

Absatzvorhersage bei Gesundheitsprodukten

Dirk Frank & Nicole Mey

Die Autoren

Dirk Frank, Diplom-Psychologe, ist Geschäftsführender Gesellschafter von ISM Global Dynamics und Honorarprofessor im Studiengang Markt- und Kommunikationsforschung der Hochschule Pforzheim mit den Schwerpunkten Methoden der Marketingforschung und International Market Research.



dfrank@globdyn.com

Nicole Mey, Diplom-Volkswirtin, studierte an der Humboldt-Universität zu Berlin Volkswirtschaftslehre. Seit 2005 ist sie bei ISM Global Dynamics hauptsächlich in der Konzept-, Produkt- und Packungsforschung in den Bereichen Pharma, FMCG und Kosmetik tätig.



nmey@globdyn.com

Das zentrale Anliegen jeder Marktforschungsmaßnahme – die Risikominimierung bei Marketingentscheidungen – lässt sich besonders eindrücklich bei der Absatzprognose für neue Produkte aufzeigen: Hersteller wollen vor der Entwicklung und Einführung eines Produktes mit einem Mindestmaß an Sicherheit wissen, ob sich das damit verbundene Investment lohnt. Die Absatzvorhersage ist deshalb ohne Zweifel eine der „Königdisziplinen“ der Marktforschung, denn in keinem anderen Marktforschungszweig kann die Genauigkeit von Marktforschungsergebnissen derart eins zu eins an der Realität gemessen werden wie bei Potential- und Volumenschätzungen.

1. OTC-Märkte funktionieren anders!

Absatzprognosen „im Labor“ (Simulated Test Markets, STM) gehören zu den theoretisch-wissenschaftlich und praktisch gut erforschten Bereichen unserer Disziplin. Die zugrundeliegenden Schätzverfahren (Parfitt & Collins, 1968; Fourt & Woodlock 1960), die Testansätze und experimentellen Designs von Testmarktsimulationsverfahren (vgl. Erichson, 1987a, 1987b, Erichson & Börtzler, 1988; die Veröffentlichungen von Lin und Kollegen, 1982 – 1988) sind seit Jahren relativ stabil, manche der vorausgesagten Entwicklungen (Wilke, 2002) blieben schlicht aus oder wurden durch andere Entwicklungsrichtungen überlagert (vgl. Markowitz 2010a). Verbesserungen der Verfahren finden eher im Detail statt (bspw. Messungen der Shelf Awareness in virtuellen Umgebungen) oder dienen der Kostenreduktion bei der Verfahrensdurchführung (Online-Varianten von STM-Verfahren).

Trotz der von den Anbietern unisono kolportierten hohen Schätzgenauigkeiten – in der Regel werden zwischen 9 und 11 % Abweichung vom tatsächlichen Absatz im ersten Jahr nach der Einführung über alle Studien/Märkte/Kategorien berichtet –, erweisen sich gerade diejenigen Marktforschungsinstrumente, die ursprünglich für den Konsumgüter- und FMCG-Bereich entwickelt wurden, bei unreflektierter Anwendung in den verschiedenen Gesundheitsmärkten nicht selten als zu wenig trennscharf, inkonsistent oder schlicht als prognostisch zu ungenau.

Während man aber fehlende Trennschärfe oder Inkonsistenzen noch mit bloßem Auge und wachem Verstand selbst erkennen kann, stellen sich falsche Absatzvorhersagen immer erst nach Einführung eines Produktes heraus.

Das Grundproblem der Anwendung vieler klassischer Standard-Tools oder ad-hoc-Designs aus der Ge- und Verbrauchsgüterforschung in den Gesundheitsmärkten ist, dass diese explizit oder implizit von einem Modell des Verbraucher(verhalten)s ausgehen, dessen zugrundeliegende Psychologie in den Gesundheitsmärkten nicht zu überzeugen vermag.

Für die **Konsumgüter- und FMCG-Märkte** gilt, ...

- dass der Verbraucher eine ungefähre Vorstellung der zur Auswahl stehenden Marken und Produkte hat – und das sowohl hinsichtlich der Produktvielfalt selbst als auch hinsichtlich der zentralen (produktleistungsbezogenen und/oder imagegetriebenen) Unterscheidungsmerkmale zwischen den verschiedenen Angeboten –
- und hierbei niedrig- und hochpreisige Angebote voneinander unterscheiden kann, weil er auch die Preise (durch hochfrequentes Einkaufen) ungefähr kennt.
- Gleichzeitig kann der Verbraucher die Produktleistung in aller Regel selbst einschätzen, zumindest sensorisch erleben.
- Zwar sind die Verbraucher in Konsumgüter- und FMCG-Märkten durchgängig nur relativ niedrig involviert,
- besitzen dafür aber ein jederzeit aktivierbares Involvement,
- und sie verlangen Produkte aus einer positiven Grund-Motivation heraus.
- Und da das Risikopotential der zur Auswahl stehenden Produkte gering ist,
- besteht auch nur eine relativ niedrige Probierschwelle.

All diese konstitutiven Merkmale des Verbraucherverhaltens in den FMCG-Märkten gelten in den **Gesundheitsmärkten** gerade nicht. Hier gilt vielmehr,

- dass der Verbraucher das zur Auswahl stehende Angebot im jeweiligen Teilmarkt praktisch nicht kennt und auch keine Vorstellung über die differenzierenden Merkmale zwischen den verschiedenen Angeboten besitzt
- und normalerweise auch die Preisstellung nicht wirklich beurteilen kann.
- Bei vielen Gesundheitsprodukten, seien es Vitamine oder solche zur Cholesterinkontrolle, Arterioskleroseprophylaxe usw., fehlt es völlig am sensorischen Produkterleben, und es stellt sich auch kein augenscheinsevidenter Produkterfolg ein.
- Geradezu konstitutionell für das Verbraucherverhalten in den Gesundheitsmärkten ist die binäre Involvementstruktur (vgl. auch Lachmann, 2002),
- die dabei auch noch – bei krankheitsbekämpfenden Medikamenten – negativ motiviert ist (vgl. Abb. I),
- wobei das Risikopotential der zur Auswahl stehenden Produkte – vor allem für die Akutbehandlung – vom Konsumenten als vergleichsweise hoch eingestuft wird
- und deshalb eine sehr hohe Probierschwelle zu überwinden ist.

Motivationsstruktur		
	Informational (Negative Motivation)	Transformational (Positive Motivation)
High Interest	z. B. Alarmanlagen, Versicherungen, Arzneien (akut), Bankverbindung	z. B. Urlaubsreise, Mode, Auto (Statussymbol)
Low Interest	z. B. Arzneien (echte OTC), Deodorant, Mückenspray	z. B. Arzneien (Prophylaxe, wie z. B. Vitamine), Light-Produkte, Zigaretten, „ Leckereien “, Genuss-Mittel

Abb. I: Rossiter-Percy-Matrix (1989, in Anlehnung an Lachmann, 2002)

Welche konkreten Auswirkungen ergeben sich hieraus für das Verhalten und Erleben von Verbrauchern bei Gesundheitsprodukten und für unsere Operationalisierungen von Messungen bei Konzept- und Volumentests?

Binäre Involvementstruktur

Mit „binär“ werden in der Informatik Zustände bezeichnet, die zwischen 0 und 1 wechseln können, d. h., ein System ist entweder zu 100 % aktiviert oder zu 100 % deaktiviert, aber nichts dazwischen. Bezogen auf persönliches Involvement bezeichnet der Begriff einen Zustand, der das Verbrauchererleben gegenüber OTC-Warengruppen treffend beschreibt: Will man mit einem bestimmten Produkt ein konkretes Leiden beseitigen, dann gibt es für viele Betroffene zumeist nur einen Gedanken: „Was muss ich machen, um wieder gesund zu werden?!“ Alles andere tritt demgegenüber in den Hintergrund. Ist das Leiden dagegen abgeklungen, reduziert sich auch die Bereitschaft, sich mit (Angeboten) der jeweiligen Warengruppe auseinanderzusetzen praktisch auf null und lässt sich entsprechend nur schwer aktivieren. Lachmann (2002) spricht bei Pharmaka daher auch von „Problemdruck-Käufen“. Welche Probleme ergeben sich hieraus für die Absatzvorhersage von Pharmaprodukten?

- Die typisch binäre (oder „phasische“) Involvementkurve bei „echten“ OTC-Produkten wirkt sich vor allem bei solchen Testmarktsimulationsverfahren problematisch aus, die für die Datenmodulation eine durchschnittliche (stabile) Kauffrequenz voraussetzen. So verändert sich z. B. bei manchen Vitamin-Präparaten der Saisonalitätsindex wie auch die Kauffrequenz deutlich, wenn in den Zeitungen Meldungen über die asiatische Vogelgrippe kursieren ...!
- Hinzu kommt, dass klassische Fragen nach der individuellen Kauffrequenz schon bei FMCG-Kategorien vom Befragten meist heillos überschätzend beantwortet werden. Bei vielen Selbstmedikationsprodukten kann der Befragte dazu noch viel weniger Sinnvolles sagen, allenfalls die gekaufte Menge an Medikamenten pro Kaufakt ist von den Befragten mit einiger Präzision rekonstruierbar.

Negatives Involvement

Verstärkt werden die Effekte der „0-1“-Involvierung bei OTC-Warengruppen noch dadurch, dass die Verbraucher Selbstmedikationspräparate nicht deshalb kaufen, weil sie deren Besitz bzw. Verbrauch begehren, sondern weil sie diese „haben müssen“, um ihr Leiden loszuwerden; hier spricht man von negativer Motivation (Lachmann, 2002) oder negativem Involvement. Da wir uns jedoch deutlich lieber mit Dingen befassen wollen, die in uns positive (entlastende) Gedanken oder Stimmungen hervorrufen, wird so durch das negative Involvement der Effekt des binären Involvements außerhalb akuter Krankheits- und Beschwerdephasen noch verstärkt. Dieses typische Schema wird bei Selbstmedikationsprodukten nur von prophylaktischen Produkten durchbrochen (Vitamine und andere Nahrungsergänzungspräparate zur Wahrung von Fitness, Schönheit, Gesundheit etc.): Hier kann eine positive Motivation wie bei vielen anderen FMCG-Kategorien unterstellt werden, dabei dürfte die Stärke des Interesses jedoch personenspezifisch stark schwanken und nur bei genuin Gesundheitsorientierten in den „High-Interest“-Bereich vorstoßen.

Geringe Markt- und Preis-Transparenz

Das Gesundheitsregal in Drogeriemärkten scheint der hier vertretenen Behauptung diametral entgegengesetzt zu sein: Das Gesundheitsregal im Mass-Market repräsentiert nahezu 100 % des Marktes, und dieses müsste sich doch auch dem Verbraucher mitteilen. Unsere POS-Studien zeigen jedoch immer wieder, dass sich die Struktur des Gesundheitsregals in vielen Drogerien und Supermärkten dem Verbraucher nicht erschließt, die Aufbauten aus teilweise marken- und teilweise indikationsorientierten Blocks gleichen eher einem „Urwald, in dem man vor Bäumen den Wald nicht sieht“. In der Apotheke dagegen sind die allermeisten der nicht verschreibungspflichtigen Therapeutika nicht in frei zugänglichen oder zumindest einsehbaren Regalen zu finden, sondern in verschlossenen Regalschränken. Gut sichtbar sind zumeist nur die ohnehin bekannten Marken, auch wenn in den letzten Jahren die Sichtwahlbereiche bei neuen oder renovierten Apotheken deutlich ausgeweitet wurden.

Insgesamt lässt sich auch heute noch festhalten: Die Gesundheitsmärkte in der Apotheke und im Mass-Market sind meist extrem Branding-schwach! Geradezu paradox ist dabei, dass die Markenbekanntheit vieler Nischen- oder Generika-Marken im OTC-Bereich sogar unter dem Erwartungswert des absatzbezogenen Marktanteils liegt! Das heißt: Viele Verwender merken sich häufig die Namen ihrer Präparate nicht einmal, sondern nehmen bei Nachkäufen die leere Packung als Muster mit.

Noch wesentlich problematischer ist der Umstand, dass die meisten Verbraucher zu großen Teilen nur höchst diffuse Vorstellungen davon haben, was die Produkte der verschiedenen Anbieter in den einzelnen Gesundheitssegmenten ungefähr kosten. Häufig werden dabei die Preisunterschiede zwischen Generika und Hersteller-Marken erheblich unterschätzt!

Konventionelle Konzepttests verkennen häufig die faktische Brandingschwäche der Konzepte in der Realität und die diffusen Preisvorstellungen der Verbraucher: Monadische Kaufbereitschaftsabfragen zu einem „vorgegebenen Marktpreis“ mit prominent hervorgehobenem Branding erscheinen vor diesem Hintergrund als problematisch. Die Korrektur dieser Werte über Datenbanken ist ebenfalls fraglich, wenn schon der Dateninput derart wenig valide ist!

Gänzlich hilflos sind die Verbraucher schließlich dann, wenn es um die inhaltliche Bewertung unterschiedlicher Angebote geht: Selbst im relativ popularisierten Vitamin- und Mineralstoffbereich endet das Wissen der Verbraucher schon bei der Frage nach sinnhaften Dosierungen oder Zusammensetzungen zumeist in allgemeiner Ratlosigkeit.

2. Die Anwendung klassischer STM-Tools in Gesundheitsmärkten

Gängige Instrumente zur Absatzvorhersage basieren entweder auf den grundlegenden Arbeiten der beiden amerikanischen Forscher J. H. Parfitt und B. J. K. Collins, die bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts die grundlegenden Algorithmen der Absatzvorhersage in schnell drehenden Konsumgütermärkten formulierten (Journal of Marketing Research, 1968, 2(5), 131 – 145), oder auf den Arbeiten von Fourt & Woodlock (1960, Journal of Marketing).

Nach Parfitt/Collins errechnet sich ein zu erwartendes Absatz-Volumen nach folgender Grundformel:

*Absatz = Funktion aus: (Erstkaufwahrscheinlichkeit + (Wiederkaufwahrscheinlichkeit x [durchschnittliche **Kauffrequenz** x durchschnittliche **Kaufmenge**]) x **Kontaktwahrscheinlichkeit** (als Funktion aus Distribution und Werbedruck/-reichweite))*

Die **Errechnung der Kontaktwahrscheinlichkeiten** als Funktion aus Distribution und Werbedruck sowie Werbereichweite basiert bei diesen Tools auf dem umfangreichen Briefing durch das beauftragende Institut. Sieht man von der fehlenden Transparenz der Errechnung der Kontaktwahrscheinlichkeit ab, so ist an diesem Verfahren zumindest der zeitliche Vorlauf zwischen Marktforschung und Launchvorbereitung problematisch: Während man ein Jahr vor Launch die Werbeinvestments großzügig verplant und als Marketingplan in die Awareness-Modelle der Forecasting-Tools einstellt, stellt sich die Welt 2 – 3 Monate vor Launch zumeist erheblich restriktiver dar. Gut, wenn man dann nicht vergessen hat, auf welchem Spending-Modell der Sales Forecast beruhte.

Die **durchschnittliche Kauffrequenz und Kaufmenge** entnimmt man zumeist den Haushalts-Panel-Daten der jeweiligen Warengruppe. Für die OTC-Märkte ergibt sich hier die Problematik der erheblichen Volatilität der Konsumption: Während man bei Zahnpasten oder Nahrungsmitteln von einer konstanten Konsumption ausgehen kann und sich allenfalls das Preisniveau der gekauften Güter ändert, nicht aber der Kaufakt selbst (!), **unterliegen viele Selbstmedikationsgüter erheblichen Kosten-Nutzen-Abwägungen**, die durchaus in erheblichem Umfang kurzfristig zu massivem kollektiven Kaufverzicht führen können, oder sind extrem von externen Einflüssen beeinflusst.

Ein sehr eindrückliches Beispiel für den massiven kollektiven Kaufverzicht ist die Entwicklung der Selbstmedikation nach Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) Anfang 2004, das die Erstattungsfähigkeit vieler pflanzlicher nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente weitestgehend aufhob. Obwohl es sich bei den Beziehern dieser sog. OTX-Präparate durchweg um Personen mit manifesten Gesundheitsproblemen handelte, die diese sogar durch einen Arzt behandeln ließen, verabschiedete sich rund die Hälfte der vom GMG betroffenen Personen komplett aus den jeweiligen Gesundheitsmärkten!

All diese Effekte führen dazu, dass die Sales-Modulation für Selbstmedikations-Produkte auf Basis der Annahme einer konstanten, aus dem Kategoriendurchschnitt gezogenen durchschnittlichen Kauffrequenz und Kaufmenge erheblich risikobelastet ist.

Die eigentlichen Probleme der klassischen Sales-Forecasting-Instrumente bei ihrer Anwendung auf die Gesundheitsmärkte ergeben sich jedoch aus der Messung der Erstkauf-(Trial) und Wiederkaufsbereitschaft (Repeat).

Wiederkaufsbereitschaft misst man üblicherweise, indem man den Verbrauchern das Testprodukt für eine sog. „Home-Use“-Phase mit nach Hause gibt und nach einem definierten Zeitraum die Kaufbereitschaft nach Produkterfahrung erhebt. Hierfür werden zumeist Testchargen produziert und diese dann über das durchführende Marktforschungsinstitut an die Zielpersonen abgegeben. Genau das geht aber bei den meisten Selbstmedikationspräparaten nicht! Zunächst dürfen Arzneimittel in aller Regel nur von Apothekern abgegeben werden, da diese, wenn nicht verschreibungspflichtig, so doch apothekenpflichtig sind. Zwar gibt es theoretische Überlegungen, wie man die Testpersonen doch noch an das Produkt kommen lassen kann – in der Praxis spielen diese Überlegungen keine Rolle, da bei Arzneimitteln – aufgrund der extrem hohen Zulassungs-, Qualitäts- und Dokumentationsstandards – die Produktion von Testchargen für Marktforschungszwecke praktisch und ökonomisch dem Produkt-Launch gleichkommt.

Und hier liegt das Problem: Da eine Messung der Wiederkaufsbereitschaft im Feld bei OTC-Produkten praktisch nicht möglich ist, wird dieser Wert „aus der Datenbank“ gezogen. Diese Datenbanken heißen üblicherweise sogar **„OTC-Datenbank“**, **können aber aus den besagten Gründen gar keine OTC-Werte enthalten!** Stattdessen sind diese Datenbanken ganz überwiegend mit „OTC-ähnlichen Warengruppen“ gefüllt, wie Medizinprodukten (z. B. Pflaster) und Kosmetika (z. B. Hautcremes, Meerwasser-Nasensprays).

Dass der Mittelwert oder auch der Top-Quartil-Wert einer solchen Datenbank wenig geeignet ist, die Wiederkaufsbereitschaft eines neuartigen Erkältungsproduktes abzubilden, dürfte auf der Hand liegen.

Nicht besser ist es mit der Messung der **Erstkaufbereitschaft**. Diese erfolgt auch heute noch bei einigen STM-Verfahren **streng monadisch**, indem man der Testperson genau ein (!) Konzept, eine Beschreibung des Testproduktes überreicht und die Kaufbereitschaft erhebt. Eine solche Vorgehensweise setzt aber voraus, dass die Zielperson das vorgelegte Angebot aufgrund ihres Wissens über die Märkte selbst beurteilen kann.

Genau diese Annahme und Grundvoraussetzung hat aber, wie bereits dargelegt, für die OTC-Märkte keine Gültigkeit! Um ein Beispiel zu geben: Zeigt man einer potentiellen Konsumentin aus der Zielgruppe <Person mit Übergewicht und Bluthochdruck> die Beschreibung eines neuen OTC-Präparates namens „LipoQuit“ mit der Eigenschaft, die Fettaufnahme im Körper über einen neuartigen Lipid-Antagonisten herabsetzen zu können, wobei die Monatspackung EUR 65,- kostet, und gibt dieser Person keine Vergleichsmöglichkeiten an die Hand, so ist nur eines gewiss: Die geäußerte Kaufbereitschaft ist für eine valide Absatzprognose unbrauchbar!

Pointiert formuliert führt eine direkte Übertragung der Forecasting-Logik aus den Konsumgütermärkten ohne Berücksichtigung der OTC-Spezifika zwangsläufig zu folgender Formel:

Erhoffter Absatz = geratene Erstkaufbereitschaft + kategorienfremde Wiederkaufsbereitschaft x mehr oder weniger unsichere Kauffrequenz/-menge x überschätzte Kontaktwahrscheinlichkeit

Mancher Anwender wird nun einwenden, dass alle klassischen Sales-Forecasting-Instrumente eine ex-post-Validierung der Absatzschätzungen anbieten. Wird das getestete Produkt tatsächlich eingeführt, so weiß man in der Regel spätestens ein Jahr **nach** Launch, ob der Sales-Forecast richtig war oder nicht. Wie wäre es, diese Logik einfach umzudrehen: „Wir möchten zuerst wissen, ob man vom Konzepttest überhaupt auf Abverkäufe schließen kann – erst wenn dies positiv evaluiert ist, können wir es wagen, Absatzwerte vorherzusagen.“

3. Wettbewerbsorientierte Absatzprognose durch Einbeziehung etablierter Referenzmarken

Um die drohenden Klippen bei einer direkten Übertragung obiger Prognoselogik auf Gesundheitsmärkte sicher umschiffen zu können, haben wir die Absatzvorhersage für Gesundheitsprodukte bei unserem Verfahren CONCEPT*DYNAMICSpotential auf drei sich wechselseitig informierende Säulen gestellt (**Abb. 2**):

1. Im Zentrum steht das sog. **Referenzmarkenmodell**. Hierbei handelt es sich um die Erstellung eines regressiven Modells, welches die realen Abverkaufszahlen vorab definierter Referenzmarken innerhalb des jeweiligen Referenzmarktes und der Beurteilung dieser Referenzmarken in einem konventionellen, aber nicht-monadischen Konzepttest in Beziehung setzt.
2. Als zweite Informationsquelle dient ein sog. Consumer-Preference-Modelling, der **Pre-Post-Abgleich zweier Chip Games** (Chip Allocation Conjoint) der nächsten x Einkäufe in der Warengruppe, einmal vor und einmal nach Konzeptvorlage. Hierüber ermittelt sich in erster Linie die Source-of-Volume. Je stärker die Referenzmarken den jeweiligen Markt abbilden, desto eher entspricht der gemessene Präferenzanteil der Postmessung dem zu erwartenden Marktanteil.
3. Weiter integriert das Verfahren eine **Preissensitivitätsanalyse** auf Basis eines modifizierten CBC-Verfahrens (Choice-Based-Conjoint). Hierbei werden die Testpersonen vor Auswahlentscheidungen zwischen der Testmarke und einem Set an Referenzmarken zu jeweils variierenden Preisen gestellt. Hauptfunktion dieses Moduls ist die Messung von Preiselastizitäten und Präferenzanteilen zu vorgegebenen Preisen.
4. Zusätzlich wird über ein nicht-kompensatorisches Berechnungsverfahren eine valide Trial-Rate berechnet (TRUE*CHOICE), die zusätzlich eine robuste Schätzung des Erstkaufpotentials in der Zielgruppe ermöglicht (**Trial-Adoption-Modelling**).

CONCEPT*DYNAMICS integrates several methodologies for an optimised estimation of future sales volume:

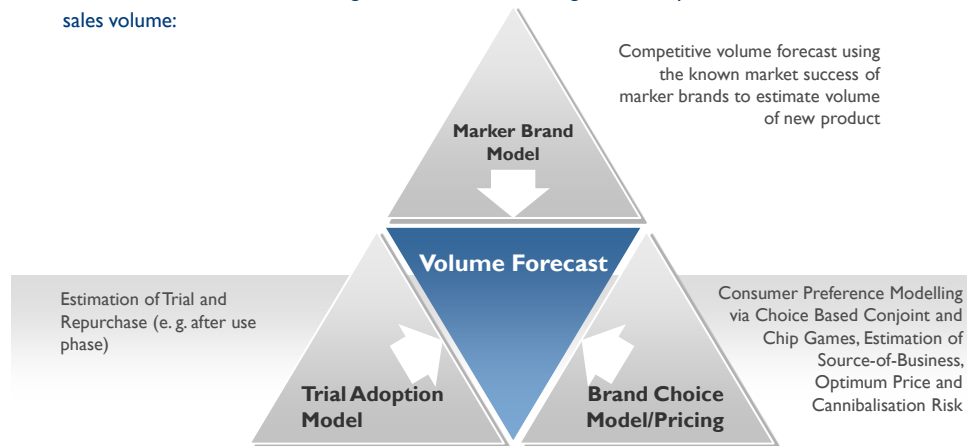


Abb. 2: Die drei Säulen bei der Absatzprognose von Selbstmedikationspräparaten

Der Reihe nach: Über das **Referenzmarkenmodell** wird zunächst eine von der üblichen „Trial-Adoption“-Gedanklichkeit unabhängige Absatzprognose erstellt. Hierbei wird ermittelt, ob sich der jeweilige Referenzmarkt überhaupt über Antworten auf Konzepttest-Fragen erklären lässt. Ob diese Bedingung im konkreten Einzelfall erfüllt ist, bemisst sich nach der Güte des Regressionsmodells, das für jeden Markt, ja für jeden Test, neu aufzusetzen ist! Bisherige Tests in verschiedenen OTC-Warengruppen erbrachten bisher niemals niedrigere R^2 -Werte als .85!

Die abhängige, zu erklärende Variable des **Regressionsmodells** ist jeweils der Jahresabsatz jeder der rund 10 – 15 Referenzmarken des jeweiligen Referenzmarktes, die unabhängigen Variablen alle Antworten der Testpersonen auf die klassischen Konzepttest-Fragen. Anders als die klassischen Sales-Forecast-Instrumente, die alle zentral auf der gewichteten Kaufbereitschaftsfrage basieren, fließen in die Regressionsfunktion neben der klassischen, skalierten Kaufbereitschaft in aller Regel auch Preference-Share aus Chip Game oder CBC ein und vor allem auch Produktleistungs-Statements. Das Referenzmarkenmodell ist in seinen Input-Variablen also immer tailor-made und niemals a-priori standardisiert!

Eine weiterer wichtiger Unterschied zu FMCG-Tools zeigt sich bei der **Testanlage**: Um die geringe Markt- und Preiskennntnis der Zielgruppe zu kompensieren, werden den Testpersonen nicht nur das (eine) Testkonzept zur Beurteilung vorgelegt, sondern gleichzeitig auch die verbalisierten Positionierungen der Referenzmarken!

Als Ergebnis der Modellierung erhält man eine (kurvi)lineare **Regressionsfunktion** für den Zusammenhang zwischen realen Sales und Konzepttest-Ergebnissen im jeweiligen Referenzmarkt. Da man für die Beschreibung des Testproduktes natürlich auch deren Ergebnisse im Konzepttest kennt, kann man diese Werte in die Regressionsfunktion einsetzen und die zu erwartenden Abverkäufe ermitteln.

Ein weiterer Vorteil des Referenzmarkenmodells gegenüber Parfitt-Collins-Ansätzen ist, dass man **keine Annahmen über die Wiederkaufswahrscheinlichkeiten** und auch **keine über die durchschnittliche Kauffrequenz- und -menge** in der jeweiligen Kategorie treffen muss. Denn diese Werte sind – ohne explizit zu sein – faktisch in den realen Abverkaufszahlen der Referenzmarken enthalten und damit unmittelbar in die Regressionsfunktion eingearbeitet! Damit wird natürlich auch die Hinzuziehung von kategoriefremden Datenbankwerten überflüssig.

Das Referenzmarkenmodell ermöglicht darüber hinaus auch die **Einarbeitung der Apothekerempfehlung** in die Saleserwartungen. Hierfür ist zunächst die Durchführung eines analogen Testansatzes an einer separaten Stichprobe nur mit Apothekern erforderlich. Kennt man die Empfehlungsbereitschaft der Apotheker, so lässt sich diese auf disaggregierter Ebene mit der Empfehlungsorientierung jeder einzelnen Testpersonen, die man zuvor im Rahmen des Konzepttests erhoben hatte, matchen: Je stärker die Orientierung des Kaufverhaltens des einzelnen Befragten an einer expliziten Produktempfehlung durch den Apotheker, desto stärker muss die geäußerte Kaufbereitschaft nach oben oder unten gewichtet werden (Abb. 3).

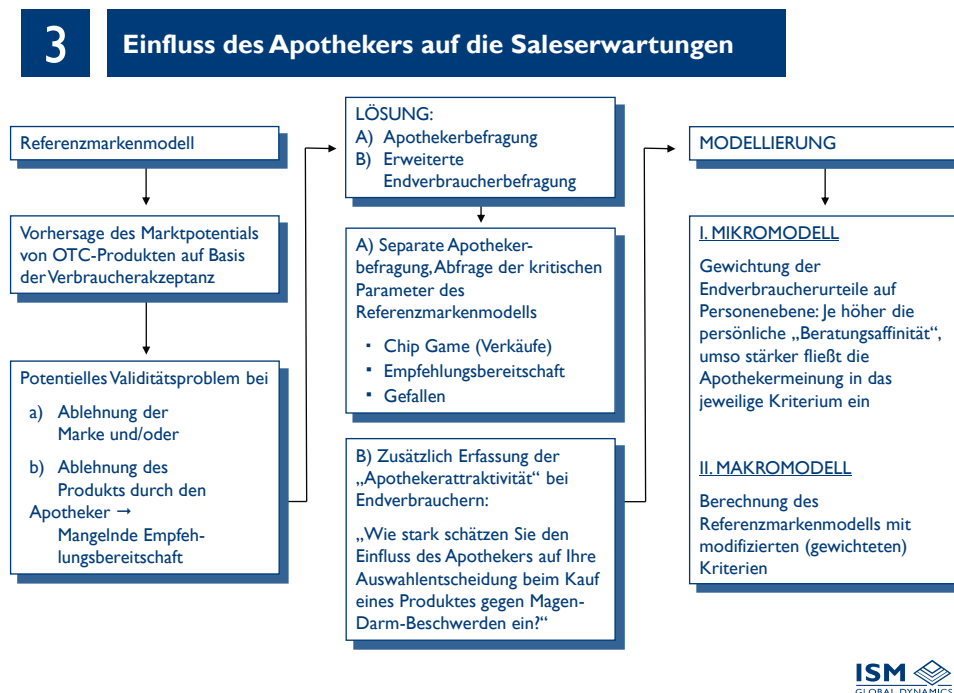


Abb. 3: Modellierung des Einflusses von Gatekeepern auf die Absatzprognose

Klassische STM-Modelle, die eine künftige **Erstkauftrate von Verbrauchern** über unterschiedlich operationalisierte Kaufbereitschaftsskalen messen, mussten schon immer eine Antwort auf die Frage finden: Wie viele Verbraucher aus der Top Box/den Top Boxes würden denn am Ende des Tages wirklich kaufen? Die zweifellos erforderlichen Abzinsungsfaktoren gehören zu den bestgehüteten Geheimnissen der jeweiligen Instrumente und beruhen auf mehr (FMCG) oder weniger (OTC) solider Erfahrung. Gelegentlich werden als Alternativen direkte Kaufwahrscheinlichkeitsabfragen ins Feld geführt (etwa die nach ihrem Erfinder benannte Juster-Scale), die sich in verschiedenen Studien klassischen Ratingskalen als überlegen erwies (Brennon & Esslemont, 1994), ohne jedoch das Problem vollbefriedigend lösen zu können.

Gemeinsam ist allen Verfahren, dass die Scores als aggregierte Werte über das Sample ermittelt werden (Makroperspektive), ohne dass auf Personenebene wirklich klar ist, ob ein Verbraucher mit einem maximalen 7er-Kaufbereitschaftswert auf einer entsprechenden Skala wirklich kaufen würde (Mikroperspektive). Zusätzlich geht das – in der mikroökonomischen Theorie immer noch verbreitete – Theorem der „individuellen Nutzenmaximierung“ von einem rational handelnden Homo oeconomicus aus, der in seiner Rolle als Verbraucher sämtliche Eigenschaften konkurrierender Produkte gegeneinander abwägt, bevor er eine Kaufentscheidung trifft (kompensatorisches Verhalten). Als Alternative werden seit einiger Zeit Trial-Operationalisierungen diskutiert, die von einem **nicht-kompensatorischen Kaufentscheidungsmodell** ausgehen (vgl. Fischer, Heidel & Hofmann, 2009), d. h. Verbrauchern, die mit einfachen Heuristiken zu ihren Alltagskaufentscheidungen kommen („ökologische Rationalität“). Die zentralen Gedanken entstammen der Grundlagenforschung zum menschlichen Entscheidungsverhalten (vgl. Hoffrage & Reiner, 2004; Gigerenzer, 2008): Produktwechsel bedeuten für den Verbraucher immer ein Risiko, dies gilt umso mehr bei Medikamenten. Um einen Trial-Kauf auslösen zu können, muss das neue Produkt dem bisherigen „Solution Set“ des Verbrauchers überlegen sein: Es wird vereinfachend und verkürzend daraufhin geprüft, ob es a) in allen relevanten Punkten mindestens so gut wie das bisher benutzte Produkt UND b) in mindestens einer relevanten Eigenschaft besser ist! Das heißt, dass nach dieser „Psycho-Logik“ eine Unzufriedenheit mit dem Produktpreis – unter der prüfbaren Voraussetzung, dass dieser für die gerade betrachtete Person relevant ist – nicht durch eine besonders bequeme Darreichungsform und eine kommunizierte Nebenwirkungsarmut kompensiert werden kann (wie dies etwa ein gewichtetes Entscheidungskriterium anzeigen könnte!). Etwas flapsig könnte man die daraus resultierende Prüflöge auch als „Lügendetektor-Test“ bezeichnen, ohne dass man natürlich dem Verbraucher bewusste Falschangaben bei der Angabe seiner Kaufbereitschaft unterstellt. Es wird in der Analyse personenindividuell untersucht, ob das neue Konzept in den relevanten Kaufdimensionen jede Hürde nimmt (zumindest Parity mit der jetzigen Hauptmarke) und in mindestens einer relevanten Dimension überlegen ist. Zur Feststellung dieses Sachverhalts existieren verschiedene numerische Herangehensweisen (vgl. bspw. Heil & Magin, unveröff. Manuskript). Die resultierende „harte“ Trial-Rate kann dann den stets drohenden Overclaim bei Trial-Adoption-Modellen wirksam bekämpfen und alleine dadurch die Prognose(n) deutlich verbessern.

Am Ende der konsolidierten Volumenschätzung werden die ermittelten Erwartungswerte wie üblich nochmals abgezinst, da die resultierenden Schätzwerte implizit von 100 % Awareness (Markenbekanntheit) und 100 % Verfügbarkeit/Distribution ausgehen. Ist ein konkreter Marketingplan auf Kundenseite vorhanden, dann arbeitet das Modell mit den Vorgaben des Kunden (geplanter Distributionsaufbau, geplantes Werbeinvestment – hierfür bieten wir ein validiertes „Awareness-Modell“, welches Spendings in zu erwartende Markenbekanntheiten transformiert). Existiert noch kein ausgearbeiteter Marketingplan – etwa in sehr frühen Phasen der Konzeptentwicklung, die dennoch immer häufiger volumetrische Absicherung benötigen –, dann erstellen wir für den Auftraggeber ein entsprechendes Degressionsmodell, aus dem man für ein beliebiges Szenario des Distributions- und Awareness-Aufbaus die zu erwartenden Sales (in Units) ablesen kann.

4. Fallbeispiel: Kategorie Reizdarm – eine neue OTC-Marke etabliert einen neuen Markt

Ein neuer Markt: Reizdarm

2005 launchte unser Auftraggeber ein neues OTC-Reizdarmpräparat und etablierte damit einen neuen Markt für Reizdarm-Präparate. Grundlage des Launches war ein vielversprechender Sales-Forecast mit **CONCEPT*DYNAMICS^{potential}** von ISM GLOBAL DYNAMICS.

Reizdarm-Betroffene leiden unvorhersehbar und in beliebiger Reihenfolge, zum Teil auch gleichzeitig an starken Blähungen, kolikartigen Bauch- und Unterbauchschmerzen, Durchfall oder Verstopfung. Das Besondere an Reizdarm in Abgrenzung zu gewöhnlichen Blähungen, Durchfall oder Verstopfung ist – neben dem Umstand, dass diese Beschwerden bei Reizdarm-Patienten häufig vergemeinschaftet sind – der Umstand, dass diese Beschwerden nicht monokausal auf den Konsum bestimmter Lebensmittel oder auf virale oder bakterielle Infektionen zurückzuführen sind, sondern dass es sich bei Reizdarm im Kern um eine vegetative, nervlich bedingte Fehlsteuerung des Darms handelt.

Medizinisch ausgedrückt handelt es sich bei Reizdarm um eine Ausschlussindikation, die übrig bleibt, wenn der Arzt alle anderen möglichen organischen Erkrankungen wie Darmkrebs, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa usw. positiv ausschließen konnte. Ausschlussindikationen sind jedoch zumeist nicht weniger psychisch belastend als definierte Krankheitsbilder, da sie die Betroffenen in der Ungewissheit belassen, was die Ursache ihrer Leiden ist –, und es gibt in der Regel keine klassischen Arzneimittel zur Behandlung solcher nicht-organischen Beschwerden. So auch bei Reizdarm!

Je nach Definition der Patientengruppe leiden in Deutschland zwischen 5 – 8 Millionen Menschen an Reizdarm. Grund genug, sich dieser Personengruppe anzunehmen (Abb. 4).

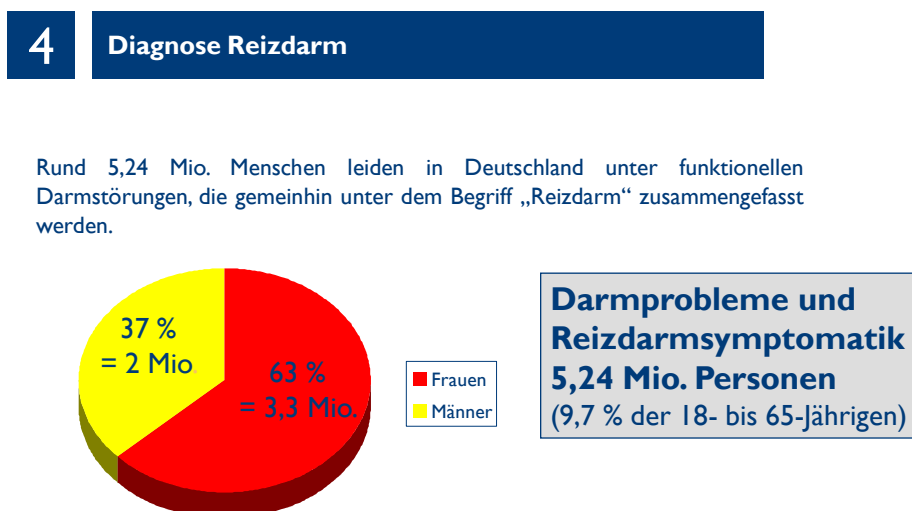


Abb. 4: Diagnose Reizdarm

Was sind die Referenzmarken in einem neuen Markt?

Die Anwendung auf einen noch nicht existierenden Markt stellt das Referenzmarkenmodell vor besondere Herausforderungen. Vordergründig betrachtet könnte man sagen: Wo ein neuer Markt etabliert werden soll, gibt es auch keine Referenzmarken; ergo kein Referenzmarkenmodell.

Eine solche Betrachtungsweise ist jedoch eher akademisch und verkennt die Realität: Natürlich behelfen sich Reizdarm-Betroffene schon heute mit den aktuell verfügbaren Präparaten zur Behandlung von Blähungen, Koliken, Durchfällen und Verstopfungen. Dass diese Präparate nur jeweils ein Symptom des Reizdarms „behandeln“, damit aber dem Syndrom-Charakter des Reizdarm nicht gerecht werden, spielt dabei zunächst keine Rolle. Entscheidend war: Es gibt Produkte, die man gegen (einzelne) Reizdarm-Beschwerden einnehmen kann (Abb. 5)!

Die Referenzmarken für die Absatzvorhersage des neuen Reizdarmpräparats kamen letztlich aus den Produktgruppen

- Blähungen: Lefax, sab simplex
- Durchfall: Imodium akut, Perenterol
- Verstopfung: Dulcolax, Laxoberal, Ratio Lactulose
- Magenprobleme: Iberogast, Enteroplan
- Allgemeine Verdauungsprobleme: Medacur, Buscopan direct.

Insgesamt bildeten also 11 bestehende Marken aus den vielfältigen Indikationsbereichen der Magen-Darm-Beschwerden das Universum, innerhalb dessen sich die neue Marke bewähren musste.

5 Die Referenzmarken		
• Antazida	Iberogast:	39 m€ total sales
	Enteroplant:	4 m€ total sales
• Analgetika	Aspirin:	153 m€ total ASS sales
	Ratio ASS:	27 m€ total ASS sales
	Ratio Paracet.:	32 m€ total Paracet. Sales
	Vivimed:	17 m€ total Paracet. Sales
• Laxantien	Dulcolax:	43 m€ total sales
	Laxoberal:	25 m€ total sales
• Spasmolythika	Lefax:	28 m€ total sales
	Buscopan:	22 m€ total sales
• Antidiarrohoka	Salofalk:	41 m€ total sales
	Immodium:	28 m€ total sales

Die 4 typischen Beschwerden des Reizdarms sind

- Blähungen
- Bauchschmerzen
- Verstopfung
- Durchfall

Die meisten derzeit auf dem Markt erhältlichen Produkte sind lediglich auf eine dieser Beschwerden positioniert

Abb. 5: Das bisherige „Solution Set“ von Reizdarmpatienten (Referenzmarken)

Abzinsung der Referenzwerte

Mit der Definition der Referenzmarken ergab sich jedoch sofort ein anderes Problem: Hätte man die gesamten Absatzwerte dieser Marken in die Regression gegeben, so hätte man (fast automatisch) astronomische, genauer: unrealistisch hohe Werte für das neue Reizdarmprodukt erhalten – denn:

Zielgruppe der Marktforschungsstudie zur Absatzvorhersage waren natürlich nur Personen mit Reizdarm-Beschwerden, also nicht all jene Personen, die immer wieder einmal und aus einfach aufzuklärenden Gründen Blähungen, Durchfall, Verstopfung oder Magendrücken hatten. Hätte man nun versucht, die Absatzwerte der oben definierten Referenzmarken über die Konzepttest-Antworten der Reizdarmbetroffenen zu erklären, so hätte man implizit unterstellt, dass die Abverkaufswerte dieser Marken ganz überwiegend durch Reizdarm-Betroffene zu erklären sind. Dem ist natürlich nicht so.

Die Absatzwerte der Referenzmarken mussten also auf jenen **Fair-Share** abgezinst werden, der dem Absatzanteil der Reizdarm-Betroffenen an den Abverkäufen der Referenzmarken entspricht! Leichter gesagt als getan.

- Ausgangspunkt waren die absoluten Verwenderzahlen zu den einzelnen Teil-Indikationen von Reizdarm (Blähungen usw.) aus der Verbraucheranalyse (VA).
- Aus der Befragung selbst hatte man die Anteile (in %), zu denen die rekrutierten Reizdarm-Patienten Produkte aus den Teil-Indikationen von Reizdarm (Blähungen usw.) verwendeten. Diese Prozentanteile ließen sich dann auf die Grundgesamtheit aller Reizdarm-Betroffenen hochrechnen.
- In einem dritten Schritt konnten sodann die absoluten Verwenderzahlen zu den einzelnen Teil-Indikationen von Reizdarm (Blähungen usw.) aus der Verbraucheranalyse (VA) zu den hochgerechneten Verwenderzahlen der Reizdarm-Betroffenen in Beziehung gesetzt werden. Als Ergebnis erhielt man pro Indikationsbereich einen Prozentwert. Die Differenz dieser Anteilswerte zu 100 % ergab schließlich die Abzinsungsfaktoren (Abb. 6).

6

Von Reizdarmpatienten generierte Volumina

Berechnung der Verwender Medikamente pro Indikation für Reizdarml leidende

Verwender Medikamente pro Indikation über alle Krankheiten

Verwender Abführmittel	9,8 Mio.
Verwender Mittel gegen Blähungen	7,5 Mio.
Verwender Mittel gegen Durchfall	14,0 Mio.
Verwender Schmerzmittel bei Magenbeschwerden	4,6 Mio.
Verwender Mittel gegen Sodbrennen	14,1 Mio.
Verwender Mittel gegen Völlegefühl	10,7 Mio.

Reizdarml leidende: 5,24 Mio.

Symptomatik aus Fragebogen	Verwender von Mitteln (allgemein)	Anzahl Reizdarml leidende mit Indikation (absolut)	Anteil Reizdarml leidende an Verwendern der Mittel (in Prozent)	Abzinsungsfaktor
Verstopfung	9.800.000	1.961.000	0,20	0,80
Blähungen	7.500.000	3.233.000	0,43	0,57
Durchfall	14.000.000	2.358.500	0,17	0,83
Sodbrennen**	14.100.000	5.240.000	0,38	0,62

** Da die Produkte in diesem Bereich so allgemein positioniert sind, dass sie für fast alle Reizdarml Indikationen genommen werden können, wurde hier die absolute Anzahl von 5,24 Millionen Reizdarml leidenden als Referenzgröße genommen.



Abb. 6: Abzinsung der Referenzvolumina

Die Sales-Modellierung

Auch im Reizdarml Projekt basierte die Absatzschätzung auf drei Säulen: der regressiven Beziehung zwischen den abgezinsten Absatzzahlen der Referenzmarken und den im Interview erhobenen Verbraucherreaktionen, dem Auswahlverhalten der Zielgruppe im Wettbewerbsfeld (über Chip Game/CBC). Die Modellierung der Beziehung zwischen „Verbraucherurteil“ und „Markterfolg“ erfolgt in jedem Projekt „tailor-made“, zuweilen erweisen sich dabei nicht-lineare Funktionsannahmen als sehr hilfreich.

Auch bei diesem Forecast stellten die „kaufverhaltensnahen“ Prädiktoren wie Verbraucherwahlen bei Preiskenntnis die stärksten Einflussgrößen dar. Zusätzlich erwiesen sich bei der neuen Reizdarml-Marke Imagefaktoren als signifikante Einflussgrößen: Hier war zentraler Erklärungsparameter des Markterfolgs bei therapeutischen OTC-Produkten wie Reizdarml-Präparaten das Vertrauen in bekannte, von Experten empfohlene Produkte, die sich bereits bewährt haben.

Ein letztes Problem war noch zu lösen: Aus den Verbraucherreaktionen war schnell klar, dass die Akzeptanz eines neuen Produkts in einem so sensiblen Anwendungskontext stark von dem **Empfehlungsverhalten der „Gatekeeper“ (Apotheker)** abhängig sein würde. Umgekehrt hatten Apothekerstudien gezeigt, dass die Symptomatik „Reizdarml“ durchaus eine polarisierende Reaktion bei Pharmazeuten hervorrief. Das Modell musste diesen Umstand berücksichtigen!

Der Sales-Modellierung wurde daher ein Mikro-Modell vorgeschaltet: Zunächst wurde eine Apothekerbefragung analog zur Endverbraucherbefragung konzipiert (bspw. mit Fragen nach der „Empfehlungsbereitschaft“ anstelle der Kaufbereitschaft). Dann erfolgte eine Gewichtung der Endverbraucherurteile auf Personenebene: Je höher die persönliche „Beratungsaffinität“ eines Befragten war, umso stärker floss die Apothekermeinung in das jeweilige Kriterium ein.

Erst dann erfolgte die Berechnung des Prognosemodells mit den modifizierten (gewichteten) Kriterien.

Insgesamt erreicht das finale Prognosemodell eine **erklärte Varianz von 96 %**, präzise genug, um im letzten Schritt der Modellierung die Schätzung der Absätze für die neue Marke in den ersten 12 Monaten nach Launch vorzunehmen (Abb. 7). Ein Jahr nach Einführung ergab die Validierung der Absatzprognose eine Abweichung von lediglich 6 % zwischen Prognose und tatsächlich abverkauften Packungen.

7

Logik des Referenzmarkenmodells

1. CALCULATION OF THE MODEL:

Analysis of the customer reactions to identify the critical combination of key criteria that predict the actual market success.

2. MARKET POTENTIAL OF THE NEW CONCEPT:

By integrating the customer evaluation of the new concept in the model it can be detected what the evaluation of the new concept means concerning the prospects of the market.

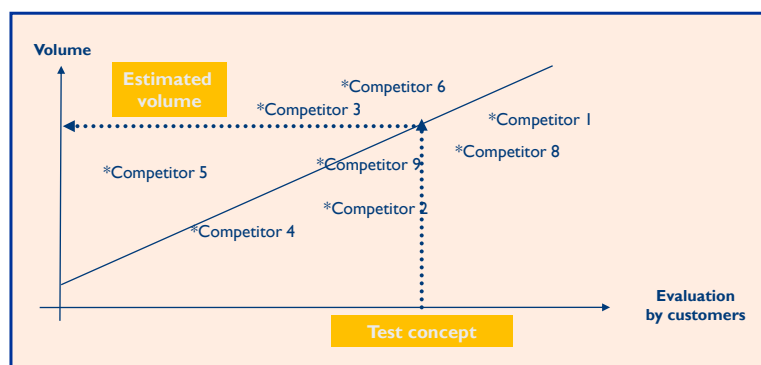


Abb. 7: Modellierung der Beziehung zwischen Verbraucherakzeptanz und Markterfolg

5. Fazit

In den schnell drehenden Konsumgütermärkten haben sich die klassischen STM-Modelle zur Absatzvorhersage durchaus bewährt. Deren Anwendung in den Gesundheitsmärkten führt jedoch häufig zu unsicheren Ergebnissen, deren prognostische Un-/Genauigkeit sich zudem immer erst nach Produkteinführung herausstellt.

Der Grund für das Auseinanderklaffen von Vorhersage und tatsächlicher Marktpformance bei der Anwendung der klassischen FMCG-Absatzvorhersage-Instrumente auf Gesundheitsmärkte liegt darin begründet, dass die Grundannahmen dieser Instrumente in den Gesundheitsmärkten gerade nicht gelten: hohe Markt- und Preistransparenz, verlangengetriebenes konstantes Low-Involvement der Konsumenten, geringe Risikoeinschätzung und niedrige Probierschwelle – das Fehlen all dieser impliziten Voraussetzungen führt dazu, dass monadisch, non-kompetitiv und kompensatorisch gemessene Erstkaufbereitschaften (Trial) in den Gesundheitsmärkten wenig realistisch sind. Gleichzeitig sind Wiederkaufsraten und Kauffrequenzen in der Selbstmedikation mit deutlich größeren Unsicherheiten behaftet als bei Konsumgütern.

Das von uns vorgestellte Prognoseinstrumentarium **CONCEPT*DYNAMICS^{potential}** berücksichtigt einerseits im Testaufbau die genannten Spezifika, legt realistische Trial-Kriterien zugrunde und ergänzt das klassische Trial-Adoption-Modell um ein innovatives, wettbewerbsbezogenes Schätzverfahren für die Absatzvorhersage bei Gesundheitsprodukten. Im Kern beruht die Absatzvorhersage bei **CONCEPT*DYNAMICS^{potential}** auf einem Regressionsmodell des Zusammenhangs zwischen den bekannten realen Abverkaufszahlen der Referenzmarken in dem jeweiligen Markt und den Konzepttest-Ergebnissen sowohl der Referenzmarken als auch der zu testenden Produktidee. Lässt sich so der Zusammenhang im Gesamtmarkt modellieren, dann kann man durch Einsetzen der Verbraucherurteile und weiterer Marktkennziffern in die Regressionsgleichung den zu erwartenden Absatz direkt ableiten. Die Validität und Robustheit des Verfahrens konnte bis heute in zahlreichen OTC-Forecasts belegt werden.

Die entscheidenden Vorteile des Prognosemodells von **CONCEPT*DYNAMICS^{potential}** gegenüber herkömmlichen Parfitt-Collins-Ansätzen sind dabei die folgenden:

1. Der Anwender weiß schon vor der Produkteinführung, ob sich überhaupt ein Zusammenhang zwischen Konzepttest-Ergebnissen und Performance der Marken im Markt herstellen lässt; m. a. W. **bei CONCEPT*DYNAMICS^{potential} kommt erst die Validierung, dann die Absatzschätzung!**
2. **Das Referenzmarkenmodell ist vollkommen transparent** – kein Bereich der Ergebnismodulation ist den Auftraggebern verschlossen; die Zuverlässigkeit der Absatzschätzung bemisst sich nach dem R^2 der Regressionsfunktion.
3. **Das Tool integriert darüber hinaus drei unabhängige Berechnungswege** zur Ermittlung der Saleserwartungen zu einem durch sich selbst kalibrierten Ansatz – mögliche Inkonsistenzen werden frühzeitig erkennbar.
4. Die Vorhersage-relevanten Prädiktoren werden in jeder Studie neu ermittelt. Im Ergebnis ist **jeder Sales-Forecast an die Spezifika des jeweiligen Marktes ideal angepasst** und keine vorfabrizierte Standardlösung für alle Warengruppen.
5. **Die Testanlage ist bewusst kompetitiv und nicht monadisch** – indem jede Testperson nicht nur die Positionierung des Testproduktes sieht, sondern gleichzeitig auch die der Referenzmarken, wird das Informationsdefizit der Verbraucher in den Gesundheitsmärkten bewusst ausgeglichen. Nur so erhält man valide und reliable Antworten zur Erstkaufbereitschaft.
6. **Erstkaufbereitschaften werden zusätzlich intraindividuell auf Belastbarkeit geprüft!**
7. **Ganz zentral ist, dass man im Referenzmarkenmodell keine Annahmen über die Wiederkaufswahrscheinlichkeiten und auch keine über die durchschnittliche Kauffrequenz- und -menge in der jeweiligen Kategorie treffen muss.** Denn diese Werte sind – ohne explizit zu sein – faktisch in den realen Abverkaufszahlen der Referenzmarken enthalten und damit unmittelbar in die Regressionsfunktion eingearbeitet! Damit wird natürlich auch die Hinzuziehung von kategoriefremden Datenbankwerten überflüssig.
8. Das Referenzmarkenmodell ermöglicht darüber hinaus auch die **Einarbeitung der Apothekerempfehlung** in die Saleserwartungen auf disaggregierter Ebene.

Literatur

- Brennan, M. & Esslemont, D. (1994). The Accuracy of the Juster Scale for Predicting Purchase. Rates of Branded, Fast-Moving Consumer Goods. *Marketing Bulletin*, 1994, 5, 47 – 52.
- Erichson, B. (1987a). TESI: The G&I test market simulator. In: Proceedings of EMAC/ESOMAR symposium on micro and macro market modelling, October 1987. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Erichson, B. (1987b). TESI – Prediction and diagnosis for new products. *Arbeitspapiere zum Marketing* Nr. 20, Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Erichson, B. & Börtzler, K. L. (1988). TESI – Principles, experiences and new developments. In Proceedings of ESOMAR seminar on new methodologies in test marketing, June 1988. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Fischer, B., Heidel, B. & Hofmann, A. (2009). Erfolgsprognose bei Neuprodukten mit der CHANCE®-Methode. *transfer Werbeforschung & Praxis*, 04/2009, S. 64 – 69.
- Fourt, L. A. & Woodlock, J. W. (1960). Early prediction of market success for new grocery products. *Journal of Marketing*, 24, 31 – 38.
- Gigerenzer, G. (2008): *Bauchentscheidungen* (2. Auflage). München: Goldmann.
- Heil, O. P. & Magin, V. (Unpublished Manuscript). The CHANCE approach: A new and simple method to predict success or failure of new products. University of Mainz.
- Hoffroge, U. und Reiner, T. (2004). Models of bounded rationality: the approach of fast and frugal heuristics. *Management Review*, Vol. 15, 437 – 455.
- Lachmann, U. (2002). *Wahrnehmung und Gestaltung von Werbung*. Die Stern Bibliothek. Hamburg: Gruner und Jahr.
- Lin, L. Y. S. (1988). The US Test marketing scene and a new test marketing methodology for capturing all panellist purchases. In: Proceedings of ESOMAR seminar on new methodologies in test marketing, June 1988. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Lin, L. Y. S., Pioche, A. & Standen, P. (1982). New product sales forecasting: Recent BASES model experiences in Europe and in The United States. In: Proceedings of ESOMAR marketing research congress, August/September 1982. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Lin, L. Y. S. & Standen, P. G. (1984). Measuring awareness, do we measure advertising effects? In: Proceedings of EMAC/ESOMAR symposium on methodological advances in marketing research in theory and practice, October 1984. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).

- Lin, L. Y. S., Pioche, A. & Standen, P. (1986). Estimating sales volume potential for new innovative products with case histories. In: Proceedings of ESOMAR marketing research congress, August 1986. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Lin, L. Y. S. & Factor, S. (1987). Forecasting the sales impact of new product improvement. In: Proceedings of EMAC/ESOMAR symposium on micro and macro market modelling, October 1987. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Markowitz, L. (2010a). The future of forecasting is here. In: ESOMAR Congress “Odyssey 2010” – Congress Papers, September 2010. Amsterdam: ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research).
- Markowitz, L. (2010b). Are concept databases leading CPG-marketers to make the wrong decisions? A new solution for benchmarking consumer packaged goods concepts. Download:
http://www.ipsos.com/marketing/sites/www.ipsos.com.marketing/files/pdf/ipsosMarketing-POV-Concept_Databases.pdf
- Parfitt, J. H. & Collins, B. J. K. (1968). Use of consumer panels for brand share prediction. *Journal of Marketing Research*, 5, 131 – 146.
- Wilke, J. (2002). The future of simulated test markets. The coming obsolescence of current models and the characteristics of models of the future.