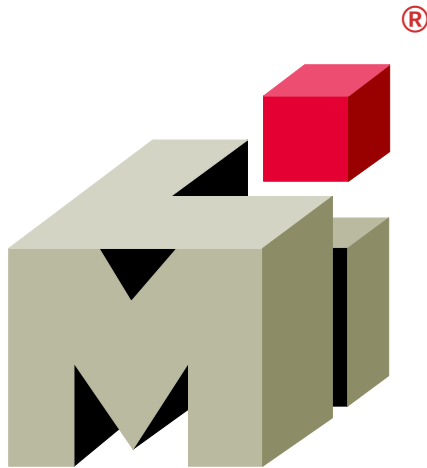




Lehrstuhl für **innovatives** Markenmanagement (**LiM**)

■ ■ ■ **L i M - A R B E I T S P A P I E R E** ■ ■ ■

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Christoph Burmann

Universität Bremen

Fachbereich Wirtschaftswissenschaft

Arbeitspapier

Nr. 47

Christoph Burmann / Christopher Kanitz

Prozess der Markenarchitekturbildung in der
pharmazeutischen Industrie

Bremen, Januar 2011

UNIVERSITÄT
BREMEN



Impressum:

Lehrstuhl für
innovatives Markenmanagement (LiM)
Prof. Dr. Christoph Burmann, Tel. +49 (0)421 / 218-66571

Universität Bremen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft
Hochschulring 4
28359 Bremen

LiM-Arbeitspapiere sind ebenfalls über die Homepage des LiM unter
<http://www.lim.uni-bremen.de> downloadbar.

ISSN: 1613-0936

Copyright 2011

ZUSAMMENFASSUNG

Christoph Burmann / Christopher Kanitz

Prozess der Markenarchitekturbildung in der
pharmazeutischen Industrie

Arbeitspapier Nr. 47

Art des Arbeitspapiers:	Dokumentation des aktuellen Stands der Forschung zur Markenarchitekturbildung in der pharmazeutischen Industrie
Methode:	Literaturgestützte Analyse
Ziel:	Übertragung des allgemeinen Prozesses zur Markenarchitekturbildung nach BURMANN/KANITZ (2010) auf die pharmazeutische Industrie
Zentrale Ergebnisse:	▪ Die Vielzahl an Patentausläufen und eine nachlassende Innovationskraft führen zu einem kritischen Hinterfragen des derzeitigen Geschäftsmodells und im Speziellen der bisherigen Produktmarkenfokussierung. ▪ Durch die Übertragung des Prozesses der Markenarchitekturbildung nach BURMANN/KANITZ (2010) wird ein Pharma-Markenhierarchie-Modell und eine pharmazeutische Produktmarkentypologie zur Analyse von Pharma-Markenportfolios entwickelt. ▪ Das Analyseinstrument ermöglicht Pharmaunternehmen die Bewertung von Handlungsoptionen zur Gestaltung von Markenarchitekturen. ▪ Die Analyse der pharmazeutischen Industrie illustriert insbesondere einen Mangel an Indikationsmarken. Der Mangel führt zu einer hohen Abhängigkeit der Pharmaunternehmen von wenigen umsatzstarken Produktmarken (i.d.R. Blockbuster). ▪ Die Übertragung allgemeiner Kriterien zur Bewertung von Markenarchitekturen auf die pharmazeutische Industrie ermöglicht die spezifische Bewertung pharmazeutischer Handlungsoptionen.
Zielgruppe:	Praktiker, Wissenschaftler und Studierende der Betriebswirtschaftslehre, insbesondere des Markenmanagements

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1. Markenarchitekturbildung in der pharmazeutischen Industrie	1
1.1 Aktuelle Entwicklungen und Trends in der Pharmaindustrie	1
1.2 Relevanz der Markenführung für die Pharmaindustrie	6
1.3 Relevanz der Markenarchitektur in der Pharmaindustrie	12
2. Pharma-Markenarchitektur-Ansatz nach Moss (2007)	14
2.1 Beschreibung des Ansatzes	14
2.2 Aussagegehalt des Ansatzes	16
3. Übertragung des allgemeinen Prozesses der Markenarchitekturbildung nach BURMANN/KANITZ (2010) auf die pharmazeutische Industrie.....	20
3.1 Der allgemeine Ansatz von BURMANN/KANITZ (2010) im Überblick.....	20
3.2 Strukturelle Perspektive: Hierarchisierung des Markenportfolios in der pharmazeutischen Industrie.....	25
3.3 Strategische Perspektive: Gestaltung der Markenarchitektur in der pharmazeutischen Industrie.....	31
3.3.1 Gestaltung der Markenarchitektur	31
3.3.1.1 Vertikale Dimension	31
3.3.1.2 Horizontale Dimension	42
3.3.1.3 Vertriebsgerichtete Dimension	43
3.3.2 Festlegung der Markenarchitektur	44
4. Bewertung der IST-Markenarchitektur von Pharmaunternehmen und Ableitung des Handlungsbedarfs.....	48
5. Zusammenfassung und Forschungsbedarf	51
Literaturverzeichnis	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Nachfragernetzwerk des Pharmamarktes	4
Abbildung 2:	Nutzen der Marke aus Anbietersicht	9
Abbildung 3:	Nutzen der Marke aus Nachfragersicht.....	11
Abbildung 4:	Auszug aus dem Markenportfolio von sanofi aventis	13
Abbildung 5:	Pharmaceutical Brand Strategy Hierarchy von Moss (2007)	15
Abbildung 6:	Zusammenfassung der Bewertungskriterien	17
Abbildung 7:	Bewertung des Markenarchitektur-Ansatzes von Moss	18
Abbildung 8:	Prozess der Markenarchitekturbildung.....	21
Abbildung 9:	Markenhierarchie-Ansatz von BURMANN/KANITZ	22
Abbildung 10:	Dreidimensionaler Markenarchitektur-Ansatz von	
	BURMANN/KANITZ	23
Abbildung 11:	Vertikale Dimension des Markenarchitektur-Ansatzes von	
	BURMANN/KANITZ	24
Abbildung 12:	Pharma-Markenhierarchie-Ansatz	27
Abbildung 13:	Struktur der pharmazeutischen Produktmarkentypologie	30
Abbildung 14:	Pharmazeutisches Strukturmodell (Hierarchie und	
	Produktmarkentypologie)	31
Abbildung 15:	Pharmazeutischer Markenarchitektur-Ansatz	44

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln
ASS	Acetyl-Salicyl-Säure
Bd.	Band
BPI	Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V.
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	Beziehungsweise
c.p.	ceteris paribus (unter sonst gleich bleibenden Umständen)
ca.	circa
CML	Chronisch myeloide Leukämie
d.h.	das heißt
diesbzgl.	diesbezüglich
DTC(A)	Direct-to-Consumer(-Avertising)
EFPIA	The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
et al.	et alii, et aliae bzw. et alia (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
f.	folgende
F&E	Forschung und Entwicklung
FDA	Food and Drug Administration
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
HWG	Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens
i.d.F.	in der Fassung vom
i.H.v.	in Höhe von

IMS	Institut für medizinische Statistik
INN	International Non-Proprietary Name
Kap.	Kapitel
mind.	mindestens
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MKB	Marke-Kunden-Beziehung
No.	Nummer
o.V.	ohne Verfasser
OTC	Over-the-Counter-Medikamente (rezeptfreie Arzneimittel)
p.a.	per anno (pro Jahr)
PhRMA	Pharmaceutical Research and Manufacturers of America
Rx	verschreibungspflichtige Medikamente
S.	Seite
SGB 5	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
tlw.	teilweise
TPP	Target Product Profile
u.	und
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
US	United States
VFA	Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
vgl.	Vergleiche
Vol.	Volume
z.B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich

1. Markenarchitekturbildung in der pharmazeutischen Industrie

1.1 Aktuelle Entwicklungen und Trends in der Pharmaindustrie

Die pharmazeutische Industrie befindet sich in einer Phase hohen Wettbewerbs.¹ Die Wachstumsraten werden geringer, die Anzahl neuer, innovativer Wirkstoffe sinkt stetig und viele Patente wichtiger Umsatzgaranten laufen in den nächsten Jahren ab.² Auch die Herangehensweise an die Forschung und Entwicklung wird in der Pharmabranche immer konservativer.³ Vor allem sinkt der Anteil an Forschungsprojekten hoch innovativer Produkte zu Gunsten der Vermarktungsbudgets.⁴ Führende Pharmamanager gehen davon aus, dass das Zeitalter der Blockbuster⁵ mit Milliardenumsätzen der Vergangenheit angehört und zukünftig eine Vielzahl von auf kleine Zielgruppen ausgerichteter Medikamente mit geringeren Umsätzen den Markt prägen werden.⁶ Primär durch den stärker werdenden Kostendruck der Krankenversicherungen begünstigt, nimmt zudem die Macht der Hersteller kostengünstiger, patentfreier Medikamente, so genannter Generika, stetig zu.⁷

¹ Der Weltpharmamarkt hat ein Volumen von rund 700 Mrd. \$ (Stand: 2007). Mit 43% des Marktes ist Nordamerika der größte Teilmarkt, gefolgt von Europa (30%) und Japan (9%). Pfizer ist mit einem Pharmaumsatz von 44 Mrd. \$ Marktführer (Marktanteil: 6,2%). Die Top 3 Pfizer (6,2%), GlaxoSmithKline (5,4%) und Sanofi-Aventis (5,2%) kontrollieren rund 17% des Marktes. Die Umsätze der Top 3-Indikationsgebiete konzentrieren 53% der Marktumsätze auf sich. Vgl. BPI (2008), S. 34 f.; PHARMEEXEC (2008), S. 84; DATAMONITOR (2009), S. 10.

² Vgl. BERNARD (2009), S. 30 ff.; ILLERT/EMMERICH (2008), S. 23; CHANDLER/OWEN (2002), S. 386 f.; BLACKETT/HARRISON (2001), S. 37 ff.

³ Vgl. BLAU ET AL. (2004); GREWAL ET AL. (2008).

⁴ Vgl. BARCZAK/GRIFFIN/KAHN (2009). Die Anzahl neuer innovativer Wirkstoffe hat sich im letzten Jahrzehnt mehr als halbiert. Von weltweit 49 Zulassungen innovativer Wirkstoffe im Jahr 1996 ist die Zahl auf 17 im Jahr 2006 gefallen. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Es fehlt einerseits an überzeugenden Studienergebnissen, andererseits haben Unternehmen die Forschung vernachlässigt. Vgl. ILLERT/EMMERICH (2008), S. 23.

⁵ Blockbuster werden definiert als Medikamente mit einem Umsatz von über 1 Mrd. \$. Vgl. GREWAL ET AL. (2008). Sie werden von den Anteilseignern positiv bewertet. Eine Studie hat ergeben, dass neben der Portfoliobreite vor allem Unternehmen mit Blockbusterstrategien aus Sicht der Anteilseigner überdurchschnittlich positiv bewertet werden. Vgl. GREWAL ET AL. (2008), S. 267 ff.

⁶ Vgl. MOSS (2001), S. 29 ff.; MOSS (2008), S. 289 ff.; SCOTT (2008), S. 22.

⁷ Vgl. BRÜCKNER ET AL. (2005), S. 23 f. Der Kostendruck ist eine Folge des demographischen Wandels. Dieser führt zu einem immer stärkeren Anstieg der Gesundheitskosten. Vgl. TEBBEY/BERGHEISER/MATTICK (2009), S. 221 f. Auch wachsende Ansprüche und der medizinisch-technische Fortschritt erhöhen den Ausgabendruck. Vgl. ULRICH (2002), S. 148. Diese Entwicklung hält mit der Verabschiedung der Gesundheitsreform auch in den USA Einzug. Vgl. WSJ (2009); WSJ (2010). Im Gegenzug wird im Gesundheitssektor der nächste Kontradieff-Zyklus gesehen, welcher das weltweite, gesamtwirtschaftliche Wachstum treibt. Vgl. NEFIOW (2001), S. 133.

Um vor diesem Hintergrund erfolgreich bestehen zu können, muss sich die strategische Ausrichtung der Pharmaunternehmen grundlegend ändern.⁸ Als wesentliche Stoßrichtungen werden hierbei die Optimierung des Forschungs-Portfolios für eine erfolgversprechendere Forschung und Entwicklung der Unternehmen,⁹ die Optimierung von strategischen Allianzen und die Übernahme vornehmlich kleiner forschender Pharma- und Biotechnologieunternehmen,¹⁰ Reorganisationen, neue Marketingstrategien und die Außendienstoptimierung identifiziert.¹¹ Zunächst werden jedoch die grundlegenden Besonderheiten des Pharmamarktes herausgearbeitet.

Die Nachfrage auf dem Pharmamarkt ist stark fragmentiert.¹² Die Adressaten der Marketingkommunikation sind hierbei mehrheitlich Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser, während Patienten die eigentlichen Konsumenten sind und in den meisten Ländern nur im OTC-Markt¹³ direkt adressiert werden dürfen.¹⁴ In den USA ist hingegen auch die direkte Werbung¹⁵ mit verschreibungspflichtigen Medikamenten er-

⁸ Vgl. STREMERSCHE/VAN DYCK (2009).

⁹ Vgl. BLAU ET AL. (2004); GREWAL ET AL. (2008); ROGERS/GUPTA/MARANAS (2002). Die Modelle zur Optimierung von Forschungs-Portfolios basieren auf Eintrittswahrscheinlichkeiten und nutzen die Optionspreis-Theorie zur Bewertung der Portfolios. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Forschungs-Pipelines der meisten Pharmaunternehmen zu klein sind. Vgl. DING/ELIASBERG (2002).

¹⁰ Dies kann sowohl im Rahmen der Forschung als auch in der späteren Vermarktung eine Option sein, welche zum einen Ressourcen und Distribution bieten und zum anderen Kosten sparen kann. Vgl. GONCALVES/GONCALVES (2008); TALAY/SEGGE/CAVUSGIL (2009). Biotechnologie wird hierbei verstanden als "the application of science and technology to living organisms, as well as parts, products and models thereof, to alter living or non-living materials for the production of knowledge, goods and services". OECD (2010).

¹¹ Für eine ausführliche Diskussion zukünftiger Forschungsfelder für die Wissenschaft und Handlungsfelder für die Praxis bieten STREMERSCHE/VAN DYCK (2009) einen umfassenden Überblick. Sie strukturieren die Pharmaindustrie nach den Kernthemen „therapy launch“, „therapy creation“ und „therapy promotion“ in acht wesentliche Handlungsfelder für die Zukunft: „Therapy pipeline optimization“, „Innovation alliance formation“, „Therapy positioning“, „Global market entry timing“, „Key opinion leader selection“, „Sales force management“, „Communication management“, „Stimulating patient compliance“. Vgl. STREMERSCHE/VAN DYCK (2009), S. 5.

¹² Vgl. SINGH (2008), S. 260.

¹³ OTC steht für Over-the-Counter Medikamente, welche rezeptfrei ausgegeben werden dürfen.

¹⁴ Vgl. CHANDLER/OWEN (2002), S. 385 f.; PESSE (2007), S. 304 f.; TEBBEY/BERGHEISER/MATTICK (2009), S. 222 f. In der Pharmaindustrie existiert nicht ein Nachfrager, sondern ein großes, komplexes "Nachfragernetzwerk": „In its simplest expression, the network consisted of doctors prescribing, a pharmacist dispensing, a payer footing the bill and a patient complying.“ PESSE (2007), S. 304.

¹⁵ Vgl. FRIEDMAN/GOULD (2007), S. 35 f. Diese ist nur in den USA und Großbritannien unter Auflagen möglich und als Direct-to-Consumer-Advertising (DTCA) bekannt. Vgl. FISCHER/ALBERS (2010), S. 103 ff.; GRIFFITHS (2008), S. 115 ff.; REAST/CARSON (2000), S. 397 ff. In Deutschland ist die Werbung im Heilmittelwerbe-gesetz geregelt und stark restringiert. Vgl. hierzu HWG (2006), § 11.

laubt,¹⁶ steht jedoch in der Kritik, da Risiken häufig nicht adäquat kommuniziert werden und die Werbung oftmals zur Nachfrage nicht benötigter Medikamente führt.¹⁷ Diese Fehlentwicklung wird dadurch verschärft, dass häufig keine der Gruppen die Medikamente zahlt, sondern die Kosten auf die Allgemeinheit¹⁸ abgewälzt werden.¹⁹

Dem Vertrieb kommt in der Pharmabranche eine besondere Bedeutung zu (vgl. Abb. 1). Hierbei fokussiert sich der Außendienst der Pharmaunternehmen im Markt verschreibungspflichtiger Medikamente auf die primären Entscheider und versucht, das Verschreibungsverhalten von Ärzten zu beeinflussen.²⁰ Die Rolle von Patienten und Versicherungen wird dabei jedoch immer wichtiger. Einerseits können die Patienten durch eine professionellere eigene Informationssuche dank des Internets ihr Krankheitsbild immer öfter selbst ermitteln. Andererseits erschweren Festpreise und restriktivere Budgetierungsrichtlinien die Erstattung teurer Originalpräparate.²¹

Das klassische konsumgüterorientierte Kaufverhaltensmodell mit dem Zusammenfallen von Käufer, Konsument und Entscheider ist demnach in der Pharmaindustrie nur bedingt anwendbar. Dies gilt speziell für verschreibungspflichtige Medikamente, welche für ca. 90% der globalen Pharmaumsätze stehen.²² Es handelt sich vielmehr um ein Netzwerk von Nachfragern, welches sich aus verschiedenen Anspruchsgruppen zusammensetzt (vgl. Abb. 1).²³ Der Patient ist lediglich der Konsument, während in der Regel der Arzt die Entscheidung zur Verschreibung des Medikamentes trifft. Die

¹⁶ Jedoch existieren auch Studien, die den Effekt der direkten Medikamentenwerbung in Frage stellen, da sich neutralisierende Effekte zwischen den Wettbewerbsmarken ergeben können. Vgl. WOSINSKA (2005), S. 323 ff.

¹⁷ Vgl. FRIEDMAN/GOULD (2007), S. 38 ff.

¹⁸ Über die Verknüpfungen im Rahmen des Gesundheitssystems.

¹⁹ Vgl. BREEDVELD/MEIJBOOM/DE ROO (2006), S. 144.

²⁰ Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 27 f.

²¹ Vgl. ILLERT/EMMERICH (2008), S. 25; TEBBEY/BERGHEISER/MATTICK (2009), S. 221 f. Diese Entwicklungen sind in der Tendenz gleich, jedoch abhängig vom Gesundheitssystem und der demographischen Entwicklung des Landes im Grad der Ausprägung verschieden.

²² Vgl. BLACKETT/HARRISON (2001), S. 37.

²³ Als „Nachfragernetzwerk“ werden die mit den Pharmaunternehmen und untereinander in Interaktionen stehenden Nachfragergruppen bezeichnet. Sie besitzen unterschiedliche Bedürfnisse und sind über eine Leistungsbeziehung mit dem Pharmaunternehmen verbunden. Vgl. PESSE (2007), S. 304. Abb. 1 ist eine vereinfachte Darstellung. Die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder sind sehr verschieden. Neben der unterschiedlich geregelten Erstattungsfähigkeit von Medikamenten (u.a. Festbeträge, Rabattverträge und Preisverordnungen) ist auch der Vertrieb verschieden. Für eine ausführliche Analyse: vgl. SCHÖFFSKI ET AL. (2002), S. 131 ff.; MÜLLER (2005), S. 71 ff.

Krankenversicherung bezahlt das Medikament.²⁴ Ausgegeben wird es schließlich entweder von der Apotheke oder es wird direkt im Krankenhaus verabreicht. Erschwerend kommt hinzu, dass sich der Arzt auf Grund gesetzlicher Restriktionen nur bedingt sicher sein kann, dass auch tatsächlich das verschriebene Medikament ausgegeben und anschließend vom Patienten eingenommen wird.²⁵ In Deutschland kann ein Arzt nur dann davon ausgehen, dass der Apotheker das gewünschte Medikament ausgibt, wenn ein Aut-Idem Kreuz auf dem Rezept gesetzt wird. Ohne dieses ist der Apotheker gesetzlich verpflichtet, eines der fünf preiswertesten wirkstoffgleichen Präparate zu verschreiben. Dies kann auch ein Nachahmer-Präparat sein.²⁶

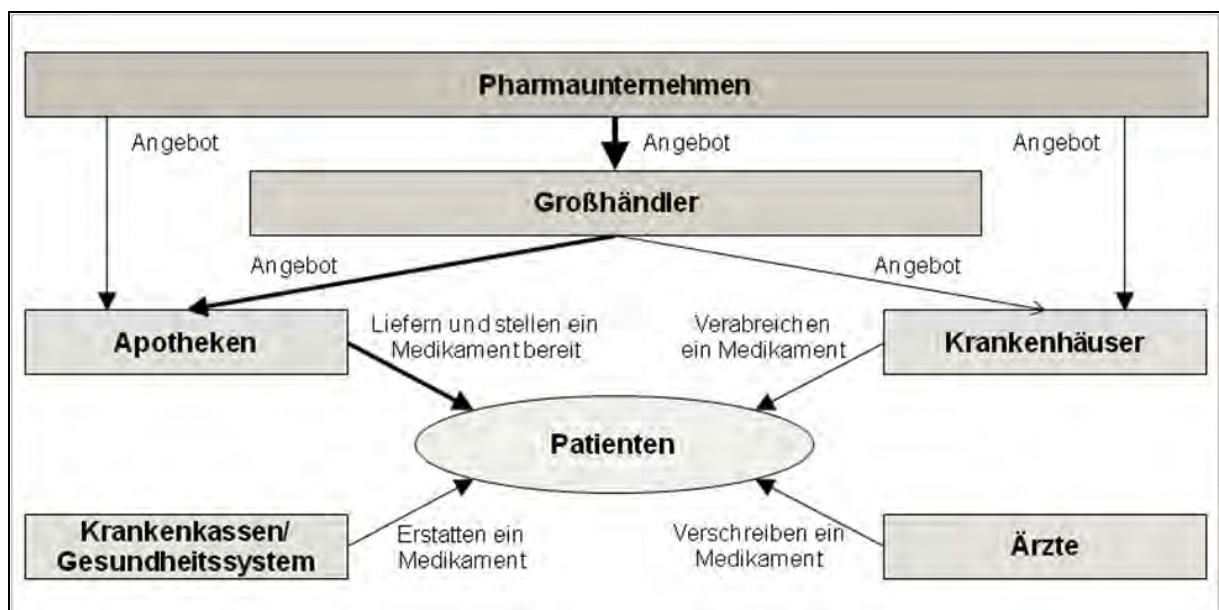


Abbildung 1: Nachfragernetzwerk des Pharmamarktes

Quelle: In Anlehnung an EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 28.

Bezüglich der Anbieterstruktur existieren mit Original- und Generikaherstellern zwei Anbieter im Pharmamarkt. Originalhersteller existieren in Form großer multinationaler Konzerne, welche ein Spektrum an Medikamenten in bestimmten Indikationsgebieten²⁷ anbieten. Ferner in Form kleiner Unternehmen, welche sich auf Nischen fokus-

²⁴ Je nach System kann es sich um eine Rückerstattung oder eine direkte Kostenübernahme handeln. Vgl. SCHÖFFSKI ET AL. (2002), S. 131 ff.

²⁵ Vgl. BOROWY (2003), S. 82 ff.; HARMS/DRÜNER (2003), S. 63 ff.

²⁶ Zu weiteren Ausführungen zur Aut-idem-Auswahl: vgl. BOROWY (2003), S. 82 ff.; HARMS/DRÜNER (2003), S. 63 ff.; SGB 5 (2006), § 129.

²⁷ Unter einer Indikation wird in der Pharmaindustrie ein Krankheitsgebiet verstanden, wie z.B. Diabetes. Je nach Definition können Indikationsgebiete relativ weit (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen) oder auch sehr eng (z.B. CML – Chronisch myeloide Leukämie) abgegrenzt werden.

sieren.²⁸ Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie Forschung nach neuen pharmazeutischen Produkten betreiben, diese im Labor entwickeln und über umfangreiche Testverfahren und klinische Studien bis zur Marktzulassung bringen. Die Medikamente sind in der Regel zwischen 15 und 20 Jahre patentgeschützt.²⁹ Die tatsächlich nutzbare Patentlaufzeit liegt nach Marktzulassung bei 10 bis 12 Jahren.³⁰

Generikahersteller produzieren Medikamente, die nahezu identisch zum Original sind, nach dessen Patentablauf.³¹ Ihre Hauptexpertise besteht darin, auf Basis der bekannten Wirkstoffe Medikamente sehr effizient herzustellen und zu vertreiben.

Der wesentliche Unterschied von Generika und Originalen ist der Preis. Eine Studie der EUROPEAN COMMISSION hat ergeben, dass Generika bei Markteinführung im Schnitt 25% preiswerter sind als Originale.³² Die Ursache liegt darin, dass Originalhersteller nur begrenzt Zeit haben, um die im Vergleich zu Generika, deutlich höheren F&E-Ausgaben³³ zu amortisieren.³⁴ Der Patentschutz ermöglicht es ihnen, die höheren F&E-Ausgaben mit Hilfe eines Preispremiums zu amortisieren.³⁵

Eine wesentliche Herausforderung besteht darin, während des Patentschutzes erwirtschaftete Überschüsse in den Markenaufbau³⁶ zu investieren, um sich auch nach der Patentlaufzeit mit Hilfe einer starken Marke Erträge zu sichern.³⁷ Ein Rx-to-OTC-

²⁸ Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 29. Es existieren Nischenanbieter, welche sich speziell auf die Forschung an innovativen Krebstherapien fokussieren. Diese Anbieter decken keine weiteren Indikationsgebiete ab, sind jedoch Spezialist in der Behandlung einer bzw. mehrerer Krebsarten.

²⁹ Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 29.

³⁰ Vgl. EFPIA (2007), S. 12 ff.

³¹ Der Zeitpunkt des Patentablaufs wird hierbei als Loss of Exclusivity bezeichnet. Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 29.

³² Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 39.

³³ Diese F&E-Kosten liegen für ein durchschnittliches Medikament bei ca. 800 Mio. \$. Vgl. DIMASI/HANSEN/ GRABOWSKI (2003), S. 151 ff.

³⁴ Die Durchschnittspreise von Originalpräparaten bis 1 Jahr nach dem Patentablauf sind in den 1980er Jahren auf 60% des Ausgangsniveaus gesunken. In den 1990er Jahren konnten sie nur noch 40% des Ausgangsniveaus erzielen. In einigen Fällen sind die Preise sogar um bis zu 90% eingebrochen, wie z.B. bei Prozac. Vgl. MOSS/SCHUILLING (2004), S. 56.

³⁵ Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 39.

³⁶ Eine Marke wird hierbei verstanden als „ein Nutzenbündel mit spezifischen Merkmalen (...), die dafür sorgen, dass sich dieses Nutzenbündel gegenüber anderen Nutzenbündeln, welche dieselben Basisbedürfnisse erfüllen, aus Sicht relevanter Zielgruppen nachhaltig differenziert.“ BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 3.

³⁷ Grundvoraussetzung hierfür ist eine konsistente Markenpositionierung. Unter Positionierung wird „(...) die Planung, Umsetzung, Kontrolle und Weiterentwicklung einer an den Idealvorstellungen

(Fortsetzung der Fußnote auf der nächsten Seite)

Switch³⁸ wird hierbei als eine Chance gesehen, den sinkenden Umsätzen durch den Patentablauf durch eine erfolgreiche Markenführung zu begegnen.³⁹ Eine starke Marke könnte den Umsatzrückgang eventuell durch die Kommunikation eines zusätzlichen Nutzens oder eines Vertrauensvorsprungs⁴⁰ (über-) kompensieren.⁴¹ Aufgrund ihrer oft geringen Differenzierung, der Kurzlebigkeit⁴² der Medikamente und oft schwach ausgeprägter Markenführungs Kompetenzen der Pharmahersteller besitzen jedoch nur wenige Originalpräparate eine starke Produktmarke.⁴³

1.2 Relevanz der Markenführung für die Pharmaindustrie

Das Markenmanagement wurde aus Sicht der Pharmaindustrie bisher selten als relevant angesehen.⁴⁴ Allerdings spricht eine Vielzahl von Faktoren dafür, dass auch die Pharmaindustrie professionelle Markenkonzepte benötigt.⁴⁵ Bisher hat man sich stark auf die Entwicklung neuer Medikamente fokussiert und umfangreiche Investitionen in der Forschung und Entwicklung getätigt.⁴⁶ Die Entwicklung eines Medikamentes kostet im Schnitt über 800 Mio. \$ und die forschenden Pharmaunternehmen investieren im Schnitt 15% ihres Umsatzes in Forschung und Entwicklung. Vor diesem

der Nachfrager ausgerichteten, vom Wettbewerb differenzierten und von der eigenen Ressourcen- und Kompetenzausstattung darstellbaren, markenidentitätskonformen Position im Wahrnehmungsraum relevanter Zielgruppen“ verstanden. FEDDERSEN (2010), S. 29.

³⁸ Unter dem Rx-to-OTC-Switch versteht man den Wechsel eines Präparates von der Verschreibungspflicht (Rx) in den nicht verschreibungspflichtigen Bereich (Over-the-Counter - OTC), um den einschränkenden rechtlichen Regelungen für Rx-Produkte zu entgehen. Weiterhin ist auch ein Wechsel von apothekenpflichtig zu frei verkäuflich möglich. Für weiterführende Informationen zum Thema: vgl. KÜPPER (1998); FERRIER (2001); LYON (2001).

³⁹ Vgl. CHANDON (2004); EGGLESTON (2003).

⁴⁰ Die Funktion des Vertrauens zu einer Marke erklärt sich durch die Informationsasymmetrie zwischen Anbieter und Nachfrager. Vgl. MURRAY (1991), S.10 ff. Je stärker das vom Nachfrager empfundene Risiko beim Kauf, desto notwendiger ist aus Anbietersicht der Aufbau von Vertrauen zur Marke. Die Marke dient dabei als Signal, welches für eine bestimmte Leistungsqualität (Qualitätsversprechen des Herstellers oder Händlers) steht und welches das subjektiv empfundene Risiko des Konsumenten mindern kann. Vgl. BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 12 f.

⁴¹ Vgl. COYLER (2006).

⁴² Die Kurzlebigkeit der Medikamente ist maßgeblich bedingt durch die Abhängigkeit von ihren zeitlich begrenzten Patenten, die den Pharmaunternehmen eine Exklusivität des Wirkstoffes von ca. 10-15 Jahren garantieren. Vgl. CHANDLER/OWEN (2002), S. 386.

⁴³ Vgl. MOSS (2008), S. 290.

⁴⁴ Vgl. BRANDMEYER (2003), S. 8 f. Obwohl die Pharmabranche zu einer der ersten Industrien zählte, welche sich frühzeitig mit dem Markenmanagement beschäftigte, ist dieser Bereich heutzutage nur schwach ausgeprägt. Vgl. BLACKETT (2001), S. 14.

⁴⁵ Vgl. MOSS (2007), S. 315 ff.

⁴⁶ Vgl. COYLER (2002); COYLER (2003); WOOD (2006).

Hintergrund wird deutlich, dass ein großer Anteil der finanziellen Mittel primär der Forschung zu Gute kommt.⁴⁷ Weil sich die Anzahl neuer Wirkstoffe im letzten Jahrzehnt mehr als halbiert hat,⁴⁸ wächst jedoch der Druck auf die Unternehmen, ihre Umsatzpotentiale auch nach Patentablauf stärker abzusichern.

Bei patentgeschützten Originalpräparaten bestand bisher ein relativ großer Spielraum in der Preisfestsetzung.⁴⁹ Hierdurch war es Pharmaunternehmen möglich, die Forschungs- und Entwicklungskosten in kurzer Zeit zu amortisieren. Das Markenmanagement wurde vernachlässigt, obwohl starke Marken gerade zum Zeitpunkt des Patentablaufs negative Absatzeffekte durch Generikahersteller kompensieren können.

Aus Anbietersicht können Marken neben einer starken Präferenzbildung, welche nach Patentablauf durch die notwendige Differenzierung vom Wettbewerb immer wichtiger wird, auch zur Erweiterung des preispolitischen Spielraums beitragen. Auch wenn dieser durch die starke Regulierung innerhalb der Industrie eher begrenzt ist, sollte der sich daraus ergebende Nutzen von Marken für den Anbieter nicht vernachlässigt werden. In den großen Pharmaunternehmen existieren eigene Abteilungen, welche die Entscheidungen der Krankenkassen bzgl. der Erstattungsfähigkeit von Medikamenten mit determinieren. Hierbei ist der preispolitische Spielraum eine Komponente, bei der eine starke Marke von entscheidender Bedeutung sein kann.

Aus Anbietersicht ist ferner die Möglichkeit zur segmentspezifischen Marktbearbeitung ein bedeutender Nutzen von Marken. Wie das Beispiel des Wirkstoffes Bupropion von GlaxoSmithKline zeigt, kann es zur parallelen Vermarktung eines Wirkstoffes in zwei verschiedenen Indikationsgebieten kommen. Das Unternehmen hat sich für den Aufbau von zwei verschiedenen Marken entschieden. In der Indikation Depression wird das Medikament als Wellbutrin vertrieben und in der Indikation der Raucherkrankheit COPD als Zyban.⁵⁰ Die Indikationen determinieren die Marktsegmente und die individuelle Ausrichtung der Marken führt zur segmentspezifischen Marktbearbeitung.

⁴⁷ Vgl. DiMASI/HANSEN/GRABOWSKI (2003); PHARMEXEC (2008), S. 76 ff.

⁴⁸ Vgl. ILLERT/EMMERICH (2008), S. 23.

⁴⁹ Vgl. PIRK (2002) und EUROPEAN COMMISSION (2008) zur Preisgestaltung der Pharmaindustrie.

⁵⁰ Vgl. Moss (2007), S. 318.

Ein weiterer wichtiger Nutzen von Marken aus Anbietersicht ist die Kundenbindung.⁵¹ In diesem Zusammenhang ist das Konstrukt der Marke-Kunden-Beziehung von hoher Bedeutung, welches das Ergebnis aller Markenführungsaktivitäten widerspiegelt.⁵² Das Verhalten der Kunden ist Ausdruck der Marke-Kunden-Beziehung.⁵³ Die Marke-Kunden-Beziehung besitzt u.a. einen signifikanten Erklärungsanteil für die Kauf-, Cross-Selling- und Weiterempfehlungsintention, sowie die Preisbereitschaft.⁵⁴ Aus Anbietersicht ist demnach der Aufbau einer starken Marke-Kunden-Beziehung eine wesentliche ökonomische Erfolgsgröße. Die zu Grunde liegenden Bindungsmotive resultieren aus einer starken Kundenbindung, welche durch Marken beeinflusst werden kann. Speziell in Bezug auf die langfristige Kundenbeziehung mit den Ärzten sind die Marke-Kunden-Beziehung und die Kundenbindung als Markennutzen von hoher Relevanz.

Letztlich ermöglichen Marken aus Anbietersicht eine effiziente Erschließung von Wachstumspotenzialen.⁵⁵ Wenn ein Medikament in einem neuen Markt eingeführt wird, können Markentransfereffekte die Marktdurchdringung beschleunigen. Diese Effekte resultieren aus dem wirtschaftlichen Hauptnutzen der Marke aus Anbietersicht, der Wertsteigerung des Unternehmens. Dieser befriedigt die Bedürfnisse der Kapitalgeber. Abb. 2 fasst die Nutzen von Marken aus Anbietersicht zusammen.

⁵¹ Nachfragerbindung wird in diesem Zusammenhang definiert als „Grad der subjektiv wahrgenommenen, kognitiven und affektiven Verbundenheit eines Nachfragers (als potenzieller, aktueller oder ehemaliger Kunde der Marke) gegenüber einer Marke“. BURMANN/MEFFERT (2005b), S. 101.

⁵² Vgl. BURMANN/MEFFERT/FEDDERSEN (2007), S. 12. Die Marke-Kunden-Beziehung wird wie folgt definiert: „Marke-Kunden-Beziehungen bestehen aus inhaltlich zusammenhängenden, subjektiv bewerteten sozialen Interaktionen im Sinne eines unmittelbaren und/oder reaktionsorientierten Austausches zwischen Marken und ihren bestehenden Käufern. Diesen Beziehungen liegen kognitive und/oder affektive Bindungsmotive auf Seiten der bestehenden Käufer zugrunde, die durch den funktionalen und symbolischen Nutzen der Marke befriedigt werden.“ WENSKE (2008), S. 97. Bei Zielgruppen, die noch keine, jedoch evtl. potenzielle Kunden sind, wird das Konstrukt als Marke-Nachfrager-Beziehung bezeichnet. Vgl. MEFFERT/BURMANN/KIRCHGEORG (2008), S. 368.

⁵³ Vgl. WENSKE (2008), S. 208 ff.

⁵⁴ Vgl. WENSKE (2008), S. 208 ff.; STICHNOTH (2008), S. 94; ZEPLIN (2006), S. 187 f.

⁵⁵ Vgl. BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 13.

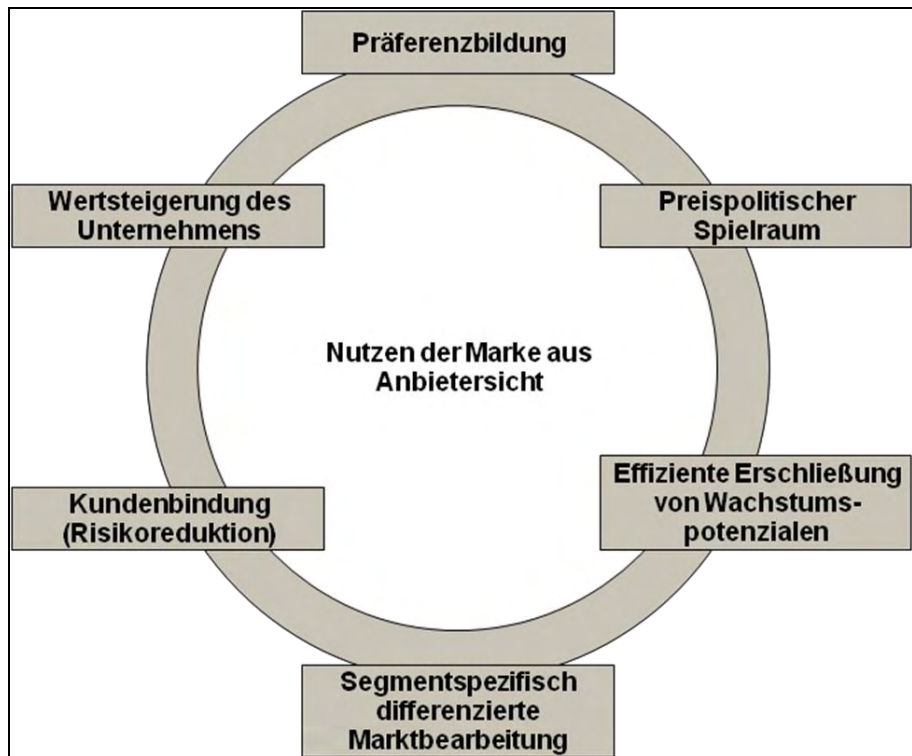


Abbildung 2: Nutzen der Marke aus Anbietersicht

Quelle: In Anlehnung an BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 13.

Der Nutzen einer Marke aus Nachfragersicht kann sich aus drei verschiedenen Funktionen von Marken ergeben, einer Orientierungs- und Informationsfunktion⁵⁶, einer Vertrauensfunktion⁵⁷ und einer symbolischen⁵⁸ Funktion.⁵⁹ Die Informationsasymmetrie bei Medikamenten ist hoch.⁶⁰ Das vorherrschende Informationsdefizit, welches beim Patienten am größten ist, kann ebenfalls durch die Orientierungs- und Informa-

⁵⁶ Marken verringern aus transaktionskostentheoretischer Sicht die Such- und Informationskosten. Sie übernehmen demnach eine Orientierungs- und Informationsfunktion. Vgl. BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 11. Laut WEIBER/ADLER fungiert die Marke hierbei als ein Surrogat für mangelnde Information der Adressaten über bestimmte Produkteigenschaften innerhalb des Kauf- und Konsumprozesses. Vgl. WEIBER/ADLER (1995), S. 62 ff.

⁵⁷ Einer Marke wird im Rahmen der Vertrauensfunktion aufgrund ihrer Bekanntheit, Kompetenz und Identität Vertrauen entgegengebracht. Vgl. BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 11. Umstritten ist jedoch, ob das wahrgenommene Risiko in diesem Zusammenhang eine Konsequenz, eine Determinante oder ein Antagonismus von Vertrauen darstellt. Vgl. BAUER ET AL. (2004), S. 7; BAUER/NEUMANN/JÖST (2004), S. 262. Da das wahrgenommene Risiko jedoch zunächst einmal besteht und damit als Determinante für ein bestehendes Vertrauensvotum wirkt, beeinflusst eine Veränderung dieses Votums in der Folge wiederum das wahrgenommene Risiko und ist damit ebenfalls Konsequenz. Der Einfachheit halber wird es in der Folge als Antagonismus verstanden, da ein Sinken des wahrgenommenen Risikos in der Regel zu einem stärkeren Vertrauen in die Marke führt und umgekehrt. Vgl. BONGARTZ/BURMANN/MALONEY (2005), S. 445.

⁵⁸ Eine Marke steht im Rahmen der symbolischen Funktion im Weiteren symbolhaft für wichtige Motivatoren des Verhaltens der Nachfrager. Vgl. BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 12.

⁵⁹ Vgl. BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 11.

⁶⁰ Vgl. FRICKE (2002), S. 85.

tionsfunktion der Marke gemindert werden. Ergebnisse aus Langzeitstudien und weitere Wirkungsnachweise sind hierbei hilfreich für die Kommunikation. Eine Marke vereinfacht die Informationssuche, da die wesentlichen Eigenschaften eines Medikamentes, sei es dessen Wirkweise oder auch Nebenwirkungen, direkt mit der Marke verbunden werden. Die Orientierungs- und Informationsfunktion trägt somit zur Komplexitätsreduktion bei. Darüber hinaus konnten Studien ermitteln, dass die Marke als Orientierungshilfe einen wesentlichen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten bei der Medikamentwahl hat.⁶¹ Auch die Markenloyalität⁶² ist bei starken Produktmarken größer. Dies beeinflusst ebenfalls die Kundenbindung⁶³ positiv.⁶⁴ Jedoch bezieht sich diese Erkenntnis bisher lediglich auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Demgegenüber wurden die Wirkungen von Marken auf das Nachfragerverhalten bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bisher kaum wissenschaftlich untersucht.⁶⁵ Doch aufgrund der hohen Produktkomplexität hat die Informations- und Orientierungsfunktion speziell bei verschreibungspflichtigen Medikamenten ebenfalls eine hohe Relevanz.

Darüber hinaus vertreiben Pharmaunternehmen Güter mit einem hohen Anteil an Vertrauenseigenschaften.⁶⁶ Medikamente können trotz ihrer heilenden Wirkung ein hohes Risiko für die Gesundheit⁶⁷ des menschlichen Organismus darstellen.⁶⁸ Dies erhöht das wahrgenommene Risiko im Vergleich zu Konsumgütern sowohl beim Patienten als auch beim verschreibenden Arzt signifikant. Hieraus lässt sich neben der Orientierungs- und Informationsfunktion ebenfalls eine hohe Relevanz der Vertrau-

⁶¹ Vgl. PSYCHONOMICS AG (HRSG.) (2004), S. 22.

⁶² "...loyalty should be evaluated with both attitudinal and behavioral criteria. [...] loyalty becomes a brand-specific concept. [...] a buyer has a brand loyalty score for each brand purchased in a given period based on share of total purchases and attitude toward the brand." DAY (1969), S. 30.

⁶³ Einen Markennutzen aus Anbietersicht.

⁶⁴ Vgl. HUBER ET AL. (2005), S. 48 ff.

⁶⁵ Lediglich im Bereich des in den USA und Großbritannien zugelassenen DTC-Advertising existieren Studien, welche einen Einfluss der DTCA-Maßnahmen auf die Ausbildung von Markenpräferenzen für Originalpräparate ermitteln, obwohl generische Alternativen vorhanden wären. Vgl. FRIEDMAN/GOULD (2007), S. 33 ff.

⁶⁶ Jedoch ebenfalls einem signifikanten Anteil an Such- und Erfahrungseigenschaften.

⁶⁷ Gesundheit wird definiert als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. WHO (1946), S. 2. Es handelt sich um ein besonderes Gut, da eine ausgeprägte Informationsasymmetrie herrscht und die finanziellen Aufwendungen hierfür im Allgemeinen unterschätzt werden. Vgl. FRICKE (2002), S. 85.

⁶⁸ Aus diesem Grund existiert ein äußerst komplexer Zulassungsprozess, welcher fortlaufend von den Zulassungsbehörden überwacht wird. Vgl. FDA (2009).

ensfunktion von Marken im Pharmamarkt ableiten.

Mit Blick auf die symbolische Funktion der Marke ist ein Bezug zu Medikamenten, speziell im verschreibungspflichtigen Bereich, schwerer herstellbar. Außerdem lassen sich diese oft nicht mit dem hippokratischen Eid der Ärzte vereinbaren, nach dem der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen Entscheidungen im Sinne seiner Patienten trifft. Bei weiter sinkender Innovationskraft und erodierender Differenzierung kann der symbolische Nutzen einer Marke zukünftig jedoch erheblich an Bedeutung gewinnen. Dieser Nutzen kann sowohl aus Sicht des verschreibenden Arztes als auch aus Sicht des konsumierenden Patienten entstehen. Viagra von Pfizer ist eines der populärsten Beispiele starker Produktmarken im Pharmamarkt. Ein Medikament gegen Erektionsstörungen, welches als verschreibungspflichtiges Medikament dank eines professionellen Markenmanagements eine enorme Popularität aufweist und zu den erfolgreichsten Blockbustern von Pfizer zählt. Dies gelang trotz der Abwesenheit funktionaler Differenzierung über die Medikamenteigenschaften. Sowohl Levitra als auch Cialis haben eine bessere Wirkung. Dennoch ist Viagra das umsatzstärkste Medikament und steht symbolisch für die von Pfizer geschaffene Indikation „Erektile Dysfunktion“.⁶⁹ Abb. 3 fasst die Nutzen von Marken aus Nachfragersicht zusammen.

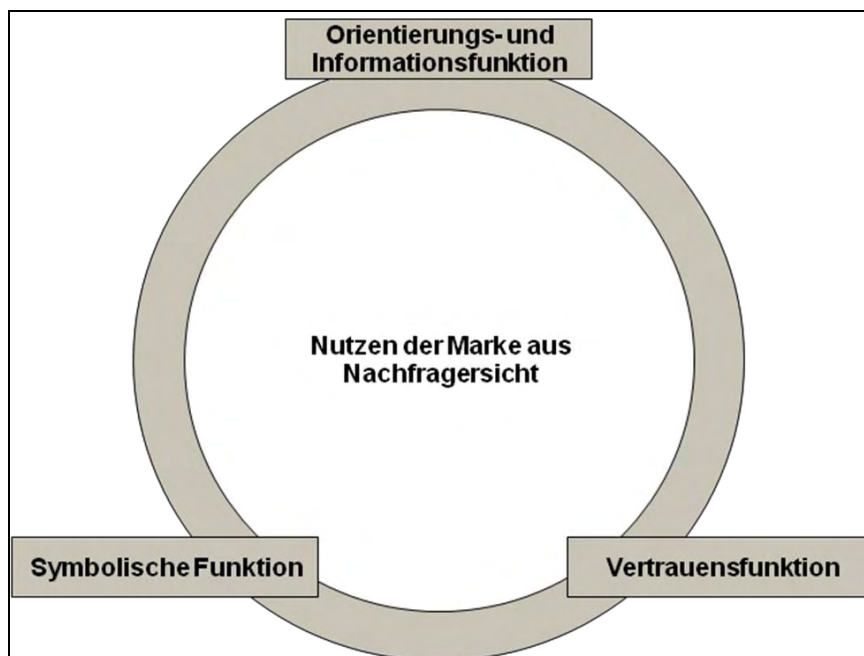


Abbildung 3: Nutzen der Marke aus Nachfragersicht

Quelle: In Anlehnung an BURMANN/MEFFERT/KOERS (2005), S. 11.

⁶⁹ Vgl. POGODA (2003), S. 54 ff.

Innerhalb des Markenmanagements sind verschiedene Fragestellungen von Relevanz. Die grundlegende Markenarchitekturentscheidung bildet hierbei die Basis im strategischen Markenmanagement.⁷⁰ Unter Markenarchitektur wird in diesem Zusammenhang die formale und inhaltliche Struktur des Markenportfolios verstanden.⁷¹

1.3 Relevanz der Markenarchitektur in der Pharmaindustrie

Aus Sicht des Markenmanagements in der Pharmaindustrie stellt sich vor allem die Frage, welches zukünftig die erfolgreichsten Markenarten sein werden. Betrachtet man die bisherige Ausrichtung in der Branche, so fokussierten sich die meisten Pharmaunternehmen primär auf Produktmarken.⁷²

Die Portfolios in der Pharmaindustrie werden jedoch immer komplexer.⁷³ Kontinuierliche Forschung, Fusionen mit Wettbewerbern,⁷⁴ Übernahmen kleinerer Biotechnologieunternehmen und die oftmals fehlende Stringenz bezüglich der Eliminierung oder Weiterführung von Marken sorgen für komplexe Markenportfolios mit einer teilweise dreistelligen Anzahl an Marken je Hersteller. Abb. 4 illustriert die hohe Komplexität anhand eines Auszugs aus dem Markenportfolio von sanofi aventis.

⁷⁰ Vgl. MEFFERT/BURMANN/KIRCHGEORG (2008), S. 369 f.

⁷¹ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 4.

⁷² Vgl. MOSS (2001), S. 23 ff.

⁷³ Vgl. SCHUILING/MOSS (2004).

⁷⁴ Die Pharmaindustrie gilt als die Branche mit der höchsten Fusionsdynamik. Vgl. SUCHER (2006).



Abbildung 4: Auszug aus dem Markenportfolio von sanofi aventis
 Quelle: In Anlehnung an SANOFI AVENTIS (2010).

Die hohe Komplexität der Portfolios und die Notwendigkeit, die Eignung des Produktmarkenfokus zu hinterfragen, führen zu einer vertiefenden Auseinandersetzung mit der Markenarchitektur von Pharmaunternehmen.

Das Ziel ist es, zunächst aktuelle Ansätze zur Markenarchitekturbildung in der Pharmaindustrie auf Ihre Tauglichkeit zu prüfen. Danach wird der allgemeine Prozess der Markenarchitekturbildung von BURMANN/KANITZ (2010) auf den Pharmamarkt übertragen. Dies ergänzt die äußerst begrenzte Literatur zur Markenarchitekturbildung innerhalb der Pharmaindustrie. Kapitel 4 bewertet die IST-Markenarchitektur von Pharmaunternehmen und identifiziert dabei erheblichen Handlungsbedarf. In Kapitel 5 werden abschließend relevante Forschungsfragen abgeleitet.

2. Pharma-Markenarchitektur-Ansatz nach Moss (2007)

2.1 Beschreibung des Ansatzes

Der Markenarchitektur-Ansatz von Moss ist der einzige Ansatz, welcher sich ausschließlich auf die pharmazeutische Industrie bezieht. Er basiert auf dem Ansatz von KAPFERER.⁷⁵ Er wurde unter dem Begriff der „Brand Strategy Hierarchy“⁷⁶ veröffentlicht und besteht aus zwei grundlegenden Dimensionen. Die **Dimension Product differentiation** ist eine produktbezogene Größe und gibt den Grad der Differenzierungsmöglichkeit und der Individualisierung einer Marke an. Diese Individualisierung kann sich auf spezifische Marktgegebenheiten, Zielgruppen und weitere interne und externe Ressourcen beziehen. Ist diese hoch, so handelt es sich um eine Marke mit einem hohen Grad an Individualität und Differenzierung, während eine geringe Ausprägung von einer hohen Austauschbarkeit zeugt. Die **zweite Dimension Indicator of Origin** ist eine organisationsbezogene Größe und gibt den Grad der Assoziation mit der organisationalen Herkunft der Marke, dem Markeneigentümer, an. Ist diese hoch ausgeprägt, lässt sich ein klarer Bezug zur Herkunft der Marke herstellen. Bei einer niedrigen Ausprägung wird die Marke weitgehend unabhängig von ihrer organisationalen Herkunft wahrgenommen.⁷⁷

Moss unterscheidet zwischen Product brand⁷⁸, Line Brand⁷⁹, Range brand⁸⁰, Source⁸¹, Endorsing⁸² und Umbrella Brand⁸³. Die Optionen verteilen sich in diesem An-

⁷⁵ Vgl. KAPFERER (2004), S. 294; MOSS (2007), S. 317 ff.

⁷⁶ Hierin zeigt sich die Schwierigkeit klarer begrifflicher Abgrenzungen, da sowohl KAPFERER als auch MOSS zum einen von „Hierarchie“, einer strukturellen Komponente, und zum anderen von „Strategie“, einer strategischen Komponente im Rahmen der Markenarchitekturbildung, reden. Das Modell versucht, beide Aspekte miteinander zu vereinen. Vgl. MOSS (2007), S. 318 f.

⁷⁷ Vgl. MOSS (2007), S. 318.

⁷⁸ Die Product brand bezieht sich auf eine einzelne Produktmarke, im Pharmamarkt wären dies z.B. Lipitor von Pfizer. Vgl. MOSS (2007), S. 318. Lipitor wird in Deutschland unter der Marke Sortis vertrieben. Der Cholesterinsenker ist das umsatzstärkste Medikament am US-Markt und gleichzeitig das Umsatzstärkste weltweit. Weltweit werden mit Lipitor knapp 13 Mrd. \$ umgesetzt. 2011 läuft in den USA das Patent für Lipitor ab. Vgl. o.V. (2008), S. 46 f. und S. 55.

⁷⁹ Die Line brand bezieht sich auf ein höheres Aggregationsniveau und umfasst die Produktlinie. Hierunter fallen Präparate nach einem Rx-to-OTC-Switch, wie Aspirin. Vgl. MOSS (2007), S. 318.

⁸⁰ Die Range brand bezieht sich auf ein nochmalig höheres Aggregationsniveau und umfasst eine Reihe an gleichartigen Produktmarken, die z.B. unter das gleiche Indikationsgebiet oder den gleichen Produktbereich fallen. Ein Beispiel hierfür wären z.B. Impfstoffe. Vgl. MOSS (2007), S. 319.

⁸¹ Ein Source hingegen deckt das komplette Angebot einer Marke ab. Markierte Generikapräparate

(Fortsetzung der Fußnote auf der nächsten Seite)

satz entlang einer Diagonalen von der Product brand, welche die höchste Ausprägung auf der Dimension der Produktdifferenzierung und die niedrigste Ausprägung in der Herkunft der Marke hat bis zur Umbrella brand, welche die niedrigste Ausprägung auf der Dimension der Produktdifferenzierung und die höchste Ausprägung in der Herkunft der Marke hat. Abb. 5 fasst den Ansatz zusammen.

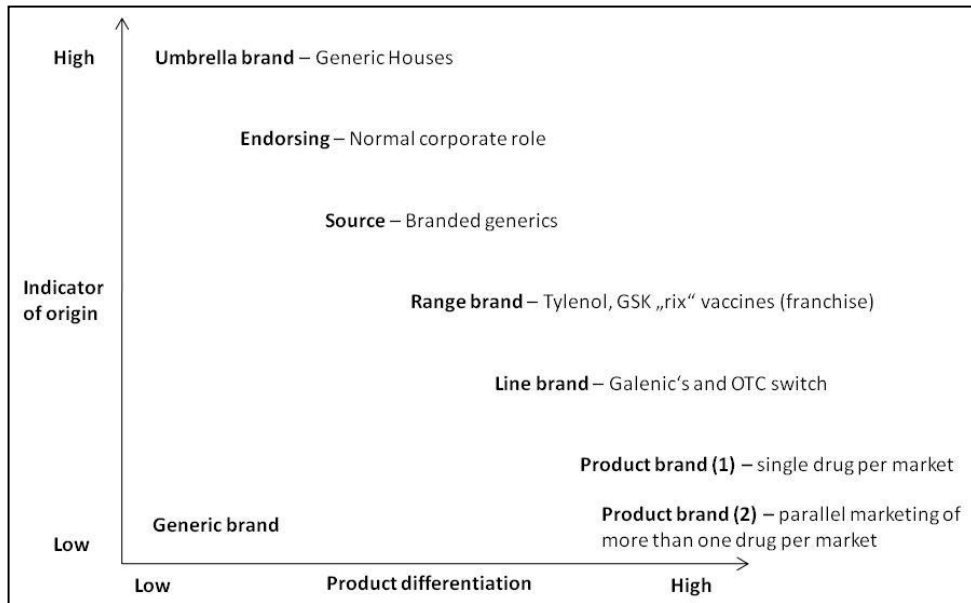


Abbildung 5: Pharmaceutical Brand Strategy Hierarchy von Moss (2007)

Quelle: In Anlehnung an MOSS (2007), S. 319 und KAPFERER (1997b), S. 187 ff.

Eine wesentliche Abwandlung des Ansatzes von MOSS im Vergleich zu KAPFERER liegt in einer siebten Option. Diese umfasst die Vermarktung eines Wirkstoffes in zwei unterschiedlichen Indikationsgebieten. Hierfür existieren zwei verschiedene Ausprägungen. Zum einen kann diese Vermarktung in beiden Indikationen unter der gleichen Produktmarke stattfinden, so z.B. bei Neurontin, welches in den Indikationen Epilepsie und Neuralgie vermarktet wird. Eine zweite Variante besteht in der Vermarktung des Wirkstoffes unter verschiedenen Namen. Das erwähnte Bupropion wird in der Indikation Depression als Wellbutrin und in der Indikation der Raucherkrankheit als Zyban vermarktet. Die siebte Option umfasst die parallele Vermarktung eines

wären hierfür ein Beispiel. Vgl. Moss (2007), S. 319.

⁸² Ein Endorsing beschreibt die Dominanz einer produktbezogenen Marke, die durch einen Hinweis auf den Markeninhaber ergänzt wird, z.B. Aspirin von Bayer. Vgl. Moss (2007), S. 319.

⁸³ Die Umbrella brand umfasst die Unternehmensmarke, zu welcher jegliche Marken des Portfolios gehören. Dies sind z.B. klassische Generikahersteller wie Ratiopharm, deren Produkte nur den Namen der Unternehmensmarke und den Wirkstoffnamen enthalten. Vgl. Moss (2007), S. 319.

Wirkstoffes in verschiedenen Indikationsgebieten und damit Marktsegmenten.⁸⁴

2.2 Aussagegehalt des Ansatzes

Der Ansatz wird nachfolgend mit Hilfe von sechs Kriterien bewertet. Diese wurden bereits in der Literatur zur Bewertung von Markenarchitektur-Ansätzen verwendet.⁸⁵ Es handelt sich um die theoretische Fundierung, die Trennung Markenhierarchie und Markenarchitekturgestaltung, die Hierarchieanalyse des Markenportfolios, die Vollständigkeit und inhaltliche Trennschärfe der Handlungsoptionen, die empirische Validierung und die branchenübergreifende Anwendbarkeit (vgl. Abb. 6).

Bewertungskriterien	Bewertung	Beschreibung
Theoretische Fundierung		keine theoretische Fundierung
		begrenzte theoretische Fundierung
		umfassende theoretische Fundierung
Trennung von Markenhierarchie und Markenarchitekturgestaltung		keine inhaltliche Trennung
		implizite inhaltliche Trennung
		klare explizite inhaltliche Trennung
Hierarchieanalyse des Markenportfolios		keine hierarchische Analyse
		hierarchische Analyse vorhanden, jedoch unvollständig (max. 3 Hierarchieebenen)
		umfassende hierarchische Analyse (4 und mehr Hierarchieebenen)
Vollständigkeit und inhaltliche Trennschärfe der Handlungsoptionen		unvollständig
		vollständig, jedoch nur begrenzt trennscharf
		vollständig und trennscharf
Empirische Validierung		keine empirische Validierung

⁸⁴ Vgl. Moss (2007), S. 317 f.

⁸⁵ Zur Herleitung der Bewertungskriterien: vgl. Burmann/Kanitz (2010), S. 6 ff.

		qualitative empirische Validierung
		quantitative empirische Validierung
Branchenübergreifende Anwendbarkeit		rein branchenspezifische Anwendbarkeit
		Anwendbarkeit in einigen ausgewählten Branchen
		umfassende branchenübergreifende Anwendbarkeit
 Keine Erfüllung des Kriteriums  Teil-Erfüllung des Kriteriums  Volle Erfüllung des Kriteriums		

Abbildung 6: Zusammenfassung der Bewertungskriterien

Quelle: In Anlehnung an BURMANN/KANITZ (2010), S. 9.

Bezüglich der theoretischen Fundierung wird von Moss lediglich vereinzelt auf Ansätze der Markenarchitekturforschung eingegangen, insbesondere auf KAPFERER.⁸⁶ Die theoretische Fundierung wird als begrenzt bewertet. Der Ansatz lässt zudem eine klare Trennung von Markenhierarchie und Markenarchitektur vermissen. Die Vermengung von Hierarchieebenen und Handlungsoptionen zeigt sich u.a. daran, dass mit Product brand, Line brand, Range brand und Umbrella brand vier Hierarchieebenen dargestellt werden. Diese können je nach strategischer Ausprägung mehr oder weniger stark im Rahmen der Gestaltung der Markenarchitektur betont werden. Im Gegensatz dazu sind Source und Endorsing Handlungsoptionen, bei denen bestimmte Marken entlang der Markenhierarchie stärker bzw. schwächer betont werden.⁸⁷ Eine Umbrella brand kann z.B. ein Endorser einer Product brand sein, eine Range brand kann wiederum die Source einer Product brand sein.⁸⁸ Somit ist keine Trennung von Struktur und Strategie erkennbar. Rein auf die strukturelle Analyse bezogen sind jedoch zahlreiche Hierarchieebenen zur Abbildung der Markenhierarchie eines Unternehmens vorhanden. Das Kriterium kann als vollständig bewertet werden.

Die Ausgestaltung der Strategiedimensionen eröffnet Möglichkeiten, welche durch den vorliegenden Ansatz nicht abgedeckt sind. Es existiert eine Vielzahl kleiner biopharmazeutischer Unternehmen, die hochinnovativ sind. Diese beschränken sich

⁸⁶ Vgl. Moss (2007), S. 317 f.

⁸⁷ Vgl. AAKER (2004), S. 48; AAKER/JOACHIMSTHALER (2000a), S. 104 ff.

⁸⁸ Die beiden Optionen „Endorsing“ und „Source“ können sich auf verschiedene Hierarchieebenen beziehen, da sie den inhaltlichen Zusammenhang einer hierarchisch über- und einer untergeordneten Marke beschreiben. Vgl. AAKER (2004), S. 48; AAKER/JOACHIMSTHALER (2000a), S. 104 ff.

häufig auf ein spezifisches Indikationsgebiet. Hier wird die Unternehmensmarke die treibende Kraft innerhalb der Markenhierarchie, da die Breite des Produktportfolios des Unternehmens und das Volumen des Indikationsgebietes oftmals keine starken Produktmarken zulassen und das Unternehmen bereits als Experte in der spezifischen Indikation bekannt ist. Die Ausprägung der Dimension Product Differentiation ist dabei hoch und die Ausprägung der Dimension Indicator of Origin ebenfalls. Diese Option wird von Moss nicht abgedeckt.⁸⁹

Zudem können keine komplexen Markenportfolios abgebildet werden. Zum Pharmaunternehmen Novartis gehört mit Sandoz einer der größten Generikahersteller weltweit. Sandoz hat ebenfalls Tochterunternehmen, wie z.B. Hexal. Hexal als Generikahersteller betont stets die Umbrella brand, während die Originalpräparate unter dem Dach von Novartis als starke Produktmarken positioniert werden. Hexal wirkt demnach als Umbrella brand. Novartis hingegen nicht, da die Produktmarken im Vordergrund stehen. Somit kann Novartis als Gesamtunternehmen im Ansatz von Moss weder als Unternehmen mit Fokus auf die Umbrella brand, noch als Unternehmen mit Fokus auf Produktmarken beschrieben werden. Die Gestaltung der Markenarchitektur komplexer Markenportfolios kann demnach nicht abgebildet werden. Der gleichberechtigte Auftritt wird ebenfalls ausgeblendet. Das Strategiekriterium ist demnach als unvollständig zu bewerten. Auch eine empirische Validierung ist nicht erfolgt. Aufgrund der Fokussierung auf den Pharmamarkt kann letztlich keine branchenübergreifende Anwendbarkeit des Ansatzes attestiert werden (vgl. Abb. 7).

Theoretische Fundierung	Trennung von Struktur und Strategie	Strukturanalyse des Markenportfolios	Vollständigkeit und inhaltliche Trennschärfe	Empirische Validierung	Branchenübergreifende Anwendbarkeit
					

○ Keine Erfüllung des Kriteriums ◐ Teil-Erfüllung des Kriteriums ● Volle Erfüllung des Kriteriums

Abbildung 7: Bewertung des Markenarchitektur-Ansatzes von Moss

Quelle: Eigene Darstellung

Da der Ansatz von Moss nicht zufriedenstellend ist, wird im Folgenden der allgemei-

⁸⁹ Eine Ursache könnte darin liegen, dass das beschriebene Modell ein Ideal-Modell für nachhaltigen Erfolg darstellt. Hierdurch werden einige wesentliche Realausprägungen nicht abgedeckt.

ne Prozess der Markenarchitekturbildung von BURMANN/KANITZ (2010) vorgestellt und anschließend auf den Pharmamarkt übertragen.

3. Übertragung des allgemeinen Prozesses der Markenarchitekturbildung nach BURMANN/KANITZ (2010) auf die pharmazeutische Industrie

3.1 Der allgemeine Ansatz von BURMANN/KANITZ (2010) im Überblick

Die Festlegung der Markenarchitektur gilt als eine der Kernaufgaben im Rahmen des strategischen Markenmanagements.⁹⁰ Hierfür unterscheidet der Prozess der Markenarchitekturbildung nach BURMANN/KANITZ (2010) vier Stufen.⁹¹ Im ersten Schritt wird unter dem **Markenportfolio** die „Gesamtheit aller Marken des Unternehmens“⁹² verstanden, zu deren Einsatz das Unternehmen als Markeninhaber oder durch vertragliche Vereinbarung (Lizenz, Allianz) mit dem Markeninhaber berechtigt ist.⁹³ Bei der **Markenhierarchie** handelt es sich um die Systematisierung der unterschiedlichen Marken eines Unternehmens in einem hierarchischen Ordnungsrahmen.⁹⁴ Die **Hierarchisierung des Markenportfolios** ermöglicht eine systematisch geordnete Darstellung aller Marken zur Analyse des Portfolios.

Die vom markenführenden Unternehmen vorgenommene Verknüpfung des Markenportfolios mit Produkten bzw. Dienstleistungen, Marktsegmenten und geographischen Märkten und die hierdurch geplanten Beziehungen zwischen den Marken innerhalb des Portfolios werden als **strategische Gestaltung der Markenarchitektur** bezeichnet.⁹⁵ Die Ziele liegen darin, innerbetriebliche Synergien und marktliche Hebelwirkung im Markenportfolio zu erzeugen. Die strategische Gestaltung der Markenarchitektur muss konsistent mit der Markenidentität der Corporate Brand und den Markenidentitäten der übrigen Marken sein.⁹⁶ Sie befasst sich zunächst mit der **Identifikation möglicher Handlungsoptionen**, welche zur Ausrichtung des Markenport-

⁹⁰ Vgl. BURMANN/MEFFERT/FEDDERSEN (2007), S. 12.

⁹¹ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 38 ff.

⁹² AAKER (2004), S. 16.

⁹³ Vgl. AAKER/JOACHIMSTHALER, (2000a), S. 134.

⁹⁴ Vgl. BURMANN/MEFFERT (2005a), S. 167.

⁹⁵ Vgl. AAKER/JOACHIMSTHALER (2000b); S. 8, ESCH (2007), S. 454; ESCH/BRÄUTIGAM (2001), S. 29; KAPFERER (1999), S. 188; LAFORET/SAUNDERS (1994), S. 64; STREBINGER (2008), S. 13.

⁹⁶ Vgl. BURMANN/MEFFERT/FEDDERSEN (2007), S. 12.

folios zur Verfügung stehen.⁹⁷ Im Anschluss daran werden die **Handlungsoptionen** anhand eines abgeleiteten Kriterienkataloges **bewertet und entschieden**.

Während die Gestaltung der Markenarchitektur die Gesamtheit aller Marke-Angebots-Verknüpfungen des Unternehmens beinhaltet, bezeichnet die Markenstrategie⁹⁸ die Verknüpfung eines konkreten Angebotes mit einer bzw. mehreren Marken des Unternehmens.⁹⁹ Diese individuellen Markenstrategien festzusetzen und im Sinne einer konsistenten Markenführung zu implementieren ist Teil des dritten Prozessschrittes zur **Übersetzung der Markenarchitektur in Markenstrategien**.

Die marktseitig **wahrgenommene Markenarchitektur** umfasst die tatsächlich ausgelösten psychischen Transferwirkungen beim Nachfrager durch die wahrgenommene Verknüpfung im Markenportfolio eines Unternehmens.¹⁰⁰ Sie ist im Hinblick auf die erfolgreiche Marktbearbeitung von hoher Bedeutung, da die Wahrnehmung seitens des Nachfragers nicht zwangsweise der strategischen Ausrichtung des Markenportfolios entsprechen muss. Aus diesem Grund ist eine regelmäßige **Erfolgskontrolle** auf Basis empirischer Zielerreichungsgrade unabdingbar (vgl. Abb. 8).¹⁰¹

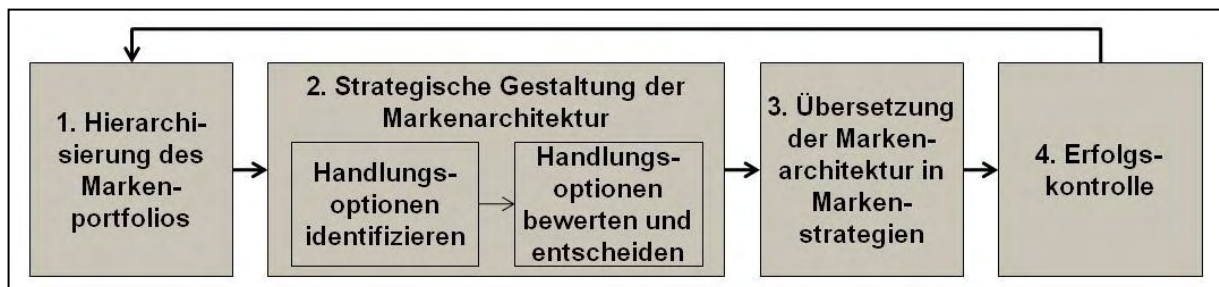


Abbildung 8: Prozess der Markenarchitekturbildung

Quelle: In Anlehnung an BURMANN/KANITZ (2010), S. 39.

Die Hierarchisierung des Markenportfolios setzt sich aus den fünf Hierarchieebenen Unternehmensmarke, Geschäftsfeldmarke, Produktgruppenmarke, Produktmarke

⁹⁷ Vgl. AAKER/JOACHIMSTHALER (2000a).

⁹⁸ STREBINGER bezeichnet diese als Markierungsstrategie. Dies greift zu kurz. Zur Implementierung der Markenarchitektur gehört sowohl eine strategische als auch eine operative Komponente. Die Markierung deckt lediglich wenige ausgewählte operative Komponenten ab. Vgl. STREBINGER (2008).

⁹⁹ Vgl. STREBINGER (2008), S. 14. Die individuellen Markenstrategien setzen die Markenarchitektur in Verhaltenspläne um. Vgl. MEFFERT/BURMANN (2005a), S. 164 f.

¹⁰⁰ Vgl. ESCH (2007), 472 ff.; STREBINGER (2008), S. 15.

¹⁰¹ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 38.

und Produktmerkmalsmarke zusammen (vgl. Abb. 9).¹⁰²



Abbildung 9: Markenhierarchie-Ansatz von BURMANN/KANITZ

Quelle: In Anlehnung an BURMANN/KANITZ (2010), S. 40.

Mit Blick auf die strategische Perspektive werden die Handlungsoptionen zur Gestaltung der Markenarchitektur in drei Dimensionen aufgespannt (vgl. Abb. 10). Es handelt sich hierbei um die vertikale¹⁰³, horizontale¹⁰⁴ und vertriebsgerichtete¹⁰⁵ Dimension.

¹⁰² Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 70.

¹⁰³ Vgl. BURMANN/MEFFERT (2005a), S. 169 f.

¹⁰⁴ Vgl. BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 28.

¹⁰⁵ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 76 f.

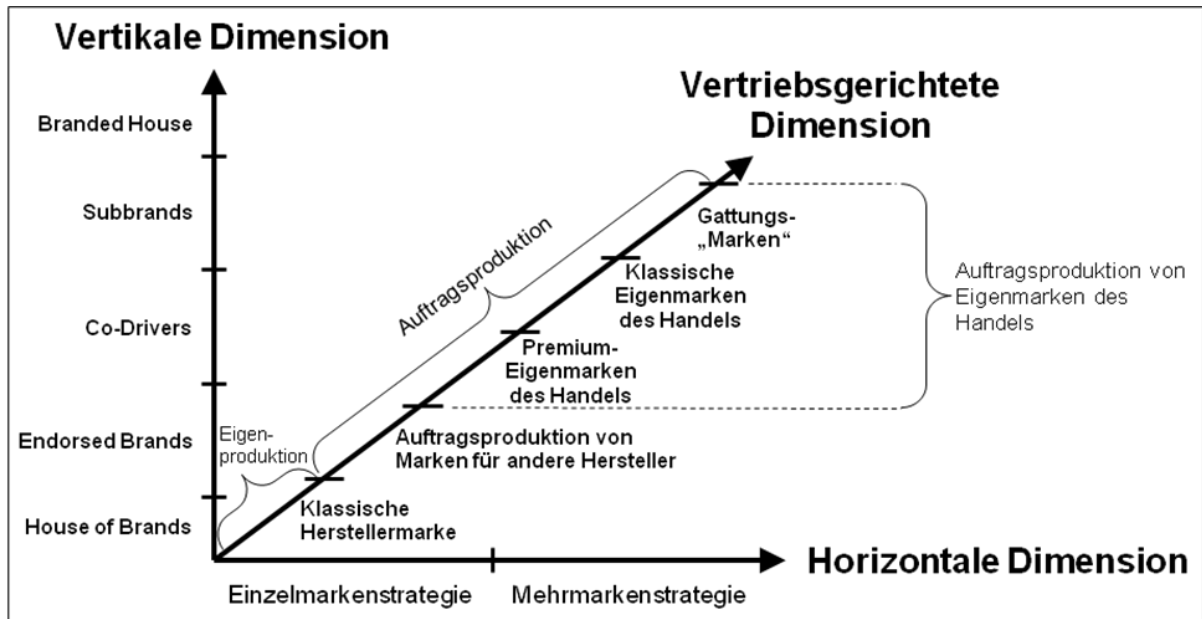


Abbildung 10: Dreidimensionaler Markenarchitektur-Ansatz von BURMANN/KANITZ

Quelle: In Anlehnung an Burmann/Kanitz (2010), S. 42.

Die **vertikale Dimension** bezieht sich auf die Intensität der Verknüpfung der Marken unterschiedlicher organisationaler Hierarchieebenen des Unternehmens.¹⁰⁶ Hierbei sind Beziehungen zwischen jeglichen Ebenen der Markenhierarchie zu berücksichtigen. Neben der Unternehmensmarke-Produktmarken-Beziehung sind ebenfalls Marken strategischer Geschäftseinheiten von Bedeutung. Die horizontale Dimension gibt an, ob ein Marktsegment mit einer oder mit mehreren konkurrierenden Marken bearbeitet wird. Im Rahmen dieser ist eine Unterscheidung zwischen Einzel- und Mehrmarkenstrategien möglich. Die vertriebsgerichtete Dimension erfasst die Positionierung eines Unternehmens im vertikalen Wettbewerb. Ziel ist es, festzulegen, ob ein Unternehmen ausschließlich Produkte als klassischer Markenhersteller anbietet oder darüber hinaus andere Hersteller oder Absatzmittler versorgt (vgl. Abb. 10).

Die vertikale Dimension wird entlang des vertikalen Integrationsgrades des hierarchisch strukturierten Markenportfolios aufgespannt. Entlang des Integrationskontinuums¹⁰⁷ zwischen einer reinen Produktmarkendominanz und einer

¹⁰⁶ Vgl. BURMANN/MEFFERT (2005a), S. 169 f.

¹⁰⁷ „It vividly describes the two extremes of alternative brand architectures“. AAKER/JOACHIMSTHALER (2000a), S. 106.

reinen Dachmarkendominanz werden sieben Handlungsoptionen unterschieden.¹⁰⁸ Dies sind die Branded House-, Subbrands- (unterteilt in Master Brand as Driver und Strong Subbrand), Co-Drivers-, Endorsed Brands- (unterteilt in Strong Endorsement und Token Endorsement) und House of Brands Architektur (vgl. Abb. 11).¹⁰⁹



Abbildung 11: Vertikale Dimension des Markenarchitektur-Ansatzes von BURMANN/KANITZ

Quelle: In Anlehnung an BURMANN/KANITZ (2010), S. 76.

Bezüglich der **horizontalen Dimension** wird im Rahmen einer Einzelmarkenstrategie jedes Produkt eines Unternehmens unter einer eigenen Marke angeboten und jedes Marktsegment lediglich von einer Marke bearbeitet. Einzelmarkenstrategien bieten sich insbesondere für kleinere Märkte an.¹¹⁰

Im Rahmen einer Mehrmarkenstrategie werden von einem Unternehmen mindestens zwei Marken im selben Produktbereich parallel geführt.¹¹¹ Vor allem bei der Bearbeitung größerer und heterogener Marktsegmente ist eine Mehrmarkenstrategie sinnvoll. Hierbei ist die Existenz von Finanzkraft zum Aufbau von mindestens zwei Marken und ein ausreichendes Management-Know How notwendig, um eine glaubwürdige Differenzierung zu ermöglichen. Eine wesentliche Gefahr von Mehrmarkenansätzen besteht in der Kannibalisierung der Nachfrage durch wenig trennscharfe, parallel am Markt agierende Marken.¹¹²

Die **vertriebsgerichtete Dimension** erfasst die Positionierung eines Unternehmens

¹⁰⁸ Vgl. AAKER/JOACHIMSTHALER (2000a), S. 106; BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 26.

¹⁰⁹ Für eine ausführliche Diskussion: vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 14 ff. und 40 f.

¹¹⁰ Vgl. BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 28.

¹¹¹ Vgl. BURMANN/MEFFERT (2005a), S. 176. Zur weiteren Diskussion: vgl. MEFFERT (1984); MEFFERT (1992), S. 129 ff.; MEFFERT/BURMANN (1996), S. 18 ff.; MEFFERT (1999), S. 82 ff.; MEFFERT/PERREY (2005), S. 213 ff.; MEFFERT/BURMANN/KIRCHGEORG (2008), S. 370 f.

¹¹² Vgl. BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 28. Zur Diskussion von Chancen und Risiken von Mehrmarkenstrategien: vgl. BURMANN/MEFFERT (2005a), S. 177.

im vertikalen Wettbewerb.¹¹³ Hier muss bezüglich der Absatzmittler entschieden werden, ob und auf welchem Qualitätsniveau diese beliefert werden sollen. Entsprechend wird auf der vertriebsgerichtete Dimension zwischen klassischen Herstellermarken, Marken anderer Hersteller, Premium-Eigenmarken des Handels, klassischen Eigenmarken des Handels und Gattungsmarken unterschieden. Die drei letztgenannten umfassen die Auftragsproduktion von Eigenmarken des Handels.¹¹⁴ Im Folgenden wird der Prozess der Markenarchitekturbildung von BURMANN/KANITZ (2010) auf die pharmazeutische Industrie übertragen.

3.2 Strukturelle Perspektive: Hierarchisierung des Markenportfolios in der pharmazeutischen Industrie

Basierend auf dem bereits dargestellten Markenhierarchie-Ansatz von BURMANN/KANITZ (2010) werden an dieser Stelle fünf Hierarchieebenen unterschieden.¹¹⁵ Es gilt zunächst zu überprüfen, inwiefern diese Hierarchiestufen auf die Pharmaindustrie anwendbar sind. Für die Unternehmensmarkenebene ist dies unproblematisch, wie Pfizer, Novo Nordisk und sanofi aventis belegen. Auf der Ebene der Geschäftsfeldmarke ist die mögliche Ausprägung im Pharmasektor deutlich vielfältiger. Es kann sich z.B. um die Unternehmensmarke einer Tochtergesellschaft handeln. Ein Beispiel hierfür ist Ratiopharm von Teva.¹¹⁶ Selbst Apothekenketten oder Pharmagroßhändler sind im Rahmen einer vertikalen Integration als Geschäftsfeldmarken vorstellbar. Eine Produktgruppenmarke hat einen direkten medizinischen Bezug, in dem sie über einer Reihe von Marken als Dach im Rahmen einer bestimmten Indikation steht. Ein Beispiel hierfür ist Henning von sanofi aventis, die Dachmarke für den Indikationsbereich Schilddrüsenmedikamente. Im Folgenden werden Marken, welche als Dach über einem spezifischen Indikationsgebiet stehen, als Indikati-

¹¹³ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 41.

¹¹⁴ Vgl. BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 26.

¹¹⁵ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 40. MOSS hatte sechs Hierarchiestufen verwendet, mit dem Unterschied, dass Hierarchieebenen und Strategien nicht klar voneinander abgegrenzt wurden. Vgl. MOSS (2007), S. 317 ff. und die Ausführungen sowie die kritische Reflexion hierzu in Kapitel 2.

¹¹⁶ An diesem Beispiel wird deutlich, dass es bei Holdingstrukturen zu Fällen kommen kann, in denen die Markenhierarchie eine Komplexität erreicht, in welcher die Unternehmenstöchter wiederum die Spitze einer Hierarchie sind. Vgl. hierzu die Ausführungen zum Beispiel des VW-Konzerns und dem Phänomen der Mehrmarkenstrategien. Vgl. MEFFERT/PERREY (2005), S. 217 ff.

onsmarken bezeichnet.

Produktmarken können sich ebenfalls durch Markenerweiterungen¹¹⁷ zu Produktgruppenmarken entwickeln, so z.B. Aspirin von Bayer mit seinen zahlreichen Submarken, welche alle auf dem Wirkstoff Acetyl-Salicyl-Säure¹¹⁸ basieren. In Unterscheidung zur Indikationsmarke können im Rahmen dieser Form der Produktgruppenmarken durchaus weitere Produktmarken in der gleichen Indikation im Markenportfolio des Unternehmens vertreten sein. Außerdem kann die Produktgruppenmarke durch ihren oftmals vielfältigen Einsatz in mehreren Indikationen Anwendung finden.¹¹⁹ Produktmarken verfeinern die übergeordnete Hierarchiestufe, um spezifische Produkteigenschaften zu betonen.¹²⁰ Dies ist z.B. bei Aspirin Plus C von Bayer, Viagra von Pfizer und Lantus von sanofi aventis der Fall.¹²¹

Produktmerkmals-, Device- und Servicemarken stehen für einzelne Bestandteile der Produktmarke bzw. zusätzliche Leistungen und Services, welche sie ergänzen. Im Pharmabereich sind dies primär Geräte (Devices), welche der Verwendung der Medikamente bzw. der Unterstützung der Therapie dienen. Z.B. Insulin-Pens zur Injektion des Insulins, Blutzuckermessgeräte zur regelmäßigen Messung des Blutzuckerspiegels und Inhalationsgeräte für die Verwendung von Asthmamedikamenten. Diese Marken können einen signifikanten Effekt auf die Wahrnehmung der Produktmarken haben. Sie bedingen teilweise eine eigene Patentierung und sind oft die einzige mögliche Visualisierung der spezifischen Medikamentenleistung (vgl. Abb. 12).

¹¹⁷ Eine Markenerweiterung ist als eine Unternehmensaktivität zu verstehen, bei der die positiven Imagekomponenten einer existierenden Marke auf ein neues Produkt aus einer bereits bearbeiteten, verwandten oder völlig neuen Warengruppe übertragen werden. Vgl. AAKER (1990); MEFFERT/HEINEMANN (1990); KAPFERER (1992); SATTLER (1998); ESCH/FUCHS/BRÄUTIGAM (2001); KELLER (2001); GÜNTHER (2002); ZATLOUKAL (2002).

¹¹⁸ Im Folgenden mit ASS abgekürzt.

¹¹⁹ Vgl. MOSS (2007), S. 318.

¹²⁰ Vgl. AAKER (1996b), S. 243.

¹²¹ Vereinzelt dient die Verfeinerung der Trennung zwischen zwei relevanten Indikationen, oftmals handelt es sich jedoch lediglich um eine andere Darreichungs- und Dosierungsform bzw. -größe.

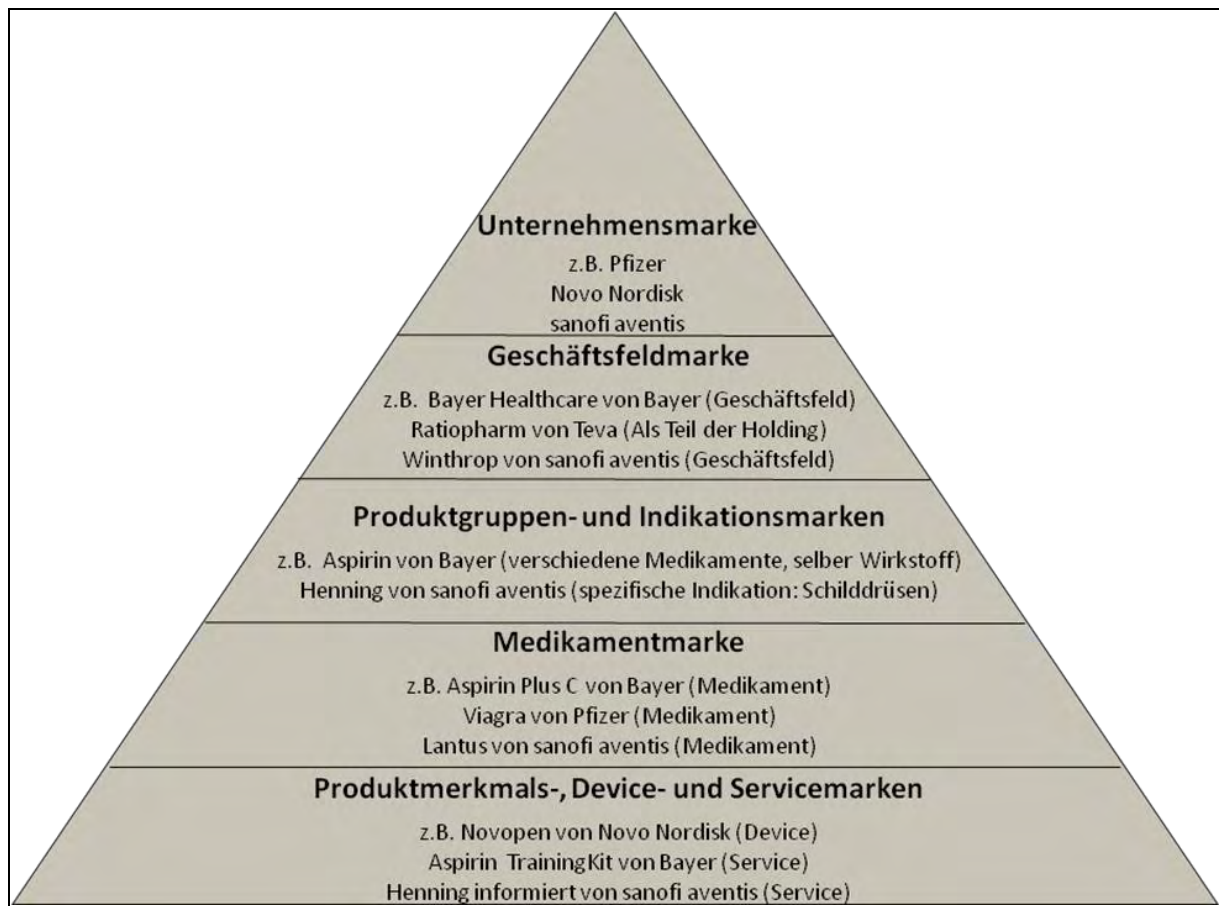


Abbildung 12: Pharma-Markenhierarchie-Ansatz

Quelle: Eigene Darstellung

Das allgemeine Markenhierarchiemodell lässt sich demnach auf den Pharmamarkt übertragen. Jedoch ist es nicht in der Lage, die Angebotsvielfalt der Pharmaunternehmen adäquat abzudecken. Daher wird im Folgenden speziell für den Pharmamarkt eine branchenspezifische Produktmarkentypologie hergeleitet.

Hierzu sind die relevanten technischen, rechtlichen und vermarktungsrelevanten Eigenschaften der Präparate zu unterscheiden. Als erstes ist die **Wettbewerbsstellung**¹²² zu betrachten. Es existieren Originalpräparate und generische Medikamente.¹²³ Originalpräparate genießen für einen begrenzten Zeitraum Patentschutz und damit Exklusivität der Vermarktung des Wirkstoffes. Im Weiteren ist der **Rechtsstatus** der Medikamente ein relevantes Kriterium. Es existieren verschreibungspflichti-

¹²² Welche sich primär im Innovationsgrad der Medikamente widerspiegelt.

¹²³ Zur ausführlichen Diskussion von Original- und Generikapräparaten: vgl. Kapitel 1.1.

ge¹²⁴ Medikamente, welche nur nach Rezeptaussstellung des verschreibenden Arztes ausgegeben werden können und nicht verschreibungspflichtige¹²⁵ Medikamente,¹²⁶ die ohne Rezept erworben werden können.¹²⁷ Für die Verschreibungsentscheidung des Arztes äußerst relevant aufgrund der immer strikter werdenden Budgetrestriktionen¹²⁸ ist der **Erstattungsstatus** des Medikamentes. Dem Patienten werden nicht alle Medikamente von der Krankenkasse erstattet. Eine weitere rechtliche Hürde liegt in der **Apothekenpflicht** des Medikamentes. Es existieren Medikamente, welche ausschließlich über Apotheken vertrieben werden dürfen und andere, welche frei¹²⁹ verkäuflich sind.¹³⁰ Vermarktungsrelevant ist im Weiteren die **Eigentümerstruktur**. Durch die steigenden Forschungsausgaben¹³¹ hat der Anteil an Forschungsallianzen deutlich zugenommen.¹³² Wirkstoffe werden in diesem Fall nach der Zulassung durch die Behörden¹³³ von zwei oder mehr Unternehmen vermarktet,¹³⁴ teilweise unter der gleichen Produktmarke,¹³⁵ teilweise unter verschiedenen Produktmarken.¹³⁶

Eine letzte Determinante, welche bisher in der Literatur nur wenig Berücksichtigung fand, betrifft die **Marktstufe**. Vermarktungsrelevant ist demnach, ob das Medikament bereits am Markt ist oder sich noch in der Entwicklung befindet. Im Rahmen des

¹²⁴ Als Rx-Medikamente bezeichnet. Die Verschreibungspflicht richtet sich nach dem Wirkstoffrisiko und ist in § 48 AMG gesetzlich geregelt. Vgl. KÜPPER (1998), S. 13; AMG (2002), § 48.

¹²⁵ Im Folgenden als OTC (Over-the-Counter)-Medikamente bezeichnet.

¹²⁶ Verschreibungspflichtige Medikamente haben i.d.R. einen kurzen Lebenszyklus. Die Investitionen fokussieren sich auf kurz- bis mittelfristige Umsatzeffekte. Vgl. CHANDLER/OWEN (2002), S. 386.

¹²⁷ Die rechtliche Beurteilung der Verschreibungspflicht ist in Deutschland in § 48 AMG gesetzlich geregelt. Vgl. AMG (2002), § 48.

¹²⁸ Vgl. ILLERT/EMMERICH (2008), S. 25; TEBBEY/BERGHEISER/MATTICK (2009), S. 221 f.

¹²⁹ U.a. im klassischen Einzelhandel.

¹³⁰ Diese ist gesetzlich in den §§ 43-45 AMG geregelt. Vgl. AMG (2002), §§ 43-45.

¹³¹ Vgl. DIMASI/HANSEN/GRABOWSKI (2003).

¹³² Vgl. GONCALVES/GONCALVES (2008), S. 69 ff.

¹³³ Die wichtigsten Zulassungsbehörden sind die FDA (Food and Drug Administration) in den USA und die EMEA (European Medicines Agency) in Europa.

¹³⁴ Vgl. SCHUILING/MOSS (2004), S. 377 f.

¹³⁵ Z.B. wurde das Antihistamin Zyrtec von UCB Pharma in Kooperation mit Pfizer vermarktet. Vgl. SCHUILING/MOSS (2004), S. 378.

¹³⁶ Angewandt werden diese Vermarktungsk Kooperationen aus verschiedenen Gründen. Während in F oschungsk Kooperationen tendenziell rationale Kostenbelange im Vordergrund stehen, existierten auch Bestrebungen mit zwei parallelen Produktmarken in den Markt zu gehen. Diese Bestrebungen hatten eine höhere Marktaberschöpfung zum Ziel. Sie scheiterten an der Höhe der Kosten zum Aufbau zwei verschiedener Produktmarken und den geringer als erhofft ausgefallen Umsätzen beider Marken durch die entstandene Kannibalisierung. Vgl. SCHUILING/MOSS (2004), S. 377 f.

Entwicklungs- und Zulassungsprozesses in den verschiedenen Phasen der klinischen Studien werden bereits Ergebnisse kommuniziert. Daher erhalten medizinische Adressaten¹³⁷ bereits frühzeitig Informationen über die physisch-funktionalen Eigenschaften des Wirkstoffes.¹³⁸ Zu diesem Zeitpunkt ist das Unternehmen noch nicht dazu berechtigt, einen Markennamen zu vergeben, jedoch werden die Studienergebnisse unter einem INN¹³⁹ veröffentlicht. Das Konzept des TPP¹⁴⁰ dient dazu, den Wert eines zukünftig zu vermarktenden Medikamentes bereits in der Phase der Forschung und Entwicklung nach außen hin darzustellen und zu kommunizieren.¹⁴¹

Auch im Sinne der Markendefinition kann auf Grundlage der Darstellung der physisch-funktionalen Nutzenkomponenten das noch nicht zugelassene Medikament bereits als „ein Nutzenbündel mit spezifischen Merkmalen (...), die dafür sorgen, dass sich dieses Nutzenbündel gegenüber anderen Nutzenbündeln, welche dieselben Basisbedürfnisse erfüllen, aus Sicht relevanter Zielgruppen nachhaltig differenziert“¹⁴² bezeichnet werden.¹⁴³ Aus diesem Grund können Medikamente in der Entwicklung ebenfalls als Marken bezeichnet werden und sind in der pharmazeutischen Produktmarkentypologie von bereits am Markt vertriebenen Produktmarken zu unterscheiden (vgl. Abb. 13).

¹³⁷ Medizinische Adressaten sind in diesem Fall Fachkreise, z.B. Ärzte, Apotheker und weitere Wissenschaftler (neben Medizinern auch Biologen, Chemiker und Pharmakologen).

¹³⁸ Für eine ausführliche Darstellung des Zulassungsprozesses: vgl. FDA (2009). Eine frühzeitige Demonstration des Mehrwertes des in der Entwicklung befindlichen Wirkstoffes ist neben den fachlichen Adressaten auch für Anteilseigner von hoher Bedeutung und sollte spätestens Ende der Phase 3 vor Beginn des Zulassungsprozesses beginnen. Vgl. DEKOVEN ET AL. (2008), S. 303.

¹³⁹ INN steht für International Nonproprietary Name. Vgl. WHO (2009).

¹⁴⁰ TPP steht für Target Product Profile. Vgl. TEBBEY/RINK (2009), S. 301 ff.

¹⁴¹ Vgl. TEBBEY/RINK (2009), S. 302.

¹⁴² BURMANN/BLINDA/NITSCHKE (2003), S. 3.

¹⁴³ Diese Methode wird auch als „Prephase-Marketing“ bezeichnet und erhöht die Bekanntheit bei der Zielgruppe äußerst schnell. Vgl. GUMINSKI/RAULAND (2002), S. 233. Wichtig ist jedoch die Betonung des aktuellen Forschungsstandes, ohne explizit dass noch nicht zugelassene Medikament zu bewerben, da man sich sonst bereits in einer rechtlichen Grauzone bewegen würde. Vgl. EHLERS/WEIZEL (2002), S. 327 f.

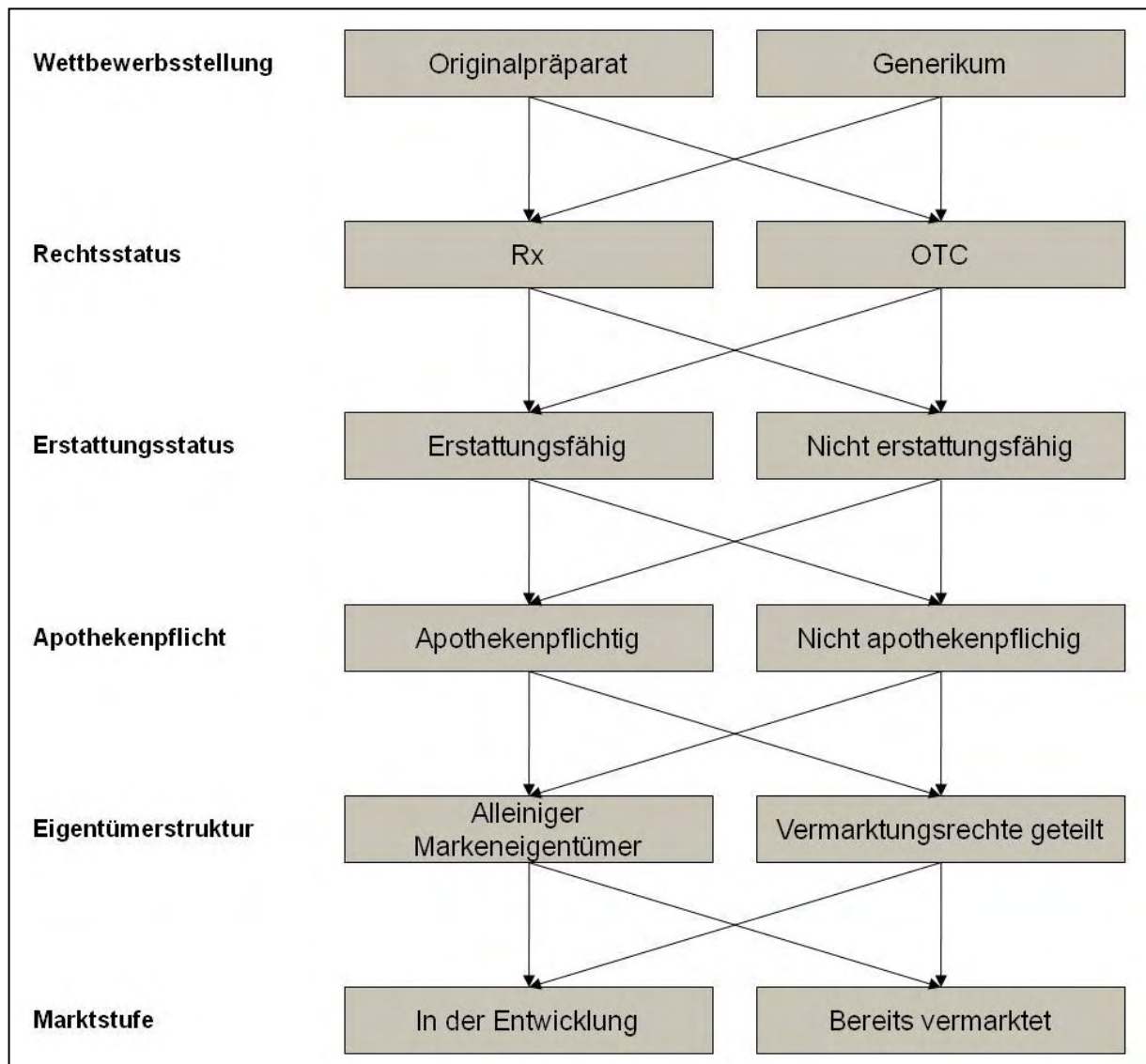


Abbildung 13: Struktur der pharmazeutischen Produktmarkentypologie

Quelle: Eigene Darstellung

Um der Heterogenität des Markenportfolios gerecht zu werden, muss die pharmazeutische Produktmarkentypologie in den ersten Schritt der Hierarchisierung des Markenportfolios im Rahmen des Prozesses der Markenarchitekturbildung integriert werden. Diese pharmaspezifische Adaption trägt den Marktbesonderheiten Rechnung. Abb. 14 fasst diesen Schritt zu einem umfassenden pharmazeutischen Strukturmodell, bestehend aus dem Pharma-Markenhierarchie-Ansatz und der pharmazeutischen Produktmarkentypologie, zusammen.

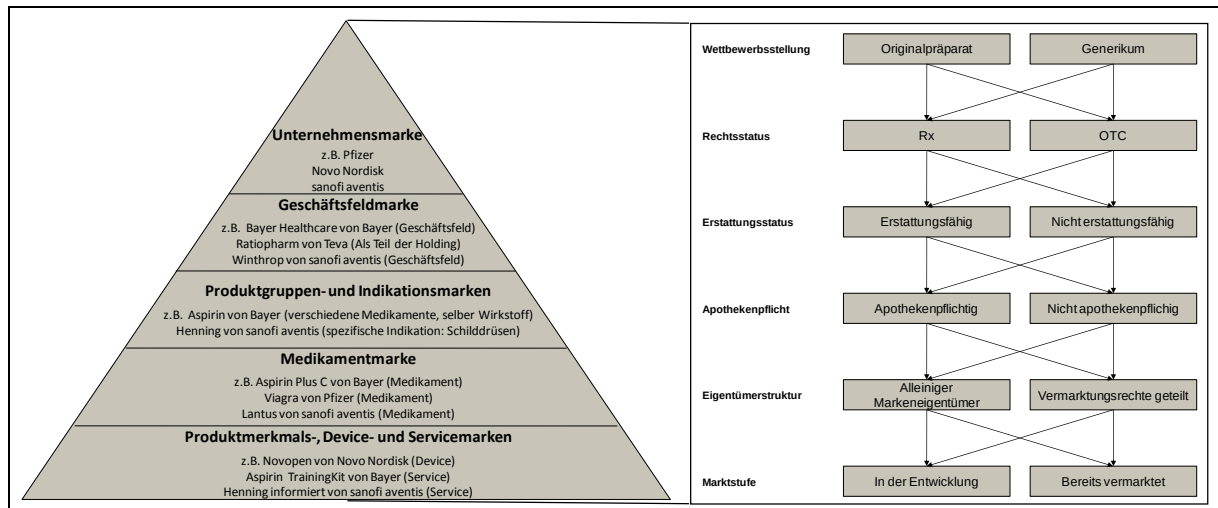


Abbildung 14: Pharmazeutisches Strukturmodell (Hierarchie und Produktmarkentypologie)

Quelle: Eigene Darstellung

Im Folgenden werden analog zu den allgemeinen Ausführungen des Prozesses der Markenarchitekturbildung mögliche Handlungsoptionen in der Pharmaindustrie diskutiert. Diese orientieren sich am allgemeinen Markenarchitektur-Modell von BURMANN/KANITZ (2010) und werden an die spezifischen Branchengegebenheiten der pharmazeutischen Industrie angepasst.

3.3 Strategische Perspektive: Gestaltung der Markenarchitektur in der pharmazeutischen Industrie

3.3.1 Gestaltung der Markenarchitektur

3.3.1.1 Vertikale Dimension

Die meisten Pharmaunternehmen fokussieren sich auf wenige starke Produktmarken, ein Bezug zum Pharmaunternehmen ist meist nicht oder nur sehr schwer erkennbar. Demnach ist die House of Brands Architektur die in der Pharmapraxis am häufigsten verwendete Handlungsoption. Oftmals ist es jedoch schwer, direkt von einer bewussten Entscheidung im Sinne der Gestaltung der Markenarchitektur zu sprechen, da der Fokus der meisten Originalhersteller auf der Entwicklung neuer Blockbustermedikamente liegt. Die Zielsetzung besteht hierbei stärker im schnellen

Aufbau von Marktmacht, statt einer konsistenten Markenführung.¹⁴⁴ Das Management dieser Produktmarken wird sehr stark aus den physisch-funktionalen Produkteigenschaften heraus gesteuert.¹⁴⁵ Nur wenigen Marken ist es bisher gelungen, sich anderweitig zu differenzieren.¹⁴⁶ Die meisten starken Produktmarken verdanken ihre Stärke bislang ausschließlich funktionalen Eigenschaften.¹⁴⁷ Doch auch diese Marken werden in der Regel vom Markt genommen, sobald das Patent abgelaufen ist.¹⁴⁸ Die Markenführungskosten sind bei einer House of Brands Architektur sehr hoch, da jede einzelne Produktmarke für sich bei den Adressaten aufgebaut und geführt werden muss. Die kurze Patentlaufzeit erhöht im Pharmamarkt hierbei zusätzlich den Druck, die Markeninvestitionen schnell zu amortisieren.¹⁴⁹ Weil der Medikamentenname zudem nicht auf ein Nachfolgepräparat transferiert werden darf,¹⁵⁰ sind viele Investitionen in eine Produktmarke nach deren Patentablauf nicht mehr nutzbar.¹⁵¹ Starke Marken können aber gerade im Wettbewerb mit den nach Patentablauf eintretenden Generika von entscheidendem Vorteil sein.¹⁵² Diese Chance wird jedoch bisher nur sporadisch genutzt.¹⁵³ Das Beispiel Pfizer illustriert nachfolgend die House of Brands Architektur.

¹⁴⁴ Vgl. MOSS (2001), S. 23 f. Dies liegt vor allem in der kurzen Patentlaufzeit und damit einer nur kurz- bis mittelfristigen Führung der Produktmarken begründet.

¹⁴⁵ Vgl. MOSS (2007), S. 315 f. Diese ebenso veraltete wie verkürzte Sicht der Pharmabranche spiegelt sich in folgender Aussage wider: „Creating a brand is something that advertising agencies talk about while product management focuses on the scientific side.“ MOSS (2001), S. 30.

¹⁴⁶ Ein Beispiel ist das Potenzmittel Viagra von Pfizer, welches trotz einer schlechteren Wirkung als Konkurrenzpräparate mit jährlichen Umsätzen von über 1 Milliarde \$ stärkstes Medikament in der von Pfizer neu geschaffenen Indikation „erektile Dysfunktion“ ist. Vgl. POGODA (2003), S. 54 ff.

¹⁴⁷ Wie z.B. Lipitor von Pfizer, Viani von GlaxoSmithKline und Clarinex von Schering-Plough.

¹⁴⁸ Dies ist einer der wesentlichen Unterschiede zu Konsumgütermärkten, in welchen die Marktführer oftmals bereits seit mehreren Jahrzehnten den Markt dominieren. Vgl. MOSS (2008), S. 287 ff.

¹⁴⁹ Jedes Jahr laufen eine Vielzahl von Patenten von Blockbustermedikamenten ab, welche aufgrund der immer kleiner werdenden Forschungspipeline auch nicht adäquat durch neue Blockbuster ersetzt werden. Vgl. SCHÜLING/MOSS (2004), S. 366 f.

¹⁵⁰ Vgl. MOSS/SCHÜLING (2004), S. 60.

¹⁵¹ Diese Sichtweise ist in der Branche oftmals vorherrschend, obwohl z.B. mit dem Rx-to-OTC-Switch Ansätze existieren, die den Umsatzeinbruch nach Patentablauf begrenzen sollen. Vgl. KÜPPER (1998); FERRIER (2001); LYON (2001).

¹⁵² Vgl. SCHÜLING/MOSS (2004), S. 369.

¹⁵³ Vgl. MOSS (2007), S. 316.

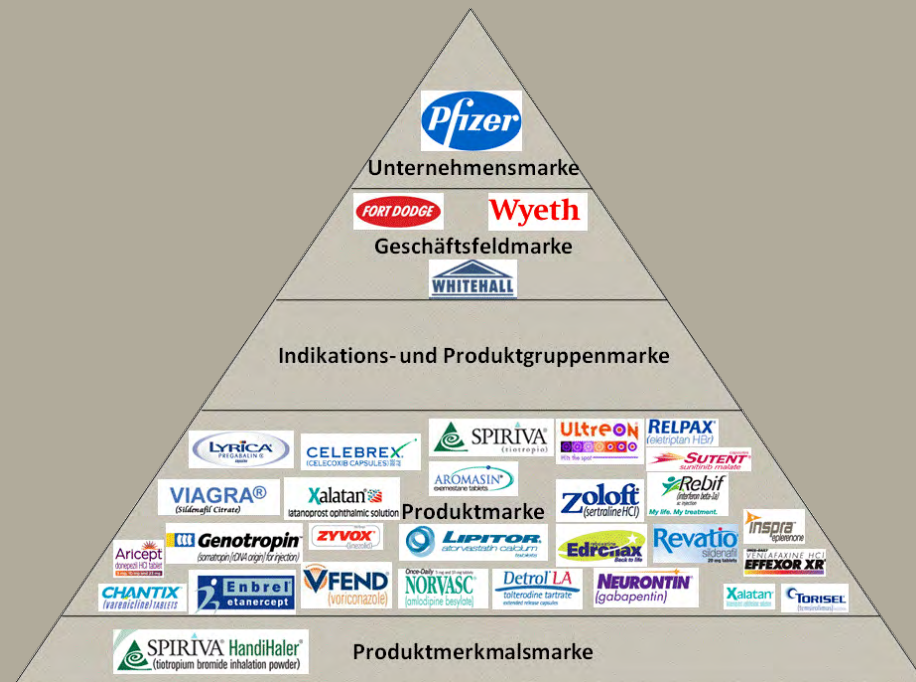
Pfizer

Wettbewerbsstellung: Originalhersteller

Umsatz: 50 Mrd. \$ (Nr. 1 weltweit)

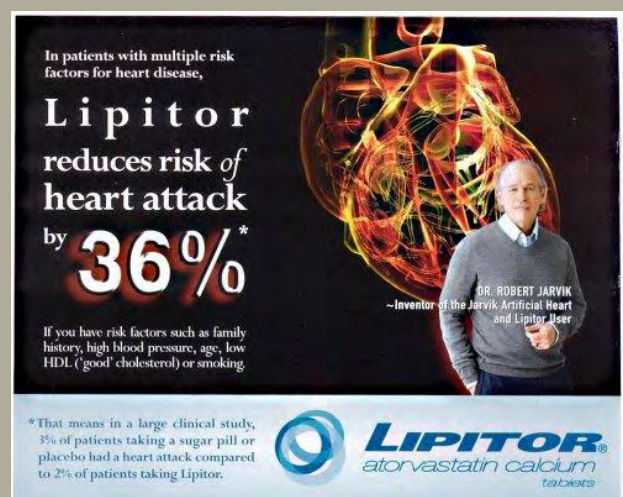
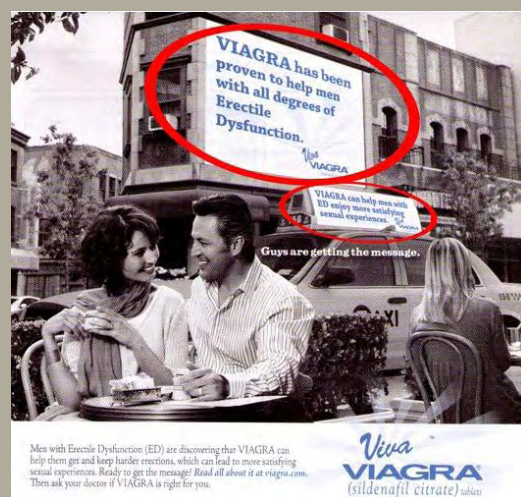
F&E-Investitionen: 7,8 Mrd. \$ (15,7%)

Markenhierarchie:



Markenarchitektur: House of Brands Architektur

Identifikation der Markenarchitektur: Wie durch die Markenhierarchie erkennbar, haben bei Pfizer weder die Geschäftsfeldmarken einen Bezug zur Unternehmensmarke, noch existiert eine inhaltliche Verknüpfung zwischen Produktmarken und der Unternehmensmarke bzw. den Geschäftsfeldmarken. Indikations- und Produktgruppenmarken existieren gar nicht. Dies zeigt sich ebenfalls in der Umsetzung. Zwei Werbeanzeigen von Viagra und Lipitor veranschaulichen dies. Die Produktmarken Viagra und Lipitor stehen im Fokus und es ist kein Verweis auf Pfizer zu erkennen.



Vorteile: Diese Architektur war für Pfizer in der Vergangenheit von Vorteil. Zum einen befindet sich der Hauptumsatz von Pfizer in den USA (über 50%). In diesem Markt ist das Direct-to-Consumer-Advertising (DTCA) erlaubt. Gerade mit Viagra und Lipitor konnten zwei starke Produktmarken direkt bei den Patienten aufgebaut werden. Das Loslösen vom großen Pharmakonzern Pfizer im Hintergrund und dem damit verbundenen negativen Branchenimage hat den Erfolg zusätzlich begünstigt.

Der zweite Aspekt sind die fehlgeschlagenen Forschungen zu Torcetrapib. Die klinischen Studien scheiterten erst in der dritten Phase, als Pfizer bereits über 800 Mio. \$ investiert hatte (vgl. o.V. 2007, S. 9). Dieser Vorfall ist zwar finanziell problematisch. Durch die House of Brands Architektur konnten jedoch negative Imagetransfereffekte auf die Unternehmensmarke Pfizer weitgehend vermieden werden.

Nachteile: Im Gegenzug profitiert Pfizer kaum von den starken Produktmarken, wie z.B. Viagra und Lipitor. Positive Imagetransfereffekte lassen sich nicht verzeichnen.

Durch den Patentzyklus besteht eine hohe Abhängigkeit von starken Produktmarken. Lipitor steht für über 30% des Pfizer-Umsatzes. 2011 läuft in den USA das Patent ab. Mit dem Eintritt der Generika wird ein starker Einbruch des Umsatzes erwartet.

Eine Branded House Architektur ist im Pharmamarkt eher selten anzutreffen. Traditionell wird dieses Konzept lediglich von Generikaherstellern aus Gründen niedriger Kosten und hoher Synergieeffekte verwendet. Alternativ vertreiben Generikahersteller unmarkierte me-too-Produkte.¹⁵⁴ Dies ist das einzige Beispiel im Rahmen der pharmazeutischen Industrie, in welchem von einer reinen Dachmarkenarchitektur gesprochen werden kann.¹⁵⁵ Trotz einer zusätzlichen, beschreibenden Markierung mit dem Wirkstoff (Deskriptor) kann im Sinne des Markenverständnisses kein differenzierendes Nutzenbündel entstehen,¹⁵⁶ weil der Wirkstoffname jederzeit auch von anderen Herstellern verwendet werden darf.¹⁵⁷ Originalhersteller sind rechtlich gar nicht dazu in der Lage, Originalpräparate nur mit dem Wirkstoff und der Unternehmensmarke zu markieren. Dies bleibt Generikaherstellern vorbehalten. Aus diesem Grund wird die Branded House Architektur zur Präzisierung hier in Generic House Architek-

¹⁵⁴ Beispiele hierfür sind im deutschsprachigen Raum Hexal als Tochter von Sandoz und damit Teil des Novartis-Konzerns und Ratiopharm als Teil des weltweit größten Generikaherstellers Teva, welche z.B. in Konkurrenz zum Originalpräparat Aspirin von Bayer das Kopfschmerzmittel ASS vertreiben, welches ebenfalls auf dem Wirkstoff Acetyl-Salicyl-Säure basiert. Hierbei handelt es sich demnach um eine reine Branded House Architektur.

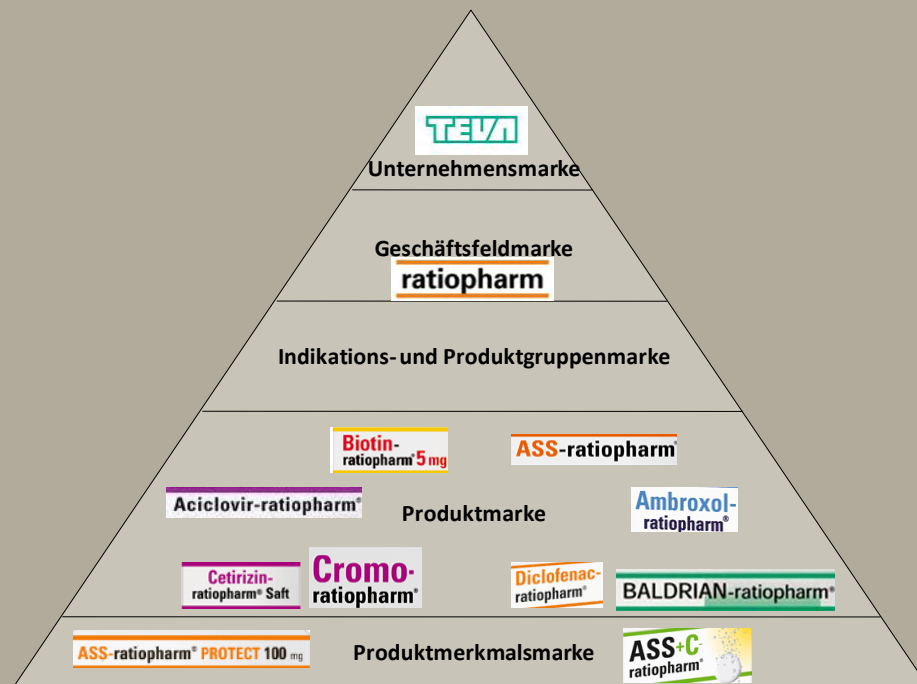
¹⁵⁵ Auch außerhalb der Pharmaindustrie sind reine Dachmarkenarchitekturen selten vorzufinden.

¹⁵⁶ Zum Markenverständnis siehe die Markendefinition in Kapitel 1.1.

¹⁵⁷ Als Beispiel hierfür dient wiederum ASS. Es existiert z.B. ASS-Ratiopharm und ASS von Hexal, eine Differenzierung ist lediglich über die Dachmarke möglich.

tur umbenannt.

Ratiopharm	
Wettbewerbsstellung:	Generikahersteller
Umsatz:	ca. 2 Mrd. € (Teil der Holding des weltweit größten Generikaherstellers Teva: Gesamtumsatz 13,9 Mrd. \$)
F&E-Investitionen:	802 Mio. \$ (Konzern; 5,8%)
Markenhierarchie:	



Markenarchitektur: Branded bzw. Generic House Architektur

Identifikation der Markenarchitektur: Wie durch die Markenhierarchie erkennbar, hat die Geschäftsfeldmarke Ratiopharm zwar keinen Bezug zur Unternehmensmarke Teva, jedoch existiert eine starke inhaltliche Verknüpfung zwischen Produktmarken und der Geschäftsfeldmarke Ratiopharm. Es existieren keine Indikations- und Produktgruppenmarken. Produktmarken setzen sich lediglich aus dem generischen Wirkstoff und dem „Dach“ Ratiopharm zusammen. Die Fokussierung auf die Dachmarke zeigt sich ebenfalls in der Umsetzung. Zwei Werbeanzeigen von Ratiopharm veranschaulichen dies. Es werden zwar Indikationen wie Kopfschmerzen und Fieber adressiert, Produktmarken tauchen jedoch nicht auf. Die Geschäftsfeldmarke Ratiopharm steht im Fokus.



Vorteile: Diese Architektur war für Ratiopharm in der Vergangenheit von Vorteil. Zum einen handelt es sich um einen Generikahersteller. Starke Produktmarken sind bei diesen sehr selten anzutreffen. Generikamarken werden zu einem deutlich geringeren Preis verkauft. Umfangreiche Markeninvestitionen rechnen sich oftmals nicht.

Außerdem ist der Kernmarkt von Ratiopharm Deutschland. Laut Heilmittelwerbegesetz (HWG) ist das direkte Werben verschreibungspflichtiger Medikamente in diesem Markt untersagt. Mit der Fokussierung auf die Geschäftsfeldmarke Ratiopharm umgeht man dieses Problem. Mit dieser Marke kann und darf geworben werden.

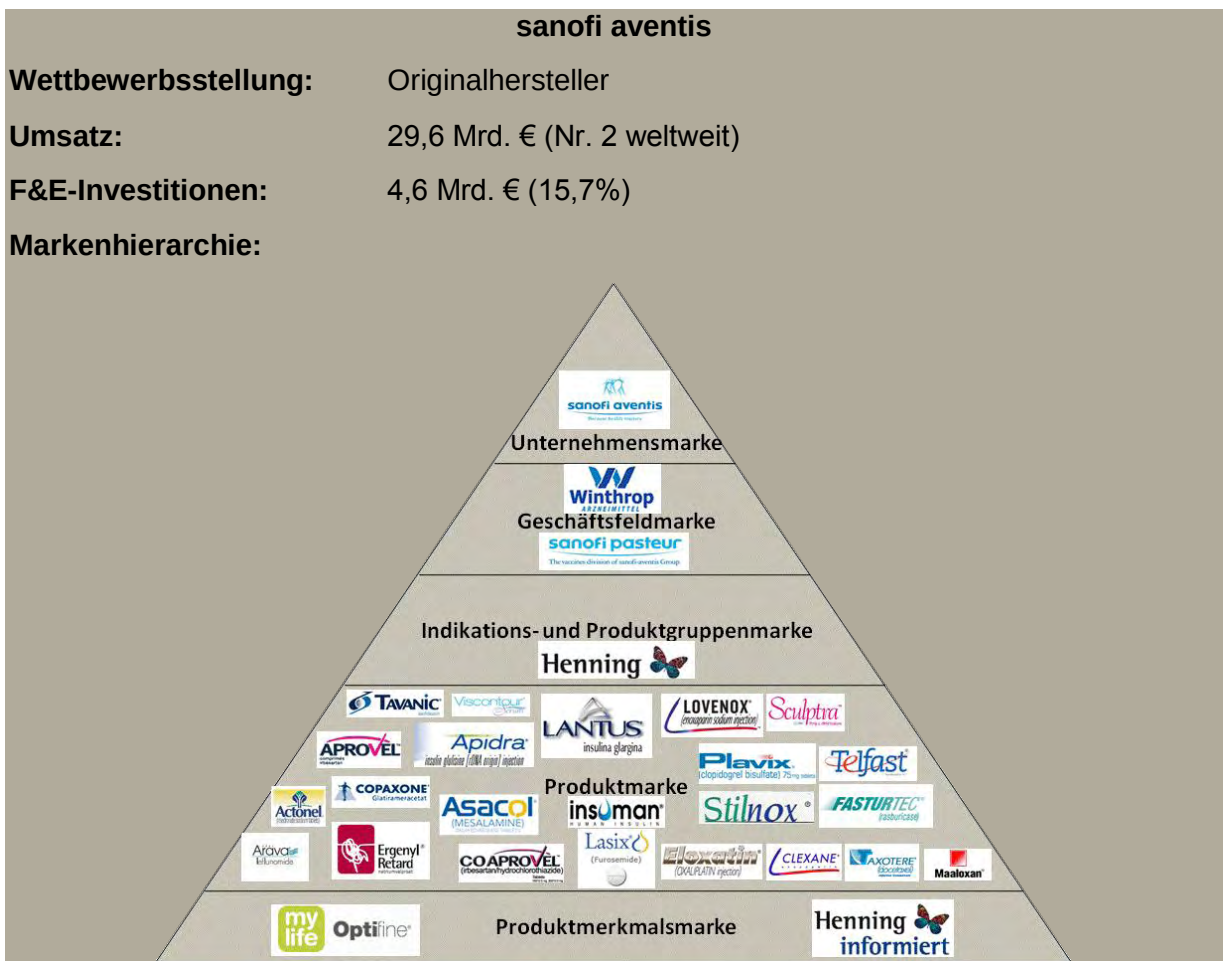
Die Medikamente von Ratiopharm sind in der Regel patentfrei und damit meist bei Patienten bekannt. Die Wirkweise muss nicht gesondert kommuniziert werden.

Nachteile: Passiert etwas Unvorhergesehenes, kann es zu starken negativen Imagetransfereffekten auf das Dach, die Geschäftsfeldmarke Ratiopharm, kommen. Dies ist z.B. durch den Freitod des ehemaligen Eigentümers und Ratiopharm-Gründers Adolf Merckle geschehen. Durch die Fokussierung auf die Dachmarke Ratiopharm hat dies zusätzlich das damit eng verknüpfte Produktmarkenportfolio beeinflusst.

Bei den gemischten Architekturoptionen wird zwischen Subbrands, Co-Drivers und Endorsed Brands unterschieden. Dabei kann eine der beiden für die jeweilige Markierung verwendeten Marken eine dominierende Rolle einnehmen (Dachmarke dominant = Subbrand Architektur; Produktmarke dominant = Endorsed Brands Architektur) oder es handelt sich um einen gleichberechtigten Auftritt (Co-Drivers Architektur).¹⁵⁸ Beispielhaft für eine Co-Drivers Architektur kann auf die Marke Henning verwiesen werden, die Schilddrüsenmarke von sanofi aventis. Medikamente der kompletten Indikation Schilddrüsenerkrankungen werden mit Henning bezeichnet, eine Produktmarke erscheint jedoch ebenfalls gleichberechtigt auf der Verpackung. Selbst

¹⁵⁸ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 40 f.

sanofi aventis als Unternehmensmarke ist dargestellt.¹⁵⁹

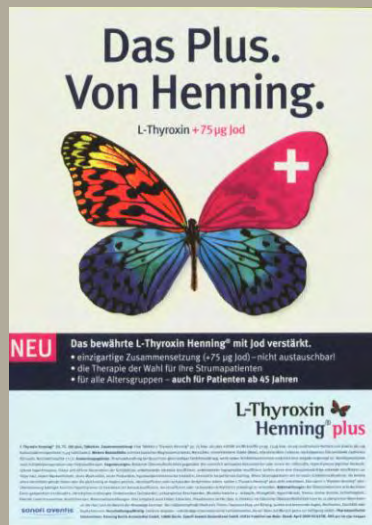


Markenarchitektur: House of Brands bis Co-Drivers Architektur

Identifikation der Markenarchitektur: Wie durch die Markenhierarchie erkennbar, haben bei sanofi aventis weder die Geschäftsfeldmarken einen Bezug zur Unternehmensmarke, noch existiert eine inhaltliche Verknüpfung zwischen Produktmarken und der Unternehmensmarke bzw. den Geschäftsfeldmarken. Jedoch existiert mit Henning eine Indikationsmarke, welche auch aktiv beworben wird. Diese umfasst alle Schilddrüsenmedikamente innerhalb von sanofi aventis. Der Auftritt erfolgt immer gleichberechtigt mit der Indikationsmarke Henning und der Produktmarke (z.B. L-Thyroxin). Dies zeigt sich ebenfalls in der Umsetzung. Eine Werbeanzeige von L-Thyroxin Henning und die Medikamentenpackung von Jodetten Henning verdeutlichen dies. Weder die Produktmarke L-Thyroxin noch die Indikationsmarke Henning stehen im Fokus. Der Auftritt ist gleichberechtigt (Co-Drivers Architektur).

¹⁵⁹ Anhand des vorliegenden Beispiels zeigt sich bereits die Schwierigkeit des gleichberechtigten Markenauftritts. Es besteht sowohl intern im Rahmen der Strategiebildung die Schwierigkeit, mehrere gleichberechtigte Marken zu positionieren und zu koordinieren als auch extern im Rahmen der Markenarchitektur, d.h. der wirkungsbezogenen Perspektive der Markenarchitekturbildung. Denn Darstellungen von drei Marken auf der Verpackung bedeuten für den Adressaten einen hohen Komplexitätsgrad in der Informationsverarbeitung. Vgl. BRÄUTIGAM (2004), S. 91 ff.

Bei anderen Produktmarken verfolgt sanofi aventis eine House of Brands Architektur. Überlegungen hinsichtlich der Einführung weiterer Indikationsmarken sind in der Diskussion.



Vorteile: Diese Architektur war für sanofi aventis in der Vergangenheit von Vorteil. Das übernommene Unternehmen Henning war bereits im Bereich Schilddrüsen profiliert. Die Marke Henning wurde aus diesem Grund in das Markenportfolio von sanofi aventis integriert, um von den positiven Assoziationen zu profitieren. L-Thyroxin Henning ist immer noch das erfolgreichste Schilddrüsenpräparat in Deutschland.

Der zweite Aspekt liegt in dem gestärkten Kompetenzprofil von sanofi aventis begründet. Als einer der größten Pharmakonzerne weltweit enthält das Markenportfolio Präparate in allen wichtigen Indikationsgebieten. Mit der Indikationsmarke Henning gelingt ein erster Schritt in Richtung einer stärkeren Profilierung der Kernkompetenzen. In der Umsetzung zeigt sich dies durch die Servicemarke „Henning informiert“. Unter dieser wird u.a. einmal im Jahr eine Schilddrüsenwoche zur Information von Patienten und Fachkreisen veranstaltet.

Nachteile: Gerade bei einer übernommenen Marke, wie dies bei Henning der Fall war, existiert auch ein Außendienst. Wird dieser übernommen, entstehen hohe Kosten. Wird dieser nicht oder nur zum Teil übernommen, muss der restliche Außendienst hinsichtlich der Marke Henning geschult werden, um einen konsistenten Markenauftritt sicherzustellen. Denn wird das Markennutzenversprechen nicht konsistent kommuniziert, gerät die Indikationsmarke Henning zum Nachteil. Die Aufrechterhaltung und Pflege der Marke führten im ersten Schritt zu zusätzlichen Kosten, bevor man von den Synergien der Dachmarke profitieren konnte.

Im Bereich der Schilddrüsenmedikamente sind aufgrund eines gesättigten Marktes und einer wenig versprechenden Forschungs-Pipeline kaum nennenswerte Innovationen zu erwarten. Die Indikationsmarke Henning steht in einem starken Wettbewerb mit Generikaherstellern. Die Kompetenzführerschaft bezieht sich demnach primär auf Serviceverhalten (durch Services wie z.B. Henning informiert und die Schilddrüsenwoche).

Beispiele zum Subbranding lassen sich im Pharmamarkt analog zum Branded House aufgrund des enormen Produktmarkenfokus nur vereinzelt identifizieren. Novo Nordisk ist eine der wenigen starken Dachmarken innerhalb der Pharmaindustrie. Kaum ein Pharmaunternehmen hat es so gut verstanden, dass die Kernkompeten-

zen sowohl zur Profilierung der Dachmarke als auch der Produktmarken beitragen.¹⁶⁰



¹⁶⁰ Novo Nordisk hat rechtzeitig erkannt, dass sie ein Spezialist in der Indikation Diabetes sind. Dies haben sie über mehrere Zwischenstufen letztlich in einer weltweiten „Changing Diabetes“-Kampagne verbunden mit einer klaren Positionierung als Diabetes-Spezialist umgesetzt und sich von der zyklischen Entwicklung und Zulassung patentpflichtiger Medikamente zum Teil abgekoppelt und ebenfalls alle Devices, wie z.B. die Diabetes-Pens in die Positionierung integriert. Zur ausführlichen Diskussion des Novo Nordisk-Beispiels: vgl. RUBIN/SCHULTZ/HATCH (2008), S. 30 ff.

von Novo Nordisk verdeutlichen dies. Die Unternehmensmarke Novo Nordisk wird hierbei stark betont, dennoch wird z.B. über die Insulin-Pens ein Produktmarkenbezug aufgebaut. Novo Nordisk ist zugleich die Indikationsmarke Diabetes.



Vorteile: Diese Architektur war für Novo Nordisk in der Vergangenheit von Vorteil. Als kleineres Unternehmen konnte sich Novo Nordisk im Vergleich zu den größeren Wettbewerbern ein klares Kompetenzprofil als Diabetes-Spezialist aufbauen.

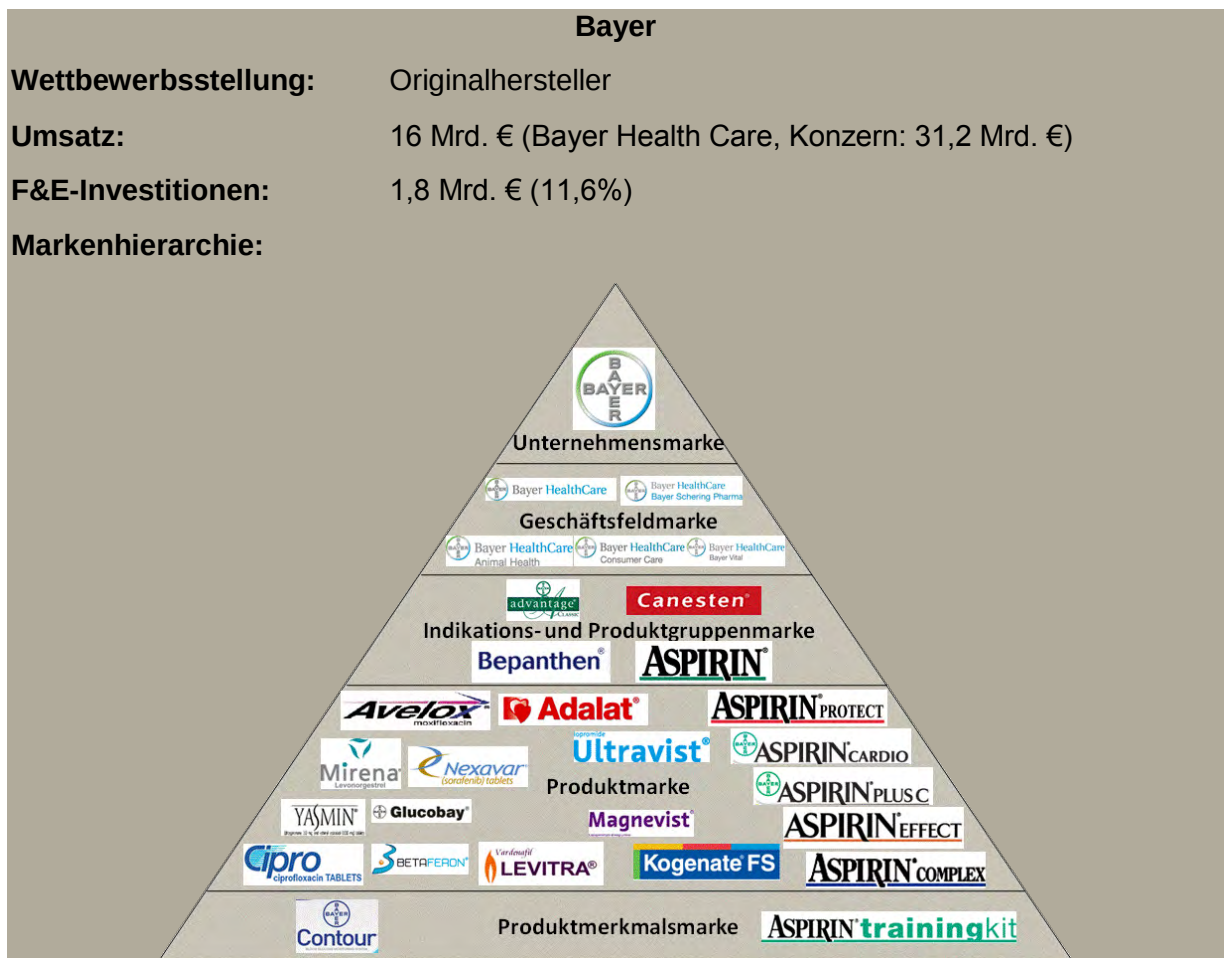
Dies ermöglicht direkt themen- und bedürfnisbezogene Dachmarkenkampagnen. Novo Nordisk hat dies in der Changing Diabetes-Kampagne umgesetzt. Auch Events im Rahmen des Welt-Diabetes-Tages und Sponsoring von Sportveranstaltungen (Marathon Mainz) zählen dazu. Dies ermöglicht eine regelmäßige, öffentliche Präsenz.

Nachteile: Die starke Unternehmensmarke Novo Nordisk hat vor allem den Nachteil, dass jegliche Negativmeldungen, wie z.B. Rückschläge in der Forschung und Entwicklung direkt auf die Unternehmensmarke und im Anschluss auf das eng damit verknüpfte Produktmarkenportfolio abstrahlen. Die Aufrechterhaltung und Pflege der Marke Novo Nordisk erfordert ein hohes Feingefühl, da sich jegliche Maßnahmen auf das gesamte Portfolio auswirken.

Zusätzlich schafft die starke Profilierung eine hohe Abhängigkeit von zukünftig wettbewerbsfähigen Insulinen. Eine Erweiterung des Portfolios in anderen Indikationen wird durch die klare Profilierung begrenzt und wirkt unglaublich. Die derzeitigen Aktivitäten zur Stärkung der Immuntherapie bei Krebserkrankungen könnten daher problematisch werden.

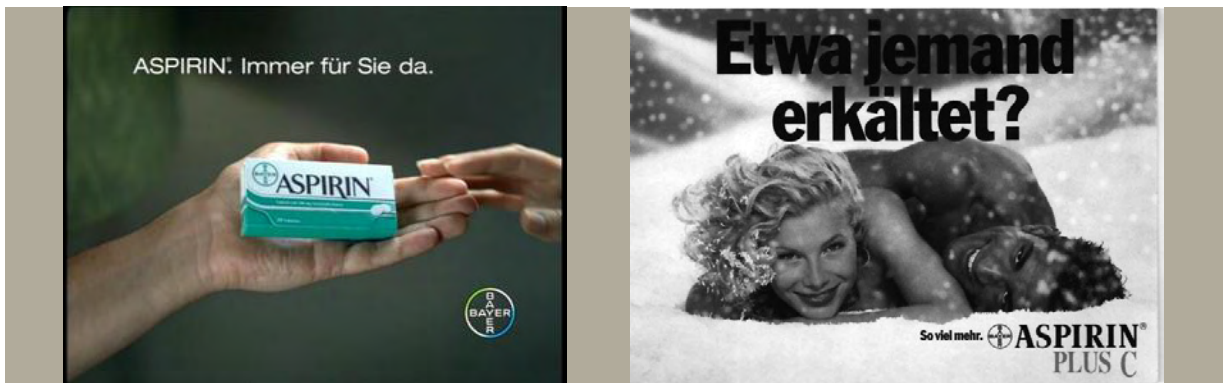
Eine letzte mögliche Handlungsoption ist die Dominanz der organisationshierarchisch untergeordneten Marke (Endorsed Brands Architektur). Ein Beispiel ist die Marke Aspirin von Bayer. Aspirin ist historisch gewachsen eine der stärksten Produkt- bzw. Produktgruppenmarken in der gesamten Pharmaindustrie. Der Zusatz „von Bayer“ signalisiert jedoch die Unternehmenszugehörigkeit und vermittelt den Konsumenten

von Aspirin all diejenigen Nutzen, für welche Bayer als Pharmakonzern steht.



Markenarchitektur: Endorsed Brands bis Subbrands Architektur

Identifikation der Markenarchitektur: Wie durch die Markenhierarchie erkennbar, hat Bayer Marken auf allen fünf Hierarchiestufen. Hierbei existieren drei verschiedene Formen von Verknüpfungen. Zum einen existiert eine Verknüpfung zwischen der Unternehmensmarke Bayer und der Geschäftsfeldmarke Bayer Health Care. Diese lässt sich für weitere Geschäftsfeldmarken innerhalb des Health Care-Bereiches aufspannen. Hierbei tritt die Unternehmensmarke gleichberechtigt zur Geschäftsfeldmarke auf. Dies äußert sich ebenfalls im Auftritt des Unternehmens im Internet und in der Unternehmenskommunikation. Außerdem existiert speziell mit Aspirin eine sehr starke Produktgruppenmarke. Mit Hilfe einer Subbrands Architektur wird das Produktmarkenportfolio unterhalb von Aspirin sukzessive erweitert. Auch Servicemarken, wie das Aspirin Training Kit entstehen. Die wichtigste Beziehung ist jedoch die zwischen den Produkt- bzw. Produktgruppenmarken und der Unternehmensmarke. Diese setzt Bayer in einer Endorsed Brands Architektur um. Die Produktgruppenmarke Aspirin ist dominierend, Bayer tritt lediglich als Endorser auf. Jedoch ist die Zugehörigkeit bekannt und wird auch offen kommuniziert. Dies zeigt sich ebenfalls in der Umsetzung. Bayer verwendet z.B. in der Kommunikation von Aspirin immer den Zusatz „von Bayer“. Zwei Werbeanzeigen von Bayer verdeutlichen dies zusätzlich. Bayer ist hierbei präsent, jedoch im Hintergrund. Im Fokus steht Aspirin.



Vorteile: Diese Architektur war für Bayer in der Vergangenheit von Vorteil. Aspirin ist eines der ältesten Medikamente und war eine der ersten starken Produktmarken der Pharmabranche. Diese hat man sich zunächst zu Nutzen gemacht, indem man sie als Dach über einem Portfolio verschiedener Produktmarken gestellt hat. Alle diese Produktmarken basieren auf dem Wirkstoff Acetyl-Salicyl-Säure (ASS).

Durch den Zusatz „von Bayer“ konnte die Unternehmensmarke Bayer zusätzlich von der starken Produktmarke Aspirin profitieren, um die eigene Bekanntheit zu erhöhen. Der positive Imagerücktransfer ermöglichte Bayer hierbei zum einen die medizinische Glaubwürdigkeit im Pharmamarkt und zum anderen die Kompetenz in der Indikation Schmerzen. Damit trägt Aspirin maßgeblich zur Profilierung von Bayer bei.

Nachteile: Der positive Imagetransfereffekt von Aspirin ist jedoch lediglich begrenzt und nicht dazu in der Lage, auf das gesamte Produktportfolio abzufärben.

Außerdem besteht eine relativ starke Abhängigkeit von den starken Produktmarken. Diese sind bei Bayer überwiegend nicht innovativ und stehen im starken generischen Wettbewerb. Die Abhängigkeit von zukünftigen Forschungserfolgen ist folglich hoch.

Die Diskussion der Fallbeispiele zeigt, dass sich die vertikale Dimension des Ansatzes von BURMANN/KANITZ gut auf die Pharmaindustrie übertragen lässt.

3.3.1.2 Horizontale Dimension

Im Rahmen der horizontalen Dimension sind Einzel- und Mehrmarkenstrategien zu differenzieren.¹⁶¹ Im Pharmamarkt hatte die Unterscheidung zwischen einer Einzel- und einer Mehrmarkenstrategie bisher keine hohe Anwendungsrelevanz, da aufgrund der hohen F&E-Investitionen ein spezifisches Krankheitsbild in der Regel nur von einem Medikament bedient wurde. D.h. ein Marktsegment wurde lediglich von

¹⁶¹ Vgl. Kapitel 3.1.

einer Produktmarke adressiert, was eine Mehrmarkenstrategie ausschloss.¹⁶² Jedoch führen Konsolidierungstendenzen dazu, dass immer mehr Generikaunternehmen von Originalherstellern aufgekauft werden. Hierdurch entstehen zum Teil Mehrmarkenstrategien, da im gleichen Indikationsgebiet mehrere Präparate eines Unternehmens agieren. Novartis vertreibt unter anderem die kardiovaskulären Präparate Lotrel und Lopressor gegen Bluthochdruck. Die Novartis-Tochter Sandoz vertreibt als Generikaanbieter Medikamente mit den Wirkstoffen Amlodipine und Benazepril, auf denen Lotrel basiert und dem Wirkstoff Metoprolol, auf welchem das Medikament Lopressor basiert. So werden innerhalb der gleichen Indikation Bluthochdruck sowohl Medikamente des Originalherstellers Novartis als auch der Generika-Tochter Sandoz in Form einer Mehrmarkenstrategie vertrieben.¹⁶³

3.3.1.3 Vertriebsgerichtete Dimension

In Bezug auf die vertriebsgerichtete Dimension ist für den Pharmamarkt zu konstatieren, dass Originalhersteller ihre Originalpräparate in der Regel selbst herstellen. Die klassischen Eigen- bzw. Handelsmarken existieren nicht, da es Pharmagroß- und -einzelhändlern¹⁶⁴ gesetzlich verboten ist, Eigenmarken zu vertreiben.¹⁶⁵ Eine Berücksichtigung der Auftragsproduktion für Eigenmarken des Handels ist obsolet.

Jedoch werden produzierte Medikamente neben der Eigenproduktion ebenfalls in Auftragsproduktion für andere Wettbewerber produziert. Dies ist lediglich bei Medikamenten nach Patentablauf möglich, da der Originalhersteller bis zum Zeitpunkt des Patentablaufs ein exklusives Vertriebsrecht besitzt.¹⁶⁶ Aus Gründen der Größenvorteile in der Produktion wird die Möglichkeit genutzt, im Rahmen der Auftragsproduktion konkurrierende Hersteller mit dem wirkstoffgleichen Präparat zu beliefern. Hierbei gilt es, folgende Ausprägungen zu unterscheiden: (1) Auftragsproduktion von Marken

¹⁶² Der Aufbau von zwei parallelen Marken in einer Indikation ist aufgrund der hohen Kosten für den Markenaufbau und der sehr geringen Wirkung nach wenigen Versuchen als für die Industrie nicht praktikabel eingestuft worden. Vgl. SCHÜLING/MOSS (2004), S. 377 f.

¹⁶³ Vgl. SANDOZ (2011).

¹⁶⁴ Pharmaeinzelhändler sind in der Regel Apotheken.

¹⁶⁵ Ausnahmen sind Substanzen, welche direkt vor Ort zubereitet werden müssen. Jedoch ist hierbei eine eigene Leistung zu erbringen, d.h. es werden keine fertigen Medikamente von den Pharmaunternehmen zur eigenen Markierung an die Händler geliefert.

¹⁶⁶ Vgl. EUROPEAN COMMISSION (2008), S. 28 f.

für andere Originalhersteller, (2) Auftragsproduktion für den eigenen Generikahersteller innerhalb der Holding, (3) Auftragsproduktion für fremden Generikahersteller und (4) Auftragsproduktion von einem dritten Produktionsbetrieb für Generikahersteller. Die klassische Herstellermarke vom Originalhersteller steht für die Eigenproduktion.

Auf zwei der drei Dimensionen wurden pharmaspezifische Anpassungen vorgenommen, die den Marktbesonderheiten Rechnung tragen. Abb. 14 fasst diese pharmaspezifischen Anpassungen am dreidimensionalen Markenarchitektur-Ansatz abschließend zusammen. Die Änderungen gegenüber dem allgemeinen, branchenübergreifenden Markenarchitektur-Ansatz sind durch graue Kästen gekennzeichnet.

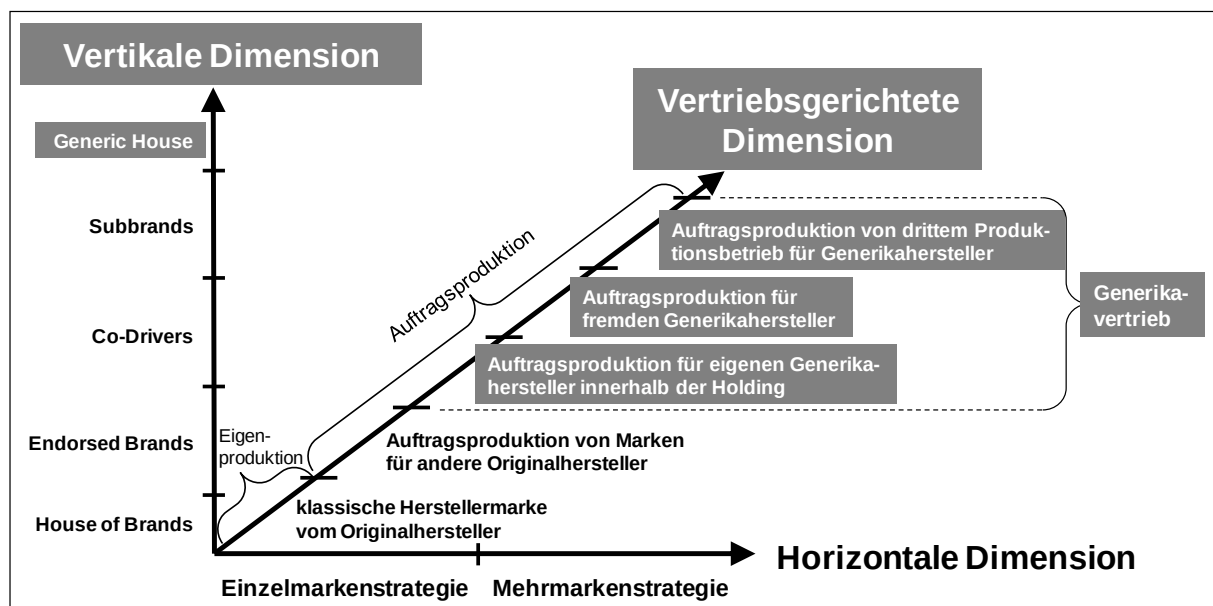


Abbildung 15: Pharmazeutischer Markenarchitektur-Ansatz
Quelle: In Anlehnung an Burmann/Kanitz 2010, S. 42.

3.3.2 Festlegung der Markenarchitektur

Nachdem die wesentlichen Handlungsoptionen des dreidimensionalen Markenarchitektur-Modells nach BURMANN/KANITZ und deren Anwendung für den Pharmamarkt diskutiert und angepasst wurden, müssen im Rahmen der Festlegung der Markenarchitektur die relevanten Bewertungskriterien für die zur Verfügung stehenden Optionen diskutiert werden. Dies bezieht sich auf alle drei Dimensionen der Markenarchi-

tektur.¹⁶⁷ Analog zum Vorgehen von BURMANN/KANITZ werden sechs interne und externe Kriterien unterschieden. Bei den internen Kriterien sind die interne Akzeptanz durch die Mitarbeiter, der Risikoausgleich und die Ressourcenanforderungen relevant, während extern primär die Akzeptanz bei externen Anspruchsgruppen, die Marktpotenziale und die strategische Flexibilität von Bedeutung sind.¹⁶⁸

Übertragen auf den Pharmamarkt lassen sich einige Besonderheiten identifizieren. Die interne Akzeptanz durch die Mitarbeiter ist in jedem Fall auch im Pharmamarkt relevant, zumal Konflikte zwischen Außen- und Innendienst durchaus zu konträren Einstellungen gegenüber der strategischen Ausrichtung des Unternehmens führen können. Wenn z.B. im Rahmen einer Fusion durch eine interne Managemententscheidung eine weitere Geschäftsfeldmarke in das Markenportfolio gelangt, steht die Positionierung dieser zur Diskussion. Wird die Marke von den Außendienstmitarbeitern nicht akzeptiert, kann dies die Markenarchitekturgestaltung maßgeblich ändern.

Dies gilt ebenso für die Ressourcenanforderungen. Vor allem den Anteilseignern gegenüber spielt die Rechtfertigung der Markenführungskosten eine entscheidende Rolle. Im Rahmen der vertikalen Dimension entstehen bei Fokussierung auf die Produktmarken in der Regel Mehrkosten, während dies in der horizontalen Dimension vor allem bei Mehrmarkenstrategien der Fall ist. Diese Mehrkosten in Relation zum Ertrag zu setzen, trägt zu einer fundierten Markenarchitekturentscheidung bei. Bei zusätzlicher Fremdproduktion können Größenvorteile realisiert werden.

Ein besonderes Augenmerk ist ferner auf den Risikoausgleich zu legen. Es ist möglich, dass ein Pharmaunternehmen mit einer starken Unternehmensmarke bei einer gescheiterten Produktentwicklung einen stark negativen Imagetransfer¹⁶⁹ erfährt.¹⁷⁰ Dieses Risiko kann u.U. durch eine reine Produktmarkenfokussierung begrenzt werden, da die Transfereffekte hierdurch verringert werden. Weil die Produktentwicklung

¹⁶⁷ Vgl. Abbildung 14.

¹⁶⁸ Vgl. BURMANN/KANITZ (2010), S. 42 ff.

¹⁶⁹ Ein Imagetransfer kennzeichnet den angestrebten kognitiven und emotionalen Prozess der Assoziations- und Vorstellungsübertragung im Kopf der Nachfrager. Vgl. CASPAR (2002), S. 27.

¹⁷⁰ Vgl. WRIGHT/FILL (2001), S. 99 ff.; SCHUILING/MOSS (2004), S. 373. Die Gefahr besteht im Transfer des negativen Imageeffektes auf das gesamte Markenportfolio des Unternehmens.

äußerst kostenintensiv und die Erfolgsraten gering sind,¹⁷¹ handelt es sich bei diesem Kriterium um eines, welches speziell im Pharmamarkt höchste Relevanz besitzt. Auch in der horizontalen Dimension kann eine Mehrmarkenstrategie mit dem Argument der Diversifikation von Absatzrisiken gewählt werden.

Die Akzeptanz externer Stakeholder hat im Pharmamarkt ebenfalls eine besondere Bedeutung. Die hohe Komplexität des Nachfragernetzwerkes¹⁷² wurde bereits hervorgehoben. Eine Vielzahl von Anspruchsgruppen determinieren die Entscheidungen von Pharmaunternehmen mit. Neben dem Nachfragernetzwerk haben vor allem die Gesundheitspolitik, Zulassungsbehörden und aufgrund der ethisch-moralischen Verantwortung der Pharmaunternehmen auch die breite Öffentlichkeit¹⁷³ einen signifikanten, wenn auch oftmals indirekten Einfluss auf die Strategie. Die Akzeptanz dieser ist auch für die Gestaltung der Markenarchitektur von hoher Bedeutung. Wird im Rahmen der vertriebsgerichteten Dimension z.B. die Entscheidung getroffen, neben der Eigenproduktion auch Fremdproduktion für Wettbewerber zuzulassen, kann dies die Akzeptanz der eigenen Markenprodukte verringern. Denn handelt es sich bei dem Wettbewerber um einen Generikahersteller, so stellt sich bei den externen Anspruchsgruppen die Frage, weswegen dieser das identische Medikament zu deutlich preiswerteren Konditionen anbieten kann. Hierbei läuft das Unternehmen z.B. Gefahr, dass das Medikament nicht mehr von den Krankenkassen erstattet wird.

Marktpotenziale sind im Pharmamarkt von hoher Relevanz. Gerade durch den demografischen Wandel und Epidemien ist eine umfassende Analyse der Potenziale von Medikamentengruppen und Indikationsgebieten unabdingbar. Dies beeinflusst maßgeblich das Markenportfolio der Unternehmen. Es hat einen Einfluss auf die Produktmarken, durch die den Potenzialen entsprechend fokussierten F&E-Aktivitäten. Weiterhin beeinflusst es die Positionierung der Dachmarken (Unternehmens- und Zwischenmarken), welche das Kompetenzprofil betonen.

Die strategische Flexibilität hat auch im Pharmamarkt eine hohe Bedeutung. Gerade

¹⁷¹ Vgl. DIMASI/HANSEN/GRABOWSKI (2003), S. 151 ff.

¹⁷² Vgl. Ausführungen in Kapitel 1.1 zum „Nachfragernetzwerk“ im Pharmamarkt.

¹⁷³ Der Druck auf Unternehmen durch die gesellschaftliche Diskussion, die die ethische und soziale Verantwortung der Pharmaunternehmen thematisiert, wächst. Vgl. LEISINGER (2005), S. 577.

dass sich momentan wandelnde Marktumfeld offenbart dies. Die Markenarchitektur muss dazu in der Lage sein, flexibel auf sich ändernde Marktbedingungen zu reagieren. Demnach sind die Bewertungskriterien auch im Pharmamarkt anwendbar. Sie sind sowohl relevant als auch differenzierend und damit als Kriterien verwendbar.

Abschließend lässt sich festhalten, dass der Prozess der Markenarchitekturbildung unter Berücksichtigung der Modifikationen im strukturellen und strategischen Bereich eine hohe Anwendungsrelevanz im Pharmamarkt hat. Markenarchitekturentscheidungen in der Pharmaindustrie sollten auf Basis dieses Prozesses getroffen werden. Kapitel 4 wird die IST-Markenarchitektur von Pharmaunternehmen zusammenfassend mit Hilfe der dargestellten Kriterien diskutieren und Handlungsbedarf aufzeigen.

4. Bewertung der IST-Markenarchitektur von Pharmaunternehmen und Ableitung des Handlungsbedarfs

Der stärker werdende Trend zu immer spezialisierteren Indikationsgebieten, der Patentablauf umsatzstarker Blockbustermedikamente, die mäßig gefüllten Forschungspipelines mit wenigen potenziellen Blockbustern und ein immer stärker werdender Wettbewerb durch Generika verschärfen den Druck auf die Pharmaindustrie.

Die bisherige Ausrichtung der Originalhersteller hatte einen klaren Fokus auf Produktmarken. Die wichtigsten Medikamente wurden primär über den Pharmaaußendienst, Lobbyarbeit und flankierende Maßnahmen zu starken Produktmarken aufgebaut.¹⁷⁴ Weitere Hierarchieebenen des Markenportfolios spielten bisher eine untergeordnete Rolle.¹⁷⁵ Speziell bei Originalherstellern dominiert die Produktmarke.¹⁷⁶

Vieles deutet darauf hin, dass sich diese Ausrichtung in Zukunft verändern wird. Die Frage ist jedoch, welche weiteren Hierarchieebenen zukünftig an Bedeutung gewinnen werden. In der Diskussion sind primär zwei Optionen, eine mit dem Fokus auf Unternehmensmarken, die andere mit einem Fokus auf Indikationsmarken.¹⁷⁷ Zum einen kann eine Argumentation zu Gunsten der Fokussierung auf eine starke Unternehmensmarke geführt werden.¹⁷⁸ Speziell Vertrauen, Loyalität und wissenschaftliche Glaubwürdigkeit in Forschung und Entwicklung werden mit einer starken Unternehmensmarke im Pharmasektor verbunden. Zudem kann eine Unternehmensmarke dazu dienen, die relativ geringe Lebensdauer¹⁷⁹ pharmazeutischer Produktmarken durch eine stärkere Verbindung mit der Dachmarke zu kompensieren.¹⁸⁰

¹⁷⁴ Dies ist ebenfalls das Ergebnis einer Studie zur Analyse der Medikamentenverpackungen von MEISSNER und BAUMGARTH. Diese ermittelte im Rahmen der Analyse von 229 Verpackungen eine Dominanz der Produktmarke. Vgl. MEISSNER/BAUMGARTH (2005).

¹⁷⁵ Vgl. MOSS (2007), S. 318.

¹⁷⁶ Vgl. MEISSNER/BAUMGARTH (2005).

¹⁷⁷ Vgl. MOSS (2001), S. 27.

¹⁷⁸ In Bezug auf Shareholder und weitere Adressaten der Finanzbranche scheint diese Orientierung frühzeitig als Hilfsmittel zur Kommunikation mit diesen erkannt worden zu sein. Die Marke GlaxoSmithKline ist z.B. von der Finanz-Community Großbritanniens 2000 zum meist respektierten Unternehmen in Großbritannien gewählt worden. Dies war Monate vor Abschluss der Fusion zwischen Glaxo Wellcome und SmithKline Beecham. Vgl. MOSS (2001), S. 27.

¹⁷⁹ Bedingt durch den zeitlich beschränkten Patentschutz.

¹⁸⁰ Vgl. LADHA (2007), S. 149.

Bisher sind die Unternehmensmarken selbst bei Ärzten weitgehend unbekannt.¹⁸¹ Die wesentlichen Bedenken der Unternehmen hinsichtlich einer Stärkung der Unternehmensmarke beschränken sich in der Regel auf das hohe Risiko in der Forschung.¹⁸² Ein Medikament, welches in der Entwicklungs- bzw. Zulassungsphase gescheitert ist, kann bspw. durch die negativen Imageeffekte eine ebenfalls negative Abstrahlwirkung auf die Unternehmensmarke haben.¹⁸³ Darüber hinaus sind diese Effekte oftmals bei bereits zugelassenen Medikamenten größer.¹⁸⁴ Ein weiterer Effekt, welcher dem Aufbau starker Unternehmensmarken entgegen steht, liegt in der starken Konsolidierungswelle der Branche begründet.¹⁸⁵ Die hierdurch breiter werdenden Markenportfolios führen zu einem sich verschärfenden Differenzierungsproblem für Unternehmensmarken. Das Kompetenzprofil wird unklarer. Die Unternehmen stehen für alles und damit im Detail für gar nichts. Diese Bedenken haben die Pharmaindustrie bisher meist davon abgehalten, starke Unternehmensmarken aufzubauen.

Eine weitere Möglichkeit, welche viele der positiven Argumente der Unternehmensmarken auf sich vereint, ist die Schaffung starker Indikationsmarken.¹⁸⁶ Wirkungen wie Vertrauen, Loyalität und wissenschaftliche Glaubwürdigkeit spielen hier ebenfalls eine große Rolle, jedoch werden diese Eigenschaften noch spezifischer mit dem zu Grunde liegenden Indikationsgebiet verbunden. Eine starke Indikationsmarke steht demnach für einen spezifischen Kompetenzvorteil.¹⁸⁷ Indikationsmarken verknüpfen

¹⁸¹ Vgl. SCHUILING/MOSS (2004), S. 372.

¹⁸² Jedoch existiert dieses Risiko gleichermaßen in Konsumgütermärkten, wird nur weitaus weniger stark kommuniziert. Vgl. SCHUILING/MOSS (2004), S. 373.

¹⁸³ Vgl. WRIGHT/FILL (2001), S. 99 ff.; MOSS (2008), S. 291.

¹⁸⁴ Beispiele hierfür sind u.a. Rezulin und Vioxx. Vgl. MOSS (2008), S. 291.

¹⁸⁵ Die Vielzahl an Unternehmensfusionen hat zu ständig wechselnden Unternehmensmarken geführt. Eine langfristige Ausrichtung wird kannibalisiert. Beispielhaft ist die Entwicklung von sanofi aventis, ein Unternehmen, welches durch 10 große Fusionsschritte innerhalb von 40 Jahren geprägt wurde. Unter solchen Voraussetzungen lassen sich bei häufiger Änderung des Markennamens keine langfristigen Präferenzen bei Adressaten aufbauen. Vgl. MOSS/SCHUILING (2004), 61.

¹⁸⁶ Diese werden ebenfalls „Therapy area brands“ bezeichnet, sind jedoch von „Condition brands“ zu unterscheiden, welche lediglich die Indikation betreffen und nicht das Portfolio des Unternehmens in der Indikation. Vgl. MOSS (2001), S. 28; ANGELMAR/ANGELMAR/KANE (2007), S. 342 f.

¹⁸⁷ Dies lässt sich auf die Kompetenzforschung bzw. den Competence based View (CbV) zurückführen, welche den Unternehmenserfolg auf Basis organisationaler Fähigkeiten zu erklären versucht. Vgl. GERSCH/FREILING GOEKE (2005), S. 40; FREILING/GERSCH/GOEKE (2009), S. 15. Eine wettbewerbsüberlegene Erfüllung der Nachfragerbedürfnisse ist demnach nur dann möglich, wenn das Unternehmen über die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen verfügt. Vgl. MEFERT/BURMANN/BECKER (2011), S. 38.

die Vorteile übergeordneter Marken, wie z.B. die Imagetransferbildung auf ein untergeordnetes Produktportfolio. Die Risiken, welche bei Fehlleistungen von Medikamenten zu negativen Abstrahleffekten führen können, werden hingegen abgedeckt.¹⁸⁸ Indikationsmarken führen somit zum einen zu einer stärkeren Kompetenzprofilierung der Unternehmensmarke und überdauern andererseits den kurzlebigen Patenzyklus der Produktmarken der jeweiligen Indikation. Auch ist eine positive Rückkopplung durch einen Imagetransfer der Indikations- auf die Unternehmensmarke denkbar. Außerdem bietet eine Indikationsmarke den Mitarbeitern in der produktorientierten Pharmaindustrie im Vergleich zur Unternehmensmarke eine stärkere Identifikation.

Aus Sicht der Praxis gilt es zu hinterfragen, ob Indikations- bzw. Unternehmensmarken im Rahmen der Gestaltung der Markenarchitektur eine Antwort auf die vorliegenden Probleme der Pharmabranche sind? Aufgabe der Forschung ist es, die Konzepte zur Gestaltung der Markenarchitektur besser zu validieren und eine Antwort auf die Frage der Notwendigkeit der Stärkung von Indikations- bzw. Unternehmensmarken durch messbare Kriterienkataloge zu liefern. Diese Kataloge sollten auf den in Kapitel 3.3.2 dargestellten Kriterienkategorien basieren. Darüber hinaus sollte die Forschung zur Markenarchitektur und -positionierung enger verknüpft werden.

Selbst wenn Indikationsmarken zukünftig von größerer Relevanz sein werden, stellt sich bei der Implementierung letztlich die Frage, wie diese zu positionieren sind? Hierbei handelt es sich um eine komplexe Fragestellung, da im Gegensatz zu Unternehmensmarken bisher nur vereinzelt Indikationsmarken vorhanden sind. Speziell die Definition des relevanten Marktes ist hierbei äußerst erfolgskritisch.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Es wird ebenfalls zu negativen Abstrahleffekten kommen, welche jedoch weniger stark auf die Unternehmensmarke wirken, sondern von der Indikationsmarke abgefangen werden könnten.

¹⁸⁹ Im Beispiel von McDonald's hat sich gezeigt, dass die Fokussierung auf den „Fast Food“-Sektor eine Wachstumsbarriere darstellte. Die Betrachtung wurde auf den „Share of stomach“ erweitert. Dies führte u.a. zur Einführung von Frühstücksangeboten und dem Aufbau von McCafé.

5. Zusammenfassung und Forschungsbedarf

Im Rahmen des Arbeitspapiers wurde der Prozess der Markenarchitekturbildung von BURMANN/KANITZ auf pharmazeutische Unternehmen übertragen. Hierbei wurden folgende zentrale Ergebnisse herausgearbeitet:

- Aus struktureller Perspektive konnte ein konsistentes Pharma-Markenhierarchie-Modell und eine damit verbundene pharmazeutische Produktmarkentypologie erarbeitet werden. Beides kann Pharmaunternehmen zukünftig als Instrument zur Analyse und hierarchischen Strukturierung ihrer Markenportfolios dienen.
- Aus strategischer Perspektive wurden auf Basis des dreidimensionalen Markenarchitektur-Ansatzes von BURMANN/KANITZ (2010) modifizierte Handlungsoptionen zur Gestaltung der Markenarchitektur entwickelt. Dies ermöglicht Pharmaunternehmen unter Zuhilfenahme der hergeleiteten Bewertungskriterien ihr Markenportfolio zu analysieren, um auf Basis dessen die Markenarchitektur gezielt zu gestalten.
- Die abschließende Bewertung der IST-Markenarchitekturen in der Pharmabranche anhand des Prozesses der Markenarchitekturbildung zeigt signifikanten Handlungsbedarf auf. Pharmaunternehmen sollten sich zukünftig verstärkt Dachmarken und hierbei speziell der Entwicklung von Indikationsmarken widmen. Indikationsmarken bezeichnen Marken, welche einem Portfolio von Produktmarken innerhalb eines Indikationsgebietes hierarchisch übergeordnet und der Unternehmensmarke hierarchisch untergeordnet sind.

Darüber hinaus wurden auch wichtige Forschungslücken identifiziert. Bisher existieren keine wissenschaftlichen Arbeiten, die sich empirisch mit der Markenarchitektur von Pharmaunternehmen auseinander gesetzt haben. Zudem hat die Markenarchitekturforschung in der Pharmaindustrie bislang lediglich eine untergeordnete Rolle gespielt. Der dominierende Produktmarkenfokus in der Industrie hat diese Thematik bisher ausgeblendet. Nur wenige Unternehmen verwenden heute Indikationsmarken innerhalb ihres Markenportfolios. Auch die Unternehmensmarken spielen in der Gestaltung der Markenarchitektur bei den meisten Pharmaunternehmen bisher eine untergeordnete Rolle. Die erste zentrale Fragestellung beschäftigt sich demnach mit

der Relevanz von pharmazeutischen Dachmarken, sowohl Indikations- als auch Unternehmensmarken. Diese Relevanz gilt es, sowohl unternehmensindividuell als auch branchenumfassend und deren Veränderung im Zeitablauf, empirisch zu überprüfen. Hierzu werden zunächst die relevanten Markennutzen der einzelnen Zielgruppen des Nachfragernetzwerkes ermittelt. Sind diese erfasst, ist deren Befriedigung durch pharmazeutische Produktmarken zu überprüfen. Sind diese nicht dazu in der Lage, alle relevanten Markennutzen der Nachfragergruppen zu befriedigen, gilt es in einem weiteren Schritt, die Befriedigung der relevanten Markennutzen durch die bestehenden Unternehmensmarken und potenzielle Indikationsmarken zu überprüfen. Dies ist die Basis, um letztlich eine Entscheidung hinsichtlich der Relevanz von Indikations- und Unternehmensmarken treffen zu können.

Eine weitere Lücke besteht in der pharmaspezifischen Markenarchitekturentscheidung. Die Bewertungskriterien von BURMANN/KANITZ (2010) und deren Überführung auf den Pharmamarkt geben lediglich einen Rahmen für die Markenarchitekturentscheidung vor. Diese Kriterienkategorien sind jedoch in operationalisierbare, pharmaspezifische Einzelkriterien zu überführen. Erst auf Basis dessen lässt sich eine Entscheidung hinsichtlich der unternehmensindividuell optimalen Markenarchitekturgestaltung bei Pharmaunternehmen treffen. Mit Hilfe einer vertieften Literaturanalyse und qualitativer Tiefeninterviews werden auf Basis der Kriterienkataloge dezidierte Kriterien abgeleitet. Diese werden mit der explorativen Faktorenanalyse zunächst den Kriterienkategorien über ihre Faktorladungen inhaltlich zugewiesen. Mit Hilfe der konfirmatorischen Faktorenanalyse wird diese Zuweisung anschließend validiert. Der hierdurch entstehende Kriterienkatalog ist die Basis für eine Bewertung der Markenarchitektur. Die operationalisierten Kriterien können schließlich entweder für jeden Fall individuell bestimmt oder im Rahmen einer Tool-Lösung programmiert werden. Die Tool-Lösung ermöglicht unter Angabe der individuellen Bedingungen eine direkte Berechnung der optimalen Markenarchitekturlösung auf Basis der validierten, operationalisierten Kriterien.

Letztlich wirft eine Markenarchitekturentscheidung für eine Indikationsmarke eine weitere, zentrale Forschungslücke auf. Wie aus den Ausführungen in Kapitel 3.3 und 4 hervorgeht, existieren bislang nur vereinzelt Indikationsmarken. Solch eine Markenarchitekturentscheidung für eine Indikationsmarke bedingt demnach in der Regel die Einführung einer neuen Marke in ein bereits bestehendes Markenportfolio. Am Beispiel der Indikationsmarke wird dies speziell dadurch komplex, da sowohl hierar-

chisch übergeordnete (die Unternehmensmarke) als auch hierarchisch untergeordnete (die Produktmarken) Marken bereits im Portfolio existieren. Die Positionierung der neuen Indikationsmarke muss demnach sowohl auf die Unternehmensmarke als auch auf die Produktmarken abgestimmt und konform mit der Markenarchitekturentscheidung umgesetzt werden. Hierbei handelt es sich um eine Fragestellung der Positionierung. Es existiert eine Vielzahl von Positionierungsmodellen, unter anderem die Multidimensionale Skalierung, die Conjointanalyse und die Diskriminanzanalyse.¹⁹⁰ Im Rahmen der Repositionierung von Marken haben sich ebenfalls neuere Verfahren, wie die Agentenbasierte Simulation oder das Conceptual Brand Mapping (CBM) entwickelt.¹⁹¹ Für die spezifische Fragestellung der Einführung einer neuen Indikationsmarke in eine bereits bestehende Markenarchitektur gilt es zunächst, die Anwendbarkeit der verschiedenen Positionierungsmodelle zu überprüfen. Das Modell, welches letztlich am geeignetsten erscheint, ist hinsichtlich der spezifischen Anforderungen der Fragestellung zu modifizieren, bevor es zur Positionierung einer Indikationsmarke anhand eines ausgewählten Beispiels angewandt werden kann.

Die Ausführungen zeigen in den verschiedenen Stufen des Prozesses der Markenarchitekturbildung in der pharmazeutischen Industrie Forschungsbedarf auf. Die zentralen Herausforderungen zukünftiger Forschung bestehen demnach in (1) der Überprüfung der Relevanz von Dachmarken, (2) der pharmaspezifischen Bildung messbarer Entscheidungskriterien und (3) der Positionierung neuer, spezieller Indikationsmarken in einem bereits bestehenden, pharmazeutischen Markenportfolio.

¹⁹⁰ Zur Diskussion verschiedener Positionierungsmodelle vgl. FEDDERSEN 2010, S. 73 ff.

¹⁹¹ Vgl. FEDDERSEN (2010) und RECKE (2010).

Literaturverzeichnis

- AAKER, D. A. (1990):** *Brand Extensions: The Good, the Bad, and the Ugly*, in: Sloan Management Review, Summer, S. 47 – 56.
- AAKER, D. A. (1996b):** *Building strong brands*, New York.
- AAKER, D. A. (2004):** *Brand Portfolio Strategy. Creating Relevance, Differentiation, Energy, Leverage, and Clarity*, New York, 2004.
- AAKER, D. A./JOACHIMSTHALER, E. (2000a),** *Brand Leadership*, New York: The Free Press.
- AAKER, D. A./JOACHIMSTHALER, E. (2000b),** *The Brand Relationship Spectrum: The Key To The Brand Architecture Challenge*, in: California Management Review, Vol. 42, No. 4 (Summer), S. 8 – 23.
- AMG (2002):** *Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 24.08.1976*, in: BGBl I 1976, S. 2445 und S. 2448, i.d.F. vom 06.08.2002, in: BGBl I 2002, S. 3082.
- ANGELMAR, R./ANGELMAR, S./KANE, L. (2007):** *Building strong Condition Brands*, in: Journal of Medical Marketing, Vol. 7, S. 341 – 351.
- BARCZAK, G./GRIFFIN, A./KAHN, K. (2009):** *Perspective: Trends and Drivers of Success in NPD Practices: Results of the 2003 PDMA Best Practices Study*, in: Journal of Product Innovation Management, Vol. 26, No. 1, S. 3 – 23.
- BAUER, H. H./NEUMANN, M. M./HUBER, F./HÖLZING, J. A. (2004):** *Relevanz und Kausalitäten von Konsumentenvertrauen im Internet*, in: BAUER, H. H./RÖSGER, J./NEUMANN, M. M. (HRSG.): *Konsumentenverhalten im Internet*, München, S. 3 – 21.
- BAUER, H. H./NEUMANN, M. M./JÖST, CH. (2004):** *Der Einsatz von Vertrauensintermediären im elektronischen Handel*, in: BAUER, H. H./RÖSGER, J./NEUMANN, M. M. (HRSG.): *Konsumentenverhalten im Internet*, München, S. 255 – 273.
- BERNARD, S. (2009):** *Pharma vs. Pharma – Like Products, Industries have Life Cycles. And Pharma's current Stage is about Competition, Competition, Competition*, in: Pharmaceutical Executive, Vol. 29, No. 1, S. 30 – 65.
- BLACKETT, T. (2001):** *Branding and its potential within the pharmaceutical industry*, in: BLACKETT, T./ROBINS, R. (Hrsg.): *Brand Medicine. The role of branding in the pharmaceutical industry*, Houndmills/New York, S. 9 – 26.
- BLACKETT, T./HARRISON, T. (2001):** *Brand Medicine: Use and Future Potential of Branding in Pharmaceutical Markets*, in: International Journal of Medical Marketing, Vol. 2, No. 1, S. 33 – 49.
- BLAU, G. E./PEKNY, J. F./VARMA, V. A./BUNCH, P. R. (2004):** *Managing a Portfolio of Interdependent New Product Candidates in the Pharmaceutical Industry*, in: Journal of Product Innovation Management, Vol. 21, S. 227 – 245.

- BONGARTZ, M./BURMANN, C./MALONEY, P. (2005):** *Marke und Markenführung im Kontext des Electronic Commerce*, in: Meffert, H./Burmann, C./Koers, M. (Hrsg.): *Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung*, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 433 – 468.
- BOROWY, O. (2003):** *Juristisches Umfeld für den Produktmanager – wichtige Aspekte, gefährliche Fallstricke*, in: TRILLING, T. (HRSG.): *Pharmamarketing. Ein Leitfaden für die tägliche Praxis*, Berlin, S. 63 – 88.
- BPI (2008):** *Pharma-Daten 2008*, BPI - Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V., Berlin.
- BRANDMEYER, K. (2003):** *Pharma trifft Marke – Markentechnik für den Gesundheitsmarkt*, München.
- BRÄUTIGAM, S. (2004):** *Management von Markenarchitekturen – Ein verhaltenswissenschaftliches Modell zur Analyse und Gestaltung von Markenportfolios*, Gießen.
- BREEDVELD, E. J./MEIJBOOM, B. R./DE ROO, A. A. (2006):** *Labor Supply in the Home Care Industry: A Case Study in a Dutch Region*, in: *Health Policy*, Vol. 76, Apr, S. 144 – 155.
- BRÜCKNER, M./MÜLLER, M. C./RAAB, A. E./SCHÄFER, O./FLEIGE, G. (2005):** *Die Bedeutung der Generikaindustrie für die Gesundheitsversorgung in Deutschland*, Accenture Health and Life Sciences.
- BURMANN, C./BLINDA, L./NITSCHKE, A. (2003):** *Konzeptionelle Grundlagen des identitätsbasierten Markenmanagements*, Arbeitspapier Nr. 1 des Lehrstuhls für innovatives Markenmanagement (LiM), BURMANN, C. (Hrsg.), Universität Bremen.
- BURMANN, C./KANITZ, C. (2010):** *Markenarchitekturforschung – Status quo und Prozessentwicklung*, Arbeitspapier Nr. 45 des Lehrstuhls für innovatives Markenmanagement (LiM), BURMANN, C. (Hrsg.), Universität Bremen.
- BURMANN, C./MEFFERT, H. (2005a):** *Gestaltung von Markenarchitekturen*, in: MEFFERT, H./BURMANN, C./KOERS, M. (HRSG.): *Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung*, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 163 – 182.
- BURMANN, C./MEFFERT, H. (2005b):** *Managementkonzept der identitätsorientierten Markenführung*, in: MEFFERT, H./BURMANN, C./KOERS, M. (HRSG.): *Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung*, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 73 – 114.
- BURMANN, C./MEFFERT, H./FEDDERSEN, C. (2007):** *Identitätsbasierte Markenführung*, in: FLORACK, A./SCARABIS, M./PRIMOSCH, E. (HRSG.): *Psychologie der Markenführung*, München, S. 3 – 30.
- BURMANN, C./MEFFERT, H./KOERS, M. (2005):** *Stellenwert und Gegenstand des Markenmanagements*, in: MEFFERT, H./BURMANN, C./KOERS, M. (HRSG.): *Markenmanagement – Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung*, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 3 – 17.

- BURMANN, C./SPICKSCHEN, J. (2004):** *Die Relevanz der Corporate Brand in der Markenarchitekturgestaltung internationaler Finanzdienstleister*, Arbeitspapier Nr. 8 des Lehrstuhls für innovatives Markenmanagement (LiM), BURMANN, C. (Hrsg.), Universität Bremen.
- CASPAR, M. (2002):** *Cross-Channel-Medienmarken*, Frankfurt/Main.
- CHANDLER, J./OWEN, M. (2002):** *Pharmaceuticals: The new Brand Arena*, in: International Journal of Market Research, Vol. 44, No. 4, S. 385 – 404.
- CHANDON, P. (2004):** *Innovative Marketing Strategies after Patent Expiry: The Case of GSK's antibiotic Clamoxyl in France*, in: International Journal of Medical Marketing, Vol. 4, No. 1, S. 65 – 73.
- COYLER, E. (2002):** *Prescribing a Global Identity*, URL: http://www.brandchannel.com/features_effect.asp?pf_id=102.
- COYLER, E. (2003):** *The Side Effects of Going Off Patent*, URL: http://www.brandchannel.com/features_effect.asp?pf_id=149.
- COYLER, E. (2006):** *Prescribing Drugs a Healthy Future*, URL: http://www.brandchannel.com/features_effect.asp?pf_id=299.
- DATAMONITOR (2009):** *Global Pharmaceuticals – Industry Profile*, Datamonitor, Dezember 2009.
- DAY (1969):** *A Two-Dimensional Concept Of Brand Loyalty*, in: Journal of Advertising Research, Vol. 9, No. , S. 29 – 35.
- DEKOVEN, M./HAZARD, E. H./GOLDBERG, E./POKRAS, S. (2008):** *Got value? Determine it. Demonstrate it. Communicate it. Realise it*, in: Journal of Commercial Biotechnology, Vol. 14, No. 4, S. 299 – 306.
- DIMASI, J. A./HANSEN, R. W./GRABOWSKI, H. G. (2003):** *The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs*, in: Journal of Health Economics, Vol. 22, Mar, S. 151 – 185.
- DING, M., ELIASHBERG, J. (2002):** *Structuring the New Product Development Pipeline*, in: Management Science, Vol. 48, Mar, S. 343 – 363.
- EFPIA (2007):** *The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data*, EFPIA – The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.
- EGGLESTON, R. (2003):** *Commercial Strategies for Implementation of Branding and OTC Switching Policies*, in: International Journal of Medical Marketing, Vol. 3, No. 3, S. 250 – 254.
- EHLERS, A. P. F./WEIZEL, I. (2002):** *Rechtsfragen bei der Durchführung klinischer Studien*, in: SCHÖFFSKI, O./FRICKE, F.-U./GUMINSKI, W./HARTMANN, W. (HRSG.): *Pharmabetriebslehre*, Berlin, S. 313 – 328.
- ESCH, F.-R. (2007):** *Strategie und Technik der Markenführung*, 4. Auflage, München.

- ESCH, F.-R./BRÄUTIGAM, S. (2001):** *Corporate Brands versus Product Brands? Zum Management von Markenarchitekturen*, in: Thexis, Vol. 18, No. 4, S. 27 – 34.
- ESCH, F.-R./FUCHS, M./BRÄUTIGAM, S. (2001):** *Konzeption und Umsetzung von Markenerweiterungen*, in: ESCH, F.-R. (HRSG.), *Moderne Markenführung: Grundlagen – Innovative Ansätze – Praktische Umsetzung*, Wiesbaden, S. 669 – 704.
- EUROPEAN COMMISSION (2008):** *Pharmaceutical Sector Inquiry: Preliminary Report*, DG Competition Staff Working Paper.
- FDA (2009):** *The FDA's Drug Review Process: Ensuring Drugs Are Safe and Effective*, URL: <http://www.fda.gov/fdac/special/testtubetopatients/drugreview.html>, [Abruf: 14.01.2009].
- FEDDERSEN (2010):** *Repositionierung von Marken, ein agentenbasiertes Simulationsmodell zur Prognose der Wirkungen von Repositionierungsstrategien*, Wiesbaden.
- FERRIER, H. (2001):** *Successful switch strategies*, in: BLACKETT, T./ROBINS, R. (Hrsg.): *Brand Medicine. The role of branding in the pharmaceutical industry*, Houndmills/New York, S. 60 – 84.
- FISCHER, M./ALBERS, S. (2010):** *Patient- or Physician-Oriented Marketing: What Drives Primary Demand for Prescription Drugs?*, in: *Journal of Marketing Research*, Vol. 47, Feb, S. 103 – 121.
- FREILING, J./GERSCH, M./GOEKE, C. (2009):** *Das organisationale Ambiente als Kern einer kompetenztheoretischen Erklärung der Existenz von Unternehmungen*, in: PROFF, H./BURMANN, C./FREILING, J. (Hrsg.): *Jahrbuch Strategisches Kompetenzmanagement, Band 3: Der kompetenzbasierte Ansatz auf dem Weg zu einer „Theorie der Unternehmung“*, München, S. 13 – 39.
- FRETER/BAUMGARTH, C. (2001):** *Ingredient Branding – Begriff und theoretische Begründung*, in: ESCH, F.-R. (HRSG.): *Moderne Markenführung*, Wiesbaden, S. 317 – 344.
- FRICKE, F.-U. (2002):** *Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung*, in: SCHÖFFSKI, O./FRICKE, F.-U./GUMINSKI, W./HARTMANN, W. (HRSG.): *Pharmabetriebslehre*, Berlin, S. 83 – 100.
- FRIEDMAN, M./GOULD, J. (2007):** *Physicians' Attitudes Toward Direct-to-Consumer Prescription Drug Marketing*, in: *Journal of Medical Marketing*, Vol. 7, No.1, S. 33 – 44.
- GERSCH, M./FREILING, J./GOEKE, C. (2005):** *Grundlagen einer „Competence-based Theory of the Firm“*, Arbeitspapier Nr. 100, Ruhr Universität Bochum.
- GONCALVES, F. R./GONCALVES, V.D.C. (2008):** *Strategic Alliances and Competitive Performance in the Pharmaceutical Industry*, in: *Journal of Medical Marketing*, Vol. 8, No. 1, S. 69 – 76.
- GREWAL, R./CHAKRAVARTY/DING, M./LIECHTY, J. (2008):** *Counting Chickens before the*

- Eggs hatch: Associating New Product Development Portfolios with Shareholder Expectations in the Pharmaceutical Sector*, in: International Journal of Research in Marketing, Vol. 25, S. 261 – 272.
- GRIFFITHS, S. (2008):** *Pharmaceutical branding: 'To brand or not to brand'*, in: Journal of Medical Marketing, Vol. 8, S. 113 – 118.
- GUMINSKI, W./RAULAND, M. (2002):** *Produktlebenszyklus und die Möglichkeiten seiner Gestaltung*, in: SCHÖFFSKI, O./FRICKE, F.-U./GUMINSKI, W./HARTMANN, W. (HRSG.): *Pharmabetriebslehre*, Berlin, S. 229 – 242.
- GÜNTHER, S. (2002):** *Wahrnehmung und Beurteilung von Markentransfers - Erfolgsfaktoren für Transferprodukte und Markenimage*, Dissertation, Wiesbaden.
- HARMS, F./DRÜNER, M. (2003):** *Rahmenbedingungen und Restriktionen*, in: HARMS, F./DRÜNER, M. (HRSG.): *Pharmamarketing – Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert*, Stuttgart, S. 45 – 72.
- HUBER, F./VOLLHARDT, K./REGIER, S./MARTIN, C. (2005):** *Steuerung der Markenstärke im Pharmamarkt. Eine empirische Studie am Beispiel des pharmazeutischen OTC-Markt*, Managementorientierte Arbeitspapiere P3, Center of Market-Oriented Product and Production Management, Mainz 2005.
- HWG (2006):** *Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens vom 11.07.1965*, in: BGBl I 1965, S. 605, i.d.F. vom 26.04.2006, in: BGBl I 2006, S. 984.
- ILLERT, G., EMMERICH, R. (2008):** *Marketing Strategy – The Need for New Promotional Models*, in: Journal of Medical Marketing, Vol. 8, Jan, S. 23 – 30.
- JASCH, M. (2008):** *Buying Innovation – Behemoth Big Pharma Relies Heavily on an Acquisition Strategy to Stake Claim to the Next Blockbuster Drugs*, in: Mergers & Akquisitions, S. 16 – 17, [07.04.2008].
- KAAS, K. (1990):** *Marketing als Bewältigung von Informations- und Unsicherheitsproblemen im Markt*, in: Die Betriebswirtschaft, Vol. 50, No. 4, S. 539 – 548.
- KAPFERER, J.-N. (1992):** *Die Marke. Kapital des Unternehmens*, Landsberg/Lech.
- KAPFERER, J.-N. (1997a):** *Marque et médicaments: Le poids de la marque dans la prescription médicale*, Revue française du marketing, No. 165.
- KAPFERER, J.-N. (1997b):** *Strategic Brand Management: Creating and Sustaining Brand Equity Long Term*, 2. Auflage, London.
- KAPFERER, J.-N. (1999):** *Strategic Brand Management: Creating and Sustaining Brand Equity Long Term*, 2. Auflage, London.
- KAPFERER, J.-N. (2004):** *The New Strategic Brand Management*, London.
- KELLER, K. L. (1993):** *Conceptualizing, Measuring, and Managing Customer-Based Brand Equity*, in: Journal of Marketing, Vol. 57, S. 1 – 22.

- KELLER, K. L. (1998):** *Strategic Brand Management: Building, Measuring, and Managing Brand Equity*, Upper Saddle River, New Jersey.
- KELLER, K. L. (2001):** *Erfolgsfaktoren von Markenerweiterungen*, in: ESCH, F.-R. (HRSG.), *Moderne Markenführung: Grundlagen – Innovative Ansätze – Praktische Umsetzung*, Wiesbaden, S. 705 – 719.
- KELLER, K. L. (2003):** *Strategic Brand Management. Building, Measuring and Managing Brand Equity*, 2. Aufl., Upper Saddle River, New Jersey.
- KÜPPER, J. (1998):** *Der Marketing-Switch pharmazeutischer Produkte. Chancen für forschende Unternehmen*, Wiesbaden.
- LADHA, Z. (2007):** *Are consumers really influenced by brands when purchasing pharmaceutical products?*, in: *Journal of Medical Marketing*, Vol. 7, No. 2, S. 146 – 151.
- LAFORET, S./SAUNDERS, J. (1994):** *Managing Brand Portfolios: How the Leaders Do It*, in: *Journal of Advertising Research*, Vol. 34, No. 5, S. 64 – 76.
- LAFORET, S./SAUNDERS, J. (1999):** *Managing Brand Portfolios: Why Leaders Do What They Do*, in: *Journal of Advertising Research*, Vol. 39, Vol. 1, S. 51 – 66.
- LEISINGER, K. M. (2005):** *The Corporate Social Responsibility of the Pharmaceutical Industry: Idealism without Illusion and Realism without Resignation*, in: *Business Ethics Quarterly*, Vol. 15, Oct, S. 577 – 594.
- LYON, G. (2001):** *The Rx to OTC switch - creating the climate*, in: BLACKETT, T./ROBINS, R. (Hrsg.): *Brand Medicine. The role of branding in the pharmaceutical industry*, Houndmills/New York, S. 47 – 59.
- MEFFERT, H. (1984):** *Marktorientierte Unternehmensführung und Innovation: neue Kommunikationstechnologien als Herausforderung an das Marketing*, in: MEFFERT, H. (HRSG.): *Dokumentation der Vorträge und Diskussionen des 2. Münsteraner Marketing-Symposiums vom 13. Okt. 1984 aus Anlass des fünfzehnjährigen Bestehens des Instituts für Marketing der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster*, Schriften der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V., Münster.
- MEFFERT, H. (1992):** *Strategien zur Profilierung von Marken*, in: DICHTL, E./EGGERS, W. (HRSG.): *Marke und Markenartikel als Instrumente des Wettbewerbs*, München, S. 129 – 156.
- MEFFERT, H. (1999):** *Mehrmarkenstrategie – immer die beste Option?*, in: *Ansatzwirtschaft*, Sondernummer Oktober, S. 82 – 87.
- MEFFERT, H./BURMANN, C. (1996):** *Identitätsorientierte Markenführung – Grundlagen für das Management von Markenportfolios*, Arbeitspapier Nr. 100, Marketing Centrum Münster, MEFFERT, H./WAGNER, H./BACKHAUS, K. (HRSG.), Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- MEFFERT, H./BURMANN, C./BECKER, C. (2011):** *Internationales Marketing-Management – Ein markenorientierter Ansatz*, 4. Aufl., Wiesbaden.

- MEFFERT, H./BURMANN, C./KIRCHGEORG, M. (2008):** *Marketing – Grundlagen Marktorientierter Unternehmensführung – Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele*, 10. Aufl., Wiesbaden.
- MEFFERT, H./HEINEMANN, G. (1990):** *Operationalisierung des Imagetransfers*, in: *Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis*, Vol. 12, No. 1, S. 5 – 10.
- MEFFERT, H./PERREY, J. (2005):** *Mehrmarkenstrategien – identitätsorientierte Führung von Markenportfolios*, in: MEFFERT, H./BURMANN, C./KOERS, M. (HRSG.): *Markenmanagement - Identitätsorientierte Markenführung und praktische Umsetzung*, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 213 – 244.
- MEISSNER, S./BAUMGARTH, C. (2005),** *Markenarchitekturen im Pharmamarkt – Ergebnisse einer empirischen Studie*, in: SCHWEIGER, G./STREBINGER, A. (HRSG.): *Elektronische Proceedings des Wissenschaftlichen Markentags 2005*, Wien: Österreichische Werbewissenschaftliche Gesellschaft, S. 1 – 19.
- Moss, G. D. (2001):** *Pharmaceutical brands: Do they really exist?*, in: *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2, No. 1, S. 23 – 32.
- Moss, G. D. (2007):** *What can the pharmaceutical world learn from consumer branding practice?*, in: *Journal of Medical Marketing*, Vol. 7, No. 4, S. 315 – 320.
- Moss, G. D. (2008):** *Marketing Masterclass – Brand Domination vs Brand Decline*, in: *Journal of Medical Marketing*, Vol. 8, Sep, S. 287 – 292.
- MOSS, G. / SCHUILING, I. (2004):** *A brand logic for pharma?: A possible strategy based on FMCG experience*, in: *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 4, No. 1, S. 55 – 62.
- MÜLLER, M. C. (2005):** *Europäisches Pharmamarketing, Ein Leitfaden für Manager der pharmazeutischen Industrie und Beteiligte des europäischen Gesundheitswesens*, Wiesbaden.
- MURRAY, K. B. (1991):** *A Test of Services Marketing Theory. Consumer Information Acquisition Activities*, in: *Journal of Marketing*, Vol. 55, S. 10 – 25.
- NEFIODOW, L. A. (2001):** *Der sechste Kontradiereff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*, 5., überarb. Aufl., Sankt Augustin 2001.
- o.V. (2008):** *Top 20 Pharma Companies*, in: *MM&M: Medical Marketing & Media*, May, S. 45 – 55.
- OECD (2010):** *Statistical definition of Biotechnology*, URL: http://www.oecd.org/document/42/0,2340,en_2649_34537_1933994_1_1_1_1,00.html, [Abruf: 24.03.2010].
- PESSE, M. (2007):** *Addressing the trust issue: From share of voice to share of care*, in: *Journal of Medical Marketing*, Vol. 7, No. 4, S. 303 – 307.
- PHARM EXEC (2008):** *The Pharm Exec 50, Euro RSCG Life – The authentic integrated network*, May 2008, S. 74 – 84. URL: <http://pharmexec.findpharma.com/pharmexec>

- ec/data/articlestandard//pharmexec/302008/531367/article.pdf, [Abruf: 13.01.2009].
- PIRK, O. (2002):** *Preisbildung und Erstattung*, in: SCHÖFFSKI, O./FRICKE, F.-U./GUMINSKI, W./HARTMANN, W. (HRSG.): *Pharmabetriebslehre*, Berlin, S. 195 – 210.
- POGODA, A. (2003):** *Auch Wunder muss man verkaufen. Wie Viagra wirbt*, in: BRANDMEYER, K. (HRSG.): *Pharma trifft Marke*, München, S. 54 – 74.
- PSYCHONOMICS AG (Hrsg.) (2004):** *Health Care Monitoring 2004 – Gesundheitsverhalten & Selbstmedikation*, Köln.
- REAST, J. D./CARSON, A. M. (2000):** *UK physicians' attitudes towards direct-to-consumer advertising of prescription drugs: an exploratory analysis*, in: *International Journal of Advertising*, Vol. 19, S. 397 – 415.
- RECKE, T. (2010):** *Die Bestimmung der Repositionierungsintensität von Marken*, Wiesbaden.
- ROGERS, M. J./GUPTA, A./MARANAS, C. D. (2002):** *Real options based analysis of optimal pharmaceutical research and development portfolios*, in: *Industrial Engineering and Chemical Research*, Vol. 41, No. 25, S. 6607 – 6620.
- RUBIN, J./SCHULTZ, M./HATCH, M. J. (2008):** *Coming to America: Can Nordic brand values engage American stakeholders?*, in: *Journal of Brand Management*, Vol. 16, No. 1-2, S. 30 – 39.
- SANDOZ (2011):** URL: http://www.sandoz.com/our_products/therapeutic_areas.shtml, [Abruf: 19.01.2011].
- SANOFI AVENTIS (2010):** URL: <http://www.sanofi-aventis.de/live/de/de/index.jsp>, [Abruf: 13.07.2010].
- SATTLER, H. (1998):** *Beurteilung der Erfolgchancen von Markentransfers*, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, Vol. 68, No. 5, S. 475 – 495.
- SCHÖFFSKI, O./FRICKE, F.-U./GUMINSKI, W./HARTMANN, W. (HRSG.) (2002):** *Pharmabetriebslehre*, Berlin 2002.
- SCHUILING, I./MOSS, G. D. (2004):** *How different are branding strategies in the pharmaceutical industry and the fast-moving consumer goods sector?*, in: *Journal of Brand Management*, Vol. 11, No. 5, S. 366 – 380.
- SCOTT, A. (2008):** *SAFC: The Age of the Blockbuster Drug has 'Disappeared'*, in: *Chemical Week*, Vol. 170, S. 22, [22.12.2008].
- SGB 5 (2006):** *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988*, in: BGBl I 1988, S. 2477, idF. vom 05.09.2006, BGBl I 2006, S. 2098.
- SINGH, R. (2008):** *Network connectedness of pharmaceutical sales rep (FLE)-physician dyad and physician prescription behaviour: A conceptual model*, in:

- Journal of Medical Marketing, Vol. 8, No. 3, S. 257 – 268.
- STICHNOTH, F. (2008):** *Virtuelle Brand Communities zur Markenprofilierung – Der Einsatz virtueller Brand Communities zur Stärkung der Marke-Kunden-Beziehung*, Arbeitspapier Nr. 35 des Lehrstuhls für innovatives Markenmanagement (LiM), BURMANN, C. (Hrsg.), Universität Bremen.
- STREBINGER, A. (2008):** *Markenarchitektur – Strategien zwischen Einzel- und Dachmarke sowie lokaler und globaler Marke*, Wiesbaden.
- STREMERSCHE, S./VAN DYCK, W. (2009):** *Marketing of the Life Sciences: A New Framework and Research Agenda for a Nascent Field*, in: Journal of Marketing, Vol. 73, July, S. 4 – 30.
- SUCHER (2006):** *Das große Fressen*, in: Manager Magazin, No. 10/2006, Hamburg, S. 100 – 107.
- TALAY, M. B./SEGGE, S. H./CAVUSGIL, E. (2009):** *Exploring Correlates of Product Launch in Collaborative Ventures: An Empirical Investigation of Pharmaceutical Alliances*, in: Journal of Product Innovation Management, Vol. 26, No. 4, S. 360 – 370.
- TEBBEY, P. W./BERGHEISER, J. K./MATTICK, R. N. (2009):** *Brand momentum: The measure of great pharmaceutical brands*, in: Journal of Medical Marketing, Vol. 9, No. 3, S. 221 – 232.
- TEBBEY, P. W./RINK, C. (2009):** *Target Product Profile: A renaissance for its definition and use*, in: Journal of Medical Marketing, Vol. 9, No. 4, S. 301 – 307.
- ULRICH, V. (2002):** *Nachfragestruktur und Nachfragerverhalten*, in: SCHÖFFSKI, O./FRICKE, F.-U./GUMINSKI, W./HARTMANN, W. (Hrsg.): *Pharmabetriebslehre*, Berlin, S. 67 – 82.
- WEIBER, R./ADLER, J. (1995):** *Der Einsatz von Unsicherheitsreduktionsstrategien im Kaufprozess: Eine informationsökonomische Analyse*, in: *Kontrakte, Geschäftsbeziehungen, Netzwerke – Marketing und Neue Institutionenökonomik*, Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Sonderheft 35, S. 19 – 42.
- WENSKE, A.V. (2008):** *Management und Wirkungen von Marke-Kunden-Beziehung im Konsumgüterbereich*, Wiesbaden.
- WHO (1946):** *Constitution of the World Health Organisation*, New York, 1946.
- WHO (2009):** *International Nonproprietary Names*, URL: <http://www.who.int/medicines/services/inn/en/index.html>, [Abruf: 07.10.2009].
- WOOD, D. (2006):** *Pharmaceutical Brands: State of the pharmaceutical brandscape*, URL: http://www.brandchannel.com/papers_review.asp?sp_id=1228.
- WOSINSKA, M. (2005):** *Direct-to-Consumer Advertising and Drug Therapy Compliance*, in: Journal of Marketing Research, Vol. 42, Aug, S. 323 – 332.
- WRIGHT, H./FILL, C. (2001):** *Corporate Images, Attributes and the UK Pharmaceutical*

Industry, in: Corporate Reputation Review, Vol. 4, No. 2, S. 99 – 110.

WSJ (2009): *Obama's Remarks on Health-Care Reform*, in: Wall Street Journal, <http://blogs.wsj.com/washwire/2009/03/05/obamas-remarks-on-health-care-reform/>, [Abruf: 05.03.2009].

WSJ (2010): *Obama Signs Health-Care Reform Bill*, in: Wall Street Journal, <http://europe.wsj.com/video/obama-signs-healthcare-reform-bill/4C846875-68CB-4D50-951E-F742A9E1CE37.html?KEYWORDS=obama+health+care>, [Abruf: 29.03.2010].

ZATLOUKAL, G. (2002): *Erfolgsfaktoren von Markentransfers*, Dissertation, Wiesbaden.

ZEPLIN, S. (2006): *Innengerichtetes identitätsbasiertes Markenmanagement*, Wiesbaden.

**Arbeitspapiere des
Lehrstuhls für **innovatives** Markenmanagement (LiM®)**

Die Arbeitspapiere des Lehrstuhls für **innovatives** Markenmanagement (LiM®) erscheinen in unregelmäßigen Abständen und sind auf der Website des Lehrstuhls (<http://www.lim.uni-bremen.de>) frei zugänglich. Bisher sind erschienen:

Jahr 2003:

- Nr. 1 **Christoph Burmann / Lars Blinda / Axel Nitschke (2003)**
Konzeptionelle Grundlagen des identitätsbasierten Markenmanagements
- Nr. 2 **Lars Blinda (2003)**
Relevanz der Markenherkunft für die identitätsbasierte Markenführung
- Nr. 3 **Christoph Burmann / Stefan Hundacker (2003)**
Customer Equity Management - Modellkonzeption zur wertorientierten Gestaltung des Beziehungsmarketings
- Nr. 4 **Christoph Burmann / Stefan Hundacker (2003)**
Customer Equity Management bei kontinuierlichen Dienstleistungen – Eine empirische Anwendung
- Nr. 5 **Nina Dunker (2003)**
Merchandising als Instrument der Markenführung - Ausgestaltungsformen und Wirkungen
- Nr. 6 **Jan-Hendrik Strenzke (2003)**
The role of the origin in international brand management

Jahr 2004

- Nr. 7 **Christoph Burmann / Sabrina Zeplin (2004)**
Innengerichtetes identitätsbasiertes Markenmanagement – State-of-the-Art und Forschungsbedarf
- Nr. 8 **Christoph Burmann / Jan Spickschen (2004)**
Die Relevanz der Corporate Brand in der Markenarchitekturgestaltung internationaler Finanzdienstleister
- Nr. 9 **Christoph Burmann / Philip Maloney (2004)**
Vertikale und horizontale Führung von Marken
- Nr. 10 **Christoph Burmann / Lars Blinda (2004)**
„Go for Gold“ – Fallstudie zum Olympia-Sponsoring der Bremer Goldschlägerei
- Nr. 11 **Christoph Burmann / Henning Ehlert (2004)**
Markenstrategien politischer Parteien - Zur Vorteilhaftigkeit von Einzelmarken versus Dachmarke
- Nr. 12 **Tina Kupka / Lars Blinda / Frank-Michael Trau (2004)**
Wellness Positionierungen im Rahmen einer identitätsbasierten Markenführung

-
- Nr. 13 **Christoph Burmann (Hrsg.) (2004)**
Dokumentation des Tags der Wirtschaft des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Universität Bremen zum Thema "Bewertung und Bilanzierung von Marken"
- Nr. 14 **Christoph Burmann / Mathias Kullmann (2004)**
Strategisches Mehrmarkencontrolling - Modellkonzeption zur integrierten und dynamischen Koordination von Markenportfolios

Jahr 2005:

- Nr. 15 **Josef Hattig (2005)**
Festrede zum 50-jährigen Jubiläum des Marketing Clubs Bremen
- Nr. 16 **Christoph Burmann / Verena Wenske (2005)**
Markenidentität und Markenpersönlichkeit – Wachstumschance oder Wachstumsbremse?
- Nr. 17 **Christoph Burmann / Katharina Schäfer (2005)**
Das Branchenimage als Determinante der Unternehmensmarkenprofilierung
- Nr. 18 **Christoph Burmann / Stefan Hundacker (2005)**
Customer Equity in kontinuierlichen Dienstleistungen
- Nr. 19 **Christoph Burmann / Marc Jost-Benz (2005)**
Brand Equity Management vs. Customer Equity Management? Zur Integration zweier Managementkonzepte

Jahr 2006:

- Nr. 20 **Christoph Burmann / Lars Blinda (2006)**
Markenführungs Kompetenzen – Handlungspotenziale einer identitätsbasierten Markenführung
- Nr. 21 **Markus Zeller (2006)**
Die Relevanz der Gastronomie für die Markenbildung
- Nr. 22 **Christoph Burmann / Jan-Philipp Weers (2006)**
Markenimagekonfusion: Ein Beitrag zur Erklärung eines neuen Verhaltensphänomens

Jahr 2007:

- Nr. 23 **Christoph Burmann / Alexander Breusch (2007)**
Integration von Wettbewerbsentscheidungen in einem Customer Equity-Modell – Forschungsbedarf und Systematisierung
- Nr. 24 **Christoph Burmann / Philip Maloney (2007)**
Innengerichtete, identitätsbasierte Führung von Dienstleistungsmarken
- Nr. 25 **Christoph Burmann / Verena Wenske (2007)**
Stand der Forschung zu Marke-Kunden-Beziehungen

-
- Nr. 26 **Christoph Burmann / Tilo Halaszovich (2007)**
Neuprodukteinführungsstrategien schnell drehender Konsumgüter - Forschungsbedarf und Systematisierung
- Nr. 27 **Dennis Krugmann (2007)**
Integration akustischer Reize in die identitätsbasierte Markenführung
- Nr. 28 **Christoph Burmann / Wulf Stolle (2007)**
Markenimage – Konzeptualisierung eines komplexen mehrdimensionalen Konstrukts

Jahr 2008:

- Nr. 29 **Christoph Burmann / Wulf Stolle (2008)**
Globale Markenführung in heterogenen Märkten – Moderierte Wirkungsbeziehungen in der internationalen Markenimageperzeption im Bereich der Automobilindustrie
- Nr. 30 **Christoph Burmann / Verena Pannenbäcker (2008)**
Markenführung durch Brand Commitment im Call Center – Eine Erweiterung des innengerichteten, identitätsbasierten Markenmanagements
- Nr. 31 **Christoph Burmann / Maik Schallehn (2008)**
Die Bedeutung der Marken-Authentizität für die Markenprofilierung
- Nr. 32 **Marcel Kranz (2008)**
Die Markenidentität zum Leben erwecken – Interner Markenaufbau durch Mitarbeiterqualifikation
- Nr. 33 **Günter Hirneis (2008)**
Interkulturelles Management und seine Vernetzung mit identitätsbasierter Markenführung
- Nr. 34 **Sabrina Hegner (2008)**
Self-congruity and consumer behavior – a meta analysis
- Nr. 35 **Fabian Stichnoth (2008)**
Virtuelle Brand Communities zur Markenprofilierung – Der Einsatz virtueller Brand Communities zur Stärkung der Marke-Kunden-Beziehung

Jahr 2009:

- Nr. 36 **Christoph Burmann / Juliane Krause (2009)**
Identitätsbasierte Markenführung im Investitionsgüterbereich
- Nr. 37 **Marco Jacobs (2009)**
Auswirkungen der „Web 2.0 Ära“ auf die Markenkommunikation
- Nr. 38 **Christoph Burmann / Christian Becker (2009)**
Die Wahrnehmung von Marken im internationalen Kontext: Einfluss der Markenstandardisierung, -reichweite und -herkunft auf das Markenimage

-
- Nr. 39 **Christoph Burmann / Tim Bohmann (2009)**
Nachhaltige Differenzierung von Commodities – Besonderheiten und Ansatzpunkte im Rahmen der identitätsbasierten Markenführung
- Nr. 40 **Christoph Burmann / Michael Schade (2009)**
Stand der Forschung zum Markenimage professioneller Sportvereine - eine literaturgestützte Analyse unter besonderer Berücksichtigung relevanter Markennutzen
- Nr. 41 **Christoph Burmann / Michael Schade (2009)**
Determinanten und Wirkungen der Markenpersönlichkeit professioneller Sportvereine

Jahr 2010:

- Nr. 42 **Christoph Burmann / Sonja Boch (2010)**
Implikationen neuroökonomischer Forschungsergebnisse für die identitätsbasierte Führung von FMCG-Premiummarken
- Nr. 43 **Oliver Westphal (2010)**
Absatzmittlergerichtetes Markenmanagement in Konsumgütermärkten
- Nr. 44 **Christoph Burmann / Mike Schallehn (2010)**
Konzeptualisierung von Marken-Authentizität
- Nr. 45 **Christoph Burmann / Christopher Kanitz (2010)**
Gestaltung der Markenarchitektur – Stand der Forschung und Entwicklung eines Managementprozesses
- Nr. 46 **Christoph Burmann / Daniela Eilers / Frank Hemmann (2010)**
Bedeutung der Brand Experience für die Markenführung im Internet

Jahr 2011:

- Nr. 47 **Christoph Burmann / Christopher Kanitz (2011)**
Prozess der Markenarchitekturbildung in der pharmazeutischen Industrie

Lehrstuhl für **innovatives** Markenmanagement (LiM[®])

Universität Bremen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Hochschulring 4, 28359 Bremen

Hrsg.: Univ.-Prof. Dr. Christoph Burmann, Tel. +49 (0)421 / 218-66571 - Fax +49 (0)421 / 218-66573

E-mail: info-lim@uni-bremen.de

LiM-Arbeitspapiere sind ebenfalls über die Website des LiM[®] unter <http://www.lim.uni-bremen.de> downloadbar.
