

Krankheiten erleben, Gesundheit steuern: Was die Zielgruppenbedürfnisse unterscheidet

Empathie und Wissen

Menschen in Deutschland wünschen sich neben Glück am häufigsten Gesundheit. Während „Glück“ individuell interpretierbar ist, wird Gesundheit bei Glückwünschen durchgehend als der Zustand verstanden, der frei von Beschwerden oder Krankheiten ist. Gesundheit als Voraussetzung, um glücklich zu sein. „Gesund sein“ wünscht sich folglich jeder, krank sein dagegen keiner. Dieser Dualismus gilt auch für den Healthcare-Bereich, der sich tagtäglich mit Krankheiten auseinandersetzt. Der Umgang mit Krankheiten und die dahinter stehenden Bedürfnisstrukturen unterscheiden sich dabei mitunter deutlich je nach Zielgruppe.

>> Patienten reagieren auf Krankheiten zunächst immer emotional und wünschen sich eine schnellstmögliche Rückkehr in den positiven Ausgangszustand. In den Erstreaktionen wird die Vernunft bei Zunahme der Krankheitsschwere in den Hintergrund gedrängt. Gewünschte Wege zurück zum Gesundheitszustand vor der Erkrankung werden psychologisch gegenüber denen präferiert, die das subjektive Krankheitserleben noch stärker mit (negativen) Informationsgehalten verstärken. Das Prinzip „Hoffnung“ versetzt bei Patienten durchgehend Berge. Anders dagegen der Umgang mit Krankheit und dem Erleben der Krankheiten bei Ärzten und anderen akademisch ausgebildeten Healthcare-Professionals: Hier steht auch das faktische Krankheitsbild und dessen Folge im Vordergrund. Emotionale Aspekte erschließen sich in einem zweiten Blick – sei es über die individuell definierten Erfolgsergebnisse oder die Empathie-Bereitschaft im Kontakt mit dem Betroffenen.

Unterschiedliche Betroffenheit bei Krankheit

Je schwerer eine Krankheit ist, desto stärker wächst die Sehnsucht, nach dem letzten Strohalm zu greifen. Zwar gewinnen „Dr. Google“ und weitere Internet-Plattformen immer mehr an Bedeutung, die fehlende, tatsächliche medizinische Kenntnis führt aber bei Patienten dazu, dass persönlich eingeholter ärztlicher Rat deutlich mehr an Sicherheit liefert

als die unüberschaubare Informationsflut im Internet. Gerade im Zusammenhang mit der unstrukturierten Vielfalt an Informationen gewinnen Bildsignale, Botschaften oder (aus der Internet-Recherche) erinnerte Schlüsselbegriffe ein für Laienmediziner besonderes Gewicht, da sie sich in ihrer jeweiligen Betroffenheit leicht und schnell in Richtung „Hoffnung“, Genesung, (wieder zu erlangende) Gesundheit übersetzen lassen.

Patient ist dabei niemals gleich Patient; vielmehr bestehen zahlreiche Unterschiede nach Patiententypen. Wichtigste Kriterien sind neben Generationenunterschieden (Jahrgangs-Kohorten), Bildungsstand, Versicherungszugehörigkeit (Privatpatient) und weiteren sozioökonomischen Variablen vor allem auch psychosoziale Verhaltensmuster. Charaktereigenschaften

wie Mut oder Selbstverantwortung korrelieren nicht automatisch mit Bildungsniveau oder Versichertenkarte. Über psychodramatische Analysen können wir zwischenzeitlich diverse psychografische Cluster bei betroffenen Patienten differenzieren, die je nach Krankheitsschwere und sozialem Umfeld mehr oder weniger stark variieren können.

Die mit Abstand größte Personengruppe bilden die „Tröstsucher“. Hier handelt es sich um ein Patientenkontinuum, das sich mehrfach und über vielfältige Kanäle über seinen Zustand absichert, das sich häufig mit den Auswirkungen seiner Krankheit beschäftigt und damit auch sein Umfeld häufig involviert (Angehörige, Freunde, soziales Umfeld). Altruistische Wunschvorstellungen (Rücksichtnahme, Einforderung von Unterstützung, u.ä.) sind in diesem Patientenrollenbild nicht

selten. Daneben finden sich Patiententypen mit tendenziell negativer Konnotation: „Lamentierer“ oder Nörgler gehen stets vom Negativen aus („Alles ist schlecht, es kann nur besser werden“), wünschen sich aber insgeheim eine Besserung und indirekt Trost über das Umfeld. Extrem negative Einstellungen legen „Negierer“ oder „Fatalisten“ („Es hat doch alles keinen Sinn“) an den Tag. Umgekehrt gibt es auch Patienten mit positiven Bewältigungsstrategien: „Positivisten“ folgen der Grundeinstellung, dass ohnehin alles gut wird, während „Self-isten“ sich der Krankheit selbst stellen und diese bestmöglich bewältigen wollen („Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott.“).

Je mehr es sich bei Krankheiten/Beschwerden um vermeintliche Bagatellen handelt, desto stärker gewinnen positive Ausprägungen das Übergewicht und die Entscheidung für eine Behandlungsform wird wahrscheinlich selbst getroffen. Mit der Schwere der Krankheit wächst aber nicht nur die Betroffenheit, sondern auch die Abhängigkeit von anderen Protagonisten des Healthcare-Systems (Abb. 1). Therapien/Medikamente sind für Patienten dabei nichts weiter als Mittler, um von Negativ (Krankheit) in Richtung Positiv (Idealfall: vollständige Genesung) zu gelangen.

Je schwerer die Krankheit ist, desto wichtiger wird für Patienten – unabhängig von den psychografischen Einstellungsmustern – die Rolle der

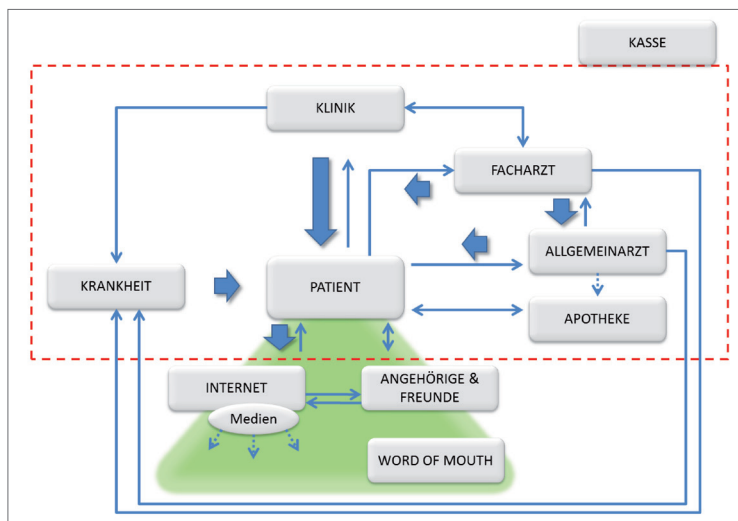


Abb. 1: Krankheitserleben aus patientenzentrierter Sichtweise

behandelnden Mediziner. Der Arzt wird aufgesucht, er diagnostiziert und behandelt, wobei der Patient und seine Krankheit für den Arzt faktisch zunächst einmal einen Krankheitsfall darstellen. Bei besonders wissenschaftlicher Ausrichtung (insbesondere bei den meisten Facharzt-Gruppen) gewinnt die Rolle des „Heilers“ bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeiten die Überhand. Der Schwerpunkt liegt in der analytischen Krankheitsbehandlung, die Medizin steht im Vordergrund und die Beziehung zu Patienten wird bewusst auf emotionaler Distanz gehalten. Gerade bei Fachärzten ist deshalb auch in der Kommunikation der Beweis der Wirksamkeit von Therapien ein notwendiges Must Have (u.a. Studienergebnisse, Fachpublikationen), da dies seinen Anspruch als „Heiler“ bei der Krankheitsbewältigung unterstützt.

Je intensiver bzw. je langwieriger eine Beziehung zwischen Arzt und Patient ist (z.B. geriatrische Patienten bei Hausärzten), desto stärker gewinnt beim Arzt auch die Rolle des „Helfers“ an Gewicht, was in der Arzt-Patienten-Beziehung mehr Empathie zulässt und auch die Therapieentscheidung psychologisch entscheidend mit beeinflussen kann.

Apotheken nehmen in einer patientenzentrierten Sichtweise eine eher neutralere Funktion ein. Bei ärztlicher Therapieverordnung sind sie „nur“ eine Verteilerstelle (Rezept), bei „Volkskrankheiten“ oder Bagatellbeschwerden liefern sie den Patienten-Service für eine rasche Hilfe zur Selbsthilfe. Zudem spenden sie ein zusätzliches Plus an Sicherheit, wenn es darum geht, selbstgewählte Therapie-Entscheidungen zu bestätigen oder bei der Interpretation von Laienmedizinern beratend Hilfestellung zu liefern. Je positiver Apotheken-Gespräche von Seiten der Betroffenen quittiert werden und im Nachhinein zu einer raschen Beschwerdefreiheit beigetragen haben, desto wahrscheinlicher ist ein Wiederkauf in der Apotheke bzw. eine längerfris-

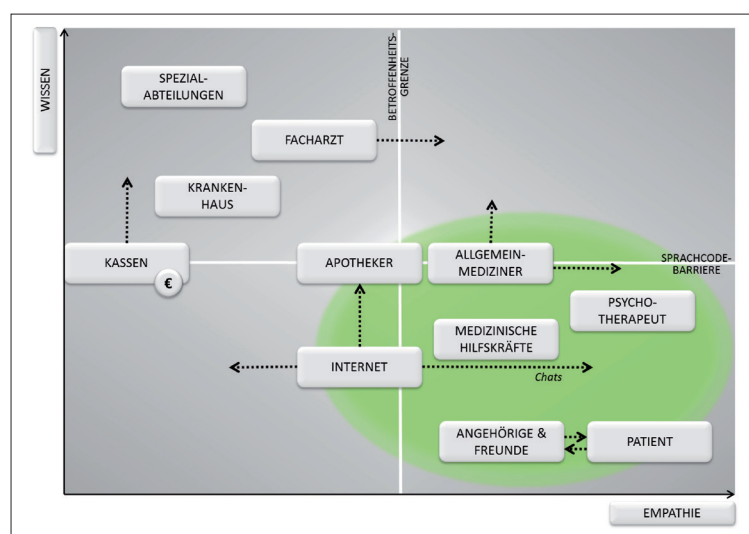


Abb. 2: Zusammenspiel von Empathie und Wissen bei Krankheiten

tige Kundenbeziehung.

Krankenkassen spielen für Patienten häufig eine untergeordnete Rolle bei Krankheit, wobei zwischen Privat- und gesetzlichen Kassen (GKV) zu unterscheiden gilt. Die GKV wünscht mehr Effizienz im Gesundheitswesen mit dem bislang unerreichten Ziel der Kostendämpfung. Eine Differenzierung der Krankenkassen durch den Verbraucher (= Patient) fällt aber wie auch bei allen anderen Versicherungen schwer. Die Konsequenz der fehlenden Differenzierung und der fehlenden (emotionalen) Berührungspunkte mit der GKV sorgt u.a. bei der Masse der Patienten dafür, dass Gesundheit ein mehr oder weniger pauschal vorausgesetztes Allgemeingut ist. Nur bei Nachzahlungen bzw. Einschränkungen erfahren Patienten, wie „teuer“ das Gut „Gesundheit“ letztlich ist. Bei Privatpatienten ist eine Sensibilisierung aufgrund der Zahlungsmodalitäten stärker ausgeprägt.

Wieder gesund sein ...

Patienten erleben Krankheiten immer empathisch: Durch das persönliche Leid erfährt der gewohnte und niemals hinterfragte Normalzustand „Gesundheit“ eine interpretatorische Idealisierung. Mit größtmöglicher Betroffenheit und im Normalfall mit wenig (oder nur eingeschränktem) Wissen begibt

sich der Patient auf seine eigene Customer Journey, die ihm, im Umgang mit der Krankheit und dem damit verbundenen Krankheitserleben helfen soll (Abb. 2). Seiner Empathie-Bereitschaft am nächsten sind Angehörige, Freunde, gleichfalls Betroffene: Glück wird verdoppelt, Leid erträglicher, wenn man es teilen kann. Steht ein soziales Umfeld nur bedingt zur Verfügung, so kann man sich ein solches „virtuell“ über diverse digitale Kanäle erschaffen. Insbesondere in den Generationen Y und jünger relevant.

Das Internet ist aber auch aufgrund seiner Vielfältigkeit an Informationen Anlaufstelle Nr. 1 für Laienmediziner, um sich schnell und ungefiltert ein „objektives“ Bild über Krankheit, Krankheitsverlauf, Heilungschancen, etc. zu verschaffen. Je tiefer man als Patient in medizinische Medien einsteigen kann, desto höher kann der Wissensstand vor dem Erstbesuch beim Arzt sein. Wenn bei der Eigenrecherche Schlagwörter wie „neue Therapie“, „medizinische Schlüsselbegriffe“ oder Wirkmechanismen häufiger begegnen, dann fokussiert sich die Wahrnehmung der Betroffenen immer stärker auf Themen, die mit diesen Codes zu tun haben. Dass auch die Themenwahl und die Häufigkeit bestimmter Begrifflichkeiten manipulierbar ist, wird aufgrund der emotionalen Betroffenheit der Patienten zunächst ausgeblendet.

Gemerke Schlagworte sind dann meistens auch Schlüsselthemen beim Arzt-Patienten-Gespräch. Der zu erwartende Therapie-Erfolg und die Minimierung von Progression und Nebenwirkungen stehen beim Patienten im Vordergrund. Sein persönliches Schicksal bildet den Fokus mit Fragen wie: „Was passiert mit mir? Wie verändert mich die Krankheit? Welche Folgen sind zu erwarten? Werde ich wieder gesund?“ Mit der Schwere der Krankheit und der Intension der persönlichen Betroffenheit nimmt die Bereitschaft beim Patienten zu, die ärztliche Hilfestellung weniger deutlich an objektiven Kriterien zu messen.

Für den Arzt steht dagegen die Selbstwirksamkeitserwartung psychologisch im Vordergrund, indem er eine herausfordernde Situation (z.B. schwere Erkrankung) mittels seiner Erfahrungen und seiner eigenen Kompetenz erfolgreich bewältigen will. Alles, was für seine Entscheidung maximale Sicherheit gewährt (Therapieleitlinien, Entscheidungsroutinen, Expertenberichte, etc.), wird i.d.R. bevorzugt. Das gilt insbesondere für weniger spezialisierte Allgemeinmediziner, die aufgrund ihrer Behandlungsvielfalt nur begrenzt indikationspezifisches Detailwissen aufbauen können. Zusätzlich wirken bei Allgemeinärzten Maßnahmen, die seine Empathie-induzierte Rolle als „Helfer“ größtmöglich unterstützen. Neben einer längerfristigen Betreuung als Patient – mitunter ein Leben lang – wirken hier vor allem Compliance-Kriterien, die dem Arzt über die Mitarbeit der Patienten bestmöglichen Therapie-Erfolg vermitteln.

Allgemeinmediziner reagieren insgesamt auf Patienten empathischer als viele Fachärzte (und auch Apotheker, die meist nur punktuelle Beziehungen zum Patienten bei Krankheitsbeschwerden aufbauen). Noch stärkere Betroffenheit und Zuneigung verspüren Patienten bei (Psycho-) Therapeuten, die in einigen Indikationsbereichen bereits als „freundschaftliches“ Verhältnis

interpretiert werden.

Neben einer „gefühlten“ Betroffenheitsgrenze (Gefühle an sich heranlassen wollen) lässt sich aber auch eine Sprachcode-Barriere feststellen (Abb. 2): Während Allgemeinmediziner, Apotheken und auch Kassen eine „elaborierte“ Sprache sprechen, die größtenteils auch Patienten verstehen können, sind die Codes aus stationären Einrichtungen und von den meisten Fachärzten nicht mehr ohne weiteres ad hoc verständlich.

Die schematisch aufgezeigte Nähe der Protagonisten, was Sprachcodes und Empathie-Bereitschaft anbelangt, verdeutlicht aber auch, dass eine zielgruppenübergreifende Ansprache stets

möglich sein kann. Die Auswahl der Visualisierungen und Botschaften muss letztlich nur so getroffen werden, dass allen anvisierten Healthcare-Zielgruppen im betroffenen Indikationsbereich glaubwürdig aufgezeigt wird, wie sich eine Krankheit positiv steuern lässt. Und dabei ist es nicht entscheidend, ob medizinischer Wissensvorsprung vorherrscht oder nicht. Sehr gute Kommunikation berührt die betroffenen Zielgruppen gleichermaßen über die gesendeten Signale. Nur werden diese jeweils etwas anders uminterpretiert: Einmal aus Sicht der Patienten und Laienmediziner, zum anderen aus Sicht der Healthcare Professionals. <<

Autoren

Florian Klaus ist Director BrandPsychology und Mitglied der Geschäftsleitung bei K&A BrandResearch. Neben der strategischen Markenberatung verantwortet er die markenpsychologische Forschung, Methodenentwicklung und die Weiterentwicklung des K&A Psychodrama-Ansatzes. Er ist Vorstand des International Institute of Applied Psychodrama Research.



Dr. Uwe Lebok ist CMO bei K&A BrandResearch. Er ist seit 2005 im Vorstand und dort verantwortlich für Marketing und Vertrieb. Dr. Lebok kam 1999 zu K&A, wo er zunächst für die branchenübergreifende Kundenbetreuung zuständig war. Heute unterstützt er vor allem mittelständische Unternehmen mittels researchbasierter Markenstrategien.



Kontakt: info@ka-brandresearch.com