

UNIVERSITÄT LÜNEBURG
Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Arbeitsbericht Nr. 241
ISSN 0176-7275

**Informationen und Entscheidung:
Nachfrageverhalten im Gesundheitsmarkt**

von

Dirk Nissen,
Ursula Weisenfeld

Stand: Lüneburg, Juni 2001 - 1. Auflage -

Informationen und Entscheidung: Nachfrageverhalten im Gesundheitsmarkt

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1 Einführung | 3 |
| 2 Information..... | 4 |
| 3 Konsumentenverhalten..... | 5 |
| 4 Gesundheitswesen..... | 11 |
| 5 Nachfrageverhalten im Gesundheitsmarkt..... | 14 |
| 6 Konsequenzen für Signaling | 23 |
| 7 Schlussbetrachtung | 29 |
| 8 Literaturverzeichnis..... | 30 |

Informationen und Entscheidung: Nachfrageverhalten im Gesundheitsmarkt

1 Einführung

Die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung ist von dem wohlfahrtsstaatlichen Ziel geleitet, „allen Patienten unabhängig von ihrer Wirtschaftskraft die Leistungen der Medizin verfügbar zu machen und zwar entsprechend dem im Sozialgesetzbuch definierten Anspruch des Versicherten auf eine zweckmäßige, notwendige und ausreichende Behandlung.“¹

Kennzeichnend für den **Gesundheitsmarkt** in Deutschland ist immer noch die Beziehungskette ‘Patient - Arzt - Krankenkasse’². Der Patient sucht einen Arzt seiner Wahl auf, die Kosten für medizinische Leistungen übernimmt in der Regel eine Krankenkasse³. Werden Medikamente verabreicht, kommen die Akteure Pharmaunternehmen und Apotheken hinzu. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten richten sich Informationen der Hersteller in erster Linie an Ärzte und Krankenkassen, bei lediglich apothekenpflichtigen Medikamenten, sogenannten ‘Over-The-Counter (OTC)-Produkten’, rücken auch die Endverbraucher (Patienten) zunehmend in den Mittelpunkt.⁴ Das Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Einhergehend mit einer Veränderung des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses im Laufe des 20. Jahrhunderts⁵ sind die Kosten stetig gestiegen. Seit vielen Jahren wird nun versucht, mit unterschiedlichsten Maßnahmen dem zunehmenden Kostendruck zu begegnen⁶.

Aber auch die Einstellung von Patienten hat sich verändert. So bröckelt das Klischee vom Arzt als „Halbgott in Weiß“ mehr und mehr. *Amelung* und *Schumacher* sehen in dieser Entwicklung einen Wandel von einem stark autorisierten Verkäufermarkt hin zu einem kundenorientierten Käufermarkt. Die Konsumenten werden zunehmend kritischer, souveräner und anspruchsvoller.⁷

In diesem Aufsatz wird diskutiert, ob bei medizinischen Leistungen Besonderheiten im Konsumentenverhalten zu erwarten sind, wenn ja, worin diese bestehen, und welche

¹ Arnold, M. (1995), S. 33.

² Vgl. z.B. Kaesbach, W./ Schönbach, K.-H. (1995), S. 63.

³ Zu unterscheiden sind hierbei die Leistungen von privaten und gesetzlichen bzw. Ersatzkrankenkassen. Patienten werden schon seit geraumer Zeit durch sogenannte Selbstbeteiligung mit einem Teil der Kosten belastet. Vgl. Rassat, J. (1995), S. 365.

⁴ Vgl. Rassat, J. (1995), S. 363 ff.

⁵ Wurde ursprünglich Krankheit und Gesundheit als Schicksal akzeptiert (1900-60er Jahre), entwickelte sich während der 70er und 80er Jahre das Verständnis von der Gesundheit als konsumierbares Produkt. Seit den 90er Jahren wird Gesundheit als Kompetenz verstanden. Vgl. Versteegen, U./ Brennecke, B. (1995), S. 10 ff.

⁶ Vgl. hierzu z.B. Amelung, V./ Schumacher, H. (2000); Arnold, M. (1995), S. 38 ff.; Versteegen, U./ Brennecke, B. (1995), S. 14 ff.; Kaesbach, W./ Schönbach, K.-H. (1995), S. 63 ff.

⁷ Vgl. Amelung, V./ Schumacher, H. (2000), S. 2. Vgl. hierzu auch Bahnsen, U. (2000), S. 37; Heicapell, R. (2000), S. 43.

Maßnahmen bzw. Notwendigkeiten für das Signaling der Anbieterseite daraus abgeleitet werden können.

Dazu wird im folgenden auf den Aspekt ‘Information’ (Abschnitt 2), auf Grundlagen des Konsumentenverhaltens (Abschnitt 3) und den Gesundheitsmarkt (Abschnitt 4) eingegangen. Darauf aufbauend werden die Besonderheiten des Konsumentenverhaltens bei der medizinischen Versorgung anhand von Beispielen diskutiert. Abschließend erfolgt eine Auseinandersetzung mit möglichen Konsequenzen für das Signaling der Anbieter medizinischer Leistungen.

2 Information

Im Rahmen der Informationsökonomie werden Informationsgewinnung und Informationsübertragung in Situationen asymmetrisch verteilter Informationen betrachtet⁸. Situationen asymmetrischer Information sind bei Markttransaktionen allgegenwärtig: in der Regel sind Anbieter eines Produktes besser über dessen Eigenschaften informiert, und Nachfrager kennen besser ihre eigenen Bedürfnisse. Beide Seiten können ‘screening’ betreiben, d.h. Informationen suchen, um ihr Defizit zu reduzieren, und sie können Signale aussenden (‘signaling’), um den Informationsstand der anderen Seite zu erhöhen⁹ (vgl. Tabelle 1).

| | Beschaffung von Informationen: Screening | Übertragung von Informationen: Signaling |
|-------------------|---|---|
| Anbieter | Erforschung der Kundenbedürfnisse | Kommunikation über eigenes Angebot |
| Nachfrager | Informationssammlung über Angebote | Artikulation von Bedürfnissen |

Tabelle 1: Beispiele für Screening und Signaling.

Die Möglichkeiten der **Beschaffung** von Information differieren für verschiedene ‘Objekte’. So ist für die Anbieterseite die Erhebung von sozio-demographischen Daten der Nachfrager leichter zu bewältigen als die Erhebung von Präferenzen und Einstellungen. Auf der Nachfragerseite sind Produkte, die überwiegend **Sucheigenschaften** aufweisen, leichter zu evaluieren als Produkte, die im wesentlichen erst nach Ge- bzw. Verbrauch (**Erfahrungseigenschaften**) beurteilt werden können. Schließlich entziehen sich **Vertrauenseigenschaften** einer Beurteilung bzw. die Kosten zur Erlangung von Informationen sind prohibitiv.¹⁰

Diese informations-ökonomische Einteilung von (Produkt-) Eigenschaften ist auch bei der Betrachtung der Effektivität der **Übertragung** von Information (Signaling) von

⁸ Vgl. Kaas, K. (1990), S. 541.

⁹ Vgl. Spence, M. (1976), Spremann, K. (1988).

¹⁰ Vgl. zu Such- und Erfahrungseigenschaften Nelson, P. (1970) und zu Vertrauenseigenschaften z.B. Darby, M./ Karny, E. (1973).

Nutzen: Während im Fall von Sucheigenschaften die Charakteristika ‘für sich sprechen’ (etwa der Preis oder die Farbe eines Produktes), ist die Einhaltung des Versprechens einer Erfahrungseigenschaft (zum Beispiel ‘guter Geschmack’ oder ‘geringe Reparaturanfälligkeit’) in der Regel nur nach dem Kauf festzustellen. Hier bietet es sich an, als ein Signal hoher Qualität eine Kostprobe (Geschmack) oder eine Garantie (Reparaturanfälligkeit) anzubieten. Im Fall von Vertrauenseigenschaften beeinflussen zum Beispiel die Reputation eines Anbieters für hohe Qualität oder ein ‘Qualitätszertifikat’ die Qualitätswahrnehmung.

3 Konsumentenverhalten

In der Literatur sind zahlreiche Versuche zu finden, den Kaufentscheidungsprozess privater Haushalte modellmäßig abzubilden¹¹. Das Konsumentenverhalten im engeren Sinne bezieht sich auf das Verhalten der Menschen beim Kauf und Konsum von wirtschaftlichen Gütern¹². Die allgemeinen Verhaltensweisen der „Letztverbraucher“ von materiellen und immateriellen Gütern werden zum Konsumentenverhalten im weiteren Sinne gezählt. Hierzu gehört beispielsweise auch das Verhalten der Wähler, Kirchgänger, Patienten usw.¹³

Die folgende Abbildung 1 nennt Modelle des Konsumentenverhaltens¹⁴. Nach dem neobehavioristischen S-O-R-Paradigma wird davon ausgegangen, dass bestimmte Stimuli (S) wie zum Beispiel Preis, und Werbung im Organismus (O) verarbeitet werden und schließlich zu Reaktionen (R) führen (zum Beispiel Kauf; Informationsverhalten).¹⁵

Die grauen Felder in der Abbildung zeigen, auf welche Aspekte des Konsumentenverhaltens im Rahmen dieses Aufsatzes näher eingegangen wird.

¹¹ „Unter Konsumentenforschung versteht man eine Forschung, die sich auf das Konsumentenverhalten bezieht.“ (Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 3). Zur Entwicklung der Konsumentenforschung vgl. ausführlich Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 3 ff., zur Abbildung des Kaufentscheidungsprozesses vgl. z.B. Topritzhofer, E. (1974), S. 35 ff.; Böcker, F. (1987), S. 36 ff.; Kuß, A. (1991); Bänsch, A. (1996); Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996).

¹² Hier ist ggf. auch eine Erklärung dafür zu finden, warum einige Autoren nicht vom Konsumentenverhalten sondern vom Käuferverhalten sprechen (vgl. z.B. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000); Bänsch, A. (1996); Kuß, A. (1991). So weist bspw. Kuß im Vorwort seines Lehrbuches mit dem Titel ‘Käuferverhalten’ auf folgende Zielgruppen hin: „Die Behandlung des Gebiets Käuferverhalten geschieht hier aus dem Blickwinkel des absatzwirtschaftlich ausgerichteten Betriebswirts. Die Kernzielgruppe...bilden deswegen Studenten der Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing und Marketing-Praktiker...“ Kuß, A. (1991), S. VII.

¹³ Vgl. Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 3.

¹⁴ Vgl. z.B. auch die Abbildung von Bänsch, A. (1996), S. 8.

¹⁵ Vgl. Kuß, A. (1991), S. 2 f.

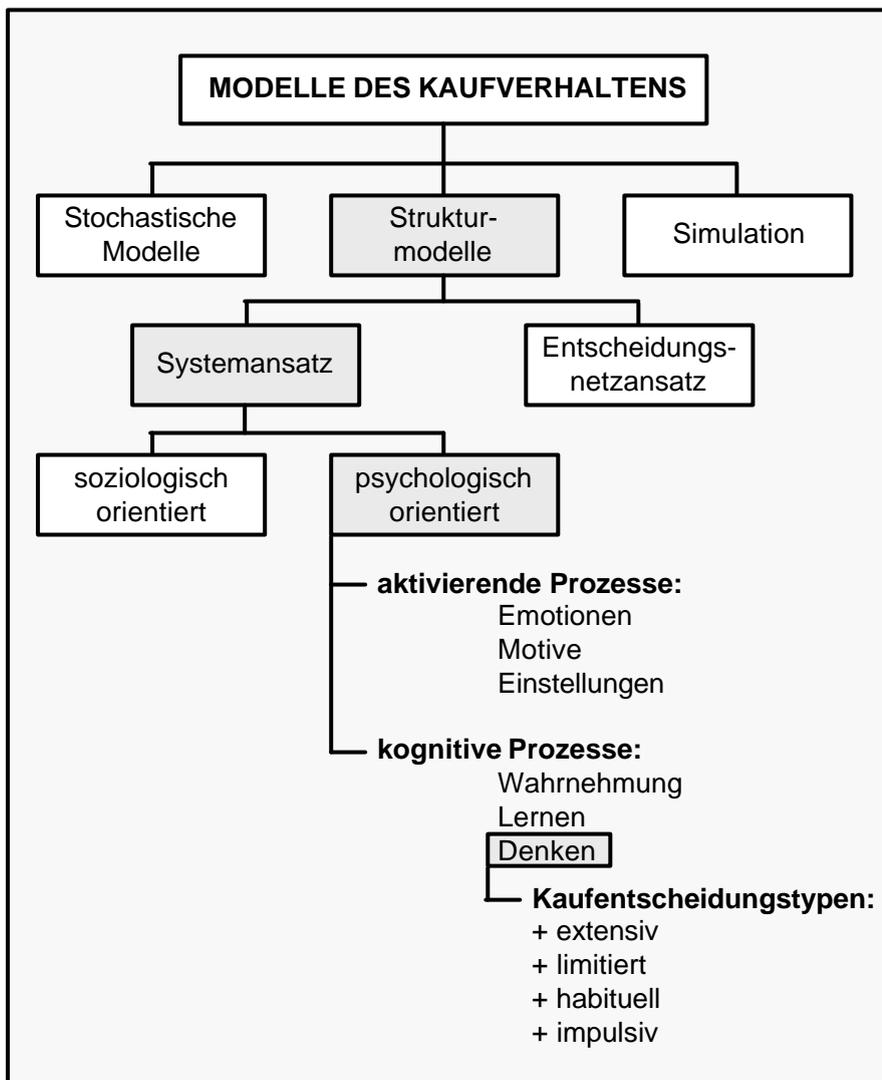


Abbildung 1: Modelle des Kaufverhaltens.
Quelle: Weisenfeld, U. (1989), S. 12.

In **Strukturmodellen**¹⁶ soll erklärt werden, wie Kaufentscheidungsprozesse zustande kommen¹⁷. *Partialmodelle* betrachten einzelne Aspekte wie aktivierende und kognitive Prozesse (psychologisch orientierte Modelle¹⁸) oder beispielsweise die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, Bezugsgruppe oder Subkultur (soziologisch orientierte Modelle¹⁹), die eine Reaktion (zum Beispiel Kauf) hervorrufen können. *Totalmodelle* zielen auf eine detaillierte Erhellung der Black Box²⁰. Sie sind interdisziplinär ausgerichtete, komplexe Verhaltensmodelle, die den gesamten Kaufentscheidungsprozess abbilden und erklären wollen²¹.

¹⁶ Vgl. weiterführend Bänsch, A. (1996), S. 3 ff.

¹⁷ Vgl. Weinberg, P. (1981), S. 40.

¹⁸ Vgl. weiterführend Bänsch, A. (1996), S. 11 ff.

¹⁹ Vgl. ausführlich Bänsch, A. (1996), S. 96 ff.

²⁰ Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 5.

²¹ Vgl. z.B. das Modell von Howard, J. und Sheth, J. (1969).

Das Konstrukt ‘**Denken**’ ist zentral für die Kognitionsforschung. Unter Kognition werden dabei alle Formen des Erkennens und Wissens verstanden²². Denken ist nicht an sinnlich präsente einzelne Bewusstseinsinhalte gebunden, sondern es kann auch ohne jegliche Außenreize stattfinden²³. Der Grad des Denkgagements wird im Rahmen der Kaufverhaltensforschung hinsichtlich der folgenden Fragestellungen zu klären versucht:²⁴

1) In welcher **Reizkonstellation** befindet sich der Käufer?

Neuartige Situationen sprechen für eine stärkere gedankliche Auseinandersetzung mit einer Kaufsituation. Umgekehrt ist von einem schwächeren Denkgagement auszugehen, wenn:²⁵

- die Kaufsituation bekannt ist,
- relevante Informationen als glaubwürdig wahrgenommen werden,
- Zeitdruck vorliegt,
- sozialer Druck zu verzeichnen ist oder
- starke emotionale Reize impulsive Handlungen auslösen.

2) Um welche **Produktkategorien** handelt es sich bei den Entscheidungsobjekten?

Eine Abhängigkeit des Denkgagements ist u.a. von folgenden Aspekten zu vermuten:²⁶

- der Neuigkeitsgrad,
- der Wert,
- die Einkaufshäufigkeit,
- der soziale Signalwert,
- die Verwendungsdauer im Sinne von Ge- und Verbrauchsgütern sowie
- der Verwendungszweck.

Es ist anzunehmen, dass neuartige, teure, selten gekaufte, im Konsum auffällige, langlebige Gebrauchsgüter und Güter mit einem besonderen Verwendungszweck (‘problemvolle Waren’) mit einer deutlich höheren gedanklichen Auseinandersetzung verbunden sind als ihre jeweiligen Gegenpole (‘problemlose Waren’).

3) Welche **persönlichen Prädispositionen** liegen beim Konsumenten vor?

Dazu zählen vor allem:²⁷

- die Risikoneigung,
- die Impulsivität,
- das Informationsbedürfnis sowie
- das Involvement²⁸

²² Vgl. Zimbardo, P. (1995), S. 357.

²³ Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 78.

²⁴ Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 79 ff.

²⁵ Vgl. Weinberg, P. (1981), S. 17.

²⁶ Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 82.

²⁷ Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 83.

²⁸ Beim Involvement wird zwischen High-Involvement-Käufen und Low-Involvement-Käufen unterschieden. Erstere sind Käufe, die für den Konsumenten wichtig sind und daher auch eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Kaufobjekt hervorrufen. Letztere sind Käufe, die für den Konsumenten keine hohe Relevanz aufweisen. Vgl. auch weiterführend Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 64 ff. und 99 f.

Der Grad des Denkgengagements wird als um so höher einzuschätzen sein, je größer die Risikoaversion, je geringer die Neigung zu impulsiven Verhalten, je stärker das Informationsbedürfnis und je höher der Grad des Involvement (Ich-Beteiligung) eines Konsumenten ausgeprägt ist.

Auf der Grundlage dieser Komponenten lassen sich vier Typen von Kaufentscheidungen ableiten: Extensive, limitierte, habitualisierte und impulsive Kaufentscheidungsprozesse²⁹.

Je nach Reizkonstellation, Produktkategorie und persönlicher Prädisposition wird mit einer Kaufentscheidung ein Risiko verbunden. Unter dem **wahrgenommenen Risiko**³⁰ wird die Funktion der mit einer Entscheidung evtl. verbundenen negativen Konsequenzen verstanden³¹. Dieses Risiko kann sich auf die Funktionstüchtigkeit eines Produktes (funktionelles Risiko), auf eine Gefährdung durch das Produkt (physisches Risiko), auf Unzufriedenheit mit dem Produkt (psychisches Risiko) sowie auf die Akzeptanz von Bezugsgruppen (soziales Risiko) beziehen³².

„Je größer das wahrgenommene Kaufrisiko, um so größer der Antrieb, zusätzliche Informationen zu suchen.“³³ Dabei senken aufgenommene Information aber nicht immer das wahrgenommene Risiko: so unterscheiden *Weiber* und *Pohl* zwischen dem Risikoreduktions- und dem Risikoerkennungseffekt³⁴: zusätzliche Information kann Unsicherheit und unbegründete Ängste abbauen, mit zunehmender Expertise werden dem Entscheidungsträger aber möglicherweise neue Risiken erst bewusst. Der Umfang der Informationssammlung und die Art der Informationsverarbeitungsstrategien ist eng verknüpft mit der subjektiv empfundenen Vertrautheit mit einem Produkt³⁵. Liegt die Situation asymmetrisch verteilter Informationen zwischen Anbieter- und Nachfrageseite vor und sind vor allem Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften für ein Produkt charakteristisch, sind entsprechend geeignete Signale auszuwählen, um Informationsasymmetrie abbauen und Vertrauen aufbauen zu können³⁶.

²⁹ Vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 93 ff.; Bänsch, A. (1996), S. 84; Kuß, A. (1991), S. 24 ff. und 81 ff.; Weinberg, P. (1981), S. 12 ff.; Bebié, A. (1978), S. 422 ff.

³⁰ Vgl. Bauer, R. (1960), S. 389 ff. Grundsätzlich können Unterschiede zwischen dem objektiven Vorhandensein und der subjektiven Wahrnehmung bestehen. Für das Konsumentenverhalten relevant sind die wahrgenommenen Bedingungen. Vgl. Weinberg, P. (1981), S. 32 f.; Trommsdorff, V. (1993), S. 233.

³¹ Vgl. Kuß, A. (1991), S. 165.

³² Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 76.

³³ Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 249. Information kann auch als „Gegengift“ der Unsicherheit bezeichnet werden. Vgl. Cox, D. (1967), S. 81. Zu den Strategien zur Risikominderung vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 114 ff.; Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 249 ff.; Bänsch, A. (1996), 77 f.; Kuß, A. (1991), S. 166.

³⁴ Vgl. Weiber, R./ Pohl, A. (1995), S. 421.

³⁵ Vgl. Weisenfeld, U. (1989), S. 14.

³⁶ Vgl. Kirmani, A/ Rao, A. (2000).

Tabelle 2 fasst ausgewählte Aspekte eines möglichen Käuferverhaltens und die Eigenschaften von Leistungen zusammen.

| Typen | Reizkonstellation | | | Produktkategorie | | | | | | Prädisposition | | | Beurteilungseigenschaften | | |
|----------------------------------|-------------------|---------------|--|-------------------|--------------|------------------------------|---|--|---------------------|--------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--|
| | Kaufsituation | Zeitdruck | Information des Anbieters | Neuigkeitsgrad | Wert | Einkaufshäufigkeit | Verwendungsdauer | Verwendungszweck | Impulsivität | Informationsbedarf | Involvement | Sucheigenschaften | Erfahrungseigenschaften | Vertrauenseigenschaften | |
| Extensive Kaufentscheidung | i.d.R. neuartig | i.d.R. gering | i.d.R. unzureichend und ggf. ungläubwürdig | i.d.R. hoch | i.d.R. hoch | i.d.R. selten, ggf. einmalig | i.d.R. langlebige Gebrauchsgüter und Dienstleistungen | i.d.R. Eigenverwendung und Geschenkartikel | i.d.R. eher niedrig | hoch | i.d.R. hoch | i.d.R. niedriger Anteil | i.d.R. mittlerer bis hoher Anteil | i.d.R. hoher Anteil | |
| Limitierte Kaufentscheidung | bekannt | gering | ausreichend | mittel bis gering | mittel | gelegentlich | kurzlebige Gebrauchsgüter und Dienstleistungen | Eigenverwendung und Geschenkartikel | eher niedrig | mittel | mittelmäßig | niedriger Anteil | hoher Anteil | niedriger Anteil | |
| Habitualisierte Kaufentscheidung | bekannt | eher hoch | ausreichend | gering | niedrig | regelmäßig | Verbrauchsgüter | Eigenverwendung | eher etwas höher | gering | gering | hoher Anteil | hoher Anteil | niedriger Anteil | |
| Impulsive Kaufentscheidung | unklar | hoch | unklar | unklar | sehr niedrig | seltener | Verbrauchsgüter | Eigenverwendung | sehr hoch | nicht vorhanden | extrem niedrig | hoher Anteil | niedriger Anteil | niedriger Anteil | |

Tabelle 2: Kaufentscheidungsprozesse und wesentliche Einflussgrößen auf das Konsumentenverhalten.

Sie ermöglicht eine Klassifikation von Produkten und Dienstleistungen, die an Beispielen beschrieben werden soll. Da eine Klassifikation auch auf Basis der Reizkonstellation und der individuellen Prädisposition vorgenommen wird, hat die Zuordnung von Produkten zu Kaufentscheidungstypen einen eher idealtypischen Charakter. So wird es bei identischen Kaufsituationen interpersonelle (persönliche Prädisposition), aber auch intrapersonelle (Reizkonstellation) Unterschiede in der Zuordnung zu Entscheidungstypen geben können.

Extensive Kaufentscheidung:³⁷ Beispiel Autokauf

Bei einem Auto handelt es sich um ein langlebiges Gebrauchsgut mit einem als hoch empfundenen Wert und in der Regel um eine neuartige bzw. seltene Kaufsituation, die (von Ausnahmen abgesehen) unter einem geringen Zeitdruck stattfindet. Der soziale Druck und emotionale Reiz ist in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des Käufers zu sehen. Der Informationsbedarf ist groß und das Involvement des Käufers entsprechend hoch. Es liegen sowohl Such- (Farbe, Preis, Ausstattung usw.), Erfahrungs- (Benzinverbrauch, Haltbarkeit usw.) als auch Vertrauenseigenschaften (Sicherheitssysteme, zugesicherte Eigenschaften usw.) vor. Die Relevanz von Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften kann als besonders hoch eingeschätzt werden.

Limitierte Kaufentscheidungen:³⁸ Beispiel Schuhe

Bei Bekleidung handelt es sich um kurzlebig Gebrauchsgüter mit einem mittleren Wert, deren Kauf in mittelfristigen Intervallen, also gelegentlich, getätigt wird. Je nach Modeabhängigkeit ist der Neuigkeitsgrad mittelmäßig und die Kaufsituation bekannt. Im Rahmen der Produktkategorie verfügt der Konsument üblicherweise über ausreichende Produkterfahrung, so dass sein Informationsbedürfnis und Involvement eher mittelmäßig ausgeprägt sind. Erfahrungseigenschaften werden normalerweise überwiegen. Tun sie dies nicht (zum Beispiel durch eine neue Sensibilität für Schadstoffe in der Bekleidung), wird aus der limitierten eine extensive Kaufentscheidung.

Habitualisierte Kaufentscheidung:³⁹ Beispiel Wurstwaren

Die Kaufsituation bei dem Einkauf von Nahrungsmitteln ist hinlänglich bekannt, da sie regelmäßig und in kurzen Abständen stattfindet (Verbrauchsgüter). In der Regel ist der Informationsbedarf niedrig und die Informationen des Anbieters über das Produkt sind ausreichend. Die meisten Produktinformationen sind vor dem Kauf erhältlich (Sucheigenschaften) oder durch Erfahrungen mit dem Produkt gesammelt worden. Das

³⁷ Zu extensiven Kaufentscheidungen vgl. z.B. Kuß, A. (1991), S. 26 ff.; Bänsch, A. (1996), S. 84; Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 371 ff.

³⁸ Zu limitierten Kaufentscheidungen vgl. z.B. Kuß, A. (1991), S. 25; Bänsch, A. (1996), S. 84; Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 373 ff.

³⁹ Zu habitualisierten Kaufentscheidungen vgl. z.B. Kuß, A. (1991), S. 28 ff.; Bänsch, A. (1996), S. 84; Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 389 ff.

empfundene Risiko ist entsprechend gering bzw. nicht vorhanden. Sobald neue Informationen die Risikowahrnehmung verändern (zum Beispiel die BSE-Gefahr bei Rindfleisch), wird die Habitualisierung unterbrochen, und selbst bisher 'problemlose Produkte' können zu extensiven Kaufentscheidungen werden⁴⁰.

Impulsive Kaufentscheidung:⁴¹ Beispiel Eiscreme

Solche Kaufentscheidungen sind gekennzeichnet durch eine hohe emotionale Aufladung, sie richten sich in der Regel auf geringwertige Verbrauchsgüter, für die keine bis wenige Informationen gesammelt werden. Die emotionale Aufladung kann dabei unterschiedliche Auslöser haben (Zeitdruck, soziale Druck, Risikoneigung und Impulsivität des Käufers). Das Involvement ist extrem niedrig bzw. nicht vorhanden. Aus Sicht des Konsumenten sind lediglich Sucheigenschaften relevant, die durch einen entsprechenden Reiz (zum Beispiel besonderes Angebot) den Kauf auslösen.

Wie oben bereits angedeutet, ist es grundsätzlich denkbar, dass durch Veränderungen beim wahrgenommenen Risiko bzw. der subjektiv empfundenen Vertrautheit mit einem Produkt sich Kaufentscheidungsprozesse verändern. So kann bei einem neu auftretenden Risiko aus einem habitualisierten Verhalten eine extensive Auseinandersetzung mit einem Produkt notwendig werden. Umgekehrt beschreibt *Howard*, wie mit zunehmender Produktvertrautheit ein Kaufentscheidungsprozess tendenziell habituellem abläuft⁴².

4 Gesundheitswesen

Gesundheitssysteme sind hoch kulturspezifische Gebilde, die über zum Teil sehr unterschiedliche länderspezifische Steuerungsinstrumente verfügen⁴³. Im Folgenden wird das deutsche Gesundheitswesen betrachtet.

Alle gesundheitsbezogenen Maßnahmen⁴⁴, bei denen Individuen und/ oder Institutionen direkt oder indirekt „mit Patienten oder vorbeugend zu schützenden Personen zusammenarbeiten...“⁴⁵, werden zum Gesundheitswesen gezählt. Zu den Beteiligten am Gesundheitswesen gehören demzufolge u.a. Krankenkassen, Pharmaindustrie, Apotheken, Krankenhäuser, Pflegeheime, Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, medizinische Hilfsberufe sowie sonstige Einrichtungen und die Patienten⁴⁶.

⁴⁰ Vgl. zur Diskussion bspw. o.V. (2000b); o.V. (2000c); o.V. (2000d).

⁴¹ Zu impulsiven Kaufentscheidungen vgl. z.B. Kuß, A. (1991), S. 25; Bänsch, A. (1996), S. 84; Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 398 ff.

⁴² Vgl. Howard, J. (1977), S. 9 ff.

⁴³ Vgl. Amelung, V./ Schumacher, H. (2000), S. 4.

⁴⁴ Vgl. Ertel, R. (1986), S. 20.

⁴⁵ Gäfgen, G. (1990), S. 115.

⁴⁶ Vgl. Jeschke, H. (1995), S. 121; Seibel, W. (1997), S. 26 f. Vgl. auch Statistisches Bundesamt Deutschland (2000b). Hier werden die Kostenträger noch weiter differenziert; das sind neben den gesetzlichen und privaten

Diese Gruppen polarisieren sich zusehends (vgl. Abbildung 2), was zu Zielkonflikten führen kann.

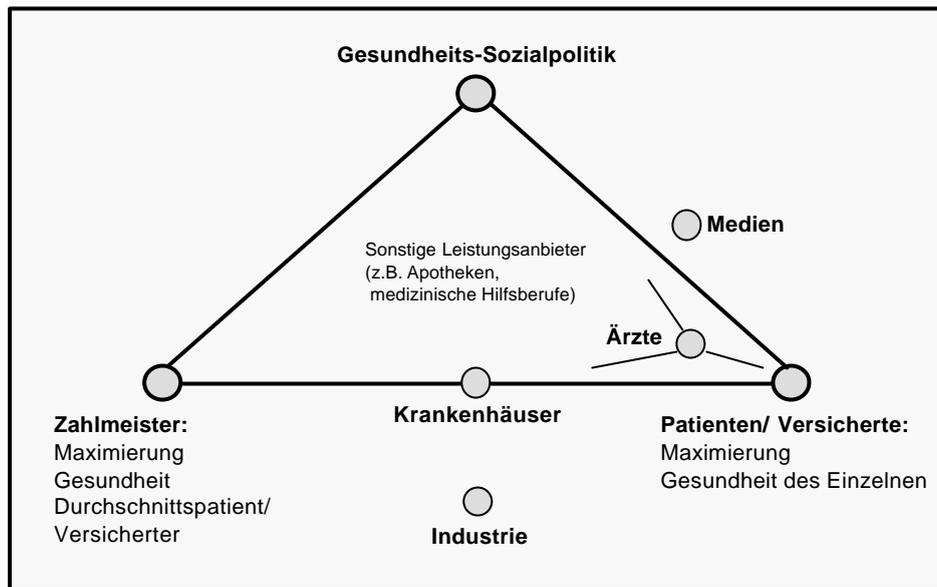


Abbildung 2: Struktur im deutschen Gesundheitswesen.
Quelle: Versteegen, U.; Brennecke, B. (1995), S. 21 (erweitert).

So stehen gesamtwirtschaftliche, individuelle und Ziele der Solidargemeinschaft zum Teil im Widerstreit. Die in der Abbildung dargestellten Pole haben somit die Optimierung eines eigenen Ziels vor Augen. Der Arzt ist dabei dem ökonomischen Druck gegenüber dem medizinisch Notwendigen und dem vom Patienten Erwünschten ausgesetzt.⁴⁷ Er fungiert ferner als Bindeglied zwischen Patienten und sonstigen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen.

Als Gesundheitsmarkt ließe sich dann der imaginäre Ort, an dem Angebot und Nachfrage nach „Gesundheitsleistungen“ zusammenkommen, bezeichnen. Dabei sind die Ausgaben für Gesundheit erheblich. Auf diesem ‘Markt’ wurden zum Beispiel im Jahr 1997 516.579 Mill. DM umgesetzt⁴⁸. Die Anzahl und Unterschiedlichkeit der Beteiligten machen deutlich, dass es sich hier um einen Sammelbegriff für Institutionen (zum Beispiel Krankenkassen), Personengruppen (zum Beispiel Patienten), Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte) und andere Teilmärkte (zum Beispiel Pharmamarkt⁴⁹) handelt. Das Leistungsspektrum in diesem Markt ist entsprechend breit. Dabei bilden zum Beispiel das einfache Vitaminpräparat (physisches Produkt) auf der einen und die komplexe Operation mit anschließender langjähriger Nachsorge (hoher Dienstleistungsanteil an der Gesamtleistung) auf der anderen Seite mögliche Extrema.

Krankenkassen auch die Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte als Rententräger.

⁴⁷ Vgl. Versteegen, U./ Brennecke, B. (1995), S. 20.

⁴⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (2000a).

⁴⁹ Vgl. z.B. Crisand, M. (1996), S. 10 ff.

Traditionell spielen **Dienstleistungen** im Gesundheitswesen eine große Rolle. Dabei verkörpern vor allem Ärzte und Krankenpflegepersonal das klassische Bild der Dienstleister. Daneben sind aber auch eine Reihe weiterer Dienstleistungen zu beachten, zum Beispiel Organisationsleistungen, Informationsmanagement und Qualitätssicherung.⁵⁰

Mittlerweile hat sich die Verbraucherorientierung und damit die Ansicht, dass der Patient als faktischer und potenzieller Endverbraucher einen wichtigen Stellenwert hat, auch im Gesundheitswesen durchgesetzt⁵¹.

Bei der Betrachtung von Kaufentscheidungsprozessen im Gesundheitswesen sind Besonderheiten von Dienstleistungen zu berücksichtigen. „Eine Dienstleistung ist jede einem anderen angebotene Tätigkeit oder Leistung, die im wesentlichen immaterieller Natur ist und keine direkten Besitz- oder Eigentumsveränderungen mit sich bringt. Die Leistungserbringung kann - muß jedoch nicht - mit einem materiellen Produkt verbunden sein.“⁵² Zu den Besonderheiten dieser Leistungsart gehören demzufolge:⁵³

- Intangibilität der Leistung,
- hohe Schwankungsbreite bei der Ausführung,
- Simultanität von Produktion und Konsum,
- enger Transaktionsverbund zwischen Dienstleister und Leistungsempfänger (Integration eines externen Faktors) und
- mangelnde Lagerfähigkeit.

Zu den wesentlichen Konsequenzen, die sich für den Konsumenten aus den Besonderheiten von Dienstleistungen ergeben, gehört ein tendenziell höheres Kaufrisiko, die Orientierung an Schlüsselinformationen (zum Beispiel Image), die große Bedeutung persönlicher Kommunikation, seine Anwesenheit und sein Einfluss auf die Dienstleistungsqualität sowie die Beeinflussung der Qualität durch andere externe Faktoren⁵⁴.

Zur Beurteilung der **Dienstleistungsqualität** kann die Unterteilung in Potenzial-, Prozess- und Ergebnisdimension der Dienstleistungsqualität herangezogen werden. Sachliche, organisatorische und persönliche Leistungsvoraussetzungen des Anbieters gibt die **Potenzialdimension** wider. Bei einer Arztpraxis wären dies beispielsweise die Ausstattung mit medizinisch technischem Gerät, die räumliche Ausstattung sowie die Qualifikation des Arztes. Die Aktivitäten des Dienstleisters während der Leistungserstellung bilden die **Prozessdimension** ab. Bei einem Arzt wäre dies zum Beispiel die Vorgehensweise bei der Diagnoseerstellung. Mit **Ergebnisdimension** ist der Grad der Leistungszielerreichung gemeint, beispielsweise die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten als Folge der ärztlichen Behandlung.⁵⁵

⁵⁰ Vgl. Bletzer, S. (1998), S. 14 f.

⁵¹ Vgl. Crisand, M. (1996), S. 11.

⁵² Kotler, P./ Bliemel, F. (1992), S. 662.

⁵³ Vgl. Kotler, P./ Bliemel, F. (1992), S. 664 ff.; Meffert, H./ Bruhn, M. (1995), S. 49 ff. und 61 ff.; Stauss, B./ Hentschel, B. (1991), S. 238; Zeithaml, V./ Parasuraman, A./ Berry, L. (1985).

⁵⁴ Vgl. Stauss, B. (1989), S. 51.

⁵⁵ Vgl. Stauss, B./ Hentschel, B. (1991), S. 239.

Tabelle 3 fasst abschließend die Akteure des Gesundheitswesens hinsichtlich ihrer Nähe zum Patienten und ihrer Leistungsarten zusammen.

| Akteure | Bezug zum Patienten | Charakter der Leistung | Beispiel |
|-------------------------------|---------------------|--|---|
| Krankenkassen | indirekt | Dienstleistungen | Organisation der Zahlungsabwicklung |
| Pharmaunternehmen | indirekt | physisches Produkt Dienstleistungen | verschreibungspflichtige Medikamente Grundlagenforschung |
| | direkt | physisches Produkt | verschreibungsfreie Produkte (OTC-Produkte) |
| Krankenhäuser | direkt | Dienstleistungen | Pflege, Erstversorgung u.ä. |
| Pflegeheime | direkt | Dienstleistungen | Pflege |
| Ärzte | direkt | Dienstleistungen | Diagnose, Therapie, Beratung u.ä. |
| Kassenärztliche Vereinigungen | indirekt | Dienstleistungen | Organisation, Qualitätssicherung |
| | | Dienstleistungen | Beratung von niedergelassenen Ärzten |
| Ärzttekammern | indirekt | Dienstleistungen | Organisation, Information, Qualitätssicherung |
| Medizinische Hilfsberufe | direkt | Dienstleistungen | Krankengymnastik, Massage u.ä. |
| Patientenorganisationen | indirekt | Dienstleistungen | Interessenvertretungen |
| | direkt | Dienstleistungen | Selbsthilfegruppen, individuelle Beratung |

Tabelle 3: Akteure im Gesundheitswesen.

5 Nachfrageverhalten im Gesundheitsmarkt

Die Bedürfnisse nach medizinischen Leistungen sind grundsätzlich unbegrenzt, denn der Umstand, dass das Leben mit dem Tod endet, erübrigt (scheinbar) jegliche ökonomischen Überlegungen⁵⁶. Die Realität sieht aber anders aus. Besonders offensichtlich ist das Spannungsfeld zwischen moralisch/ medizinischen Erwägungen einerseits und ökonomischen Gesichtspunkten andererseits bei der vertragsärztlichen/ kassenärztlichen Versorgung⁵⁷.

Im Gesundheitsmarkt sind prinzipiell alle Arten von Kaufentscheidungsprozessen denkbar. So wird eine anstehende Operation für den betroffenen Patienten eine extensive Auseinandersetzung mit dem Leistungsgegenstand zur Folge haben. Ein Beispiel für eine limitierte Kaufentscheidung wäre die entsprechende Arztwahl bei einer Erkrankung, mit der bereits Erfahrungen aus der Vergangenheit vorliegen, und die von dem Patienten nicht als nennenswerte Bedrohung wahrgenommen wird (zum Beispiel grippaler Infekt). Auf ein habitualisiertes Entscheidungsmuster wird ein Konsument dann zurückgreifen,

⁵⁶ Vgl. Arnold, M. (1995), S. 33.

⁵⁷ Vgl. Neugebauer, G. (1996), S. 91.

wenn er bestimmte Leistungen in eher kurzen Abständen in Anspruch nimmt wie zum Beispiel den Kauf von Schmerztabletten. Auch der Impulskauf mag durch den emotionalen Reiz eines besonders platzierten Vitaminproduktes in einer Apotheke ausgelöst werden.

Die Besonderheiten in Abgrenzung zum herkömmlichen Konsumentenverhalten verlangen aber eine differenziertere Sichtweise. So ist der Impulskauf sicher nur sehr selten anzutreffen und wird daher bei den weiteren Überlegungen ausgeklammert.

In Anlehnung an die in Tabelle 2 aufgeführten Einflussgrößen auf das Konsumentenverhalten wird auf die folgenden Besonderheiten allgemein und anschließend anhand von drei unterschiedlichen Beispielen explizit eingegangen:

- **Initiierung bzw. Situation der Entscheidung**

Medizinische Leistungen gehören in der Regel nicht zu jenen Produkten, mit denen sich ein Konsument im Alltag beschäftigt. Sie werden erst dann relevant, wenn ein tatsächlicher Bedarf entsteht, d.h. zum Beispiel eine Krankheit zur Beschäftigung mit einer Therapie zwingt. Demnach gehören Leistungen dieser Art zu sogenannten Gütern des fremdinitiierten Kaufs⁵⁸. Abgesehen von chronischen Erkrankungen⁵⁹ und Bagatellen wird es sich in der Regel um eine neue (Kauf-)Situation handeln.

- **Informationsbedarf und -verteilung**

Der Informationsbedarf des Patienten ist als hoch einzuschätzen. Hinsichtlich der Informationsverteilung kann von folgender Konstellation ausgegangen werden:

- Informationen über das Bedürfnis der Nachfrage nach 'Gesundheit' liegen vor und sind weitestgehend für alle Beteiligten (Anbieter und Nachfrager) bekannt (Ziele).
- Informationen über das tatsächliche und vor allem potenzielle Angebot sind eher der Angebotsseite vorbehalten (Mittel).

Es liegen in Abhängigkeit der Kenntnis von Zielen und Mitteln unterschiedliche Situationen asymmetrisch verteilter Informationen vor.

Die Bedürfnisse eines Leistungsempfängers lassen sich hier in eine eher abstrakte und eine konkrete Vorstellung aufteilen:

- abstrakt Vorstellung: Der Patient weiß, was er **will** (Heilung/ Gesundheit: Ziel).
- konkret Vorstellung: Der Therapeut (Arzt) weiß, was der Patient **braucht** (eine bestimmte Kombination medizinischer Maßnahmen: Mittel).

Der Anbieter (Arzt) hat im Unterschied zu einem „normalen“ Gebrauchsgütermarkt⁶⁰ Kenntnis über beide Vorstellungen. Wie groß die Differenz zwischen abstrakten und

⁵⁸ Vgl. Kotler, P./Bliemel, F. (1992), S. 627. Meffert und Bruhn bezeichnen solche Leistungen auch als 'Speciality-Servive', da ärztliche Leistungen im wesentlichen durch das Nicht-Bestehen von Kaufprogrammen und einem hohen Grad an Kollektivität geprägt sind. Vgl. Meffert, H./ Bruhn, M. (1995), S. 73.

⁵⁹ Eine regelmäßige Beschäftigung mit einem Denkobjekt kann zur Habitualisierung führen. Vgl. Howard, J. (1977), S. 9 ff.

⁶⁰ Selbst bei Gütern des sog. Such- und Vergleichskaufs (vgl. Kotler, P./ Bliemel, F. (1992), S. 626), die sehr komplex sein können, hat der Konsument i.d.R. genaue Vorstellungen hinsichtlich seiner Bedürfnisse.

konkreten Patientenbedürfnis ist, hängt vom jeweiligen Kenntnisstand des Patienten ab. Dieser Kenntnisstand ist also auch maßgeblich für das Informationsbedürfnis der Leistungsempfänger verantwortlich. Hierauf können folgende Faktoren Einfluss haben:

- Vorkenntnisse im Zeitpunkt $t = 0$, also zum Zeitpunkt der Diagnose⁶¹,
- Informationsverarbeitungsfähigkeit,
- Informationssuchverhalten.

Die genannten Einflussfaktoren determinieren den Informationsstand zum Zeitpunkt $t=1$, also zum Beispiel des Therapiebeginns bzw. der Entscheidung für oder gegen eine empfohlene Therapie. Der Informationsstand beziehungsweise das Informationsdefizit wird selbst in $t=1$ über verschiedene Patienten unterschiedlich ausfallen.

- **Zeitdruck**

Großer Zeitdruck und ein Bedürfnis nach möglichst umfassender Information stehen im Widerspruch zueinander. Bei extensiven Kaufentscheidungen wird davon ausgegangen, dass sich der Konsument Zeit für seine Entscheidung lässt. Im Gesundheitswesen stehen aber vor allem in der Konsequenz sehr bedeutsame Entscheidungen (Operation, Chemo-Therapien) nicht selten unter einem zum Teil erheblichen Zeitdruck.⁶²

- **Wert der Leistung**

Bei Dienstleistungen ist von einem hohen Anteil an Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften auszugehen, was vor allem eine verstärkte Informationssuche aus persönlichen Quellen und eine Beachtung des Preises als Qualitätsindikator auslöst⁶³. Bezüglich des Wertes der Leistung sind dabei zwei Besonderheiten zu verzeichnen. Zum einen sind im Gesundheitswesen Leistungsempfänger und Kostenträger in der Regel nicht identisch. Die meisten der deutschen Krankenversicherten sind Mitglieder von gesetzlichen Krankenversicherungen⁶⁴. Die medizinischen Dienstleister rechnen, von der Selbstbeteiligung⁶⁵ einmal abgesehen, nicht direkt mit dem Versicherten sondern mit den Krankenkassen ab. Privatpatienten erhalten zwar die Arztrechnung und wissen somit, welche Kosten sie verursacht haben, aber auch sie reichen die Rechnungen bei ihren Krankenkassen zur Erstattung ein. Die Möglichkeit, den Preis als Qualitätsindikator zur Reduzierung des wahrgenommenen (Kauf-)

⁶¹ Diese Vorkenntnisse können bspw. durch allgemeines Interesse oder durch persönliche Betroffenheit im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis erworben worden sein.

⁶² Auch *Hohensohn* weist darauf hin, dass bei der Produktwahl nach verschreibungspflichtigen Medikamenten, die als ein extensiver Entscheidungsprozess angesehen wird, mangelnde Informationen und die Geschwindigkeit der Entscheidung untypisch für extensive Entscheidungen sind. Vgl. Hohensohn, H. (1998), S. 45.

⁶³ Vgl. Stauss, B./ Hentschel, B. (1991), S. 239.

⁶⁴ 1997 wurden von gesetzlichen Krankenversicherungen 240,1 Mrd. DM und von privaten Krankenversicherungen 28,9 Mrd. DM ausgegeben. Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (2000c).

⁶⁵ Vgl. Hohensohn, H. (1998), S. 37; Rassat, J. (1995), S. 365.

Risikos zu verwenden⁶⁶, ist also in den meisten Fällen nicht gegeben. Auf der anderen Seite fällt es vor allem bei lebensbedrohenden Krankheiten und bei medizinischen Maßnahmen, deren Erfolg ungewiss bzw. als gering einzuschätzen sind, schwer, sich von Kosten-Nutzen-Überlegungen leiten zu lassen⁶⁷. Hier stößt man schnell auf die ethisch relevante Frage nach dem Wert eines Menschenlebens.

- **Involvement**

Unter persönlichem Involvement wird der Grad der Ich-Beteiligung verstanden. Es hängt von der Wichtigkeit, der Tragweite ab, die ein Individuum der Leistung zuordnet⁶⁸. Grundsätzlich wird Gesundheit als eines der höchsten Güter eingeschätzt⁶⁹, so dass bei Gesundheitsleistungen von einem hohen persönlichen Involvement auszugehen ist⁷⁰. Eine hohe Ich-Beteiligung löst ein relativ starkes Informationsbedürfnis aus, das typisch für extensive Kaufentscheidungen ist⁷¹. Bestimmende Faktoren für das situative Involvement in einer Entscheidungssituation können auftretende Konflikte und Risiken sein. Diese lösen eine aktive Informationssuche aus, so dass auch situatives Involvement zu extensiven Entscheidungssituationen führt⁷². Die Diagnose im „Minutentakt“ oder das Gefühl, dass ein Arzt eine bestimmte Behandlung nicht empfiehlt, um sein Budget zu schonen⁷³, sind Beispiele für das Auftreten eines situativen Involvements.

- **Beurteilungseigenschaften**

Es ist grundsätzlich schwer, die Qualität einer Dienstleistung zu beurteilen. Bei einer medizinischen Leistung hat man es mit verschiedenen Qualitätsdimensionen zu tun. Der makabere Satz „Operation geglückt - Patient tot“ macht dieses Phänomen recht krass deutlich. So kann der Leistungsprozess (Operation) fehlerfrei abgelaufen, das Ergebnis aber dennoch unbefriedigend sein. Dies ist vor allem in der Tatsache

⁶⁶ Vgl. Stauss, B./ Hentschel, B. (1991), S. 239; Kotler, P./ Bliemel, F. (1992), S. 712 f.

⁶⁷ Eine Einschränkung des ärztlichen Heilauftrages aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen wird vor allem im therapeutischen Bereich als untragbar und unethisch empfunden. Vgl. Neugebauer, G. (1996), S. 97 f. In der Medizin werden aber heute diese Überlegungen zumindest indirekt angestellt. Die Rationierung hat heimlich längst begonnen. So wurde z.B. einem MS-Patienten vom behandelnden Arzt die Verschreibung des wirksamen Medikaments Betaferon, das bis zu 7000 DM pro Patient im Quartal kostet, aus Kostengründen verweigert. Die Begründung lautete, das wegen der erheblichen Probleme mit dem sogenannten Medikamentenbudget die Aufnahmen von Patienten, bei denen kostspielige Behandlungen erforderlich sind, derzeit nicht möglich seien. Vgl. Spiewak, M. (1999).

⁶⁸ Vgl. Bänsch, A. (1996), S. 83.

⁶⁹ Die Gesundheit stellt ein elementares Grundbedürfnis eines jeden Individuums dar. Vgl. Maslow, A. (1943), S. 394 f.

⁷⁰ Die Haltung, dass jeder Mitteleinsatz gerechtfertigt erscheint, ein Leben zu retten oder auch nur marginal zu verlängern, ergibt sich aus dieser Sichtweise, die wohl für den größten Teil der Menschen gilt. Vgl. Arnold, M. (1995), S. 33.

⁷¹ Vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 97 f.

⁷² Vgl. Kroeber-Riel, W./ Weinberg, P. (1996), S. 248.

⁷³ Vgl. Spiewak, M. (1999).

begründet, dass exogene Faktoren das Leistungsergebnis in zum Teil erheblichen Maße beeinflussen können. Faktoren wie die Konstitution, Lebensführung und allgemeiner Gesundheitszustand eines Patienten haben Einfluss auf den Leistungserfolg, liegen aber nicht in der Hand des Arztes.⁷⁴ Wie für Dienstleistungen allgemein⁷⁵ gilt für Leistungen dieser Art im Gesundheitswesen im Besonderen, dass Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften einen sehr hohen Anteil aufweisen.

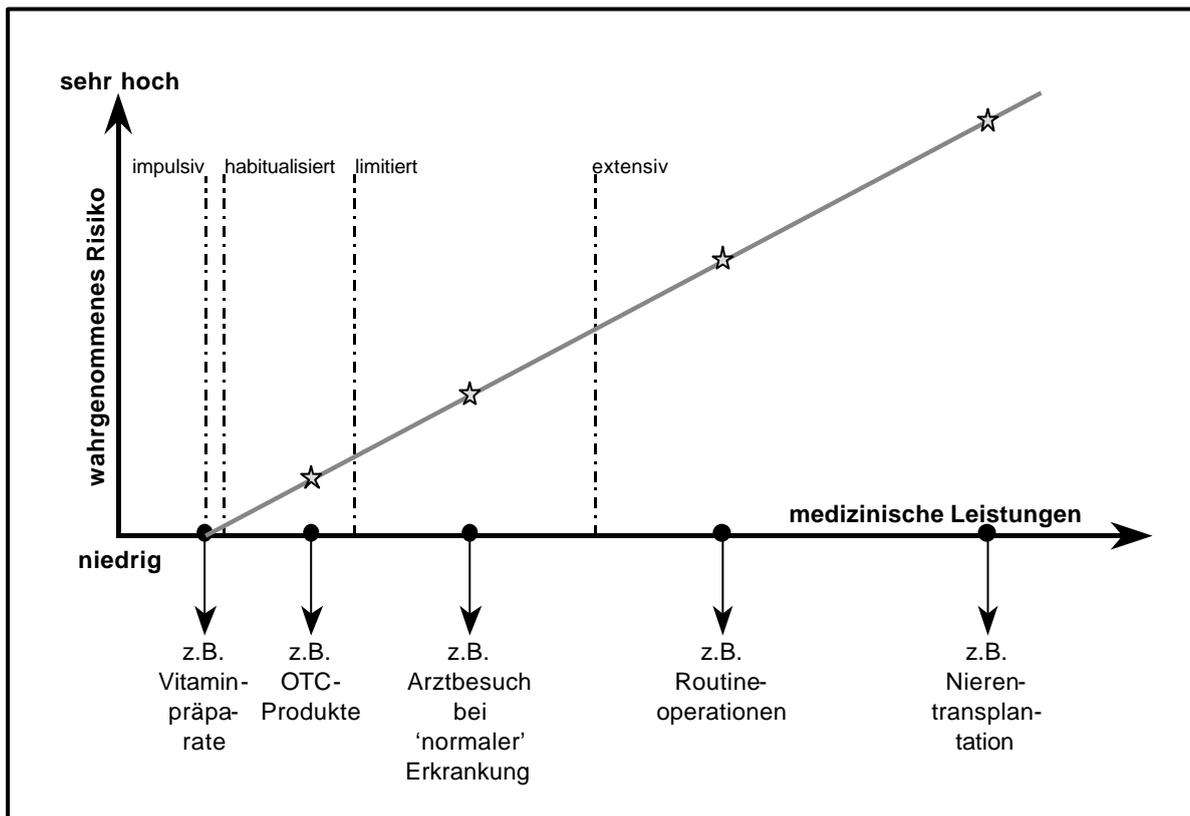


Abbildung 3: Kontinuum des wahrgenommenen Risikos von Gesundheitsleistungen.

Die Bandbreite medizinischer Leistungen ist sehr groß und hinsichtlich des wahrgenommenen Risikos zwischen niedrig bis sehr hoch zu positionieren. Das macht die Abbildung 3 deutlich⁷⁶.

| Kriterien | OTC-Produkte (habitualisierte) | Arztwahl bei 'normaler' Erkrankung (limitierte Entscheidung) | Nierentransplantation (extensive Entscheidung) |
|-----------|-----------------------------------|---|---|
|-----------|-----------------------------------|---|---|

⁷⁴ So lässt bspw. die Bereitschaft bei einer Therapie mitzuwirken (Compliance) häufig zu wünschen übrig. Patienten verhalten sich irrational, indem sie etwa die Anordnungen zur Medikamenteneinnahme verändern oder sie gänzlich ignorieren. Vgl. Wüsthof, A. (2000), S. 35.

⁷⁵ Vgl. Stauss, B./ Hentschel, B. (1991), S. 239.

⁷⁶ Ein linearer Verlauf der Funktion ist in der Realität nicht zu vermuten. Hier soll illustriert werden, dass medizinische Leistungen mit einer unterschiedlich hohen Risikowahrnehmung behaftet sind.

| | Entscheidung) | | |
|--|---|---|---|
| Initiierung bzw. Situation der Entscheidung | Eigeninitiative des Konsumenten. Regelmäßig wiederkehrende Situation. Kauf im Bedarfsfall, aber auch Vorratskauf denkbar. | Eigeninitiative bei der Entscheidung ob Arztbesuch. Fremdinitiative bei Überweisung zum Facharzt. Es liegen i.d.R. Erfahrungen aus der Vergangenheit vor. | Fremdinitiative durch behandelnden Arzt und weitere Beteiligte (Eurotransplant, Transplantationszentrum...). Neue und i.d.R. einmalige Situation. |
| Informationsbedarf und -verteilung | „Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen sie die Packungsbeilage und fragen sie ihren Arzt oder Apotheker.“ Aufgrund regelmäßiger Produkterfahrung eher niedrig. Abstrakte und konkrete Vorstellung beim Konsumenten. | Mittlerer Informationsbedarf. Von der Diagnose hängt die weitere Therapie ab, die i.d.R. vom Arzt vorgegeben wird (konkrete Vorstellung). Patient hat abstrakte Vorstellung (Gesundheit und Heilung). | Extremer Informationsbedarf da großes Risiko. I.d.R. nur eingeschränkte Informationsverarbeitungsmöglichkeiten des Patienten aufgrund der Komplexität des Entscheidungsgegenstandes. |
| Zeitdruck | Zeitdruck spielt hier keine Rolle. OTC-Produkte sind an vielen Stellen erhältlich. Durch Vorratskauf fallen Anschaffung und Konsum ggf. auseinander. | Zeit wird hier ggf. als Engpass wahrgenommen. Evtl. Terminengpässe beim Arzt und die wahrgenommene Wichtigkeit erhöhen den Zeitdruck. | Großer Zeitdruck, denn der Zuteilung eines Spenderorgans folgt unmittelbar die notwendige Operation. Eine Lagerung des Organs ist nicht möglich. |
| Wert der Leistung | Der Preis kann hier, wie bei anderen Konsumgütern auch, als Qualitätsindikator herangezogen werden. Über den Preis kann Wettbewerb stattfinden. | Durch die Struktur des deutschen Gesundheitssystems findet kein Preiswettbewerb statt. Aus Sicht des Patienten steht der erbrachten Leistung kein von ihm direkt zu erbringender Gegenwert gegenüber. Der Preis kann nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden. Eine Leistungs differenzierung über den Preis ist nur zwischen Kassen- und Privatpatienten möglich. | Die Verfügbarkeit von Organen stellt den Engpass in der Transplantationsmedizin dar. Einen (legalen) Markt für Organe gibt es nicht. Anstelle des Preises als Allokationsinstrument treten andere Kriterien, nach denen die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Operation beurteilt wird. |
| Involvement | Persönliches Involvement ist schwach ausgeprägt. Es liegen Produkterfahrungen vor. Besondere Konflikte oder Risiken (situitives Involvement) sind i.d.R. nicht zu erwarten. | Die Ich-Beteiligung ist tendenziell hoch, da der Patient krank ist. Wahrgenommen Risiken oder Konflikte (situitives Involvement) können zu extensivem Verhalten überleiten. | Beides, persönliches und situatives Involvement, ist sehr stark ausgeprägt. Die Tatsache, dass man ein Transplantationspatient ist, schließt auf eine gesteigerte Lebensbedrohung. Die Operation selbst, wie auch die postoperative Phase, bergen an sich besondere Gefahren. |

Tabelle 4: Kriterien von (Kauf-)Entscheidungen im Gesundheitsmarkt anhand von Beispielen.

| Kriterien | OTC-Produkte (habitualisierte Entscheidung) | Arztwahl bei 'normaler' Erkrankung (limitierte Entscheidung) | Nierentransplantation (extensive Entscheidung) |
|---|---|--|--|
| Sucheigenschaften (vor Leistungserbringung zu evaluieren) | - Preis - Verpackung - Beipackzettel | - Ausstattung der Praxis - Lage der Praxis - Namensschild des Arztes | - Ausstattung des Transplantationszentrums - Freundlichkeit des Pflegepersonals |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Erfahrungseigenschaften (nach Leistungserbringung zu evaluieren) | - Wirkung des Medikaments - Nebenwirkungen des Medikaments | - Richtigkeit der Diagnose - Erfolg der Therapie, sofern diese auch tatsächlich verantwortlich für die Genesung ist | - Annahme des Spenderorgans - Befinden nach der Operation - Nebenwirkungen |
| Vertrauenseigenschaften (auch nach der Leistungserbringung nicht zu evaluieren) | - Unschädlichkeit des Medikaments | - optimale Therapie - Qualifikation des Arztes | - Qualifikation der Ärzte - langfristige Eignung des Spenderorgans - Qualität/ Ausführung der Operation (Kunstfehler) |

Tabelle 4 (Fortsetzung): Kriterien von (Kauf-)Entscheidungen im Gesundheitsmarkt anhand von Beispielen.

Die bisherigen Ausführungen lassen den Schluss zu, dass Impulskäufe, aber auch habitualisiertes (Kauf-)Verhalten weniger vertreten sind und die extensive Auseinandersetzung mit einem Entscheidungsgegenstand großen Raum einnimmt. Anhand von drei Beispielen (vgl. auch Tabelle 4) sollen nun habitualisierte, limitierte und extensive Entscheidungen hinsichtlich der o.a. Besonderheiten analysiert werden.

Beispiel: OTC-Produkte:

Bei den OTC-Produkten handelt es sich um Kaufsituationen, die ohne weiteres mit denen anderer Konsumgüter vergleichbar sind. Wird davon ausgegangen, dass der Begriff 'Kauf' „den freiwilligen Austausch von Geld gegen Güter, Dienstleistungen, Rechte und Vermögenswerte durch Personen, Personengruppen und Organisationen“⁷⁷ bezeichnet, dann kann lediglich im Fall der Selbstmedikation von einem tatsächlichen Kauf gesprochen werden.

Die Initiative geht vom Konsumenten aus. Er verfügt über Produkterfahrungen, die zur kognitiven Entlastung ein habitualisiertes Kaufverhalten rechtfertigen. Das Involvement und der Zeitdruck sind gering, es geht lediglich um die Wahl eines Produktes aus einer gegebenen Menge an Alternativen⁷⁸. Preis, Verpackung und Produktbeschreibung (Beipackzettel) liefern wichtige Kaufentscheidungshilfen (Sucheigenschaften) die sich nach positiven Erfahrungen zu einer Markentreue⁷⁹ verfestigen können. Lediglich neue Situationen, wie beispielsweise die Nichtverfügbarkeit des Produktes, Meldungen über Gesundheitsgefährdungen oder spürbare Preisveränderungen führen zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Kaufgegenstand⁸⁰.

Beispiel: Arztbesuch

In der Regel trifft der Patient die autonome Entscheidung, ob er einen Arzt aufsucht⁸¹. Je nach Art der Beschwerden wird er sich aus einer gewissen Anzahl von Ärzten jenen

⁷⁷ Kuß, A. (1987): S. 11.

⁷⁸ Vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 94.

⁷⁹ Die Markentreue stellt eine wichtige Form habitualisierten Kaufverhaltens dar. Sie äußert sich durch wiederholte Käufe des gleichen Produktes. Vgl. weiterführend Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 133 ff.

⁸⁰ Vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 132.

⁸¹ Vgl. Bagus, J. (1989), S. 347 ff.

aussuchen, der nach subjektivem Empfinden als geeignet erscheint. Innerhalb dieses Entscheidungsgegenstandes existieren in der Regel Erfahrungen aus der Vergangenheit. Es liegt eine asymmetrische Informationsverteilung vor. Der Patient hat abstrakte Vorstellungen über seine Erkrankung, der Arzt wird grundsätzlich konkrete Vorstellungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie haben. Der Faktor Zeit kann hier als Engpass angesehen werden, denn der Patient hat ein unmittelbares Bedürfnis nach Genesung bzw. Linderung. Der Wert der ärztlichen Leistung ist in Ermangelung eines Preises für den Patienten nur schwer einschätzbar, denn die Kosten trägt üblicherweise die Krankenkasse des Versicherten. Er bleibt in Unkenntnis darüber, ob ggf. eine bessere Leistung zu einem höheren Preis möglich wäre. Es stehen nur eine begrenzte Zahl an Sucheigenschaften zur Verfügung, die nur einen geringen Beitrag zur Entscheidungsfindung liefern. Eine deutlich höher Relevanz werden Erfahrungseigenschaften haben. Selbst wenn die Erfahrungen mit bisherigen Leistungen positiv waren, kann sich ein Patient nicht immer sicher sein, stets die richtige Diagnose und die optimale Therapie erhalten zu haben. Auch über die Qualifikation des Arztes wird nur mit hohem Sachverstand ein Urteil möglich sein.

Beispiel: Nierentransplantation

Die Transplantation (Allotransplantation⁸²) stellt aufgrund der damit verbundenen hohen Risiken⁸³ eine Therapieform dar, die bei lebensbedrohenden Erkrankungen zum Einsatz kommt. Dabei handelt es sich immer nur um eine Art „Reparaturmedizin“.⁸⁴ Das Involvement ist aufgrund des o.g. Risikos sehr hoch und der Informationsbedarf entsprechend groß. Nicht zuletzt aufgrund der Anzahl der beteiligten Institutionen bei einer Nierentransplantation und der Komplexität des Entscheidungsgegenstandes herrscht asymmetrische Information. Die Kommunikationsbeteiligten bei einer Nierentransplantation sind Facharzt, Patient, Dialysezentrum, Transplantationszentrum und Eurotransplant⁸⁵.

- Ein Facharzt stellt die Diagnose ‘drohendes Nierenversagen mit der Notwendigkeit der Dialyse’.

Kommunikation findet zwischen Arzt und Patient statt.

- Der Patient wird regelmäßig in einem Dialysezentrum behandelt. Das Dialysezentrum meldet den Patienten zum Informationsgespräch über die Möglichkeit einer Transplantation an.

Kommunikation findet zwischen Dialysezentrum und Patient statt.

⁸² Allotransplantation bedeutet die Transplantation eines menschlichen Spenderorgans. Das Wortteil ‘allo’ steht für ‘anders’ bzw. ‘fremd’. Vgl. Roche Lexikon Medizin (1984), S. 41.

⁸³ Zu den Risiken gehört vor allem die Abstoßungsreaktion des fremden Organs. Vgl. Ehrenstein, C. (2000b), S. 2.

⁸⁴ Vgl. Ehrenstein, C. (2000a), S. 3.

⁸⁵ Vgl. telefonische Auskünfte des Transplantationsbüros mit Sitz in Berlin [vgl. Müller, E. (2000)]; Schoeppe, W. (1999), S. 19; Holch, C. (1999), S. 1. und auch die Homepage im Internet des Transplantationsbüros [vgl. Transplantationsbüro (2000), S. 1 ff.].

- Im Transplantationszentrum wird der Patient über Chancen, Risiken und Wartezeiten aufgeklärt.

Kommunikation findet zwischen Transplantationszentrum und Patient statt.

- Wird aufgrund eingehender Untersuchungen festgestellt, dass die Transplantation gegenüber der Hämodialyse kein erhöhtes Risiko birgt, wird der Patient bei der Datenzentrale 'Eurotransplant'⁸⁶ für die Transplantation gemeldet.

Kommunikation findet zwischen Transplantationszentrum und Eurotransplant statt.

Der gezeigte Kommunikations- und Informationsablauf macht deutlich, dass die Initiative zur Transplantation bei Verfügbarkeit eines Spenderorgans vom Transplantationszentrum ausgeht.

In Deutschland hoffen jährlich 2000 Menschen vergeblich auf eine Spenderniere⁸⁷. Die Verfügbarkeit von Spenderorganen stellt also einen Engpassfaktor dar. Der Preis als Allokationsinstrument scheidet hier aus, denn es gibt in Europa keinen legalen Markt, auf dem menschliche Organe gehandelt werden. Eine Kommerzialisierung der Organspende wird von der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) abgelehnt⁸⁸. Der Paragraph 17 des Transplantationsgesetzes regelt das Verbot, mit Organen, die einer Heilbehandlung dienen, Handel zu betreiben⁸⁹. Eine finanzielle Vergütung für Spender oder deren Angehörigen gibt es nicht. So soll sichergestellt werden, dass jeder, der ein Spenderorgan benötigt, unabhängig von einer Bezahlung, die gleiche Chance erhält. Die Lebensrettung eines einzelnen darf nicht daran scheitern, dass er die Kosten für ein Spenderorgan nicht aufbringen kann.⁹⁰ Die Kosten, die für die Operation und Nachsorge entstehen, werden durch das Gesundheitssystem getragen⁹¹.

Die Sucheigenschaften beschränken sich auf wenige Aspekte, zum Beispiel die Ausstattung der Institutionen, mit denen der Patient direkten Kontakt hat, und den persönlichen Eindruck über das entsprechende Personal. Ihr Beitrag zur Entscheidungsfindung ist eher gering. Erst nach der Transplantation wird der Patient erfahren, ob sein Körper das Organ annimmt, ob und wie sich sein Zustand verbessert hat und ob evtl. Nebenwirkungen auftreten. Erfahrungseigenschaften haben somit einen sehr hohen Stellenwert. Auch nach der Transplantation nicht oder nur mit erheblichen Aufwand zu evaluieren sind zum Beispiel die Qualifikation der Ärzte und die Qualität der Operationsausführung.

⁸⁶ Es handelt sich hierbei um eine nicht-kommerzielle Organisation, deren Hauptanliegen es ist, die Organtransplantation zu fördern. Die Organisation mit Sitz in Leiden in den Niederlanden, betätigt sich als Vermittler und Koordinator des internationalen Austausches von Organen. Vgl. o.V. (2000a).

⁸⁷ Vgl. Beise, U. (1999), S. 35.

⁸⁸ Vgl. Schoeppe, W. (1999), S. 35.

⁸⁹ Vgl. § 17 Transplantationsgesetz.

⁹⁰ Vgl. Schoeppe, W. (1999), S. 32.

⁹¹ Zum Kostenvergleich zwischen Dialyse und Nierentransplantation vgl. z.B. Schoeppe, W. (1999), S. 36.

6 Konsequenzen für Signaling

Zur Übertragung von Informationen (Signaling) können die Anbieter auf ihr eigenes Angebot durch kommunikative Maßnahmen aufmerksam machen und die Nachfrager ihre Bedürfnisse artikulieren. Anhand der o.g. Beispiele werden abschließend Möglichkeiten des Signaling der Anbieter medizinischer Leistungen vorgestellt.

Signaling der Anbieter von medizinischen Leistungen:

1. Bei den OTC-Produkten greifen prinzipiell alle Möglichkeiten der Kommunikation, wie bei allgemeinen Verbrauchsgütern auch. Sie entziehen sich der Verordnungsentscheidung des Arztes, so dass das Pharmaunternehmen direkt mit dem Endabnehmer bzw. dem Mittler (Apotheken) kommunizieren kann.⁹² Dieser Bereich hat in Deutschland, aber auch in vielen europäischen Nachbarländern bereits seit Ende der 70er Jahre zunehmend Emanzipation erfahren, und wird heute als eigenständige Marktkategorie angesehen⁹³. Entsprechend können Qualitätssignale wie beispielsweise Werbung und Markenbildung oder Garantie eingesetzt werden. Dabei wird das Signal Garantie nur dann kostenwirksam, wenn der Garantiefall auch tatsächlich eintritt, während die anderen Signale unabhängig von der Qualität eines Produktes grundsätzlich Kosten verursachen⁹⁴.

2. Bei der Information über ärztliche Leistungen bzw. das Leistungspotenzial eines Arztes muss grundsätzlich beachtet werden, dass ein Arzt für seine Praxis keine Werbung betreiben darf⁹⁵. Seine Möglichkeiten zum 'Signaling' sind also entsprechend eingeschränkt. Anhand der Einflusskriterien auf das Patientenverhalten (vgl. Tabelle 4) sollen unter Berücksichtigung dieser Einschränkung Signaling-Möglichkeiten des Arztes aufgezeigt werden:

Eigeninitiative des Patienten bei Arztbesuch und Arztwahl

Der Arzt könnte seine Leistungsbereitschaft und sein Leistungspotenzial durch Erinnerungs- (zum Beispiel Kontrolluntersuchung) bzw. Aufforderungsschreiben (Vorsorgeuntersuchung) signalisieren.

Informationsbedarf

Über neue Behandlungsmethoden, Diagnoseverfahren oder Impfungen u.ä. können Ärzte indirekt informieren, indem zum Beispiel Artikel in Lokalzeitungen zu bestimmten medizinischen Fragestellungen veröffentlicht werden.

Zeitdruck

Die Verfügbarkeit der Leistung kann signalisiert werden, indem beispielsweise feste Termine für sogenannte Notfallsprechstunden angeboten werden.

⁹² Vgl. weiterführend z.B. Rassat, J. (1995), S. 374 ff.; Lonsert, M. (1995);

⁹³ Vgl. Rassat, J. (1995), S. 363.

⁹⁴ Vgl. Kirmani, A./ Akshay, R. (2000), S. 69 ff.

⁹⁵ Vgl. Bundesärztekammer (2000c).

Wert (Preis) der Leistung

Eine Möglichkeit, dem Patienten deutlich zu machen, welche Leistung er für welches Gegenleistung erhält, wäre eine Offenlegung der Vergütung durch die Krankenversicherungen. So erhalten Privatpatienten eine Rechnung, die sie dann zur Erstattung bei ihrer privaten Krankenversicherung einreichen. Auf diesem Weg könnte auch bei Kassenpatienten ein Preis-Leistungs-Bewußtsein und evtl. auch Verständnis für die Situation des behandelnden Arztes geschaffen werden. Eine Information über 'Marktpreise' wäre dies aber nicht, denn das Vergütungssystem beinhaltet eine erhebliche Zahl an Plangrößen, die sich dem Einfluss des Arztes entziehen⁹⁶. Die Initiierung solcher Maßnahmen wäre Aufgabe der entsprechenden Landesvertretungen wie beispielsweise die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)⁹⁷.

Involvement

„Der Patient von heute nutzt die vielfältigen Möglichkeiten der Information und entwickelt dadurch eine bestimmte Erwartungshaltung an das Gesundheitswesen.“⁹⁸ In Abhängigkeit vom Grund eines Arztbesuches ist das Involvement des Patienten als mittel bis hoch einzustufen. Für kommunikative Zwecke bedeutet diese Erkenntnis, dass die Informationsneigung groß und das Informationsbedürfnis hoch ist. Der Arzt kann darauf aufbauend Patienteninformationen (zum Beispiel schriftlich im Wartezimmer, mündlich im Beratungsgespräch) zur Verfügung stellen.

Sucheigenschaften

Auch wenn unterstellt wird, dass Sucheigenschaften bei der Arztwahl keine zentrale Relevanz haben, sollte der Arzt bei der Ausstattung der Praxis (Innenarchitektur und Geräte) darauf achten, ein attraktives Umfeld zu schaffen. Gleiches gilt auch für das eigene und das Erscheinungsbild des Praxispersonals (Annehmlichkeit des tangiblen Umfeldes).⁹⁹

Erfahrungseigenschaften

Leistungsbezogene Informationssubstitute tragen bei Erfahrungseigenschaften dazu bei, Unsicherheiten zu reduzieren. Allgemeine gehören zum Beispiel Garantien und Rückgaberechte dazu¹⁰⁰. Diese Instrumente versagen im Fall der ärztlichen Dienstleistung. Ein Arzt wird grundsätzlich keine Garantie auf die Treffsicherheit seiner Diagnosen oder Wirksamkeit der Behandlungsmethoden geben, nicht zuletzt aufgrund zahlreicher externer Faktoren, die Einfluss auf den Behandlungserfolg haben können. Auch eine 'Geld-zurück-Garantie' bei Nichtgefallen eines Dienstleistungsergebnisses schließt sich aus. Es gibt also keine Informationssubstitute dieser Art, die ein Arzt nutzen kann, um einem Patienten bereits vor gemachter Erfahrung die Unsicherheit zu

⁹⁶ Vgl. z.B. Bundesärztekammer (2000b).

⁹⁷ Diese drohte bspw. damit, den Patienten lediglich noch 'Notrezepte' zu verschreiben, wenn das Arzneimittelbudget nicht erhöht werden würde. Leistungen, die darüber hinausgingen, sollten vom Patienten selbst bezahlt werden. Vgl. Spiewak, M. (1999), S. 3.

⁹⁸ Bundesärztekammer (2000a), S. 3.

⁹⁹ Vgl. Stauss, B./ Hentschel, B. (1991), S. 239 f.

¹⁰⁰ Vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 107.

reduzieren und die Entscheidung zu erleichtern. Lediglich die gemachte Erfahrung baut Unsicherheit ab. Dabei muss es sich aber nicht nur um eigene Erfahrungen des Patienten handeln, sondern es können auch Informationen aus persönlichen Quellen (Empfehlungen durch Familie, Freunde, Bekannte) dazu beitragen, quasi indirekte Erfahrungen zu nutzen.

Vertrauenseigenschaften

Ist eine Leistung auch nach der Erbringung abschließend nicht zu beurteilen, spielen leistungsübergreifende Informationssubstitute eine wesentliche Rolle. Dies können zum Beispiel Reputation und Referenzen sein.¹⁰¹ Reputation, also das Ansehen eines Arztes, spielt bei der Arztwahl sicher eine große Rolle. Die Möglichkeiten, Kompetenz in Richtung Patienten zu vermitteln, sind grundsätzlich durch Beratungsgespräche, aber auch durch die Art der Leistungserbringung gegeben. Sie auch nach außen zu signalisieren, sind für diesen Berufsstand eingeschränkt, aber prinzipiell möglich. So könnte sich ein Arzt zu bestimmten Sachfragen öffentlich äußern. Referenzen, zum Beispiel in Form von Empfehlungen durch Ärztekollegen, finden ihren Niederschlag in den Überweisungspraktiken.

Signale, um diese zu beeinflussen, richten sich dann nicht an die Patienten sondern an die entsprechenden Ärzte¹⁰².

Das Gegenteil von Vertrauen ist Misstrauen. Wenn jeder zweite Mitarbeiter im Gesundheitswesen die Auffassung vertritt, dass nicht alle Patienten in Deutschland die Leistungen erhalten, die medizinisch notwendig sind, und drei Viertel der Befragten bei einer Erhebung unter den Lesern des Deutschen Ärzteblattes angeben, dass bereits heute rationiert wird,¹⁰³ ist ein Vertrauensproblem zu vermuten. Die Aufgabe, solch globale Vertrauenskrisen zu überwinden, kann ein einzelner Arzt sicher nicht leisten. Hier sind alle Akteure innerhalb des Gesundheitswesens gefordert, entsprechende Signale (zum Beispiel Transparenz) auszusenden.

3. Bei einer Nierentransplantation kann von einer ‘Verkäufermarktsituation’ gesprochen werden. Die Nachfrage nach bzw. der Bedarf an entsprechenden Spenderorganen übersteigt bei weitem das Angebot¹⁰⁴. Bei Verkäufermärkten wird auch von Verteilungswirtschaft gesprochen. Die Hauptprobleme der Anbieterseite liegen hier beispielsweise im Kapazitätenaufbau, der Beschaffung von Rohstoffen und einer rationellen Produktion¹⁰⁵. Die Notwendigkeit, durch Signaling aus der Masse der Angebote auf die eigenen Leistungen aufmerksam machen zu müssen, ist hier nicht gegeben. Es existiert

¹⁰¹ Vgl. Kuß, A./ Tomczak, T. (2000), S. 107.

¹⁰² Es sind aber auch Fälle bekannt, bei denen Ärzte Patienten an Kollegen überweisen, um aus Kostensicht problematische Fälle einfach nur los zu werden. Solche Maßnahmen haben sicher keinen vertrauensbildenden Charakter. Vgl. z.B. Spiewak, M. (1999), S. 2.

¹⁰³ Vgl. Spiewak, M. (1999), S. 2 f.

¹⁰⁴ Vgl. Beise, U. (1999), S. 35.

¹⁰⁵ Vgl. Schütz, P. (1994), S. 32; Meffert, H. (1986), S. 29 f.; Kotler, P./ Bliemel, F. (1992), S. 19; Meffert, H. (1994), S. 16.

zwar kein Markt für Spenderorgane, dennoch lässt sich diese Terminologie auf das Anwendungsfeld der Transplantationsmedizin übertragen:

- Signale, die sich an den Patienten richten, dienen der Information über ein vorhandenes Angebot, nicht aber dazu, die eigene Leistung von denen der Mitbewerber abzusetzen. Mögliche Informationsquellen sind die Krankenhäuser, die Deutsche Stiftung Organtransplantation und Transplantationszentren.
- Jene Signale, die zum Beispiel an die Wirtschaft, die Politik oder den Staat gerichtet werden, zielen auf finanzielle Zuwendungen oder andere Unterstützungen ab, die zum Aufbau von Kapazitäten (Ausstattung von Transplantationszentren, Ausbildung entsprechender Mediziner, Forschungsförderung usw.) beziehungsweise zu einer rationellen und effizienten Leistungserbringung (rationelle Produktion) beitragen. Als Informationslieferanten kommen hier alle Institutionen im Bereich Organtransplantation in Frage.
- Informationen, die sich an die allgemeine Öffentlichkeit richten, sollen dem Zweck dienen, Sensibilität für das Thema zu erzeugen und die Bereitschaft zur Organspende ('Rohstoffe') zu fördern. Hier wird vor allem der Arbeitskreis Organspende aktiv.

Die Zusammenarbeit der Institutionen im Bereich Organtransplantation in Deutschland fasst die folgende Abbildung 4 zusammen.



Abbildung 4: Zusammenarbeit der Institutionen im Bereich Organtransplantation in der Bundesrepublik Deutschland.

Quelle: Schoeppe, W. (1999), S. 40.

Zur Zeit handelt es sich in diesem Feld also um 'nicht handelbare Güter', weil der Handel aus ethischen und moralischen Gründen ausgeschlossen wird. Veränderungen wären dann zu erwarten, wenn legale alternative Angebote an Spenderorganen vorlägen.

So gibt es im Bereich der sogenannten Xenotransplantationsforschung¹⁰⁶, aber auch der Stammzellenforschung bzw. Stammzellentransplantation¹⁰⁷ intensive Bemühungen, die Allotransplantation durch tierische Spenderorgane und/ oder gentechnisch hergestellte Kunstorgane zu ergänzen oder gar zu ersetzen.

Durch diese Alternativen könnte also ein Markt für Organe entstehen, auf dem verschiedene Unternehmen¹⁰⁸ ihre Produkte anbieten, die von den Transplantationszentren nachgefragt werden. Konkurrierende Technologien hätten dann Auswirkungen auf des Signaling der Anbieter in diesem Markt¹⁰⁹.

Die Tabelle 5 fasst die wesentlichen Ergebnisse dieses Abschnittes zusammen:

| Beispiel | Konsequenzen für Signaling der Anbieter |
|--------------|---|
| OTC-Produkte | Erfordernisse bzw. Möglichkeiten vergleichbar mit kommunikativen Maßnahmen für allgemeine Verbrauchsgüter: - Werbung (Nutzung aller Medien denkbar). - Verkaufsförderung gerichtet an Endverbraucher, Apotheken, Ärzte und Außendienst. - Öffentlichkeitsarbeit für Produkte und Unternehmen. - Sponsoring zum Beispiel im Sport- und Sozialbereich. - Direktmarketing gerichtet an Apotheken, Ärzte. Betonung auf Such- und Erfahrungseigenschaften. |
| Arztbesuch | - Eigeninitiative des Patienten: Erinnerungs- bzw. Aufforderungsschreiben an Patienten. |

¹⁰⁶ Unter Xenotransplantation wird die Übertragung von Geweben und Organen von einer Art auf die andere verstanden. Der Wortstamm 'Xeno = fremd' stammt aus den griechischen. Vgl. Förger, D. (2000), S.3. Zum Begriff vgl. auch Roche Lexikon Medizin (1984), S. 1709. Zu unterscheiden ist zwischen einer sogenannten konkordanten, - die Spezies sind miteinander verwandt (z.B. Maus und Ratte) und einer diskordanten Transplantation, - die Arten liegen stammgeschichtlich weit auseinander (z.B. Schwein und Mensch). Damit die Übertragung von tierischen Organen auf den Menschen erfolgreich möglich ist, müssen i.d.R. mittels Gentechnik Veränderungen beim Spendertiere sowie ggf. beim Empfänger vorgenommen werden. Vgl. Lossau, N. (2000), S. 1; Förger, D. (2000), S. 3. Es wird davon ausgegangen, dass mit dem Klonen von Schweinen die Wissenschaft diesem Ziel ein großes Stück näher gekommen ist (vgl. Lossau, N. (2000), S. 1).

„Mit Hilfe der Gentechnik könnte es .. möglich werden, Organe aus gentechnisch modifizierten Schweinen ... ohne Lieferengpässe für Transplantationen zu nutzen“ Lossau, N. (2000), S. 1. Schweine gelten als ideale Organspender für den Menschen, da ihre Organe bei vergleichbaren Größe ein ähnliches Leistungsprofil aufweisen. Ferner wurden bereits erfolgreich Inselzellen der Bauchspeicheldrüse, Herzklappen, fötale Nervenzellen und Haut von Schweinen auf Menschen übertragen. Vgl. Förger, D. (2000), S. 3; Beise, U. (1999), S. 35.

¹⁰⁷ In der Stammzellenforschung wird versucht, sogenannte totipotente Zellen zu züchten, die in der Lage sind, für jedes Organ des menschlichen Körpers ein genetisch identisches Ersatzprodukt herzustellen. Bei der Produktion von Blutgefäßen und Herzklappen konnten auf diesem Gebiet schon erste Erfolge verzeichnet werden. Organe von großer Komplexität wie Nieren oder Leber lassen sich bis jetzt aber noch nicht produzieren. Vgl. BATS (2000).

¹⁰⁸ Im Bereich Xenotransplantation wären dies zum Beispiel Imutran (eine Tochter von Novartis) und die schottische Biotechnikfirma PPL Therapeutics, der es erstmals gelungen ist, Schweine zu klonen [vgl. Lossau, N. (2000), S. 1].

¹⁰⁹ Kommunikation über eigenes Angebot in Konkurrenz zu anderen Organproduzenten und zu menschlichen Spenderorganen.

| | |
|-----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Informationsbedarf: Information des Arztes über 'neutrale' Medien zu medizinischen Fragen. - Zeitdruck: Leistungsbereitschaft signalisieren durch zum Beispiel Notfallsprechstunden. - Wert der Leistung: Kostentransparenz für Patienten herstellen. - Involvement: Wird im allgemeinen als hoch einzuschätzen sein, so dass der Arzt den Patienten im Gespräch, aber auch in Schriftform seinen Bedürfnissen entsprechend informiert. - Sucheigenschaften: Ausstattung der Praxis und Erscheinungsbild des Praxispersonals. - Erfahrungseigenschaften: Beförderung von Erfahrungen Dritter (indirekte Erfahrung durch positive Mund-zu-Mund-Propaganda). - Vertrauenseigenschaften: Aufbau und Pflege von Reputation, Kommunikation von Referenzen durch Dritte (Überweisung durch Ärztekollegen), Abbau von Misstrauen. |
| Nierentransplantation | <ul style="list-style-type: none"> - Signale an Patienten zur Bildung von Vertrauen und Abbau von Ängsten durch Information. - Signale an Wirtschaft, Politik oder Staat zum Einwerben finanzieller Zuwendungen und anderen Unterstützungen. - Signale an die allgemeine Öffentlichkeit zwecks Akzeptanz und Bereitschaft zur Organspende. |

Tabelle 5: Beispiele für Konsequenzen für das Signaling der Anbieter im Gesundheitswesen.

7 Schlussbetrachtung

Es wurde gezeigt, dass das Käuferverhalten auf dem Gesundheitsmarkt eigene Charakteristika aufweist. So ist der Anteil an Impulskäufen extrem gering. Habitualisiertes Verhalten spielt dort eine Rolle, wo das wahrgenommene Risiko für den Patienten niedrig ist und/ oder wo sich Routinen entwickelt haben (zum Beispiel OTC-Produkte). Der größte Teil medizinischer Leistungen hat für den Patienten eine so hohe Relevanz, dass von limitierten und sehr oft auch extensiven (Kauf-)Entscheidungsprozessen auszugehen ist. In diesem Fall kommt dem Abbau von asymmetrischer Information eine wichtige Rolle zu. Die Weitergabe von sachlicher und möglichst umfassender Information ist ein Weg, um Informationsdefizite und damit Unsicherheiten bei den Patienten abzubauen. Allerdings gibt es im Gesundheitswesen hierbei Einschränkungen, wie gezeigt wurde. So besteht ein grundsätzliches Werbeverbot für Ärzte und andere medizinische Dienstleister. Es wurde anhand von Beispielen verdeutlicht, welche alternativen bzw. zusätzliche Möglichkeiten die Akteure haben, über die eigenen Leistungen zu informieren.

Die im Zusammenhang mit Erfahrungseigenschaften und Vertrauenseigenschaften immer wieder genannten Informationssubstitute wie Garantie und Rückgaberechte sowie Reputation, Referenzen und Marken, erzielen im Gesundheitswesen nur eine eingeschränkte Wirkung. Vor allem die Garantie wird nicht allein dazu in der Lage sein, Vertrauen zu schaffen, denn es geht um das Gut Gesundheit.

Abstract

In the health care market buying behavior has its own characteristics. Impulsive buying decisions are rare, and routinized behavior only applies when the perceived risk for the patient is low. Most of the decisions will be extended ones. Thus, the reduction of asymmetric information plays the key role, but there are restrictions with regard to certain signals. For example, there are strict rules with regard to communicating with patients. Differentiating between different categories of patients' decisions we have shown consequences for signaling. We discussed several examples to demonstrate the relevance of signaling instruments.

8 Literaturverzeichnis

- Amelung, V.; Schumacher, H.* (2000): *Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 2. Auflage, Wiesbaden.
- Arnold, M.* (1995): Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung - Notwendigkeit, Möglichkeiten und Chancen einer tiefgreifenden Reform, in: Lonsert, M.; Preuß, K.-J.; Kucher, E. (Hrsg.): *Handbuch Pharma-Management*, Band 1, Wiesbaden, S. 29-59.
- BATS* (2000): Biosicherheitsforschung und Abschätzung von Technikfolgen des Schwerpunktprogramms Biotechnologie: II. Forschungs- und Anwendungsbereiche der Stammzellentherapie, Online im Internet, URL: <http://www.bats.ch/publications/stammzellenreport/05.htm>, Stand 15.12.2000.
- Bagus, J.* (1989): *Patient - Arzt - Staat: Nachfrageprozesse und Preisbildung im Gesundheitswesen*, Bayreuth.
- Bahnsen, U.* (2000): Der Patient als Kunde, in: *Die Zeit*, Jg. 55, Nr. 47, 16.11.2000, S. 37.
- Bänsch, A.* (1996): *Käuferverhalten*, 7. Auflage, München, Wien.
- Bauer, R.* (1960): Consumer Behavior as Risk Taking, in: Hancock, R. (Hrsg.): *Dynamic Marketing for a Changing World*, Proceedings of the 43rd Conference of the American Marketing Association, Chicago, S. 389 ff.
- Bebié, A.* (1978): *Käuferverhalten und Marketingentscheidung*, Wiesbaden.
- Beise, U.* (1999): Schwein gehabt? Die Risiken bei der Übertragung tierischer Organe auf den Menschen scheinen geringer als erwartet, in: *Die Zeit* vom 02.09.1999, Jg. 54, Nr. 36, S. 35.
- Bletzer, S.* (1998): *Pharma-Unternehmen und Gesundheitsmanagement: Strategische Diversifizierung durch Dienstleistungen*, Wiesbaden.
- Böcker, F.* (1987): *Marketing*, 2. Auflage, Stuttgart, New York.
- Bundesärztekammer* (2000a): Eckpunkte für ein patientengerechtes Gesundheitswesen, Online im Internet, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/bak/owa/idms.show?key=eckpunkte>, Stand 22.11.2000.
- Bundesärztekammer* (2000b): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, Online im Internet, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de>, Stand 03.12.2000.

- Bundesärztekammer* (2000c): Ärzte können ihre Patienten besser informieren: Ärzteparlament beschließt Novellierung der Berufsordnung, Online im Internet, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de>, Stand 03.12.2000.
- Cox, D.* (1967): Risk Handling in Consumer Behavior, in: Cox, D. (Hrsg.): Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior, Boston.
- Crisand, M.* (1996): Pharma-Trends und innovatives Pharma-Marketingmanagement: Strategische Neuausrichtung einer ärztegerichteten Marketingkonzeption, Wiesbaden.
- Darby, M.; Karni, E.* (1973): Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, in: *Journal of Law and Economics*, Vol. 16, S. 67-88.
- Ehrenstein, C.* (2000a): Herz und Niere sind gut geeignet, in: *Die Welt* vom 16.03.2000, S. 3.
- Ehrenstein, C.* (2000b): Organe aus der Retorte: Stammzellen als Ersatzteillager gelten als Alternative zur Xenotransplantation, in: *Die Welt* vom 16.03.2000, S. 2.
- Ertel, R.* (1986): Was sind Dienstleistungen. Definitivische Anmerkungen, in: Pestel, E. (Hrsg.): *Perspektiven der Dienstleistungswirtschaft*, Göttingen, S. 15-23.
- Förger, D.* (2000): Schweine als Lebensretter: Schon um die Jahrhundertwende wurden Tierorgane verpflanzt; in *Die Welt* vom 16.03.2000, S. 3.
- Gäfigen, G.* (1990): *Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen*, Baden-Baden.
- Heicapell, R.* (2000): Das Netz der Mündigen: Gesundheitsinformationen aus dem Internet nützen Patienten und Ärzten, in: *Die Zeit*, Jg. 55, Nr. 74, 16.11.2000, S. 43.
- Hoffmann, W.* (1999): Verkrustete Strukturen: Die geplante Gesundheitsreform soll die Krankenversorgung straffer organisieren - auch mit Hilfe der Hausärzte, in: *Die Zeit*, Jg. 54, Nr. 9, 25.02.1999, S. 28.
- Hoffmann, W.; Martens, E.* (1999): Das gibt ein Chaos: Zeit-Gespräch mit Ärztechef Winfried Schorre über die Gesundheitsreform, in: *Die Zeit*, Jg. 54, Nr. 10, 04.03.1999, S. 21.
- Hohensohn, H.* (1998): *Patientenorientiertes Pharmamarketing: Kommunikation und Entscheidungsverhalten am Markt für verschreibungspflichtige Medikamente*, Wiesbaden.
- Howard, J.; Sheth, J.* (1969): *The Theory of Buyer Behavior*, New York et al.
- Howard, J.* (1977): *Consumer Behavior: Applikations of Theory*, New York et al.
- Jeschke, H.* (1995): Private Krankenhausketten - Ein Lösungsansatz zur Dämpfung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Lonsert, M./ Preuß K.-J./ Kucher, E. (Hrsg.): *Handbuch Pharma-Management: Band 1*, Wiesbaden, S. 119-131.

- Kaas, K.* (1990): Marketing als Bewältigung von Informations- und Unsicherheitsproblemen im Markt, in: Die Betriebswirtschaft, Jg. 50, H. 4, S. 539-548.
- Kaesbach, W.; Schönbach, K.-H.* (1995): Perspektiven der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Lonsert, M.; Preuß, K.-J.; Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management, Band 1, Wiesbaden, S. 61-80.
- Kirmani, A.; Akshay, R.* (2000): No Pain, No Gain: A Critical Review of the Literature on Signaling Unobservable Product Quality, in: Journal of Marketing, Vol. 64, April 2000, S. 66-79.
- Kotler, P.; Bliemel, F.* (1992): Marketing-Management, 7. Auflage, Stuttgart.
- Kozińska, W.* (1995): Jurifizierung der Medizin, in: Lonsert, M.; Preuß, K.-J.; Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management, Band 2, Wiesbaden, S. 993-1008.
- Kroeber-Riel, W.* (1990): Konsumentenverhalten, 4. Auflage, München.
- Kroeber-Riel, W.; Weinberg, P.* (1996): Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München.
- Kuß, A.* (1987): Information und Kaufentscheidung, Berlin, New York.
- Kuß, A.* (1991): Käuferverhalten, Stuttgart.
- Kuß, A.; Tomczak, T.* (2000): Käuferverhalten, 2. Auflage, Stuttgart.
- Lonsert, M.* (1995): Direct-to-Consumer-Marketing in der pharmazeutischen Industrie - Möglichkeiten und Grenzen eines Relationship-Marketing mit Arzneimittel-Konsumenten, in: Lonsert, M.; Preuß, K.-J.; Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management, Band 1, Wiesbaden, S. 337-359.
- Lossau, N.* (2000): Geklonte Schweine liefern Organe für Menschen, in: Die Welt vom 15.03.2000, S. 1.
- Maslow, A.* (1943): A Theory of Human Motivation, in: Psychological Review, Vol. 50, S. 370-396.
- Meffert, H.* (1986): Marketing, 7. Auflage, Wiesbaden.
- Meffert, H.* (1994): Was kann der Motor Marketing leisten?, in: Absatzwirtschaft, Jg. 37, Sondernummer Oktober 1994, S. 16-30.
- Meffert, H.; Bruhn, M.* (1995): Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden.
- Müller, E.* (2000): Telefongespräch mit der Administratorin des Transplantationsbüros des Universitätsklinikums Benjamin Franklin, vom 29.05.2000.

- Nelson, P.* (1970): Information and Consumer Behavior, in: Journal of Political Economy 78, S. 311-329.
- Neugebauer, G.* (1996): Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung: Normierung - Inhalt - Konkretisierung, Berlin.
- Niejahr, E.* (2000): Mut zur harten Kur, in: Die Zeit, Jg. 55, Nr. 21, 18.05.2000, S. 23-24.
- o.V.* (2000a): Online im Internet <http://www.medizin.fu-berlin.de/transplantation/> vom 26.05.2000.
- o.V.* (2000b): Konsequenzen aus der neuesten Entwicklung der Rinderseuche BSE, Online im Internet <http://www.bmggesundheits.de/themen/verbr/bse/bml-bmg.htm>.
- o.V.* (2000c): Rinderwahnsinn - wie gross ist die Gefahr bei uns?, Online im Internet <http://www.dialog-gesundheit.de/indialog/Interview/Interview38.htm>.
- o.V.* (2000d): Creutzfeldt-Jakob-Krankheit: weitere Risikovorsorge bei Blutspenden, Online im Internet <http://www.mbggesundheits.de/presse/2000/2000/102.htm>.
- Rassat, J.* (1995): OTC / SM-Switch von ethischen und semi-ethischen Produkten als Antwort auf gesetzliche Restriktionen, in: Lonsert, M.; Preuß, K.-J.; Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management, Band 1, Wiesbaden, S. 361-386.
- Roche Lexikon Medizin* (1984), hrsg. Hoffmann-La Roche AG und Urban & Schwarzenberg, München et al.
- Schoeppe, W.* (1999): Organspende rettet Leben! Antworten auf Fragen, herausgegeben vom Arbeitskreis Organspende, Neu-Isenburg.
- Schütz, P.* (1994): Die Lebenszyklen des Marketing, in: Absatzwirtschaft, Jg. 37, Sondernummer Oktober 1994, S. 32-36.
- Seibel, W.* (1997): Der Nonprofit Sektor in Deutschland, in: Badelt, C. (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation - Strukturen und Management, Stuttgart, S. 19-34.
- Spence, M.* (1976): Informational Aspects of Market Structure: An Introduction, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 90, S. 591-597.
- Spiewak, M.* (1999): Teure Patienten unerwünscht, Online im Internet, URL: http://www.zeit.de/1999/46/199946_gesundheitswesen.htm, Stand 22.11.2000.
- Spremann, K.* (1988): Reputation, Garantie, Information, in: ZfB, 58. Jg., Heft 5/6, S. 613-627.
- Statistisches Bundesamt Deutschland* (2000a): Ausgaben für Gesundheit, Online im Internet, URL: <http://194.95.119.6/basis/d/gesu/gesutab4.htm>, Stand 22.11.2000.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2000b): Gesundheitswesen, Online im Internet, URL: <http://194.95.119.6/basis/d/gesu/gesutxt.htm>, Stand 22.11.2000.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2000c): Ausgaben für Gesundheit 1997 nach Leistungsträgern, Online im Internet, URL: <http://194.95.119.6/basis/d/gesu/gesugra2.htm>, Stand 22.11.2000.

Stauss, B. (1989): Beschwerdepolitik als Instrument des Dienstleistungsmarketing, in: GfK - Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung, Nr. 1, S. 41-62.

Stauss, B.; Hentschel, B. (1991): Dienstleistungsqualität, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Jg. 20, H. 5, S. 238-244.

Topritzhof, E. (1974): Modell des Kaufverhaltens: Ein kritischer Überblick, in: Hansen, H. (Hrsg.): Computergestützte Marketing-Planung, München, S. 35-73.

Transplantationsbüro (2000): 'Das Transplantationsbüro' und 'Zusammenarbeitende Institutionen', <http://www.medizin.fu-berlin.de/transplantation/> vom 26.05.2000, S.1-2 und S. 1-6.

Transplantationsgesetz vom 05.11.1997 (BGBl. I S. 2631).

Trommsdorff, V. (1993): Konsumentenverhalten, Berlin et al.

Versteegen, U.; Brennecke, B. (1995): Der Stellenwert des Arzneimittels in der Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts, in: Lonsert, M.; Preuß, K.-J.; Kucher, E. (Hrsg.): Handbuch Pharma-Management, Band 1, Wiesbaden, S. 3-28.

Weiber, R.; Pohl, A. (1995): Nachfragerverhalten bei technologischen Innovationen: Herausforderung für das Marketing-Management, in: Zahn, E. (Hrsg.): Handbuch Technologiemanagement, Stuttgart.

Weinberg, P. (1981): Das Entscheidungsverhalten der Konsumenten, Paderborn et al.

Weisenfeld, U. (1989): Die Einflüssen von Verfahrensvariationen und der Art des Kaufentscheidungsprozesses auf die Reliabilität der Ergebnisse bei der Conjoint Analyse, Berlin.

Weisenfeld-Schenk, U. (1997): Die Nutzung von Zertifikaten als Signal für Produktqualität: Eine informationsökonomische Betrachtung, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Jg. 67, H. 1, S. 21-29.

Wüsthof, A. (2000): Kranke Saboteure, in: Die Zeit, Jg. 55, Nr. 22, 25.05.2000, S. 35.

Zeithaml, V.; Parasuraman, A.; Berry, L. (1985): Problems and Strategies in Services Marketing, in: Journal of Marketing, Nr. 2, S. 33-46.

Zimbardo, P. (1995): Psychologie, 6. Auflage, Berlin et al.

