

HEALTHCARE MARKETING

Das Fachmagazin für Gesundheitsmarken



Caroline Schmitt, Douglas



Christian Bock, Barmer



Dr. Marc-Pierre Möhl, BVMed



Florian Sieben, P&G Wick-Pharma

Architekten des kommunikativen Erfolgs

Zielgruppenverständnis

Ärzte-Personas und die passende kommunikative Ansprache

Überpsychologisierung und überinterpretierte Zielgruppen helfen Vermarktungsstrategien nachweislich weniger als vermutet. Dennoch genießen Personas großen Zuspruch – auch im Healthcare Marketing und in der Ansprache von Ärzten sollen Persönlichkeitsmerkmale helfen, das Entscheidungsverhalten der Mediziner zu erklären. Dabei zeigen Studien der Behavioral Economics, dass handfeste Alltagsbedingungen einen stärkeren Einfluss haben als jedwede Persona-Überbewertung.

Autoren: Irena Leuthold und Dr. Uwe Lebok, K&A BrandResearch

Die Idee, dass Persönlichkeitsmerkmale den Großteil des Ordnungsverhaltens von Ärzten erklären, ist weit verbreitet. Segmentationen verhelfen zu einem ersten Eindruck, wie sich Ärzte clustern oder typologisieren lassen. Neben soziodemografischen Variablen gehen Hinweise zu fachlichem Hintergrund, Größe und Lage der Praxis, Scheine pro Quartal, Patientenklientel und weiteren objektivierbaren Dimensionen in die Zielgruppenbestimmung ein. Ob der Plan aufgeht, dass Ärzte aufgrund ihres Clusters zu Verordnern einer Therapie wurden, lässt sich vergleichsweise unaufwändig prüfen. Meistens helfen solche Zielgruppenbeschreibungen aber nur bedingt, um Hinweise zu erhalten, wie sich über Marketing-Maßnahmen das Ordnungsverhalten in eine intendierte Richtung verändern lassen kann. Aus diesem Grunde ist der Wunsch entsprechend groß, aus beschreibenden Zahlen und Fakten von Ärztegruppen sprechende Zielgruppenpersönlichkeiten zu erstellen.

Von der Zielgruppe zur Persona

Dass die Ärzte auch nur Menschen sind und sich im beruflichen Kontext ebenso von ihren Emotionen und Bedürfnissen leiten lassen, ist mittlerweile Common Sense geworden. Im Außendienstgespräch reicht es nicht mehr aus, ausschließlich Zahlen, Daten, Fakten der

Studien aufzuzählen und über Grafiken zu veranschaulichen. Der Arzt mit seinen Bedürfnissen soll stärker im Blickpunkt stehen. Und weil dann „Arzt nicht gleich Arzt“ ist, und für eine kommunikative Ansprache statistisch ermittelte Fakten wie Alter des Arztes, der Anteil der Privatpatienten oder die Fachausbildung zu wenig an kreativer Fantasie bereithalten, wurden Zielgruppenbeschreibungen auch bei Ärzten immer kleinteiliger und psychografischer. Das geht mittlerweile soweit, dass sich Zielgruppenbeschreibungen in Agentur-Briefings mitunter wie Horoskope lesen lassen.

Für die Vertriebsaktivitäten hatten sich bereits Big Five als Standardmodell in der Persönlichkeitsforschung und der Myers-Briggs-Typenindikator etabliert. Insbesondere bei der Zusammenstellung globaler Teams spielen unterschiedliche Verhaltensmuster eine wesentliche Rolle. Solche Muster gleichzeitig auch zur archetypischen Beschreibung von Ärztegruppen anzuwenden und mit „Hilfe“ von zusätzlichen blumigen Typologie-Umschreibungen zu ergänzen, macht zwar einen anzusprechenden Arzttypus vermeintlich lebensechter, führt aber nicht selten von der Lebenswirklichkeit des Arztalltags weg. Um ärztliche Zielgruppen zu systematisieren und in eine Archetypen-gerechte Ansprache zu übersetzen, werden Charaktertypen wie „Hektischer Choleriker“ oder „Logische Lisa“ geboren und visualisiert, um Ärzte in Praxen

adäquat vom Außendienst an sprechen zu lassen.

Das bringt vermeintliche Vorteile mit sich: Die zu anzusprechende Ärzteschaft wird in plastisch unterschiedliche Typen eines möglichst detaillierten Psychogramms unterteilt. Die Mitarbeiter haben das Gefühl, sie wüssten nun exakt und in der Tiefe, wie bestimmte Arzttypen Entscheidungen treffen. Dementsprechend ließe sich ein Arzt des Typus „Logische Lisa“ vor allem über Daten und Fakten überzeugen und deutlich weniger über Komplimente, Emotionen und Gefühle.

Verhalten im Kontext

Die eigene Zielgruppe der Healthcare Professionals in der Tiefe zu verstehen, sie dadurch berechenbarer zu machen und die eigenen Produkte effizienter vermitteln zu können, ist vor diesem Hintergrund ein verlockendes Versprechen. Leider aber auch nach ausführlicher Beschäftigung ein sehr komplexes. Die moderne Psychologie weiß, dass Menschen und ihr Verhalten bei weitem nicht so eindimensional funktionieren, wie es ein schön bebildertes Persona-Konstrukt nahelegt.

Kein Arzt beziehungsweise keine Gruppe von Ärzten lässt sich auf einen postkartengroßen Steckbrief pressen und mit einer Überschrift wie „Hartnäckig-

VOM KONTEXT ZUM VERHALTEN IN PRAXISALLTAG VON ÄRZTEN

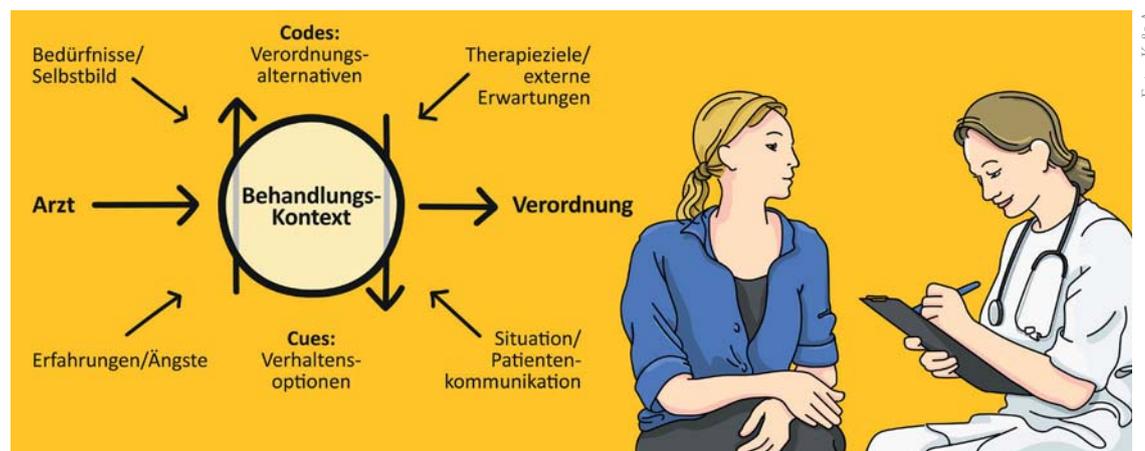


Foto: K & A

Der Behandlungskontext ist verantwortlich dafür, wie sich ein Arzt verhält

ger Helmut“ oder „Menschliche Mila“ versehen. Zumindest nicht in allen Lebenslagen, Alltagssituationen oder Behandlungsumfeldern. Der Verhaltensökonom und Nobelpreisträger Daniel Kahneman konnte mehrfach nachweisen, dass unser tatsächliches Verhalten viel stärker von Außenvariablen in Entscheidungskontexten bestimmt wird, als von Innenvariablen wie tieferliegende Motive, archetypische Muster-Schablonen oder Purpose. Wie alle anderen Menschen haben Ärzte Einstellungen, verhalten sich aber eben nicht immer konsequent danach. Auch Ärzte verhalten sich in unterschiedlichen Situationen systematisch unterschiedlich – je nach Kontext und den vorherrschenden Kontextbedingungen.

Kontext schlägt Überpsychologisierung

Wer also von einem Arzt erwartet, dass er in den meisten Indikationen open-minded unterwegs ist, nur weil er an vielen Fortbildungen und Kongressen teilnimmt und sich in seiner Freizeit unkonventionell kleidet, wird schnell enttäuscht sein: Freizeitvorlieben sind für das Verordnungsverhalten nicht ausschlaggebend. Die Freizeit ist ein komplett unterschiedlicher Kontext, in welchem andere Entscheidungen getroffen werden als in der Praxis, wenn

beispielsweise ein übergewichtiger Patient unbelehrbar im Behandlungszimmer sitzt, der wenig compliant bezüglich seiner Cholesterintherapie über sein Leid im Alltag klagt. Der Behandlungskontext ist wesentlich verantwortlich dafür, wie sich ein Arzt verhält. Inwieweit hat der Arzt das Gefühl, dass Therapieziele erreicht werden können, wenn er mehr Zeit in die Beratung investiert? Wie kann er seine persönliche Selbstwirksamkeit dabei erhöhen? Was verschafft ihm in der Situation – gegenüber Patienten oder der zu behandelnden Krankheit – einen emotionalen Effizienzvorteil?

Die Berücksichtigung der Alltagsrelevanz von Entscheidungen, die sich nicht an rationalisierten Vorteilsargumentationen von Therapien einerseits oder an eine realitätsverzerrende Persona-Lyrik andererseits klammert, kommt im K&A Psychodrama-Ansatz zum Tragen. Das Gesamtsystem der Entscheidungsfindung für Therapieverordnungen im Behandlungsumfeld von Arztpraxen und Kliniken wird einbezogen und diese Rolle einzelner Parameter im Kontextumfeld analysiert (Abb. oben). Auf die Verordnungsüberlegung wirken neben eigenen Erfahrungen, situativen Besonderheiten während der Behandlung, zwischenmenschlichen (sozialen) Faktoren, Patientenbedürfnissen usw. auch registrierte oder erinnerte Eigenschaften von spezifischen

Präparaten, die den Arzt schneller zu einer Entscheidung bewegen, ein.

Manche Ärzte sind gleicher

Eine Besonderheit im Healthcare-Segment ist, dass sich Facharztgruppen deutlich voneinander unterscheiden – auch zwischen Indikationen und Schwerpunkten. Die Gründe dafür sind vielfältig: Es werden unterschiedliche Krankheitsbilder behandelt, die Patienten reagieren verschieden auf Erkrankungen, die Patienten erwarten ein bestimmtes Verhalten vom Arzt, die Beschwerden unterscheiden sich, die Budgetrahmen und Praxisorganisation sind anders, die verfügbaren Therapiemöglichkeiten veranlassen die Ärzte auf eine bestimmte Art und Weise zu handeln.

Bestehende Unterschiede zwischen den Facharztgruppen sind viel besser über den jeweiligen Alltags- und Behandlungskontext zu erklären, als mit einer Überpsychologisierung der vermeintlichen Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale von Ärztegruppen. Der Platz für Entscheidungen, der allein aufgrund von vermeintlichen Persönlichkeitsmerkmalen getroffen wird, schrumpft umso mehr, je ausgeprägter und einschränkender die Kontext-Faktoren sind.

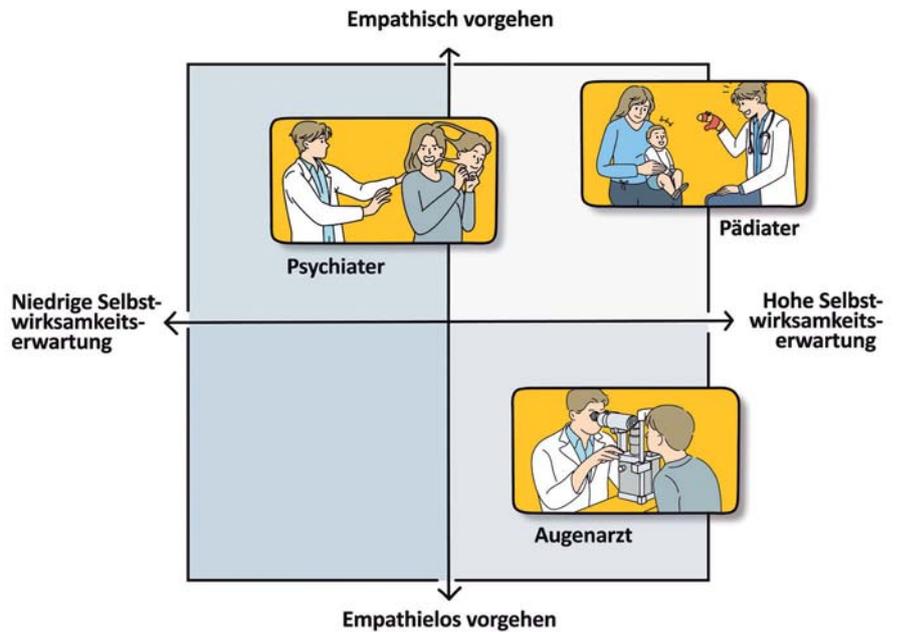
Psychiater wollen in der Behandlung ihrer Patienten eher „coachen“, weshalb

sie beispielsweise ihre Schizophreniepatienten nicht unter Druck setzen wollen, sondern mit ihnen zusammenarbeiten, um Beruf, Beziehungen und Lebensqualität optimal zu ermöglichen und einen Komplettausfall zu verhindern. Wenn sie an ihren Patienten und ihren spezifischen „Besonderheiten“ nicht interessiert wären, könnten sie aus ihrer Sicht keine Therapieerfolge verbuchen. Sie handeln jedoch nicht auf diese Weise, weil alle Psychiater zum Beispiel zum Typus ENFJ gehören.

Pneumologen gehen mit COPD-Patienten komplett anders um als etwa Psychiater in deren Behandlungsumfeld. Und zwar nicht, weil sie durch ihre Persönlichkeitsmerkmale prädestiniert waren, Pneumologe zu werden, sondern weil es in ihrem Berufskontext schwerfällt, Tx-Erfolge im Bereich COPD zu erreichen. Daher ist ihr zwischenmenschliches Interesse für die Patienten auch weniger ausgeprägt. In der Wahrnehmung vieler Lungenfachärzte ist ein Patientenfokus kein Garant für bessere Tx-Erfolge und kostet ihnen nur Zeit, die sie für andere Patienten effizienter nutzen könnten. COPD ist schließlich aus Sicht dieser Facharztgruppen bei Patienten mehrheitlich selbstverschuldet.

Dermatologen, die im Bereich ästhetische Medizin tätig sind, weisen nochmals ein ganz eigenes Selbstbild auf. Sie betrachten sich als „Gestalter schöner Körper“ und erleben sich selbst in ihrem

SELBSTBILDER VON FACHARZTGRUPPEN



Im jeweiligen Kontext des Praxisalltags unterscheiden sich die Selbstwahrnehmungen

Praxis- und Patientenumfeld an einer Schnittstelle von Medizin, Psychologie und Kosmetikforschung. Allein durch die tagtägliche Konfrontation mit Verschönerung, Ästhetik und Beautyness ist ihr Auftreten in Mode und Style oftmals ein anderer als etwa bei Neurologen oder Pathologen.

Selbstverständlich gibt es auch Unterschiede innerhalb von Arztgruppen. Als markenverantwortliche Person ist stets danach zu trachten, welche Unterschiede davon tatsächlich entscheidungs- und verhaltensrelevant sind, was das spätere Ausleseverfahren von Therapie-Optionen anbelangt. Die Personengruppe der Allgemeinmediziner ist naturgemäß als solche deutlich größer als alle einzelnen Facharztgruppen und ließe sich nach Verhaltensmustern auch clustern.

Überpsychologisierte Zielgruppendefinitionen und Clusterungen, die mit tatsächlichem Verhalten im Praxisalltag nur rudimentär zu tun haben, brauchen wohl vor allem Berater, die solche Konstrukte als „psychologische Wahrheit“ verkaufen. Erfolgreiche Therapie-Angebote brauchen jedoch vor allem alltagsrelevante Außengrenzen, innerhalb derer sie ihr Verordnerpotenzial mit Hilfe einfachster und handlungsauslösender Codifizierung bestmöglich ausschöpfen können. Dafür hilft ein Perspektivwechsel weg von verhaltensökonomisch irreleitenden Fantasy-Personas hin zu auf den Berufsalltag und Entscheidungen steuernden Verhaltensvariablen.



Foto: Andreas Thomaiter

Dr. Uwe Lebok

ist Vorstand (CMO) bei dem Marktforschungs- und Markenberatungsinstitut K&A BrandResearch, Röthenbach bei Nürnberg. Lebok unterstützt vor allem mittelständische Unternehmen mittels researchbasierter Markenstrategien. Er spezialisiert sich auf die Positionierung von Marken und die Stärkung von Marken.

✉ U.Lebok@ka-brandresearch.com



Foto: K&A

Irena Leuthold

ist seit 2011 bei K&A BrandResearch schwerpunktmäßig in der qualitativen Marktforschung tätig. Als erfahrene K&A Psychodrama-Spezialistin berät sie Kunden primär in Bezug auf psychologische Kontext- und Motivstrukturanalyse im Dienste der Marke. Nach ihrem Studium war sie anfangs in der Pharmamarktforschung auf Unternehmensseite tätig.

✉ I.Leuthold@ka-brandresearch.com