken			0																																									
5.9 Unterlagen angepasst	Coaching-Termin wahrnehmen			0																																									
	Feedback in Unterlagen einarbeiten			0																																									
5.10 Präsentationsvorbereitung für DS 3	Präsentation erstellen	1.4.	4.4.	3																																									
	Präsentationshandout drucken	10.4.	10.4.	0																																									
	MA-Unterlagen drucken	10.4.	10.4.	0																																									
5.11 Unterlagen für DS 3 abgegeben	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	5.4.	5.4.	0																																									
	Per Mail an Coach versenden	5.4.	5.4.	0																																									
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	5.4.	5.4.	0																																									
	Transkripte im Moodle hochladen	5.4.	5.4.	0																																									
6. DS 3 - Ergebnisse der Arbeit (11./12./13.4.)	Herausforderung, Ziele, Wesentliche Aussagen, Erkenntnisse & Ergebnisse aus der Arbeit, Konkrete Handlungsempfehlungen, Weitere Nutzung der MA im Unternehmen (Umsetzung der Maßnahmen)	12.4.	12.4.	0																																									

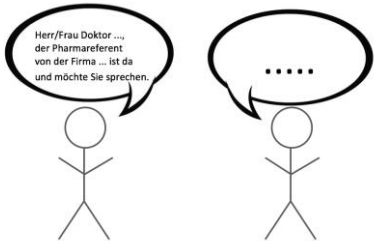
Meilensteine	Arbeitspaket	Start	Ende	Tage	KW 10							KW 11							KW 12							KW 13							KW 14						
					Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
5. Vorarbeiten für DS 3 - Praxistell		18.1.	10.4.	82	4.3.	5.3.	6.3.	7.3.	8.3.	9.3.	10.3.	11.3.	12.3.	13.3.	14.3.	15.3.	16.3.	17.3.	18.3.	19.3.	20.3.	21.3.	22.3.	23.3.	24.3.	25.3.	26.3.	27.3.	28.3.	29.3.	30.3.	31.3.	1.4.						
5.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 2 in die Unterlagen einarbeiten	18.1.	23.1.	5																																			
5.2 Analyse durchgeführt	Interne Prozessanalyse durchführen	14.1.	27.1.	13																																			
	Touchpoint-Analyse durchführen	18.3.	27.3.	9																																			
5.3 Gesprächsleitfaden erstellt	Gesprächsleitfaden vorbereiten	28.12.	3.1.	6																																			
	Gesprächsleitfaden an Coach übermitteln und besprechen	3.1.	4.1.	1																																			
5.4 Termine für qualitative Befragungen vereinbart	Interviewpartner auswählen	14.1.	25.1.	11																																			
	Interviewpartner kontaktieren und Termin vereinbaren	14.1.	1.2.	18																																			
5.5 Interviews durchgeführt	Interviews durchführen	14.1.	1.3.	46																																			
	Interviews transkribieren	14.1.	10.3.	55																																			
	MaxQda installieren	19.1.	20.1.	1																																			
5.6 Interviews ausgewertet	Codierung im MAXQDA	21.1.	10.2.	20																																			
	Qualitative Inhaltsanalyse	4.3.	17.3.	13																																			
	Grafische Darstellung und Interpretation	4.3.	24.3.	20																																			
5.7 Konzept für G.L. Pharma erstellt	Ergebnisse der Untersuchung in die Touchpoint Analyse integrieren	18.3.	27.3.	9																																			
	Strategischen Rahmen für Service Excellence definieren	28.3.	30.3.	2																																			
	Service Excellence Maßnahmen treffen	29.3.	31.3.	2																																			
	Controlling Maßnahmen setzen	30.3.	31.3.	1																																			
5.8 Coaching-Termin durchgeführt	Termin mit Coach vereinbaren			0																																			
	Ergebnisse an Coach übermitteln			0																																			
	Agenda übermitteln			0																																			
	Unterlagen für Termin drucken			0																																			
	Coaching-Termin wahrnehmen			0																																			
5.9 Unterlagen angepasst	Feedback in Unterlagen einarbeiten			0																																			
5.10 Präsentationsvorbereitung für DS 3	Präsentation erstellen	1.4.	4.4.	3																																			
	Präsentationshandout drucken	10.4.	10.4.	0																																			
	MA-Unterlagen drucken	10.4.	10.4.	0																																			
5.11 Unterlagen für DS 3 abgegeben	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	5.4.	5.4.	0																																			
	Per Mail an Coach versenden	5.4.	5.4.	0																																			
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	5.4.	5.4.	0																																			
	Transkripte im Moodle hochladen	5.4.	5.4.	0																																			
6. DS 3 - Ergebnisse der Arbeit (11./12./13.4.)	Herausforderung, Ziele, Wesentliche Aussagen, Erkenntnisse & Ergebnisse aus der Arbeit, Konkrete Handlungsempfehlungen, Weitere Nutzung der MA im Unternehmen (Umsetzung der Maßnahmen)	12.4.	12.4.	0																																			

				KW 14							KW 15							KW 16							KW 17							KW 18				
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	
Milestones	Workpackage	Start	Ende	Tage	1.4.	2.4.	3.4.	4.4.	5.4.	6.4.	7.4.	8.4.	9.4.	10.4.	11.4.	12.4.	13.4.	14.4.	15.4.	16.4.	17.4.	18.4.	19.4.	20.4.	21.4.	22.4.	23.4.	24.4.	25.4.	26.4.	27.4.	28.4.	29.4.	30.4.	1.5.	2.5.
Meilensteine	Arbeitspaket	Start	Ende	Tage																																
Masterarbeit		17.9	2.5	227																																
5. Vorarbeiten für DS 3 - Praxisteil		18.1.	10.4.	82																																
5.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 2 in die Unterlagen einarbeiten	18.1.	23.1.	5																																
5.2 Analyse durchgeführt	Interne Prozessanalyse durchführen	14.1.	27.1.	13																																
	Touchpoint-Analyse durchführen	18.3.	27.3.	9																																
5.3 Gesprächsleitfaden erstellt	Gesprächsleitfaden vorbereiten	28.12.	3.1.	6																																
	Gesprächsleitfaden an Coach übermitteln und besprechen	3.1.	4.1.	1																																
5.4 Termine für qualitative Befragungen vereinbart	Interviewpartner auswählen	14.1.	25.1.	11																																
	Interviewpartner kontaktieren und Termin vereinbaren	14.1.	1.2.	18																																
5.5 Interviews durchgeführt	Interviews durchführen	14.1.	1.3.	46																																
	Interviews transkribieren	14.1.	10.3.	55																																
5.6 Interviews ausgewertet	MaxQda installieren	19.1.	20.1.	1																																
	Codierung im MAXQDA	21.1.	10.2.	20																																
	Qualitative Inhaltsanalyse	4.3.	17.3.	13																																
	Grafische Darstellung und Interpretation	4.3.	24.3.	20																																
5.7 Konzept für G.L. Pharma erstellt	Ergebnisse der Untersuchung in die Touchpoint Analyse integrieren	18.3.	27.3.	9																																
	Strategischen Rahmen für Service Excellence definieren	28.3.	30.3.	2																																
	Service Excellence Maßnahmen treffen	29.3.	31.3.	2																																
	Controlling Maßnahmen setzen	30.3.	31.3.	1																																
5.8 Coaching-Termin durchgeführt	Termin mit Coach vereinbaren			0																																
	Ergebnisse an Coach übermitteln			0																																
	Agenda übermitteln			0																																
	Unterlagen für Termin drucken			0																																
5.9 Unterlagen angepasst	Coaching-Termin wahrnehmen			0																																
	Feedback in Unterlagen einarbeiten			0																																
5.10 Präsentationsvorbereitung für DS 3	Präsentation erstellen	1.4.	4.4.	3																																
	Präsentationshandout drucken	10.4.	10.4.	0																																
5.11 Unterlagen für DS 3 abgeben	MA-Unterlagen drucken	10.4.	10.4.	0																																
	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	5.4.	5.4.	0																																
	Per Mail an Coach versenden	5.4.	5.4.	0																																
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	5.4.	5.4.	0																																
	Transkripte im Moodle hochladen	5.4.	5.4.	0																																
6. DS 3 - Ergebnisse der Arbeit (11./12./13.4.)	Herausforderung, Ziele, Wesentliche Aussagen, Erkenntnisse & Ergebnisse aus der Arbeit, Konkrete Handlungsempfehlungen, Weitere Nutzung der MA im Unternehmen (Umsetzung der Maßnahmen)	12.4.	12.4.	0																																

				KW 14							KW 15							KW 16							KW 17							KW 18				
				Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	
Milestones	Workpackage	Start	Ende	Tage	1.4.	2.4.	3.4.	4.4.	5.4.	6.4.	7.4.	8.4.	9.4.	10.4.	11.4.	12.4.	13.4.	14.4.	15.4.	16.4.	17.4.	18.4.	19.4.	20.4.	21.4.	22.4.	23.4.	24.4.	25.4.	26.4.	27.4.	28.4.	29.4.	30.4.	1.5.	2.5.
Meilensteine	Arbeitspaket	Start	Ende	Tage																																
Masterarbeit		17.9	2.5	227																																
7. Vorbereitung für Abgabe der Masterarbeit		12.4.	2.5.	20																																
7.1 Unterlagen aktualisiert	Feedback von DS 3 einarbeiten	12.4.	21.4.	9																																
7.2 Unterlagen mit Coach abgestimmt	Masterarbeit mit Korrekturen an Coach übermitteln	22.4.	22.4.	0																																
8. Abgabe der Masterarbeit		2.5.	2.5.	0																																
8.1 Masterarbeit abgegeben	Im Moodle (Word und pdf) hochladen	2.5.	2.5.	0																																
	Hardcopy (2x) im Office abgeben	2.5.	2.5.	0																																
8.2 Bibliotheksfähige Masterarbeit abgegeben	Benützungsbefreiung vorbereiten			0																																
	Benützungsbefreiung abgeben	28.6.	28.6.	0																																
	Bibliotheksfähige Masterarbeit abgeben	28.6.	28.6.	0																																

Gesprächsleitfaden

Einführung	
<p>Begrüßung</p> <p>Ziel/Zweck der Einzelexploration</p> <p>Ziel ist es, herauszufinden, wo die Erwartungshaltung der praktischen Ärzte/Ärztinnen in Bezug auf das Servicing durch die PharmareferentInnen liegt.</p> <p>Einholung des Einverständnisses zur Aufzeichnung des Gespräches</p>	
Idealer Kontakt zu PharmareferentInnen	
<p>Bitte beschreiben Sie Ihren idealen Kontakt zu einem/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin.</p> <p>Bitte denken Sie an alle möglichen Kontaktsituationen, an denen Sie mit einem/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin in Kontakt kommen. Welche Situationen fallen Ihnen ein und wie laufen diese Situationen ab?</p> <p>Was darf bei einem Kontakt zwischen Ihnen und einem/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin auf keinen Fall passieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Erwartungen – Art des Kontakts – Informationen – Dauer

Persönlicher Besuch bei dem/der praktischen Arzt/Ärztin	
Wie verläuft Ihr üblicher Praxisalltag?	<ul style="list-style-type: none"> – Routinetätigkeiten – Stoßzeiten (PatientInnen)
<p>Bitte stellen Sie sich die folgende Situation vor. (Ballontest herzeigen)</p>  <p>Was antwortet das zweite Strichmännchen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Wie beeinflusst der Besuch eines/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin Ihren Praxisalltag? – Wovon hängt es ab, wie lange Sie den/die Pharmareferenten/Pharmareferentin warten lassen? – Was halten Sie von Terminvereinbarungen durch die PharmareferentInnen?
Wie sieht ein optimaler Einstieg in ein Gespräch aus Ihrer Sicht aus? Was ist Ihnen wichtig?	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüßung – Bezug auf das letzte Gespräch – Small Talk (Dauer, Inhalte, Humor) – Bedarfsanalyse (Interesse zu Arzneimitteln)
Auf welche Inhalte legen Sie in der Besprechung von Arzneimitteln Wert?	<ul style="list-style-type: none"> – Präsentation oder Dialog – Produktvorteile – Einsatz von Hilfsmitteln (Dosierkarten, Produktkarten, ...) – Ärztemuster – Umgang mit Fragen – Verhalten des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin

Was ist Ihnen am Ende eines Gespräches wichtig?	<ul style="list-style-type: none"> –Zusammenfassung der Inhalte –Beantwortung offener Fragen
<p>Stellen Sie sich vor, dass vier PharmareferentInnen von unterschiedlichen Unternehmen ein Arzneimittel mit demselben Wirkstoff präsentieren und um Ihre Verordnung bitten.</p> <p>Welche Faktoren spielen für Sie eine entscheidende Rolle?</p>	<ul style="list-style-type: none"> –Welche Rolle spielt der/die PharmareferentIn in Ihrer Entscheidung? –Welche Rolle spielt das Unternehmen, in welchem der/die PharmareferentIn tätig ist, in Ihrer Entscheidung?
Persönliches Gespräch auf einem Kongress	
Wie läuft eine ideale Begegnung auf einem Kongress mit einem/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin ab?	<ul style="list-style-type: none"> –Inhalte des Gesprächs –Dauer des Gesprächs –Verhalten des/der Pharmareferenten/ Pharmareferentin
Persönliches Gespräch auf einer Veranstaltung	
<p>Bitte denken Sie an die letzte Veranstaltung (Arbeitsessen, Round Table, ...), die von Ihrem/Ihrer Pharmareferenten/Pharmareferentin organisiert wurde.</p> <p>Was ist Ihnen besonders positiv/negativ in Erinnerung geblieben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> –Einladung –An-/Abreise –Inhalte auf der Veranstaltung –Veranstaltungsort –TeilnehmerInnen der Veranstaltung –Verhalten des/der Pharmareferenten/ Pharmareferentin

Abschluss	
<p>Bitte vervollständigen Sie folgenden Sätze:</p> <p>Die störendste persönliche Eigenschaft eines/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin ist ...</p> <p>Die wichtigste persönliche Eigenschaft eines/einer Pharmareferenten/Pharmareferentin ist ...</p> <p>Bei einem persönlichen Gespräch mit einem Pharmareferenten/Pharmareferentin begeistert mich ...</p>	<p>– Satzergänzungen</p>
<p>Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. (Erklärung)</p>	<p>– KANO-Selbstaufüller</p>
<p>Bitte füllen Sie das Formblatt aus. (Erklärung)</p>	<p>– Formblatt Strukturdaten</p>
Verabschiedung	

Kano-Fragebogen

Die Kleidung, Duft, ... des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin ist passend gewählt.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Die Kleidung, Duft, ... des/der Pharmareferenten/Pharmareferentin ist **NICHT** passend gewählt.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn übermittelt im Gespräch relevante Informationen zu den Arzneimitteln.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn übermittelt im Gespräch **KEINE** relevanten Informationen zu den Arzneimitteln.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn beantwortet meine Fragen fachlich kompetent.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn beantwortet meine Fragen fachlich **NICHT** kompetent.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn hört mir aktiv zu und geht auf meine Anliegen ein.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn hört mir **NICHT** aktiv zu und geht auf meine Anliegen **NICHT** ein.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn strahlt Selbstsicherheit aus.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn strahlt **KEINE** Selbstsicherheit aus.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn ist unverwechselbar.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn ist **NICHT** unverwechselbar.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn führt individuellen und zu mir passenden Small-Talk.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Der/Die PharmareferentIn führt **KEINEN** individuellen und zu mir passenden Small-Talk.

- Das würde mich sehr freuen Das setze ich voraus Das ist mir egal
 Das könnte ich in Kauf nehmen Das würde mich sehr stören

Strukturdaten

Geschlecht

männlich weiblich

Alter

< 50 Jahre ≥ 50 Jahre

Seit _____ Jahren in der Ordination tätig

Hausapotheke (HAPO) vorhanden