

Buchner, Dietrich

Article — Digitized Version

Mediastrategische Forschung aus der Sicht der Kommunikationsforschung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Buchner, Dietrich (1968) : Mediastrategische Forschung aus der Sicht der Kommunikationsforschung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 48, Iss. 4, pp. 221-228

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/133835>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Mediastrategische Forschung aus der Sicht der Kommunikationsforschung

Dr. Dietrich Buchner, Lausanne

Dieser Aufsatz bezieht sich auf die Mediaforschung für die pharmazeutische Werbung. Er mag aber ebenfalls als Kritik an der allgemeinen Mediaforschung aufgefaßt werden.

PROBLEMSTELLUNG

Bei jeder Werbekampagne steht der dafür verantwortliche Leiter immer wieder vor derselben Frage, welche Werbemittel bzw. Kommunikationskanäle er zweckmäßigerweise in welcher Proportion einsetzt. Zweckmäßigerweise kann hier nur optimal heißen im Sinne eines ökonomischen Optimums. Über eine Frage scheint weitgehende Übereinstimmung zu herrschen, daß es nämlich nicht optimal sein kann, lediglich ein einziges Werbemittel einzusetzen, wie z. B. nur Inserate, wenn nicht Ausnahmebedingungen gegeben sind.¹⁾ Daraus entstehen aber die Fragen:

- Welche Werbemittel, Werbeträger, Informationskanäle usw., also Medien, sollen überhaupt eingesetzt werden?
- In welcher Proportion sollen sie eingesetzt werden?

Kann die sogenannte Mediaforschung in ihrer konventionellen Form der pharmazeutischen Werbung dazu entscheidungsrelevante Daten liefern?

ABGRENZUNG

Wir wollen aus technischen Gründen sowohl, als auch aus materiellen Gründen, folgende Einengung unserer Erörterungen vornehmen: Erstens beschränken wir uns auf die pharmazeutische Werbung gegenüber dem Arzt. Unsere Diskussion bezieht sich also nur auf das Interaktionssystem Unternehmen — Arzt. Zweitens möchten wir uns nicht auf eine Diskussion einlassen, wie nun Werbung gegenüber anderen Bereichen, wie Public Relations, Verkaufsförderung, Akquisition u. a.,

abzugrenzen ist. Alle diese Bereiche haben die Funktion der Übermittlung von Inhalten vom Unternehmen zum Arzt. Sie stehen, wie wir zeigen werden, in Abhängigkeit zueinander und müssen somit als ein komplexes Kommunikationssystem angesehen werden, selbst wenn in den Unternehmungen aus praktisch organisatorischen Gründen nach diesen verschiedenen Funktionen differenziert wird.

In der Tat besteht die Gefahr, daß gerade durch diese Differenzierung das „Töpfchendenken“ zu stark gepflegt wird, so daß die notwendige Gesamtkoordination der Mediastrategie erschwert wird, indem sie in die Abhängigkeit von Machtpositionen der Töpfchendenker geraten. Die Rückwirkungen auf die Markt- und Mediaforschung kann man erahnen, wenn man die vielen Spezialuntersuchungen den wenigen Grundsatzuntersuchungen gegenüberstellt.

AUF EIN EINZELNES MEDIUM BEZOGENE ANALYSEN

Da kaum bestritten werden kann, daß alle solche absatzpolitischen Aktivitäten „werbliche Funktionen“ erfüllen sollen, gestatten wir uns, hierfür den Begriff der „pharmazeutischen Werbung“ als Oberbegriff zu wählen, u. a. auch deshalb, weil er handlicher ist als der sicherlich exaktere Begriff der „pharmazeutischen absatzpolitischen Kommunikation“. Die „wissenschaftlichen Informatoren“, die Ärztebesucher, die Verkaufsförderer und die Public Relations-Experten werden um Verständnis gebeten, wenn ihre Tätigkeit unter Werbung subsumiert wird. Unser Problem ist kein formal begriffliches, sondern ein materielles und ein forschungstechnisches. Insofern dehnen wir unsere Erörterungen auf Funktionen aus, die oft nicht als Werbung bezeichnet werden. Die traditionelle Mediaforschung liefert Daten unterschiedlicher Art, die im Hinblick auf unsere Fragestellung nach der optimalen Kombination von Medien zu untersuchen sind.

¹⁾ Das ist das gemeinsame Ergebnis aller hierzu angestellten Untersuchungen: Der Arzt informiert sich nicht lediglich aus einer Quelle, sondern aus mehreren. Der Durchschnittswert liegt bei etwa 3 Informationsquellen.

²⁾ Z. B. Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski (Hrsg.): Die Leser der Zeitschriften *Ärztliche Praxis*, *Ärztliche Praxis im Bild / Visum*, *Euromed* und *pro medico*, München o. J.; Springer-Verlag: *Der Internist — Leserbefragung*, Berlin o. J.

Eine erste Klasse von Mediauntersuchungen beschränkt sich auf jeweils eine spezielle Fachzeitschrift und deren Leserschaft.²⁾ Solche Untersuchungen werden gelegentlich „qualitative Leseranalysen“ genannt, ein Begriff, der unseres Erachtens irreführend ist.³⁾

Eine Aussagefähigkeit für unser Problem ist bei diesen Analysen nicht vorhanden. Der Untersuchungsansatz bezieht sich hier lediglich auf die Frage der Strukturierung der Leserschaft der jeweiligen Zeitschrift, der Verbreitung bei bestimmten Ärzteguppen und auf Attitudenmessungen gegenüber der Zeitschrift, der Verbreitung bei bestimmten Ärzteguppen und auf Attitudenmessungen gegenüber der Zeitschrift. Aber solche Ergebnisse haben weder für unsere Problemstellung noch für irgendeine andere Problemstellung der Media-Auswahl irgendeine Aussagefähigkeit. Diese ist erst dann gegeben, wenn neben den Leserdaten der Zeitschrift noch solche der Gesamtpopulation erhoben werden, wenn also die Leserdaten mit denen aller Ärzte verglichen werden können.⁴⁾

VERGLEICHE INNERHALB EINER MEDIENKATEGORIE

Ein zweiter Untersuchungsansatz beschränkt sich auf mehrere Fachzeitschriften⁵⁾, also auf eine Kategorie von Medien, die als vergleichbar angesehen werden. Diese Erhebungen liefern Daten, wie z. B. Reichweitzahlen, die für die jeweiligen Zeitschriften einzeln ausgewiesen und als vergleichende Kennzahlen benutzt werden. Insofern handelt es sich um Leistungsdaten der Zeitschriften, die bei vorhandener Substitutionsmöglichkeit Aufschluß darüber geben, in welcher der verglichenen Zeitschriften Inserate kostengünstiger placiert werden können. Diese Frage ist im Entscheidungsprozeß des Mediastrategen zeitlich der von uns gestellten Frage nachgeordnet, auf die diese Klasse von Untersuchungen auch keine Antwort geben kann.⁶⁾

VERGLEICHE VERSCHIEDENER KATEGORIEN VON MEDIEN

Die beiden soeben beschriebenen Typen von Mediauntersuchungen sind — sofern sie für die pharmazeutische Werbung Belang haben — reine Zeitschriftenuntersuchungen. Sie beschränken sich auf diese eine Kategorie. Der nun zu diskutierende Untersuchungstyp bezieht sich jedoch auf verschiedene Medien, wie z. B. Zeitschriften, Prospekte, Werbebriefe, Hauszeit-

schriften, Arztbesucher, Ärztekollegen, Seminare und andere Kommunikationskanäle. Diese werden vergleichend dargestellt. Hier wird also das Problem angeschnitten, das wir uns gestellt haben. Die Lösungen, die die konventionelle Mediaforschung hierzu anbietet, sind in der technischen Durchführung unterschiedlich, im Prinzip aber gleich. Letzten Endes laufen diese Untersuchungen auf die Frage an den Arzt hinaus, aus welchen Quellen er seine Informationen über pharmazeutische Produkte bzw. Unternehmen bezieht. Die Fragen werden direkt⁷⁾ oder indirekt⁸⁾ gestellt, indem man den Arzt bittet, die verschiedenen Informationsquellen durch Punktverteilungen, Diskriminationstechniken usw. zu bewerten. Die Ergebnisse solcher Erhebungen werden in Rangfolgen dargestellt, die z. B. so aussehen, daß 60% der Ärzte sich durch Fachzeitschriftenartikel, 7% durch Inserate u. a. informieren wollen.

Der Mediastrategie müßte nun, wollte er sich nach diesen Daten verhalten, wesentlich mehr Geld in seine Public Relations-Bemühungen stecken, als er es tatsächlich tut. Daß sich Mediastrategen aber gerade nicht so verhalten, weist nach, daß sie die Daten so bewerten, wie sie zu bewerten sind: als Ergebnisse der Messungen von Attitüden mit ausgeprägt normativer Disposition, nicht jedoch von Attitüden mit ausgeprägt verhaltensbestimmender Disposition oder gar als Verhaltensmessungen. Mit anderen Worten: In den Entscheidungsprozeß werden ergänzende Annahmen eingeführt, was zur Folge hat, daß die Entscheidungen nicht selten und nicht zu Unrecht die Ergebnisse dieser Art von Mediaforschung scheinbar auf den Kopf stellen, was sie im Grunde überflüssig macht.

Überdies ergibt sich hier das Phänomen, daß die auf diesem Wege erhaltenen Rangfolgen der verschiedenen Informationsquellen nicht eindeutig sind⁹⁾, was jede Entscheidung, die sich auf solche Daten stützen wollte, in das Dilemma führt, erst einmal festlegen zu müssen, welche Rangfolge die gültige sein soll. Man kann diese unterschiedlichen Rangfolgen nun nicht allein daraus erklären, daß sie zu verschiedenen Zeitpunkten bzw. in verschiedenen Märkten erhoben sind.¹⁰⁾ Das Phänomen stellt sich nämlich auch in raum-zeitlich nahezu identischen Erhebungen ein, wenn man nur leicht differenzierte Fragestellungen vornimmt.

Damit könnten wir das Problem mit dem Hinweis auf die unterschiedliche Ausgestaltung der Erhebungstechniken abtun. Wir würden dann aber keine andere

³⁾ Der Begriff „qualitative Leserbefragung“ ist deshalb irreführend, als er sich nicht auf die Analyse bezieht, die immer quantitativ ist, sondern auf die Merkmale, die die Analyse zum Gegenstand hat, die z. T. qualitativ, aber wohl nie ausschließlich qualitativ sind. Im übrigen haben die hiervon unterschiedenen „quantitativen Leseranalysen“ auch nicht nur quantitative Merkmale zum Gegenstand.

⁴⁾ Hier ist uns für die pharmazeutische Werbung kein Beispiel bekannt geworden. Aus der großen Zahl der allgemeinen Erhebungen dieses Typs seien genannt z. B. *Readers Digest* (Hrsg.): *Sieben Länder Untersuchung*, 1963; *Dies s.* (Hrsg.): *The New Far East, Hongkong 1966*; *Die Welt* (Hrsg.): *Konsumgewohnheiten und Konsumstil der Oberschicht*, Hamburg 1967.

⁵⁾ Z. B. Institut für Werbeforschung der EMNID GmbH.: *Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften*, Bielefeld 1963.

⁶⁾ Auch die heute modernen Kumulationsuntersuchungen können hier nicht weiterhelfen.

⁷⁾ Z. B. *Werk-Verlag*, s. Anm. 2), S. 13 u. a. Diese Erhebung beschränkt sich nur auf die Leser der angegebenen Zeitschriften.

⁸⁾ Z. B. Theodore Caplow und John J. Raymond: *Factors Influencing the Selection of Pharmaceutical Products*. In: *Journal of Marketing*, 19. Jg., Juli 1954, S. 18; ebenfalls nach persönlicher Information vertrauliche Untersuchungen in der BRD.

⁹⁾ Eine Ausnahme macht hier der Arztbesucher, der bei den Rangfolgen in der Spitze rangiert.

¹⁰⁾ Dietrich Buchner: *Hauszeitschriften für Ärzte*. Stuttgart, Poeschel 1967. Hier wird eine ausführlichere Diskussion dieser Problematik vorgenommen, S. 218 ff.

Erklärung finden, warum bei unterschiedlicher Fragestellung, die sich auf dasselbe Verhalten bezieht, der Arzt unterschiedlich reagiert, als daß er es tut. Damit würden wir eine Chance vergeben, die für unsere Analyse sehr wesentlich ist zu nützen.¹⁰⁾

Zunächst sei aber auch hier der Hinweis erlaubt, daß dieser Untersuchungsansatz dem Mediastategen nicht erlaubt, die Daten zur Grundlage seiner Kombination von verschiedenen Medien zu machen.

Damit erschöpfen sich aber im Prinzip die Daten, die die traditionelle Mediaforschung der pharmazeutischen Werbung im Hinblick auf unser Problem verfügbar macht. Dabei haben wir nicht übersehen, daß diese Daten — teilweise — in verschiedenen Dimensionen analysiert sind, was sie für bestimmte Zwecke aussagefähiger macht, als das aus dem hier gegebenen groben Umriß hervorgehen mag.

OPTIMALE KOMBINATION VON MEDIEN

Unter optimaler Kombination von Medien¹¹⁾ soll hier verstanden werden, daß der Fächer der Informationsquellen sich dem Arzt so bietet, wie er sich ihn wünscht im Sinne seiner Verhaltensdispositionen. Nur dann, wenn die Struktur der Medienkombination dem Rezeptionsverhalten¹²⁾ des Arztes angepaßt ist, liegt ein Optimum vor, da in diesem Fall die geringste Fehlsteuerung vorhanden ist.

Nun mag man dazu neigen, eine für die pharmazeutische Werbung allgemeingültige, optimale Kombination von Medien zu suchen. Eine solche Suche wird jedoch ergebnislos bleiben, da es eine allgemeingültige, optimale Kombination nicht geben kann. Diese für die pharmazeutische Werbung und deren Mediastrategie entscheidende Fragestellung ist nämlich für unterschiedliche Dimensionen unterschiedlich zu beantworten. Das heißt aber, daß je nach Bedingung (Dimension) eine andere Kombination zweckmäßig (optimal) ist. Die Ursache liegt darin, daß der Arzt in unterschiedlichen Bedingungen sich unterschiedlicher Informationsquellen bedient. Das ist die erste Feststellung, die sich aus den Ergebnissen der Kommunikationsforschung ableiten läßt. Sie erklärt auch, warum bei der dritten Klasse der Mediauntersuchungen unterschiedliche Rangfolgen herauskommen.

Dem könnte man entgegenhalten, daß hier eine Selbstverständlichkeit ausgesprochen wird und daß es die Aufgabe der Forschung wäre, gerade herauszufinden, welchen generellen Mustern das Rezeptionsverhalten des Arztes unterliegt. Das ist auch unsere Auffassung, nur können wir nicht zustimmen, wenn man diesem Prinzip die Entscheidungsrelevanz opfert. Die Mediaforschung hat sich an den Entscheidungsbe-

dingungen zu orientieren, und diese bedürfen einer spezifischeren Analyse, wenn man fordert, daß die Daten in die Entscheidung eingehen sollen.

Somit ergeben sich die folgenden notwendigen Schritte:

- Erstens sind die Dimensionen zu klären, unter denen überhaupt unterschiedliches Rezeptionsverhalten auftritt.
- Zweitens ist festzustellen, inwieweit diese unterschiedlichen Bedingungen für die mediastategischen Entscheidungen der pharmazeutischen Werbung bedeutsam sind.
- Drittens sind, bezogen auf jeweils unterschiedliche Bedingungen, die typischen Verhaltensmuster der Rezeption werblicher Inhalte beim Arzt festzustellen.

Wir können hier allenfalls den ersten Schritt tun, da der zweite und der dritte Schritt nur empirisch zu unternehmen sind. Die Kommunikationsforschung hat eine Reihe von Ergebnissen geliefert, die es erlauben, Dimensionen darzustellen, in denen unterschiedliches Rezeptionsverhalten des Arztes auftritt. Wir müssen dabei Unvollständigkeiten in Kauf nehmen, da die Kommunikationsforschung nicht primär Entscheidungsforschung ist.

DIAGNOSTIZIERTE KRANKHEIT

Menzel und Katz haben 1954 mit Unterstützung der Chas. Pfizer u. Co. eine Pilot-Studie durchgeführt, in die sie 83% aller Ärzte (abs. = 33) einer Stadt mit 30 000 Einwohnern einbezogen.¹³⁾ Eine der untersuchten Fragestellungen behandelt die unterschiedliche Beanspruchung von Informationsquellen bei unterschiedlichen Krankheitsbedingungen. Fassen wir die Ergebnisse für die beiden Kategorien der kommerziellen Informationsquellen (Quellen der pharmazeutischen Industrie) und der professionellen Informationsquellen (Quellen innerhalb der Medizin: Kollegen, Fachzeitschriften usw.) zusammen, dann erhalten wir Tabelle 1.

Tabelle 1

Die Benutzung von kommerziellen und professionellen Informationsquellen durch den Arzt bei akuten und bei chronischen Krankheitsbedingungen (n = 33)
(in %)

	akute Krankheits-Bedingungen	chronische Krankheits-Bedingungen
Kommerzielle Informationsquellen	56	44
Professionelle Informationsquellen	33	54
Restkategorie (nicht zuzuordnen)	10	2

Quelle: Herbert Menzel und Elihu Katz: Social Relations and Innovation in the Medical Profession. In: Public Opinion Quarterly, 19. Jg., 1955, S. 337.

13) Herbert Menzel und Elihu Katz: Social Relations and Innovation in the Medical Profession. The Epidemiology of a New Drug. In: Public Opinion Quarterly, 19. Jg., 1955, S. 337.

11) Der Begriff „Medium“ ist nicht ganz exakt, er wird aber aus praktischen Gründen als Oberbegriff verwendet für: Werbemittel, Kommunikationskanäle bzw. Kommunikationswege, Informationsquellen u. a.

12) Rezeption umfaßt alle Prozesse beim Arzt, die sich auf das Lesen, Hören, Aufnehmen, Übernehmen etc. von Inhalten beziehen.

Daraus ergibt sich die Hypothese, daß professionelle Informationsquellen bei chronischen Bedingungen eher benutzt werden als bei akuten Krankheitsbedingungen. In bezug auf die kommerziellen Informationsquellen ist es umgekehrt.

Das heißt aber, bezogen auf unsere Fragestellung, daß wir zwei Rangfolgen für die Bedeutung der Informationsquellen erhalten, die bei zwei unterschiedlichen Bedingungen bestehen. Nun wird diese Gegenüberstellung nicht in der Lage sein, als Grundlage für die Mediastrategie zu dienen, da die professionellen Informationskanäle nur beschränkt beeinflussbar sind. Wichtiger ist uns jedoch das prinzipielle Ergebnis: Bei unterschiedlich diagnostizierten Krankheiten benutzt der Arzt unterschiedliche Informationsquellen, um sich über Therapiemöglichkeiten zu informieren.

Zunächst sollte man annehmen, daß diese Hypothese auch innerhalb der kommerziellen Informationsquellen aufzustellen ist. Ist es möglich, einerseits diese Hypothese zu verifizieren, andererseits materielle Aussagen über die Strukturen des Rezeptionsverhaltens gegenüber kommerziellen Informationsquellen in Relation zur diagnostizierten Krankheit zu machen, wird das allerdings erhebliche Aussagekraft für die Mediastrategie haben.

PRODUKT (ARZNEIMITTEL)

Mit der diagnostizierten Krankheit hängt das Produkt (Arzneimittel) in der Weise eng zusammen, als unterschiedliche Krankheiten unterschiedliche Produkte erfordern. Der Arzt wird im allgemeinen nicht risikoreiche Arzneimittel bei harmlosen Krankheiten verschreiben. Die Dimension des Risikos eines Arzneimittels mag aber nur eine — wengleich ein bedeutsame — Dimension sein, die unterschiedliches Informationsverhalten bei ihrer Veränderung bewirkt.

So wird man per Analogieschluß erwarten, daß die Übernahme eines relativ harmlosen Arzneimittels einer weniger komplizierten Absicherung bedarf als ein relativ risikoreiches Arzneimittel. Das mag ebenfalls beinhalten, daß andere Informationsquellen notwendig werden, um ein harmloses Produkt einzuführen, als bei einem risikobehafteten Produkt erforderlich sind. So wie bei schweren Krankheiten der Arzt eher professionelle Informationsquellen benutzt, während er bei leichteren Krankheiten eher kommerzielle Informationsquellen verwendet, dürfte das auch bei risikoreichen und bei harmlosen Produkten zu erwarten sein.

Hier wirkt sich das unterschiedliche Vertrauen gegenüber verschiedenen Medien aus. Dabei ist die Glaubwürdigkeit des Kommunikators, der hinter einem Medium steht, sicher nicht zuletzt von Bedeutung. Diese Feststellung bezieht sich auch auf die

einzelnen Unternehmen der pharmazeutischen Industrie, d. h. auf die Attitüden des Arztes gegenüber den Unternehmen, wie eine Untersuchung von Bauer zeigt.¹⁴⁾

Man kann andererseits aus diesem Grunde nicht annehmen, daß es gleichgültig sei, welche Medien eingeschaltet werden, da letzten Endes für den Erfolg allein die Attitüde des Arztes gegenüber dem Kommunikator ausschlaggebend sei. Diese Frage wäre zu überprüfen. Sie würde sich so stellen: Ist es in bezug auf unterschiedliche Krankheiten bzw. Arzneimittel gleichgültig, welches Werbemittel vom einzelnen Unternehmen eingesetzt wird, oder gibt es unterschiedliche Funktionen, die die verschiedenen Medien im Hinblick auf verschiedene Krankheitsbedingungen bzw. Arzneimittel leisten?

DIFFUSION NEUER PRODUKTE

Jedes Produkt führt auf dem Markt ein Leben. Es wird entwickelt und zur Marktreife gebracht, wird dann auf dem Markt eingeführt, erreicht eine Phase der Verwendung und stirbt dann irgendwann, indem es durch andere Verfahren ersetzt wird. Abgesehen davon, daß die verschiedenen Arzneimittel eine unterschiedliche Lebensdauer haben, die sich auf die Mediastrategie auswirken kann, muß ebenfalls berücksichtigt werden, daß die Verwendung in Teilmärkten eine Begrenzung erfordert, die sich von entsprechenden Ärztetypen her definieren lassen, was ebenfalls eine unterschiedliche Kombination von Medien erfordern kann.

Der an dieser Stelle interessierende Aspekt bezieht sich jedoch auf einen Sachbereich, über den die sogenannten Diffusionsuntersuchungen bedeutsame Ergebnisse geliefert haben. Unter Diffusion versteht die Sozialforschung den Prozeß der Verbreitung von neuen Ideen, Verfahren und Produkten innerhalb abgegrenzter Zeit-, Raum- und sozialer Einheiten. Hier interessiert speziell der Zusammenhang zwischen Verbreitungsprozeß und Kommunikationsprozeß. Die zentrale Frage lautet hier: Was ist die zweckmäßigste Mediastrategie, wenn ein neues Arzneimittel eingeführt werden soll?

Schon ältere Untersuchungen der amerikanischen Agrarsoziologen ergaben, daß es eine grobe Vereinfachung ist, den Prozeß der „Einführung“ lediglich als eine einzige Stufe der Entscheidung innerhalb einer (atomisierten) Zeiteinheit anzusehen.¹⁵⁾ Es erwies sich nämlich sowohl vom Standpunkt des Übernahmeprozesses beim Individuum als auch bei einer Gruppe

14) Raymond A. Bauer: Risk Handling in Drug Adoption: The Role of the Company Preference. In: Public Opinion Quarterly, 1961, S. 546 ff.

15) Daß gerade Agrarsoziologen dieses Phänomen der verschiedenen Stufen eines Einführungsprozesses herausfanden, beruht nicht zuletzt darauf, daß sich in der Landwirtschaft Neuerungen wesentlich langsamer durchsetzen als in anderen Subkulturen. Hierüber gibt das Sammelreferat von Klaus Kiefer: Die Diffusion von Neuerungen, Tübingen, Mohr, 1967, einen Überblick.

als notwendig, den Einführungsprozeß in verschiedene Stufen zu zerlegen.

STUFEN DES INDIVIDUELLEN ENTSCHEIDUNGSPROZESSES ZUR ÜBERNAHME EINES PRODUKTES

Bezogen auf das Individuum ergab sich folgendes Stufenmodell des Diffusionsprozesses¹⁹⁾:

- awareness stage
- interest stage
- evaluation stage
- trial stage
- adoption stage

Diese Stufen enthalten im Prinzip ein sehr ähnliches Denkschema, das sowohl in der Werbewissenschaft als auch in der Werbepraxis seit Jahrzehnten bekannt ist. Man vergleiche etwa die Systematik der Werbewirkungen bei Seyffert¹⁷⁾ oder die AIDA-Formel der amerikanischen Werbepraxis:

- Attention (A)
- Interest (I)
- Desire (D)
- Action (A)

Während nun diese „Wirkungen“ von der Werbewissenschaft und von der Werbepraxis überwiegend als ein Wirkungskomplex als Folge der Rezeption eines einzelnen Werbemittels (z. B. Inserat) innerhalb einer kurzen Zeiteinheit angesehen werden, haben die Diffusionsuntersuchungen ergeben, daß erstens diese „Wirkungen“ (Stufen) zeitlich auseinanderfallen, wobei Zeiträume von 10 und mehr Jahren durchaus möglich sind, und daß zweitens diese „Wirkungen“ in unterschiedlichem Maße von unterschiedlichen Medien erzielt werden. Das bedeutet aber nichts anderes, als daß den unterschiedlichen Medien in unterschiedlichen Stufen des Diffusionsprozesses (Einführung) spezifische Funktionen zukommen. Von daher wird aber die Fragestellung mobilisiert, in welcher Stufe des individuellen Übernahmeprozesses man zweckmäßigerweise welches Medium einsetzt.

Es ist ein Verdienst der Studie von Coleman, Menzel und Katz¹⁸⁾, diesem Sachverhalt in bezug auf ein pharmazeutisches Produkt nachgegangen zu sein. Allerdings taten sie es nicht in bezug auf das Modell der individuellen Stufen des Übernahmeprozesses, sondern befragten die Ärzte, in welcher Reihenfolge sie die Informationskanäle bei ihrer Information über das Arzneimittel benutzten. Sie kamen zu Ergebnissen, die prinzipiell denen anderer Untersuchungen entsprachen¹⁹⁾. Vgl. hierzu Tabelle 2.

Man stellt fest, daß z. B. die Rolle der Inserate im Einführungsprozeß nicht sehr bedeutsam ist. Sie gewinnen erst dann an Bedeutung, wenn das Produkt

verwendet wird („refresher“), wenn also der Einführungsprozeß abgeschlossen ist. Das erklärt sich u. a. daraus, daß bei Einführung eines neuen Produkts ein höheres Anspruchsniveau an die Informationsquelle aufgrund des erhöhten Informationsbedarfes besteht, das von den Inseraten im allgemeinen nicht erfüllt wird.²⁰⁾ Hierzu eignen sich insbesondere Ärztebesucher und umfangreiche wissenschaftliche Prospekte. Die reine Information reicht aber nicht aus.²¹⁾ Neben der Kenntnis über ein Produkt bedarf es zusätzlich der Überzeugung, daß es zweckmäßig ist, wenn er das Produkt verwendet. Dazu dienen solche Quellen, die stärkere Überzeugungsqualitäten haben, wie Ärztekollegen, Fachzeitschriften, Hauszeitschriften u. a.²²⁾

Wir erkennen somit, daß in bezug auf den individuellen Übernahmeprozess den verschiedenen Medien unterschiedliche Funktionen zukommen. Dieser Forschungsansatz, zu dem bereits abgesicherte prinzipielle Hypothesen vorliegen, wäre aber einer Grundsatzuntersuchung im Hinblick auf die mediastrategischen Entscheidungen für die Einführungskampagnen bei neuen Produkten zugrundelegen, um auch zu praktisch verwertbaren Ergebnissen zu kommen. Das ist aber eine Aufgabenstellung, die sich die Kommunikationsforschung unseres Wissens bisher nicht stellte, weil deren Zielsetzungen anders liegen, die sich aber die Mediaforschung hätte stellen müssen bzw. die sich die Mediaforschung stellen sollte.

Tabelle 2

Die zeitliche Abfolge, in der die Ärzte die Quellen zu ihrer Information über ein Arzneimittel benutzen (n = 87)
(in %)

	erste Quelle	mittlere Quelle	letzte Quelle
I. Persönliche Kontakte	65	46	41
a) Ärztebesucher	52	27	5
b) Ärztekollegen	10	15	28
c) Tagungen u. Kongresse	3	4	8
II. Literatur	34	53	58
a) Direktpostsendungen	22	16	14
b) Fachzeitschriften	6	21	21
c) Hauszeitschriften	3	11	21
d) sonstige Literatur	3	2	—
e) Inserate	—	3	2
III. Andere	—	2	1

Quelle: James S. Coleman, Herbert Menzel und Elihu Katz: Medical Innovation. Indianapolis, New York, Kansas City, Bobs Merrill, 1966, S. 59.

DIFFUSION IN DER GRUPPE

Eine erhebliche Schwierigkeit praktischer Art ergibt sich beim individuellen Stufenmodell, weil diese

²⁰⁾ Wie begrenzt das Informationsangebot der Inserate ist, geht aus unserer Analyse hervor: Dietrich Buchner: Einige Anmerkungen zur pharmazeutischen Werbung von heute. In: Die Pharmazeutische Industrie, 28. Jg., 1966, S. 897 ff.

²¹⁾ So stellen Bryce Ryan und Neal Gross (Acceptance and Diffusion of Hybrid Seed Corn in Two Iowa Communities, Iowa Agricultural Experiment Station, Research Bulletin Nr. 372, Ames 1950) fest, daß 90 % ein Produkt (Saatkorn) kannten, aber nur 20 % der Farmer es ausprobiert hatten.

²²⁾ Buchner, s. Anm. 10), S. 250 ff.

¹⁸⁾ Kiefer, s. Anm. 15), S. 40, zum Vergleich.
¹⁷⁾ Rudolf Seyffert: (z. B.) Wirtschaftliche Werbelehre. Wiesbaden, Gabler, 1952, 4. Aufl., S. 23 und 24.
¹⁹⁾ James S. Coleman, Herbert Menzel und Elihu Katz: Medical Innovation. Indianapolis, Kansas City, New York, Bobs Merrill, 1966.
¹⁹⁾ Caplow, Raymond, s. Anm. 8); Buchner, s. Anm. 10), hier bezogen auf die Rolle der Hauszeitschriften in der BRD.

individuellen Stufen nicht bei allen Mitgliedern der Ärztegruppe zur gleichen Zeit ablaufen. Zur Lösung der praktischen Frage, wann nun in der Menge eine bestimmte Stufe im Entscheidungsprozeß zur Übernahme erreicht ist und welche Mittel dementsprechend zweckmäßig einzusetzen sind, bietet sich der Modus an, da die Mediaplanung, die sich am Modus orientiert, die relativ günstigste Anpassung der Medien erzielt.

Dieses Verfahren wird aber dadurch kompliziert bzw. eingeschränkt, daß eine Reihe von Informationsquellen nur begrenzt mediastategisch zu planen bzw. zu beeinflussen ist. Hier ist z. B. zu denken an die Arztekollegen, an Artikel in Fachzeitschriften usw. Die Mediastrategie ist also gezwungen, sich Grundlagen über die professionellen Kommunikationsprozesse zu verschaffen, die, da sie im gesamten Verbreitungsprozeß erhebliche Bedeutung haben²³⁾, in die Kalkulationen des Mediaplaners miteinzubeziehen sind.

Coleman, Menzel und Katz untersuchten die Beziehungen zwischen Verbreitung eines Arzneimittels einerseits und verschiedenen sozialen Strukturen andererseits. Sie stellten fest, daß die Übernahme eines neuen Produktes zunächst beim sozial integrierten Arzt geschah und erst später beim sozial isolierten. Die Autoren unterteilen in 5 zeitliche Stufen²⁴⁾:

nach 1 bis 4 Monaten:

Verbreitung des Arzneimittels (Übernahme) bei dichten professionellen Beziehungen zwischen Ärzten

nach 4 bis 5 Monaten:

Verbreitung bei dichten Freundschaftsbeziehungen zwischen Ärzten

nach 4 bis 6 Monaten:

Verbreitung bei relativ isolierten Ärzten

nach 7 bis 14 Monaten:

Individuelle Übernahme, unberührt durch Beziehungen zwischen Ärzten

nach 15 und mehr Monaten:

Einige weitere Übernahmen.

Diese und andere Untersuchungen weisen deutlich nach, daß die Übernahme eines Arzneimittels nicht allein ein individueller Prozeß, sondern auch ein sozialer Prozeß ist. Das bedeutet aber — ein ziemlich altes Ergebnis der Kommunikationsforschung —, daß der Mediastrategie den Arzt nicht als atomisierte Zielperson betrachten kann, sondern die Gruppe der Ärzte als ein System von Zielpersonen ansehen muß, in das er seine Werbung streut, wobei sie sich nach bestimmten Mustern verselbständigt und verbreitet. Es ist in neuerer Zeit gezeigt worden, daß für die Fassung dieses Sachverhaltes der Begriff des Mei-

nungsführers nicht mehr ausreicht, obwohl andererseits feststeht, daß das ältere Konzept des Meinungsführers für die Mediastrategie nicht nutzbar gemacht wurde, wofür nach unserer Einschätzung primär forschungstechnische Gründe verantwortlich sind, worauf noch einzugehen sein wird.

In Relation zu der Dimension des Produktes dürfte es insbesondere wichtig werden, die schwerer zu beeinflussenden professionellen Kommunikationskanäle zu kennen, da sie wahrscheinlich für das mit der Übernahme eines neuen Produktes verbundene Risiko Abbaufunktionen eher wahrzunehmen in der Lage sind als kommerzielle Kommunikationskanäle.

Ohne auf die vielfältigen Merkmale einzugehen, durch die sich „Gatekeeper“, Meinungsführer und Innovatoren auszeichnen²⁵⁾, sei darauf verwiesen, daß die pharmazeutische Werbung nicht darauf verzichten kann, ihre Mediaplanung an den zwischengeschalteten Instanzen innerhalb der Medizin zu orientieren. Der Weg dorthin kann aber nur über eine Mediaforschung führen, die Merkmale liefert, die für die Auswahl der Medien praktisch relevant sind. Ansatzpunkte finden sich hierzu bereits, indem z. B. bestimmte Arzneimittel zunächst bei entsprechenden Facharztgruppen eingeführt werden.²⁶⁾ Es kann ebenfalls nicht übersehen werden, daß Meinungsführer und Innovatoren bestimmten Verhaltensmustern bei ihrer Information unterliegen, die zu kennen, eine Voraussetzung für eine optimalere Gestaltung des mehrstufigen Kommunikationsflusses ist.

Diese Überlegungen dürfen jedoch nicht auf persönliche Kontakte innerhalb der Medizin begrenzt werden, selbst wenn diese im Entscheidungsprozeß die wirksamsten sein mögen. Es dürfte nämlich nicht gleichgültig sein, in welcher Fachzeitschrift z. B. ein redaktioneller Beitrag über ein einzuführendes Arzneimittel erscheint. Hierbei kommt es weniger auf einen mengenmäßigen Public Relations-Erfolg an, als auf einen optimalen. Man muß sich auch hier fragen, welche Fachmedien von Meinungsführern und Innovatoren gelesen werden und welche nicht. Das erlaubt es Public Relations zeitlich zu treiben und überdies inhaltlich auf die Belange des Arztes einzugehen: Der vorsichtige bzw. der sozial isolierte Arzt braucht seine Informationen später als der Innovator bzw. der Meinungsführer. Er braucht überdies andere Informationen.

SONSTIGE DIMENSIONEN

Das Gegenargument, daß eine „planmäßige Public Relations-Arbeit“ praktisch nicht möglich ist, mag seine Berechtigung haben. Sicher wird sich nicht alles im Sinne eines exakten Planes realisieren lassen. Daran braucht aber weder der Versuch noch eine sinnvollere Strategie zu scheitern. Auf technische

²³⁾ Das ist ein gemeinsames Ergebnis der hierauf bezogenen Untersuchungen.

²⁴⁾ Coleman, Menzel, Katz, s. Anm. 18), S. 131.

²⁵⁾ ibd., S. 157.

²⁶⁾ ibd. Sie stützen diese Hypothese.

Aspekte im Zusammenhang mit Public Relations werden wir unten noch eingehen.

Die Praxis unterscheidet zwischen Produkt- und Unternehmenswerbung. Letztere soll die Funktion haben, die Attitüden des Arztes gegenüber dem Unternehmen zu beeinflussen.²⁷⁾ Das Unternehmen A steht hinsichtlich seines Images vor anderen Problemen als das Unternehmen B. Beide können für die Unternehmenswerbung unterschiedliche Mediastrategien erfordern. Der Arzt assoziiert mit verschiedenen Werbemitteln unterschiedliche Qualitäten des Kommunikators (Unternehmen). Um ein Service-Image, ein Forschungs-Image, ein Produkt-Image usw. aufzubauen, werden wahrscheinlich nicht nur die Inhalte der Medien entsprechend zu variieren sein, sondern auch die Kombination der Medien. So wird beispielsweise ein Unternehmen, daß seine Größe zu dokumentieren beabsichtigt, sich zweckmäßiger einer Hauszeitschrift bedienen als anderer Postdirektsendungen.²⁸⁾

Verschiedene Informationsquellen implizieren unterschiedliche Effekte aufgrund unterschiedlicher Erwartungen, die der Arzt ihnen entgegenbringt und aufgrund des durch sie bewirkten unterschiedlichen Kommunikationsprozesses. Die Quelleneffekte sind begrenzt durch „qualitative“ Analysen untersucht, indem man das sogenannte Medienimage zum Gegenstand macht. Damit hat man aber die Quelleneffekte als unabhängige Variable betrachtet. Wie wir hoffentlich zeigen konnten, müssen sie jedoch als abhängige Variable von anderen Dimensionen analysiert werden.

Damit hängt z. B. auch zusammen die Dimension des Raumes und der Zeit, in denen bestimmte Medien wirksam werden. Wenn eine Zeitschrift in der Praxis des Arztes konsumiert wird, bedeutet das etwas anderes, als wenn eine andere Zeitschrift in der Freizeit des Arztes konsumiert wird.

Das leitet über zur Rollendimension. Der „Arzt“ übt nicht nur die Rolle des Arztes aus, sondern er ist ebenfalls Familienmitglied (Ehemann oder Vater), er ist Hobbyist, „allgemeingebildet“ mit vielfältigen Möglichkeiten, entsprechende Rollen einzunehmen, er ist Geschäftsmann, Konsument, Staatsbürger, Steuerzahler usw.²⁹⁾ In solchen Rollen haben die verschiedenen Medien unterschiedliche Funktionen, was wahrscheinlich primär auf Erfahrungen des Arztes mit der Inhaltsstruktur der Medien zusammenhängt. Trotzdem scheint es auch hier einige inhaltsunabhängige Erwartungen zu geben. So akzeptiert der Arzt, daß

die Hauszeitschriften in seine Freizeit eindringen. Sie sind ihm sogar überwiegend willkommen.³⁰⁾ Ein Ärztebesucher, der in seine Freizeit eindringt, wird demgegenüber abgelehnt.³¹⁾

Technische Fragen der Selektion könnten ebenfalls eine Rolle spielen. Der Postabfertigung durch den Arzt bzw. seine Frau oder seine Sprechstundenhilfe liegen Selektionsprozesse zugrunde, die medien-spezifisch orientiert sein können. Es ist daher weniger interessiert zu wissen, daß sich der Arzt Postdirekt-sendungen aussortieren läßt, wie das gelegentlich in Untersuchungen festgestellt wurde, als welche Medien die Veranlagung haben, häufiger in den Papierkorb sortiert bzw. abgelehnt zu werden als andere. Man kann diese Frage nicht nur vom Inhalt der Medien machen.

FORSCHUNGSTECHNIK UND METHODE

Die traditionelle Mediaforschung erhebt ihre Daten nach einem verhältnismäßig einfachen Modell, das zwar sehr sehr praktikabel ist, dessen Leistungsfähigkeit aber auch entsprechend geringer ist als die komplexerer Modelle. Letzten Endes hängt das aber wiederum auch davon ab, wer für was wieviel zu zahlen bereit ist. Und solange die Illusion erhalten bleibt, man käme mit den bisherigen Daten aus, besteht kaum ein Anreiz für teurere Untersuchungen.

Wenn wir feststellen konnten, daß die Kommunikation zwischen Industrie und Medizin bzw. zwischen dem Unternehmen und dem Arzt keine Angelegenheit eines individuellen, zweiseitigen Prozesses ist, dann muß es zu irreführenden Ergebnissen führen, wenn im Forschungsmodell lediglich individuelle Merkmale per Auswahl von Individuen erhoben werden und wenn alles, was sich jenseits dieser Erhebungsmöglichkeit befindet, in die ominösen Bereiche der „Mundpropaganda“, der Public Relations u. a., die nicht kontrollierbar sein sollen, u. ä. verdrängt wird, quasi als unerforschbares Gebiet.

Wenn das Unternehmen eine realistische Mediaauswahl treffen soll, kann es nicht von einer atomisierten Zielperson ausgehen, die durch die Forschungstechnik konstruiert wurde. Der Mediaplaner muß davon ausgehen, daß er mit seinen Aktionen in ein System eingreift, das entscheidende Kommunikationsprozesse kontrolliert und das eigenständige Institutionen hervorgebracht hat, nach denen die Kommunikation abläuft.

Es wird damit nicht bestritten, daß individuelle Merkmale erhoben werden müssen, aber es sollte deutlich geworden sein, daß Fehlschlüsse bei den Erhebungen mit nur individuellen Merkmalen³²⁾ möglich

²⁷⁾ Wir differenzieren hier zwischen Attitüde des Arztes und Image, da das Image nur einen Teilaspekt der Attitüde ausmacht. Im allgemeinen Gebrauch wird Image im Sinne von Attitüde verwendet, was sozialpsychologisch nicht haltbar ist.

²⁸⁾ Buchner, s. Anm. 10), zumindest muß man das annehmen, vgl. S. 275. In welche Bereiche man das Image eines pharmazeutischen Unternehmens untergliedern kann, zeigt z. B. Dexter Neadie: The Relationship of Corporate Image to Product Behavior. In: Public Opinion Quarterly, 1964, S. 293. Neadie zeigt, daß man keine direkte „bewußte“ Beziehung zwischen einer Werbeaktivität und einer entsprechenden Attitüdenveränderung beim Arzt erwarten sollte.

²⁹⁾ Buchner, s. Anm. 10), S. 197 ff.

³⁰⁾ ibd. S. 228.

³¹⁾ Persönliche Information aufgrund vertraulicher Untersuchung.
³²⁾ Vgl. hierzu den „psychologic fallacy“, z. B. Mathilda White Riley: Sociological Research, A Case Approach, Bd. 1, New York, Harcourt, Brace u. World, 1963, S. 707.

sind. Um solche Fehlschlüsse zu umgehen, wird es notwendig, Merkmale zu erheben, die Aussagen über das System der Medizin — also nicht mehr über den von der Forschung atomisierten Arzt, sondern den Arzt in seinen sozialen Beziehungen zu erheben. Hierzu haben sich in der soziologischen Literatur Begriffe wie „Relationsanalyse“ und „Kontextanalyse“ etabliert. Grundsätzlich unterscheiden sich diese von den traditionellen Erhebungen dadurch, daß die Untersuchungseinheit nicht mehr ein Individuum ist, sondern eine etwa durch eine bestimmte soziale Beziehung definierte Relation. So haben Coleman, Menzel und Katz Beratungs-, Arbeits- und Freundschaftsbeziehungen von Ärzten zu Analyse-einheiten gemacht, mit dem Ergebnis, daß sie beim Übernahmeprozess für Arzneimittel Beziehungen feststellten, die eine rein individuelle Analyse nicht ergeben könnte.³³⁾

Diese Analysen setzen auch andere Auswahlverfahren voraus, als sie das Urnenmodell vorschreibt, also etwa area-sampling, Schneeballverfahren oder Dichte-Sampling in Verbindung mit soziometrischen Verfahren. Dadurch werden die Auswahlpläne komplizierter, und die Kunst dürfte darin bestehen, eine sowohl praktikable als auch sachlich befriedigende Lösung zu finden.

Es wird unumgänglich, die verschiedenen Informationsquellen im Sinne ihrer funktionalen Bedeutung zu untersuchen. Wie wir oben gezeigt haben, geht es nicht an, sie als funktionale Äquivalente zu betrachten. Eine Mediaanalyse, die Aufschluß darüber gibt, daß ein bestimmter Prozentsatz von Konsumenten sowohl Illustrierte, Tageszeitungen, als auch Fernsehen, Rundfunk usw. rezipiert, sagt unter diesem Aspekt nichts aus. Entsprechend ist es beim Arzt. Die für die pharmazeutische Werbung vorliegenden Leseranalysen bestätigen diese Kritik. Eine Aussage etwa, daß der Arzt eine geringe „Bindung“ zur Zeitschrift X habe, während er zur Zeitschrift Y eine enge „Bindung“ habe, hilft dem Mediaplaner wenig. Kommt aber einer Zeitschrift insbesondere die Funktion der „aktuellen Information“ zu, einer anderen die der „Rückversicherung“, so kann der Media-

³³⁾ Coleman, Menzel, Katz, s. Anm. 18), Kap. VIII: Interpersonal Networks and the Flow of Influence, S. 113-132. Vgl. hierzu das oben wiedergegebene Stufenmodell für die soziale Integration.

planer damit etwas anfangen. Die Analyse muß also eine funktionale Spezifizierung der Medien, und das nicht nur innerhalb einer Medienkategorie, erlauben. Sie muß eine funktionale Analyse sein.

Ebenso wie man der interpersonalen Kommunikation innerhalb der Medizin nachgehen muß, muß man das im Hinblick auf die nicht persönliche Kommunikation tun, die innerhalb der Medizin etabliert ist. Diese hat sich losgelöst von der kommerziellen Kommunikation, ist aber durch diese initiiert. Auch die Redaktionen von Fachzeitschriften verhalten sich nach mehr oder weniger festen Mustern, die zu kennen außerordentlich praktischen Nutzen haben dürfte. Das fordert heraus, nach mehr Public Relations-Forschung zu rufen, einem Begriff, der im Vergleich zur Mediaforschung so gut wie nicht verwendet wird, was ein Indikator für die tatsächliche Verbreitung sein mag. Public Relations-Forschung erfordert jedoch z. T. andere Forschungstechniken als einfache Befragungen, wobei z. B. an systematische Inhaltsanalysen gedacht werden kann.³⁴⁾ Wir möchten allerdings meinen, daß sich in der Form der „Public Relations-Forschung“ in bezug auf unser Problem keine neue Disziplin aufzutun braucht, sondern daß es sich um ein Spezialproblem der Mediaforschung handeln müßte.

Die Daten der traditionellen Mediaforschung reichen nicht aus, um grundsätzliche mediastrategische Entscheidungen der pharmazeutischen Werbung, unter welchen Bedingungen welche Kombination von Medien einzusetzen ist, zu unterstützen. Das beruht auf einer engen Begrenzung auf Forschungsdimensionen, deren Aussagefähigkeit nicht nur beschränkt ist, sondern auch die Gefahr von Fehlschlüssen beinhaltet. Die Kommunikationsforschung hat eine Reihe von Dimensionen aufgedeckt, nach denen die Erhebungen mindestens differenziert werden müßten, um solche Fehlschlüsse zu vermeiden. Hiermit hängt eng zusammen, daß die traditionelle Mediaforschung dem praktikablen, aber unzureichenden Forschungsmodell der Befragung von Individuen als Untersuchungseinheiten anhängt. Die mediastrategische Grundlagenforschung erfordert aber komplexe Forschungsmodelle, die sich verschiedener Verfahren bedienen.

³⁴⁾ Vgl. Nathan Maccoby, Freddie O. Sabghir und Bryant Cushing: A Method for the Analysis of News Coverage of Industry. In: Public Opinion Quarterly, Winter 1950/51, S. 753.

BIBLIOGRAPHIE DER WIRTSCHAFTSPRESSE

Herausgeber: Hamburgisches Welt-Wirtschafts-Archiv

Quellennachweis mit Legende zu Aufsätzen aus ausländischen Fachzeitschriften (monatlich rd. 400 Titel)

Jahresbezugspreis DM 120,—

VERLAG WELTARCHIV GMBH · 2 HAMBURG 20 · EPPENDORFER LANDSTRASSE 106
