

# Quality First

**V**ielen Ärzten scheint die Lust an der Pharmamarktforschung vergangen zu sein. Die Rekrutierung von Studienteilnehmern wird zur Herausforderung. Neue Wege in der Arztansprache müssen gefunden werden und gleichzeitig soll die Studienqualität gewährleistet sein. Udo Jellesen und Stefanie Sonnenschein von Interrogare wollen für die Problematik sensibilisieren.

Seit einigen Jahren sinkt die Bereitschaft von Healthcare Professionals, an Studien der Pharmamarktforschung teilzunehmen. Insbesondere internationale Ärzte-(Online)Panels haben mit dieser Entwicklung zu kämpfen. Vor rund zwanzig Jahren konnten Forscher bei einer Befragung davon ausgehen, dass innerhalb von zwei Wochen Feldzeit 60 Prozent der Respondenten antworteten. Heute reagiert im selben Zeitraum nur noch ein Bruchteil. Welche Konsequenzen ergeben sich also für die Qualität der Pharmamarktforschung? Welchen Einfluss hat die immer schwerer werdende Erreichbarkeit der Zielpersonen insgesamt? Und was bedeutet das auf monetärer Ebene?

Die größte Herausforderung vor diesem Hintergrund heißt: Stichprobenqualität. Doch die Möglichkeiten bei der Stichprobengestaltung, also der Auswahl der Studienteilnehmer, sind limitiert. Einschränkungen ergeben sich aus der naturgemäß stark begrenzten Grundgesamtheit wie etwa der einer Facharztgruppe, dem nachvollziehbaren Kundenwunsch, nur Zielärzte zu befragen und einer zwingend vorgegebenen Vergütung für die Studienteilnahme. Diese Einschränkungen gilt es zu überwinden, wenn der Qualitätsaspekt bei der Durchführung einer Studie nicht vernachlässigt werden soll.

**Was bedeutet Qualität** in diesem Zusammenhang überhaupt? Gehen wir einmal von in Bevölkerungsstudien üblichen Verfahren der Stichprobenziehung aus: Repräsentative Quotierungen stellen sicher, dass die Stichprobe eine strukturelle Abbildung der Grundgesamtheit ist. Diese Methode sollte auch in der Pharmamarktforschung üblich sein. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Kriterien bei der Selektion eines potenziell Befragten beachtet werden. Aufgrund der oben beschriebenen Rahmenbedingungen ist dieses Vorgehen aber eher theoretisch und wird nur noch in den seltensten Fällen praktiziert. Was also tun? Wäre es nicht ausreichend, die bereitwilligen Ärzte zu befragen, die ohne großen Rekrutierungsaufwand an einer Studie teilnehmen möchten? Das würde Zeit, Kosten und Ärger ersparen. Warum lästige und

aufwendige Stichprobenverfahren? Im angelsächsischen Raum sind sie schon lange nicht mehr üblich. Machen wir uns die Herausforderung und die Notwendigkeit einer Stichprobenkontrolle an einem Beispiel klar. Der Kunde erteilt den Auftrag für zwei Befragungen innerhalb von drei Monaten in der begrenzten Zielgruppe der niedergelassenen Pädiater. Im Fragebogen wird unter anderem die Bekanntheit von Präparaten in einer bestimmten Indikation abgefragt. Ist es methodisch zulässig, in der zweiten Stichprobe bis zu 70 Prozent der Ärzte aus der ersten Welle wieder zu befragen? Unser Qualitätsanspruch sagt nein. Sollten die zwei Stichproben hinsichtlich struktureller Merkmale vergleichbar sein? Unser Qualitätsanspruch sagt ja. Das hätte zur Konsequenz, dass zwei voneinander getrennte, aber strukturgleiche Stichproben erhoben werden müssten. Doch das ist schlichtweg nicht realisierbar. Selbst wenn man die strukturellen Merkmale außen vor ließe, gäbe es nicht genügend bereitwillige Ärzte für zwei voneinander unabhängige Erhebungswellen; jedenfalls nicht in einer überschaubaren Zeit.

**An dieser Stelle** muss an alternative Methoden der Erhebung gedacht werden. Denn das Ziel der Studie sollte die methodische Herangehensweise bestimmen, nicht die beschränkenden Rahmenbedingungen. Hier ist Kreativität gefordert, um smarte Lösungswege zu finden. In unserem Beispiel sah dieser so aus: Die Teilnehmer der ersten Befragung wurden über das Internet rekrutiert, die Teilnehmer der zweiten telefonisch. Über die Kontrolle der Postleitzahl konnte ausgeschlossen werden, dass Ärzte an beiden Befragungen teilnahmen. Aber alternative Lösungen und Kombinationen von Erhebungsmethoden haben eine Kehrseite. Häufig sind damit für den Kunden zusätzliche Kosten verbunden; in der Feldkontrolle, der Organisation, durch Honorare und zusätzlichen Zeitaufwand. Doch Qualität hat ihren Preis. Einen Preis, den allerdings immer weniger Kunden bezahlen wollen.

**Wie wird es weitergehen?** Die Pharmamarktforschung wird mit einer weiter zurückgehenden Teilnahmebereitschaft bei kleinen Grundgesamtheiten arbeiten müssen. Eine erfolgreiche Kombination unterschiedlichster Wege der Arztansprache wäre dabei ein wichtiger Schritt. Diese könnten auf der Basis neuer Technologien erschlossen werden oder durch eine Rückbesinnung auf den persönlichen Kontakt zwischen Interviewer und Arzt. Letztlich ist auch hier die Unterstützung durch den Kunden in monetärer Hinsicht vonnöten. Wir sollten immer die Qualität vor die

Methodenwahl stellen. Dies sollte allein schon unser Berufsethos, unser Selbstanspruch als Marktforscher, gebieten. Alle Betroffenen und insbesondere die pharmazeutische Industrie sollten gemeinsam an einer Lösung arbeiten.

Wir benötigen einen respektvollen und nachhaltigen Umgang mit der knappen Ressource Studienteilnehmer. Weg von viel zu langen Befragungen, Verordnungszahlenschlachten und demotivierenden Themen. Hin zu interessanten, realistischen Befragungstechniken, mit der Möglichkeit, Feedback zu geben, um den Arzt und seine Meinung wertzuschätzen. Um die Motivation zu erhöhen, sollten die Ergebnisse dem Arzt als Abstract zur Verfügung gestellt werden – natürlich nur mit der Zustimmung des Kunden. Wichtig wäre, darauf zu achten, dass diese Zusammenfassung keinen werblichen Charakter annimmt, sondern neutral formuliert ist.

**Auch sollte die Frage** nach einer einheitlichen Honorarhöhe für die Ärzte für alle Marktteilnehmer geklärt und vielleicht sogar festgelegt werden. Ebenfalls ist an den Erhebungsmethoden zu arbeiten. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass der PC, das Tablet und das Smartphone zukünftig keine optimalen Erhebungskanäle mehr darstellen. Die ideale Methode lässt dem Arzt die Freiheit, die Studie zu bearbeiten, wann und wo es ihm zusagt. Die ideale Methode ist für den Arzt einfach anzuwenden. Die ideale Methode bietet dem Arzt die Möglichkeit zur sprachlichen Eingabe der Informationen. Auch die Möglichkeit einer visuellen Darstellung von Stimulimaterialien sollte vorhanden sein.

Derzeit ist offen, welches Verfahren oder welcher Zusatznutzen für den Arzt künftig alle Anforderungen bedienen und damit die Bereitschaft einer Teilnahme an Studien im Bereich der Healthcare Professionals signifikant erhöhen kann. Möglicherweise ist es eine Weiterentwicklung der Amazon-Echo-Technologie in Verbindung mit einem mobilen Endgerät. Noch wissen wir nicht, ob eine derartige Technologie den Arzt begeistern könnte. Und Begeisterung wäre eine notwendige Voraussetzung für eine nachhaltige Akzeptanz. Letztlich sei festgehalten: Wir dürfen den Qualitätsaspekt nicht aus den Augen verlieren. Bei jedem neuen Studienkonzept sind wir angehalten, einen bestmöglichen Ansatz zu erarbeiten, das Für und Wider mit dem Kunden zu diskutieren, um dann im gesetzten Rahmen die ideale Studie zur Fragestellung des Kunden aufzusetzen, die die qualitativ besten Insights garantiert. Aber vielleicht fragen wir einmal die Ärzte, was ihre Bereitschaft erhöhen könnte, an Studien teilzunehmen?

## Die Autoren



Udo Jellesen ist ein ausgewiesener Experte in der Pharmamarktforschung. Der Diplom-Ökonom war als Key Account Manager und Prokurist verantwortlich für die Geschäftsentwicklung in diversen pharmazeutischen Unternehmen. Er ist verantwortlich für den Bereich Interrogare Healthcare Research.

[udo.jellesen@interrogare.de](mailto:udo.jellesen@interrogare.de)



Stefanie Sonnenschein ist beim Marktforschungsinstitut Interrogare verantwortlich für Marketing und Kommunikation.

[stefanie.sonnenschein@interrogare.de](mailto:stefanie.sonnenschein@interrogare.de)

# #nahhören

**DocCheck Research**

Close to Healthcare

[nahforschen.doccheck.com](http://nahforschen.doccheck.com)

