Band 22

Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 16. November 2017 in Köln

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Nahezu alle Lebensbereiche sind gegenwärtig einem Wandel durch Digitalisierung unterworfen. Auch im Feld der Gesundheitskommunikation sind von der Digitalisierung vorangetriebene Veränderungen bereits deutlich erkennbar. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist nicht nur gehalten, solche Entwicklungen zu beobachten, sondern auch, sich daran aktiv zu beteiligen.

Die Dokumentation des Werkstattgesprächs »Digitalisierung als Treiber von Wandel« ist ein erneuter Versuch, den sich vollziehenden Wandel medialer Kommunikationswerkzeuge und deren Auswirkungen auf die Kommunikationsqualität sowie institutionelles Rollenhandeln der Anbieter von Gesundheitsinformationen in den Blick zu nehmen, zu analysieren und vorläufig einzuschätzen.

Auch wenn einige Vorträge und Diskussionen auf den Arbeitskontext und daraus resultierende praktische Anwenderfragen der BZgA ausgerichtet sind, gelten die Fragestellungen auch für andere Akteure und Anbieter von Gesundheitsinformation. Sie werden deswegen zur breiteren Rezeption zur Verfügung gestellt.

Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ISBN 978-3-946692-49-2

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Aufgaben der Qualitätssicherung (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, in dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe »Gesundheitsförderung Konkret« werden deshalb neben themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten sowie ausgewählten Projekten und Modellen auch die Ergebnisse von Fachtagungen und Workshops veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei der Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 16. November 2017 in Köln

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung Konkret Band 22
Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen
Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 16. November 2017 in Köln

Herausgeberin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
Maarweg 149–161, 50825 Köln, Tel.: 0221/89 92–0 , Fax: 0221/89 92–300
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Projektleitung
Dr. Guido Nöcker
E-Mail: guido.noecker@bzga.de

Lektorat: aHa-Texte, Köln

Satz: Büro Freiheit, Köln

Druck: Warlich, Meckenheim
Auflage: 1.2.08.18
ISBN 978-3-946692-49-2

Band 22 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 50819 Köln, und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.
Bestellnummer: 60649220

Vorwort

Faxgeräte sind für die »Generation Smartphone« Relikte der Vergangenheit, die nur noch im Museum zu bestaunen sind – oder unter anderem in Arztpraxen. Seit wenigen Wochen zeichnet sich mit der Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte (eGA) gerade hier eine Wende ab. Eine elektronische Gesundheitsakte ist allerdings nicht mit der elektronischen Patientenakte (ePA) im Sinne des E-Health-Gesetzes gleichzusetzen. Dennoch haben sich hier bereits mehr als 90 gesetzliche und einige private Krankenversicherungen für eine gemeinsame Lösung in Form einer Applikation (Vivy) entschieden. Ziel ist es dabei, den »mündigen Patienten« zu befähigen, gesundheitliche Informationen wie Arztbriefe, Untersuchungsbefunde, Laborwerte und andere Gesundheitsdaten selbst zu verwalten bzw. über deren Verwendung zu entscheiden. Ob und wie erfolgreich diese App zum Informationsaustausch in Zukunft genutzt wird, ist eine offene Frage. Aber allein ihre Einführung zeigt, dass gerade im Gesundheitsbereich mit der Digitalisierung von Information ein Wandel begonnen hat, der unaufhaltsam sein dürfte.

Auch im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung haben die von der Digitalisierung vorangetriebenen Veränderungen in der Gesundheitskommunikation bereits deutlich Gestalt angenommen. Das belegt nicht nur eine kaum mehr zu überschauende Zahl von App-Entwicklungen in Feldern wie Wellness, Ernährung, Schlaf und Entspannung oder Selbstoptimierung, sondern auch Überlegungen zu einem »Nationalen Gesundheitsportal«, das bereits Gegenstand des aktuellen Koalitionsvertrages der Bundesregierung ist.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist als zentrale nationale Instanz nicht nur gehalten, solche Entwicklungen aufmerksam zu verfolgen, sondern auch, sich daran aktiv zu beteiligen. Sie hat daher schon früh (1996) mit der Bereitstellung statischer Webseiten im Internet begonnen und verfolgt seitdem die medialen Entwicklungen wie die Ausbreitung sozialer Medien (BZgA 2011), um sie in der Kommunikation wirksam nutzen zu können.

Die hier vorgelegte Dokumentation des Werkstattgesprächs »Digitalisierung als Treiber von Wandel« ist ein weiterer Versuch, den sich vollziehenden Wandel medialer Kommunikationswerkzeuge und deren Auswirkungen auf Kommunikationsqualität und institutionelles Rollenhandeln für Anbieter von Gesundheitsinformationen in den Blick zu nehmen, zu analysieren und vorläufi g einzuschätzen.

Ich möchte an dieser Stelle allen Referentinnen und Referenten, externen Expertinnen und Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für eine gelungene Veranstaltung danken und bin überzeugt, dass die Rezeption der Ergebnisse dieser Beratungen auch für eine breitere Leserschaft und künftige Aufgabenbewältigung bei der Vermittlung und Anwendung von Gesundheitswissen und -kompetenz von besonderem Interesse sein wird.

Dr. Heidrun M. Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Vorwort 3

Einführung 6
Guido Nöcker

01 » Vorträge 10

01.1 **Vom Sinn und Unsinn digitaler Gesundheits-Apps – die CHARISMHA-Studie** 10
Urs-Vito Albrecht

01.2 **App-Motivation: Präventions-Apps und ihre motivationalen Anreizkomponenten** 19
Viviane Scherenberg

01.3 **Ein Portal für Alle und Alles?** 32
Klaus Koch

01.4 **Zielgruppenkommunikation auf Augenhöhe – Wie flexibel können Behörden sein?** 46
Tobias Knobloch

01.5 **Die Zukunft der Gesundheitskommunikation: BZgA 2030 – Ein fiktives Szenario** 59
Johannes Wimmer

02 » Diskurse 73

02.1 **Forum 1: Innovationen ohne Qualitätsentwicklung? Gesundheits-Apps: Chancen, Risiken und Themenfelder** 73
Moderation und Berichterstattung: Viviane Scherenberg

02.2 **Forum 2: Marken- statt Themenkommunikation – Welche Marke(n) braucht das Land?** 78
Moderation und Berichterstattung: Judith Schmitz

02.3 **Forum 3: Wandel ohne Alternativen? Was geht bei der Gesundheitsförderung in Sozialen Medien – und was nicht?** 82
Moderation und Berichterstattung: Martin Salaschek

03 » Anhang 86

03.1 **Referentinnen und Referenten, Berichterstatter und Berichterstatterinnen** 86

03.2 **Tagungsprogramm** 89

Einführung

Guido Nöcker

Die »digitale Revolution« hat in den letzten Dekaden nahezu alle gesellschaftlichen Lebensbereiche erfasst und unser Leben kontinuierlich verändert. Diese Veränderungen beschränken sich nicht allein auf technische Standards oder Geräte mit großem Leistungsvermögen. Digitalisierung steht auch für Veränderung sozialer Interaktionen im privaten wie gesellschaftlichen Leben und beeinflusst damit auch die Abläufe und Organisationen in Arbeitswelt, Wirtschaft und Politik.

Obwohl dieser Wandel in einem rasanten Tempo verläuft, nehmen wir das Ausmaß, die Tiefe und die Radikalität, mit denen sich diese Veränderungen vollziehen, häufig gar nicht wahr. Es scheint – um ein Bild zu verwenden – als ob wir in einem Zug sitzen und uns die Geschwindigkeit, mit der wir unterwegs sind, nur dann auffällt, wenn wir aus dem Fenster schauen und besondere »Haltepunkte« fokussieren.

Wir haben uns längst daran gewöhnt, ein Smartphone als tägliches Kommunikationsmittel zu nutzen, mit dem wir überall und ständig erreichbar sind. Das Verschwinden von öffentlichen Telefonzellen als unmittelbare Folge der neuen Technologie bleibt dagegen meist unbemerkt und fällt erst in der Rückschau auf. Auch an die Verbreitung von Apps, den kleinen nützlichen Softwareprogrammen, haben wir uns bereits gewöhnt, ohne dass dabei die Folgen dieser Nutzung gleich in den Blick geraten. Dabei produzieren Computer und mobile Endgeräte wie Smartphones oder Fitness-Tracker gewissermaßen »nebenbei« eine Fülle von Daten – über uns, ihre Nutzerinnen und Nutzer.

In der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung am 22. Oktober 2017 war in einem Beitrag mit dem Titel »Sprechstunde mit dem Smartphone« zu lesen, dass »eine neue Gesundheits-App verspricht, mehr zu wissen als der eigene Hausarzt« (Balzter 2017). Am darauf folgenden Montag veröffentlichte der Kölner Stadtanzeiger einen Artikel von Christina Rinkel mit dem Titel: »Digital kontrollierte Kindheit« (Rinkel 2017). Darin hieß es, dass immer mehr Eltern ihre Kinder mit GPS-Uhren, Apps oder sogar Kameras überwachten. Die Technik suggeriere Sicherheit.

Wenn schon eine neue Gesundheits-App verspricht, mehr zu wissen als der eigene Hausarzt, dann stellt sich spätestens damit die Frage, welchen Veränderungen bereits heute die Prävention und Gesundheitsförderung unterliegen bzw. welche neuen Herausforderungen uns hier begegnen; zum Beispiel bei der Frage, wer, wann und warum Gesundheitsinformationen verbreitet, und vor allem, welchen Informationen vertraut werden kann. Und ist die Entwicklung, dass Eltern zunehmend Gefallen daran finden, ihre Sprösslinge digital im Blick zu halten nicht ähnlich beunruhigend wie die Vorstellung, dass wir uns selbst mit Gesundheits-Apps ständig kontrollieren und Daten abrufen, die uns die Kontrolle über unseren Körper und unsere Gesundheit versprechen? Wohin führen diese Entwicklungen?

Der Kultur- und Medienwissenschaftler Andreas Bernard (2017) hat jüngst darauf aufmerksam gemacht, dass Verfahren der Selbstpräsentation und Selbsterkenntnis in der digitalen Kultur, zum Beispiel das Format des »Profils«, das uns in den Sozialen Netzwerken begegnet, auf Methoden zurückgeht, die in der Kriminologie, Psychologie und

Psychiatrie seit dem Ende des 19. Jahrhunderts erdacht wurden. Auch die Selbstortung auf dem Smartphone, ohne die kein Pokémon-Go-Spiel und keine Registrierung bei Uber, Yelp oder Lieferando möglich wäre, nutzt eine Technologie, die bis vor zehn Jahren hauptsächlich im Zusammenhang mit der elektronischen Fußfessel bekannt war.

Es besteht somit hinreichend Anlass, noch einmal das Thema Digitalisierung in den Blick zu nehmen und dies erneut im Kontext eines Werkstattgespräches zu tun. Das erste Mal hat die BZgA im Rahmen eines Werkstattgespräches 2010 mit dem Thema »Web 2.0 Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung« den Blick auf Veränderungen durch neue digitale Kommunikationswerkzeuge gerichtet. Ein Blick in die Tagungsdokumentation (BZgA 2011) zeigt, dass es seinerzeit nicht nur gelungen ist, eine Reihe von Entwicklungen, die auf einer neuen Option zur Interaktivität basierten, praxisnah zu reflektieren. Es lässt sich auch nachlesen, dass eine ganze Reihe von Fragen und Problemen, die seinerzeit identifiziert wurden, auch heute noch ungelöst sind.

Wenn wir berücksichtigen, dass Interaktivität im Web inzwischen eine Selbstverständlichkeit geworden ist (etwa via WhatsApp) und Anwendungen des semantischen Internet (Web 3.0) wie Siri (Apple) und Alexa (Amazon) als virtuelle Assistenen bereitstehen und damit die Schwelle zum Internet der Dinge (Web 4.0) erreicht wird – bei dem die von uns benutzten Geräte unabhängig von uns Informationen austauschen –, müssen wir eingestehen, dass im Bereich der öffentlichen Gesundheitsvorsorge digitale Innovationen bislang kaum angekommen sind. Dies trifft keineswegs allein auf die BZgA zu, sondern in gleicher Weise auf die Mehrzahl der Akteure im Gesundheitswesen.

Diese Einschätzung wird gestützt durch die seit einigen Jahren von der EU-Kommission veröffentlichten Reports DESI (Digital economy and society index), die zeigen, dass Deutschland im internationalen Vergleich deutlich hinter der Entwicklung in Europa zurückliegt. Das dabei verwendete Indikatorensystem weist für die Dimension »Digitale Öffentliche Dienste«, die die Bereiche eGovernment und eHealth umfasst, auffällig niedrige Werte aus. »Bei der Nutzung digitaler öffentlicher Dienstleistungen liegt Deutschland EU-weit auf Platz 21. Deutschland ist eines der EU-Länder mit der niedrigsten Online-Interaktion zwischen Behörden und Bürgern. Nur 7 % der deutschen Internetnutzer machen von Zeit zu Zeit Gebrauch von digitalen Gesundheitsdienstleistungen, und Deutschland liegt in Europa auf Platz 26.« (DESI 2018, S. 10) Man könnte daher den Eindruck gewinnen, dass der konstatierte Wandel als Folge der Digitalisierung im Gesundheitsbereich bislang kaum stattgefunden hat. Es scheint, als hätten wir im Bereich der öffentlichen Gesundheitskommunikation und ihrer Institutionen mit der Gestaltung dieser neuen Technologien (noch) ein besonderes Problem.

Das Werkstattgespräch 2017 und die hier vorgelegte Dokumentation wurden daher von dem Wunsch geleitet, Digitalisierung als einen Treiber von Wandel erneut in den Mittelpunkt eines gemeinsamen Gedankenaustausches mit Expertinnen und Experten zu rücken, um damit anschlussfähig an künftige Entwicklungen zu bleiben. Denn es darf vermutet werden, dass die Kommunikationsmethoden und die Akteure, die Gesundheitskommunikation betreiben, sich in naher Zukunft weiter stark verändern werden, auch wenn diese Entwicklungen bislang nur ansatzweise erkennbar sind.

Der Fokus des Werkstattgespräches wurde deshalb auf zwei miteinander verknüpfte Fragestellungen ausgerichtet. So werden die schon sichtbaren technischen Veränderungen der Kommunikationsarbeit am Beispiel der Nutzung von Gesundheits-Apps thematisiert und Fragen digitaler Markenkommunikation (im Kontext eines

Nationalen Gesundheitsportals) angesprochen. Zum anderen werden Erfordernisse institutioneller Anpassung in den Blick genommen, die öffentliche Institutionen der gesundheitlichen Aufklärung (z. B. BZgA) als bundesweite Informationsanbieter von Gesundheitsinformation bewältigen müssen.

Ein Blick in das Tagungsprogramm im Anhang (Seite 89) zeigt, dass für die Dokumentation der hier veröffentlichten Beiträge die Abfolge leicht verändert und ein Beitrag (Prof. Dr. Scherenberg) im Nachgang – angeregt durch die Diskussion in einer Arbeitsgruppe – neu eingefügt wurde. Die hier veröffentlichten Vorträge zu den Themen Gesundheits-Apps und Nationales Gesundheitsportal stehen dabei für einen notwendigen Wandel in der Kommunikationsstrategie und ihrer Anwendungen.

Der Beitrag von Dr. Urs Vito Albrecht von der Universität Hannover (Seite 10) beginnt mit einem Überblick über aktuelle Entwicklungen im Bereich von Gesundheits-Apps. Er thematisiert deren Nutzen und Qualitätsmerkmale, die kritisch hinterfragt werden. Der folgende Beitrag von Prof. Dr. Viviane Scherenberg (Seite 19) ergänzt diese übergreifende Perspektive durch eine psychologische Betrachtung motivationaler Aspekte von App-Nutzung und liefert damit erste Hinweise für die an einer konzeptionellen App-Entwicklung interessierten Leserinnen und Leser.

Der Beitrag von Dr. Klaus Koch vom IQWIG in Köln (Seite 32), stellt Anforderungen und erste Überlegungen zur Einrichtung eines Nationalen Gesundheitsportals für die Bevölkerung vor. Das Gesundheitsportal soll gleichermaßen Orientierungshilfe und Garant für Informationsqualität sein und damit auch einen substantiellen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung leisten. Das Projekt lässt erahnen, wie die vordergründige Veränderung von Kommunikationsmethoden (durch ein zentrales Portal) mit der Veränderung und Anpassung der Rollen von Informationsanbietern verknüpft sein werden, und leitet damit zur zweiten Fragestellung über.

In diesem zweiten Strang steht die Frage der institutionellen Anpassungen im Mittelpunkt, die sich immer deutlicher als Folge von und als Voraussetzung für gelingende Kommunikation erweist. Hierzu berichtet Dr. Tobias Knobloch von der Stiftung Neue Verantwortung in Berlin (Seite 46) über seine Erfahrungen mit Zielgruppenkommunikation auf Augenhöhe am Beispiel anderer Behörden. Damit wird das Thema institutioneller Flexibilität bzw. Veränderungsfähigkeit angesprochen.

Der abschliessende Beitrag von Dr. Johannes Wimmer (Seite 59), der im Internet unter www.doktor-johannes.de u. a. durch kurze Erklär-Videos über Gesundheitsthemen und Krankheiten ein breites Zielpublikum anspricht, entwirft ein fiktives Szenario. Seine Ideen zur Zukunft der Gesundheitskommunikation und der Rolle der BZgA im Jahr 2030 beschreiben aus der Perspektive eines »medizinischen Digital Native« mögliche Entwicklungen bzw. Veränderungen in der Gesundheitskommunikation der nahen Zukunft. Auch wenn ein fiktives Szenario eine ungewisse Zukunft nicht vorhersehen kann, kann daraus dennoch für die strategische Ausrichtung der praktischen Aufklärungsarbeit ein wertvollver Orientierungspunkt gewonnen werden, der künftiges Handeln leiten kann.

Der Ausrichtung bzw. Anpassung künftiger Handlungsstrategien und Erfordernisse dienten auch die drei Arbeitsgruppen, deren Ergebnisse im zweiten Kapitel wiedergeben sind (Seite 73). Wie bei vorhergehenden Werkstattgesprächen sind diese Diskussionen sehr auf den spezifischen Arbeitskontext und daraus resultierende praktische Anwenderfragen der BZgA ausgerichtet. Diese Fragestellungen gelten allerdings auch für andere Akteure und Anbieter von Gesundheitsinformation, so dass sie an dieser Stelle zur breiteren Rezeption zur Verfügung gestellt werden. Auch hier gilt, dass

es sich um Momentaufnahmen in einem sich rasant entwickelnden Feld technischer Entwicklung handelt, bei dem erst im Rückblick erkennbar sein wird, mit welcher »Geschwindigkeit« wir unterwegs sind.

Literatur

Balzter, S. (2017): Sprechstunde mit dem Smartphone. Eine neue Gesundheits-App verspricht, mehr zu wissen als der eigene Hausarzt. Kann man solchen Angeboten trauen? In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 22.10.2017.

Bernard, A. (2017): Komplizen des Erkennungsdienstes. Das Selbst in der digitalen Kultur. Frankfurt am Main.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Web 2.0 und Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Gesundheitsförderung Konkret, Band 16. Online verfügbar unter www.bzga.de/pdf.php?id=43b48e515e72f7744ccade35058a82fb [Zugriff am 05.06.2018].

DESI (2018): Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft 2018. Länderbericht Deutschland. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/image/document/2018-20/de-desi2018-country-profile-lang_4AA4161A-F5E2-FA20-ECB6B9ECE8AEC6C1_52332.pdf [Zugriff am 05.06.2017].

Rinkel, C. (2017): Digital kontrollierte Kindheit. In: Kölner Stadtanzeiger vom 23.10.2017.

01

Vorträge

01.1

Vom Sinn und Unsinn digitaler Gesundheits-Apps – die CHARISMHA-Studie

Urs-Vito Albrecht

Smarte Mobiltechnologie entwickelt sich zu einem relevanten Faktor im Gesundheitswesen. Durch die Einführung dieser Technologie erwachsen Herausforderungen für die diversen Akteure, die mittelbar und unmittelbar betroffen sind. Es besteht ein komplexes Spannungsfeld, das sich aus den vielfältigen Möglichkeiten der Technologie und den unterschiedlichen Interessenlagen der vielen Beteiligten ergibt. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, wie groß der Einfluss mobiler Technologien ist, wenn sie angemessen eingesetzt werden.

Die CHARISMHA-Studie (Albrecht 2016) hatte zum Ziel, eine Bestandsaufnahme zu Chancen und Risken von Gesundheits-Apps, u. a. bezogen auf die verschiedenen Akteure, durchzuführen, die daraus gewonnenen Erkenntnisse aus technischer, rechtlicher, ethischer und wirtschaftlicher Sicht zu beleuchten und wo möglich Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Akteure zu geben.

Im Folgenden sollen Teilaspekte bezüglich der Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps am Beispiel von Abwägungsprozessen zur Gewährleistung des Patientennutzens sowie für eine erfolgreiche Kommerzialisierung exemplarisch an Gesundheits-Apps in der Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt werden.

Gesundheits-Apps in der Gesundheitsförderung und Prävention

Bei einer eigenen Analyse Anfang Februar 2018 befanden sich allein 103.000 Apps in den beiden Store-Kategorien »Medizin« sowie »Gesundheit und Fitness« des deutschen App-Stores von Apple. Mit einer stichwortbasierten Suche in den Beschreibungstexten konnten 550 Apps mit offensichtlichem Präventionsbezug identifiziert werden. Es gibt also bereits ein beachtliches Angebot an Apps, das die Primär- und Sekundär- oder Tertiärprävention zum Thema hat.

Diese Präventions-Apps richten sich an diverse Zielgruppen und dienen der Informationsvermittlung im Rahmen der Früherkennung und Erkrankungsvermeidung. Zahlreiche Apps sollen bei der Reduktion von Stress oder Körpergewicht unterstützen oder zur Bewegung animieren. Auch der Konsum von Drogen und die Auswirkungen eines ungesunden Lebenstils durch Schlafdefizite und Ernährungsgewohnheiten werden adressiert (Jackowska und Steptoe 2015). Apps, die sich erkrankungsbedingten Spätfolgen und deren Milderung bzw. Verhinderung widmen, finden sich ebenfalls im Angebot.

Präventions-Apps generieren den Mehrwert durch ihre Präsenz in der Lebenswelt ihrer Nutzer, ohne nennenswerte räumliche oder zeitliche Beschränkungen. Dort erfassen sie in der Regel kontextbezogene Daten in großen Mengen, die in die medizinische Versorgung, im Sinne der Diagnostik und Therapie, einfließen können (Albrecht 2016; Rutz u. a. 2016a). Entsprechend Charlesworth u. a. (2014) können »mobile« Lösungen durch ihren Einfluss auf das Verhalten positive Veränderungen provozieren. Das ist ein Vorteil gegenüber stationären digitalen Systemen, die naturgemäß nicht derart verfügbar sind oder sich unauffällig in den Alltag einflechten lassen.

Auch die kommunikative Funktion der Smartphones spielt hier hinein: sie unterstützt grundsätzlich präventive Bemühungen, wie das In-Verbindung-treten mit ebenfalls Betroffenenen im Rahmen der Selbsthilfe, sei es zur Entlastung, zum Informations- und Erfahrungsaustausch oder zur Steigerung der eigenen Motivation durch Bestärkung von Dritten.

Nutzen von Gesundheits-Apps

Grundsätzlich ist die Evidenzlage zum Nutzen von Gesundheits-Apps dünn. Sollen sie langfristig in der Versorgungslandschaft Fuß fassen und das Vertrauen aller Stakeholder gewinnen, sind allerdings umfassende und auf langfristige Erfolge angelegte Nachweise des Nutzens von gesundheitsbezogenen Apps vonnöten. Der erfolgreiche Zugang zum ersten Gesundheitsmarkt außerhalb von Pilotprogrammen – und damit die Nutzbarmachung erheblicher finanzieller Ressourcen für die Anbieter dieser mobilen Lösungen – kann nur nach positiver wissenschaftlicher Bewertung gelingen. Nachweise existieren auf einzelne, eng gesteckte Anwendungsbereiche oder -gruppen fokussiert. Dies mag zu einem Teil den raschen Entwicklungszyklen im Mobilbereich geschuldet sein, was in manchen Anwendungsbereichen wiederum die Bewertung der Technologie mittels konventioneller Studiendesigns beeinträchtigen kann (Albrecht u. a. 2016b).

Relativ häufig werden Ergebnisse von Studien (auf Basis unterschiedlicher Studiendesigns bzw. Evidenzstufen [Gemeinsamer Bundesausschuss 2017, 2. Kapitel, § 11, Abs. 1–4]) zu durch Apps

erzielbaren Verbesserungen bei der Bewältigung der Auswirkungen chronischer Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes (Kirwan u. a. 2013; Torbjørnsen u. a. 2014) oder der Therapie-Adhärenz (Anglada-Martinez u. a. 2015; Park u. a. 2015; Mertens u. a. 2016) publiziert.

Auch der Nutzen für körperlich, psychisch oder kognitiv eingeschränkte Anwender, ebenso wie für chronisch erkrankte und Ältere wird oft thematisiert (Parker u. a. 2013; Gordon u. a. 2016; Humble u. a. 2016). Hier stehen neben den vorbeschriebenen Aspekten meist Erleichterungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie Stärkung des Verantwortungsgefühls für die eigene Gesundheit sowie der Selbstständigkeit im Fokus – Faktoren, die schon vor dem App-Zeitalter als wichtig erkannt wurden (Siegler 1985; Emanuel und Emanuel 1992).

Der Nutzennachweis von Präventionslösungen stellt keine Ausnahme dar. In CHARISMHA wurde eine Literaturrecherche zum Themenkreis Primärprävention durchgeführt (Rutz u. a. 2016a), die 86 relevante Publikationen identifizierte. Die dort bearbeiteten Ansätze ließen sich aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme oftmals nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen. Ferner wird die methodische Qualität erst ab 2013 besser, da erst ab diesem Zeitpunkt vermehrt randomisiert kontrollierte Studien (RCT) und systematische Reviews publiziert wurden.

Vorhanden sind hingegen eine Vielzahl von kleinen Studien zum punktuellen Nutzen, die allerdings ihre Schwächen im Design haben, sei es in der Fallzahlberechnung oder kurzen Beobachtungszeiträumen. Solche Evaluationen sind nicht hinreichend zum Nachweis langfristiger Effekte (Rutz u. a. 2016a, b).

Der Aufbau einer verlässlichen Wissensbasis ist unerlässlich, um bei Kostenträgern eine Akzeptanz gegenüber dieser Technologie zu erwirken. Ohne Wirkungsnachweise ist kaum eine nachhaltige Etablierung im ersten Gesundheitsmarkt zu bewerkstelligen (Albrecht u. a. 2018). Die Hürden sind für die Hersteller nicht niedrig, da neben den Kosten für solche Studien auch die Planung des an die Technologie angepassten Studiendesigns schwierig ist (Albrecht u. a. 2018).

Gesundheits-Apps unterliegen kurzen Entwicklungszyklen, ähnliches gilt für die Geräte, auf denen sie betrieben werden. Das steht in der Regel langen Evaluationszeiträumen gegenüber. Eine geeignete Evaluation berücksichtigt diese technologischen Gegebenheiten, ohne dabei einen Qualitätsverlust durch ein adaptiertes Studiendesign blind in Kauf zu nehmen. Wir dürfen gespannt sein, welche Designs sich zum Nutzennachweis durchsetzen werden.

» Qualität ist essentiell

Eine erfolgreiche App muss eine hohe Qualität aufweisen, die sie sicher in der Anwendung, vertrauenswürdig in den Inhalten und Funktionen und sehr gut gebrauchstauglich macht. Probleme in diesen Bereichen basieren überwiegend auf Unkenntnis nötiger Anforderungen seitens der Entwickler. Haftungsrechtliche Aspekte, die sich hieraus ergeben, können für die Hersteller empfindliche Konsequenzen haben.

Es reicht daher nicht, sich nur über den Markt zu informieren. Vielmehr müssen auch bindende Vorgaben und regulatorische Anforderungen von Beginn an kontinuierlich bei der Entwicklung berücksichtigt werden. Viele, insbesondere diejenigen, die den Gesundheits-App-Markt aufgrund der niedrigen Barrieren für Entwicklung und Vertrieb erst neu für sich entdeckt haben, sind aber nicht

ausreichend mit den besonderen Anforderungen dieses sensiblen Bereichs vertraut. Zudem werden sie bislang von den Betreibern der App-Stores, deren Ausrichtung auf den ersten Blick oft eher gewinn- als sicherheitsorientiert scheint, größtenteils mit ihrer Verantwortung allein gelassen.

Orientierung bieten hier verschiedene Normen und Richtlinien, die auf Software-Entwicklung im Allgemeinen zielen oder speziell auf die Belange des medizinischen Anwendungsbereichs ausgerichtet sind. Allgemeine bzw. anwendungsbezogene Qualitätskriterien für Software, deren Einhaltung Ziel der Entwicklung sein muss, sind u. a. in der ISO 25010 (ISO/IEC 2011) niedergelegt. Sie legt fest, dass qualitativ hochwertige Software für den gewünschten Zweck, wenn möglich auch flexibel darüber hinaus, nutzbar sein soll. Dabei muss sie ihre Aufgaben auf korrekte (effektive) und effiziente Weise und erwartungskonform erfüllen. Zudem soll sie risikofrei anwendbar sein. Sie darf den Nutzer somit weder gesundheitlich, noch wirtschaftlich oder im sozialen Lebenskontext Risiken aussetzen.

Bietet die Software bzw. App darüber hinaus einen praktischen Nutzen ebenso wie Komfort und erfüllt sie die Bedürfnisse der Anwender, trägt dies zu deren Zufriedenheit bei und kann das Vertrauen in das Produkt stärken. Basis hierfür ist jedoch, dass auch in den produktbezogenen Bereichen die nötigen Qualitätsmaßstäbe berücksichtigt werden; wichtige Aspekte hierfür sind neben der bereits erwähnten ISO 25010 auch in der PAS 277:2015 beschrieben (Brönner u. a. 2016). Hier geht es u. a. um Aspekte wie Funktionalität und Gebrauchstauglichkeit, aber auch Effizienz, Kompatibilität und Portabilität ebenso wie die Gewährleistung von Wartbarkeit und Nutzersicherheit. Ebenso müssen datenschutzrechtlich relevante Aspekte beachtet und Rechtskonformität gewährleistet werden (Brönner u. a. 2016; Pramann 2016a, b).

Qualität muss mit Transparenz einhergehen

Nicht nur auf Entwicklerseite ist Qualität ein nur schwer zu fassender Begriff. Ebenso schwierig ist es für Anwender, diese zu beurteilen und für sich zu entscheiden, ob sie einer (Gesundheits-)App ihr Vertrauen schenken wollen. Viele sind weder technisch noch inhaltlich in der Lage, selbst eine umfängliche Analyse des Dargebotenen durchzuführen. Sie sind sich kaum darüber bewusst, was beachtet werden sollte.

Bewertungen, die andere Anwender in den Stores in Form von Sternchen und textuell abgegeben haben, werden daher oft für eine erste Bewertung herangezogen. Diese können aber allenfalls erste Indizien liefern und sind nicht als repräsentativ anzusehen (von Jan u. a. 2017): es sind weder Informationen zum Hintergrund, noch den technischen oder gesundheitsbezogenen Kenntnissen oder möglichen Interessenkonflikten (z. B. Konkurrenzsituation oder »eingekaufte Meinungen«) der Wertenden verfügbar. Auch mögen Wertungen in den Stores teils, z. B. aufgrund geographischer oder sprachlicher Kriterien, gefiltert dargestellt werden. Hinweise auf Probleme, aber ebenso auf besonders positive Aspekte, mögen so eventuell den Interessenten gar nicht zur Kenntnis gelangen.

Qualitätsnachweise in Form von veröffentlichten Testberichten sind ebenso wie von vergebenen Gütesiegeln oder Zertifikaten eher selten. Existieren sie, ist nicht immer klar, nach welchen Kriterien die Bewertung durchgeführt wurde. Angaben aus denen sich die Unabhängigkeit oder mögliche Interessenkonflikte der Bewertenden, die Analyseziele und -methoden, die Methodengüte sowie Informationen zum Qualitätsmanagement (Objektivität, Reliabilität und Validität) transparent ableiten lassen, fehlen oft.

Offizielle Stellen können aufgrund der überwältigenden Zahl verfügbarer Gesundheits-Apps allenfalls in Einzelfällen eingreifen wenn es um Qualität und Vertrauenswürdigkeit von Gesundheits-Apps geht. Zudem haben nur die wenigsten Apps den Status eines Medizinproduktes, wofür sie je nach Gefährdungsniveau verschiedene Verfahren zur Bestätigung ihrer Konformität mit den regulatorischen Vorgaben durchlaufen (EU) oder eine Zulassung erhalten (USA) haben müssen (Pramann 2016b).

Interessenten müssen daher für eine ausgewogene Beurteilung der App-Qualität auch darüber hinausgehende Informationen heranziehen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die nötigen Informationen ohne großen Aufwand verfügbar sind. Es ist an den Herstellern (und letztlich in deren eigenem Interesse), das Vertrauen der Anwender in ihre Produkte zu stärken, indem sie nicht nur qualitätsgesichert entwickeln, sondern auch transparent über sämtliche nutzerrelevanten Aspekte berichten und die zugehörigen Informationen umfänglich und leicht – auch schon vor Installation einer App – auffindbar bereitstellen. Das kann z. B. in den Beschreibungstexten der App-Stores, aber auch auf zusätzlich verfügbaren Internetseiten zum Produkt geschehen, idealerweise in standardisierter Form, etwa einer »App-Synopse« folgend (Albrecht u. a. 2014a).

Dieses Vorgehen kann Herstellern das Zusammenstellen der nötigen Informationen ebenso erleichtern wie Anwendern deren Bewertung (Albrecht u. a. 2014b). Zudem kann die transparente Bereitstellung von Informationen von Anwenderseite durchaus honoriert werden und ein Baustein zum kommerziellen Erfolg sein, da sie hilft, klar darzulegen, was eine App kann (und was nicht), um so übersteigerte Erwartungen und Frustrationen der Anwender von Anfang an zu vermeiden.

» Erlösmodelle für Gesundheits-Apps

Kommerzieller Erfolg sowie inhaltliche, gestalterische und technische Güte gehen selten Hand in Hand. Hohe Downloadzahlen, die nur einigen wenigen Apps vorbehalten sind und wirtschaftlichen Erfolg bedeuten können (Albrecht u. a. 2016a), haben für sich betrachtet nur geringe Aussagekraft. Auch richten sich Apps mit wenigen Ausnahmen (z. B. im Rahmen von Selektivverträgen) bisher nahezu exklusiv an den zweiten Gesundheitsmarkt (Albrecht u. a. 2016a).

Allein basierend auf den in den App-Stores bereitgestellten Methoden zur Monetarisierung (z. B. kostenpflichtigem Download, In-App-Käufen oder Abonnements) lassen sich nur in wenigen Fällen tatsächlich tragfähige Geschäftsmodelle umsetzen. Zudem sind nur wenige Anwender bereit (EPatient RSD GmbH und Kompetenzbereich eLearning Charité Virchow Klinikum 2016), adäquate Preise für Apps zu zahlen, die den Aufwand der Entwicklung qualitativ hochwertiger Apps honorieren.

Wege wie das Sponsoring durch Dritte oder das Schalten von Werbung innerhalb der Apps sind für Hersteller ein möglicher Ausweg, können aber schnell zu neuen Problemen führen. Einerseits können sich aus Sponsoring Interessenkonflikte ergeben. Andererseits können über Werbenetzwerke schnell sensible Daten, z. B. bezüglich des Aufenthaltsortes der Anwender, in Form von Identifikationsnummern o. ä. in die Hände unberechtigter Dritter gelangen, ohne dass die Anwender hierüber explizit informiert werden (Sannappa und Cranor 2016). Auch der Zugriff der Hersteller auf die Daten der Anwender, deren Auswertung und möglicher Verkauf der gewonnenen Erkenntnisse an Dritte ist ein mögliches Szenario. Die den Apps anvertrauten Daten werden damit selbst zur Währung.

Bei vielen der im Rahmen der CHARISMHA-Studie erfassten Apps (Albrecht u. a. 2016a) – immerhin war der Anteil kostenfreier Apps mit 20 Prozent (Store-Kategorie »Medizin«) bis 40 Prozent (Store-Kategorie »Gesundheit und Fitness«) relativ hoch – ist dies denkbar. Informationen hierzu lagen jedoch kaum vor. Insgesamt ist dies ein für Hersteller wie Anwender gleichermaßen unbefriedigender Zustand.

Die Situation könnte jedoch wesentlich entspannt werden, wenn eine breite Aufnahme in die üblichen Erstattungssysteme – über einzelne Pilotprojekte hinaus – gelänge und mHealth-basierte Lösungen somit ebenso wie beispielsweise Arzneien oder Hilfsmittel erstattet werden könnten (Albrecht u. a. 2016a; Aumann u. a. 2016; Knöppler u. a. 2016). Zudem würde so auch Personenkreisen, denen aufgrund ihrer finanziellen Situation bisher der Zugang zu mHealth-basierten Lösungen erschwert ist, die Möglichkeit gegeben, hiervon zu profitieren. Das würde zudem dazu beitragen, bestehende Ungleichheiten bei der Versorgung unterschiedlicher Personenkreise mit Gesundheitsleistungen abzubauen, statt Gefahr zu laufen, die Gräben mit zunehmendem Einfluss der Technologie noch weiter zu vertiefen (Allen und Christie 2016).

» Fazit

Damit die Ausschöpfung des viel beschriebenen Potenzials von Gesundheits-Apps auch in der Gesundheitsförderung und Prävention gelingt, sind gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten nötig. Die Politik kann hierzu durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen beitragen, die jedoch so angelegt sein müssen, dass neue Methoden und Techniken nicht durch Überregulation bereits im Keim erstickt werden, bevor sie ihre Wirksamkeit belegen konnten.

Das schließt auch das Fördern von Maßnahmen zur Generierung von Evidenz bzgl. des Nutzens von Gesundheits-Apps mit ein, die von wissenschaftlicher Seite – auch in Zusammenarbeit mit den Herstellern, aber dennoch objektiv – geschaffen werden muss. Bei vorliegender Evidenz kann auch die Etablierung mHealth- bzw. App-basierter Lösungen in den ersten Gesundheitsmarkt mit allen zuvor skizzierten Vorteilen gelingen, wenn die Rahmenbedingungen der Erstattung klar sind. Hier sind die Kostenträger aufgerufen, Erstattungswege für diese Technologie aufzuzeigen und ggf. anzupassen.

Hersteller sind zur Beachtung der zuvor skizzierten Qualitätsaspekte bei der Entwicklung aufgerufen und gefordert, in Dialog mit ihren (potenziellen) Anwendern zu treten und so zu gewährleisten, dass die Entwicklung sich nicht nur an vermeintlichen Marketingaspekten orientiert. Anwender müssen hingegen versuchen, ihr Verständnis der Möglichkeiten ebenso wie potenzieller Defizite von Apps zu vertiefen, um selbst aktiv Risiken minimieren zu können.

Insgesamt muss es darum gehen, dass alle Parteien sich an einer fairen Abwägung zwischen möglichem (oder idealerweise nachgewiesenem) Nutzen und bekannten ebenso wie denkbaren Risiken beteiligen und versuchen, Nutzen zu steigern sowie Risiken soweit möglich zu minimieren.

» Literatur

Albrecht, U.-V. (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.

Albrecht, U.-V.; Höhn, M; von Jan, U. (2016a): Gesundheits-Apps und Markt. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 62–82.

Albrecht, U.-V.; Kuhn, B.; Land, J. u. a. (2018): Nutzenbewertung von digitalen Gesundheitsprodukten (Digital Health) im gesellschaftlichen Erstattungskontext. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61, S. 340–348. DOI: 10.1007/s00103-018-2696-0.

Albrecht U.-V.; Pramann, O.; von Jan, U. (2014a): Synopsis for health apps: transparency for trust and decision making. In: Social Media and Mobile Technologies for Healthcare. IGI Global, S. 94–108.

Albrecht U.-V.; Pramann, O.; von Jan, U. (2014b): App-Synopsis: Checkliste zur Selbsteinschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Health-Apps. In: GMDS (2014): 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. – German Medical Science GMS Publishing House, DocAbstr. DOI: http://dx.doi.org/10.3205/14gmds111.

Albrecht U.-V.; von Jan, U.; Pramann, O.; Fangerau, H. (2016b): Gesundheits-Apps im Forschungskontext. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 160–175.

Allen, L. N.; Christie, G. P. (2016): The emergence of personalized health technology. In: J Med Internet Res 18:e99. DOI: 10.2196/jmir.5357.

Anglada-Martinez, H.; Riu-Viladoms, G.; Martin-Conde, M. u. a. (2015): Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review. In: Int J Clin Pract 69:9–32. DOI: 10.1111/ijcp.12582.

Aumann, I.; Frank, M.; Pramann, O. (2016): Gesundheits-Apps in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 244–280.

Brönner, M.; Meister, S.; Breil, B.; Albrecht, U.-V. (2016): Orientierung für Hersteller von Gesundheits-Apps. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits- Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 320–340.

Charlesworth, A. (2014): Digital marketing: a practicala approach. Routlege, Abington, Oxon.

Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992): Four models of the physician-patient relationship. In: JAMA 267, S. 2221–2226.

EPatient RSD GmbH, Kompetenzbereich eLearning Charité Virchow Klinikum (2016): 5. EPatient Survey 2016. In: EPatient RSD GmbH. Online verfügbar unter http://epatient-rsd.com/wp-content/uploads/2016/09/Pressemappe_EPatientSurvey2016.pdf [Zugriff am 02.08.2017].

GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Online verfügbar unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/42 [Zugriff am 02.08.2017].

Gordon, M.; Henderson, R.; Holmes, J. H. u. a. (2016): Participatory design of ehealth solutions for women from vulnerable populations with perinatal depression. In: J Am Med Inform Assoc 23, S. 105–109. DOI: 10.1093/jamia/ocv109.

Humble, J. R.; Tolley, E. A.; Krukowski, R. A. u. a. (2016): Use of and interest in mobile health for diabetes self-care in vulnerable populations. In: J Telemed Telecare 22, S. 32–38. DOI: 10.1177/1357633X15586641.

ISO/IEC (2011): ISO/IEC 25010 – Systems and software engineering – systems and software quality requirements and evaluation (SQuaRE) – System and software quality models.

Jackowska, M.; Steptoe, A. (2015): Sleep and future cardiovascular risk: prospective analysis from the english longitudinal study of ageing. In: Sleep Med 16, S. 768–774. DOI: 10.1016/j.sleep.2015.02.530.

von Jan, U.; Hillebrand, U.; Engeli, S.; Albrecht, U.-V. (2017): Steht die Wahrheit in den Sternen? Einschätzungen von Nutzerbewertungen von Apps im Adipositas-Kontext. In: Adipositas 11, S. 94–99.

Kirwan, M.; Vandelanotte, C.; Fenning, A.; Duncan, M. J. (2013): Diabetes self-management smartphone application for adults with type 1 diabetes: randomized controlled trial. In: J Med Internet Res 15:e235. DOI: 10.2196/jmir.2588.

Knöppler, K.; Neisecke, T.; Nölcke, L. (2016): Digital-Health-Anwendungen für Bürger. Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive. Entwicklung und Erprobung eines Klassifikationsverfahrens. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.

Mertens, A.; Brandl, C.; Miron-Shatz, T. u. a. (2016): A mobile application improves therapy-adherence rates in elderly patients undergoing rehabilitation: a crossover design study comparing documentation via iPad with paper-based control. In: Medicine 95:e4446. DOI: 10.1097/MD.0000000000004446.

Parker, S. J.; Jessel, S.; Richardson, J. E.; Reid, M. C. (2013): Older adults are mobile too! Identifying the barriers and facilitators to older adults' use of mHealth for pain management. In: BMC Geriatr 13:43. DOI: 10.1186/1471-2318-13-43.

Park, L. G.; Howie-Esquivel, J.; Whooley, M. A.; Dracup, K. (2015): Psychosocial factors and medication adherence among patients with coronary heart disease: a text messaging intervention. In: Eur J Cardiovasc Nurs 14, S. 264–273. DOI: 10.1177/1474515114537024.

Pramann, O. (2016a): Gesundheits-Apps und Datenschutz. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 214–227.

Pramann, O. (2016b): Gesundheits-Apps als Medizinprodukte. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 228–243.

Rutz, M.; Kühn, D.; Dierks, M.-L. (2016a): Gesundheits-Apps und Prävention. In: Albrecht, U.-V. (Hg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannver, S. 116–135.

Rutz, M.; Kühn, D.; Dierks, M.-L. (2016b): Gesundheits-Apps und Diagnostik und Therapie. In: Albrecht, U.-V. (Hg.) Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, S. 136–159.

Sannappa, N.; Cranor, L. (2016): A deep dive into mobile app location privacy following the InMobi settlement | Federal Trade Commission. Online verfügbar unter www.ftc.gov/news-events/blogs/techftc/2016/08/deep-dive-mobile-app-location-privacy-following-inmobi-settlement [Zugriff am 19.03.2017].

Siegler, M. (1985): The progression of medicine. From physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. In: Arch Intern Med 145, S. 713–715.

Torbjørnsen, A.; Jenum, A. K.; Småstuen, M. C. u. a. (2014): A low-intensity mobile health intervention with and without health counseling for persons with type 2 diabetes, part 1: baseline and short-term results from a randomized controlled trial in the norwegian part of RENEWING HEALTH. In: JMIR mHealth and uHealth 2:e52. DOI: 10.2196/mhealth.3535.

01.2
App-Motivation: Präventions-Apps und ihre motivationalen Anreizkomponenten

Viviane Scherenberg

Hintergründe und Nutzungsmotive

Laut ARD/ZDF-Online-Studie sind 89,8 % der deutschen Bevölkerung (100 % im Alter von 14 bis 29 Jahren) online (Koch und Frees 2017, S. 435). Am häufigsten genutzt werden Smartphones (76 %), Tablets (23 %) und Handys (4 %) (Scientia-Mobile 2017, S. 2). Mit zunehmender Marktdurchdringung mobiler Endgeräte erhöht sich die Anzahl an Apps. Wie viele Präventions-Apps derzeit existieren, ist angesichts der Marktdynamik unklar. Laut einer Bitkom-Studie (n = 870) nutzen hierzulande 45 % Gesundheits-Apps, 45 % können sich vorstellen, Gesundheits-Apps zu nutzen (Bitkom 2017).

Besonderes Potenzial sehen die Nutzerinnen und Nutzer darin, sich über Gesundheits-, Fitness-, Gewichts- und Ernährungsthemen zu informieren (29 %), Motivations- und Verhaltensratschläge zu erhalten (18 %) und an Vorsorgetermine, Impfungen oder Medikamente erinnert zu werden (23 %) (Bitkom 2017). Damit wird der Nutzen präventiver Apps nicht in der reinen Quantifizierung und Optimierung von Körperdaten gesehen, sondern darin, die eigene Gesundheitskompetenz (englisch: Health Literacy) zu steigern.

Besonders nachgefragt werden verhaltensbezogene Apps rund um die Themen körperliche Bewegung, Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung, Gewichtsverlust, Medikamenteneinnahme, Blutdruckkontrolle und Blutzuckerkontrolle. Die häufigsten Merkmale zur Verhaltensunterstützung stellen Planung (50,7 %), Erinnerung (36,1 %), Motivation (34,4 %) und die Bereitstellung von Informationen (33,6 %) dar (Ernsting u. a. 2017, S. 8).

Dabei erfolgt die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens längst nicht mehr nur über die Ansprache akustischer und visueller Sinneskanäle innerhalb von Präventions-Apps, vielmehr werden zur Verhaltensstimulierung zunehmend haptische Reize (z. B. Vibrationsalarm zur Bewegungserinnerung) mithilfe von Wearables (Fitness-Tracker etc.) eingesetzt.

» Bedeutung motivationaler Komponenten

Ohne Zweifel sind motivationale Anreizkomponenten innerhalb von Präventions-Apps unabdingbar. Menschen die ihr gesundheitliches Verhalten ändern wollen, befinden sich in einem permanenten Konflikt zwischen dem Wunsch, sich gesundheitsbewusst(er) verhalten zu wollen und den hedonistischen Genüssen des Lebens zu widerstehen (Weitkunat und Moretti 2007, S. 20). Dabei streben Menschen nach dem hedonistischen Prinzip danach, Lustvolles zu maximieren und Aversives zu minimieren. Eine rationale Analyse zwischen Aufwand (Kosten) und Effektivität (Nutzen) bildet die Basis für oder gegen eine Verhaltensänderung (McMillan und Conner 2007, S. 242 f.).

Handelt es sich um Verhaltensänderungen, die aufgrund einer wahrgenommenen Bedrohung als notwendig erachtet werden und nicht mit hohen Anstrengungen (z. B. Impfung) verbunden sind, können diese relativ leicht gemeistert werden. Die Veränderung fest verankerter Verhaltensweisen mit psychologischen Abhängigkeiten (z. B. Tabakkonsum) hingegen setzen eine starke Willenskraft, Disziplin und Anstrengung voraus.

Anreize für Verhaltensänderungen (bzw. wahrgenommene Belohnungen) müssen entsprechend hoch sein, um bisherige Routinen zu durchbrechen. Dabei beeinflussen externale Determinanten (z. B. soziale Unterstützung, Medieneinflüsse) und internale Mediatoren (z. B. Gewohnheiten, wahrgenommene Bedrohung, Selbstwirksamkeit) das Verhalten wechselseitig (DiClement u. a. 2007, S. 207 f.). Im Rahmen von Präventions-Apps sind internale Faktoren (»individuelles Wollen« und »persönliches Können«) stärker beeinflussbar als externale Faktoren.

Aus diesem Grund stellt eine mangelnde Ernsthaftigkeit der App-Nutzung hohe Ansprüche an motivationale Anreizkomponenten. Diese Erkenntnis ist wesentlich, da die Faszination der Technik mitunter ihren Reiz verliert. Laut der Studie »The App Lifecycle« (n = 2.590) löschen 52 % der Probanden Apps schon nach einem Monat, da sie diese nicht mehr nutzen (55 %), es interessantere Apps gab (53 %) oder die App unerwünschte Werbung enthielt (46 %) (Yahoo 2016, S. 5 und 11). Gesundheits-Apps werden nach ein paar Wochen nur noch von einem Drittel der User genutzt (EPatient Survey 2017, S. 1). Bei Tracking-Apps zeigt sich, dass die Zahl ehemaliger User in einigen Ländern (z. B. Mexiko, Argentinien, Russland, Südkorea) mittlerweile die Anzahl aktueller Selbstvermesser übersteigt (GfK 2016, S. 10).

Ob Präventions-Apps ihre gesundheitliche Wirkung entfalten, bleibt somit abhängig von den Motiven, der Motivation und der dauerhaften Nutzung. Eine genaue Analyse der Motive und Bedürfnisse der potenziellen Nutzergruppe (Kontext- und Inputqualität) ist daher essenziell, um motivationale Anreizkomponenten (Durchführungsqualität) bedürfnisgerecht integrieren und eine hohe Outcomequalität (1. Ebene) und Outputqualität (2. Ebene) erzielen zu können. Die Tabelle 1 (Seite 21) gibt einen genauen Einblick darüber, auf welchen unterschiedlichen Ebenen Einfluss auf die Motivation der Nutzer gekommen werden kann.

Grundsätzlich kann Motivation als die Übereinkunft zeitlich überdauernder, inhaltlich spezifischer Dispositionen (Motive als Personalfaktor), situativer Reize mit Aufforderungscharakter (Anreize) (Kleinbeck 2006, S. 270) und subjektiver Erfolgswahrscheinlichkeiten (Situationsfaktor) verstanden werden. Folglich hängt die Wirkung von Anreizen von der Beurteilung der User ab und löst motivierte Handlungen dann aus, wenn diese zur persönlichen Bedürfnisbefriedigung beitragen (Schanz 1991, S. 16). Motivation ist somit das

Resultat eines komplexen Abwägungs- und Entscheidungsprozesses zwischen Motiven, Anreizen und Erwartungen. Scheitern Modifikationsversuche, kann dies an mangelnder Motivation oder mangelndem Willen liegen.

Bei der Motivierung des gesundheitsbezogenen Verhaltens sollte die Bedürfnisbefriedigung auf dem Weg zur Zielerreichung liegen, die als tätigkeitsbezogener Vollzugsanreiz bezeichnet wird (Rheinberg und Engeser 2018, S. 426). Derartige Verhaltensqualifizierungen steigern die Motivation und Selbstwirksamkeit (von Rosenstiel 2003, S. 40 ff.). Nichtsdestotrotz kann eine auslösende Motivaktivierung durch passende extrinsische Anreize insbesondere bei bisher unempfänglichen Individuen bei Präventions-Apps durchaus sinnvoll sein.

Qualitätsdimensionen von Präventions-Apps

Qualitätsdimension	Ziele
Kontext- und Inputqualität: Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden bzw. welche Ressourcen müssen bereitgestellt werden, damit die Präventions-App unmittelbare und langfristige Wirkungen erzeugt?	Berücksichtigung der Motive und Motivation unterschiedlicher Nutzergruppen
Beispiele – Grad der Entwicklung von Experten (Medizin, Prävention etc.) – Grad der Berücksichtigung der technischen Ausstattung der Nutzer – Grad der Berücksichtigung von Bedürfnissen (z. B. Integration von Nutzern)	
Durchführungsqualität: Wie muss die Präventions-App beschaffen sein, um unmittelbare und langfristige Wirkungen bei den Usern zu erzeugen?	Auswahl, Einsatz und Gestaltung unterschiedlicher motivationaler Anreizkomponenten
Beispiele – Integration von didaktischen Methoden (Lernkonzept) – Form und Art der vermittelten (relevanten) Inhalte – Integration von Motivationskomponenten	
Ergebnisqualität: Welche Wirkungen hat die Präventions-App auf die Nutzer?	
Qutcomequalität: Welche unmittelbaren Ergebnisse hat die Präventions-App für die User?	**1. Ebene** Einflussnahme auf der Ebene der App-Nutzung
Beispiele – Erreichungsgrad der potenziellen Zielgruppe – Persönlicher Nutzengrad/Akzeptanz der Gesundheits-App – Nutzung der Gesundheits-App	

» Tab. 1: Qualitätsdimensionen von Präventions-Apps. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Scherenberg 2015, S. 146; Ehlers 2011, S. 74 ff.

Dimensionen der Anreizorientierung (mit beispielhaften Zielebenen)	
1. Indirekte Anreize (außerhalb der App)	Praxisbeispiele
1.1 Indirektes Anreizklima: Indirekte Anreize zur Verhaltensänderung im weitesten Sinn	
– **Wahrnehmungsebene:** Hersteller, Initiator, Marke – **Psychologische Ziele:** Bekanntheitsgrad, Image, Glaubwürdigkeit – **Verhaltensziele:** Informationsverhalten, Aufmerksamkeit, Interesse	
1.2 Direktes Anreizklima: Indirekte Anreize zur Verhaltensänderung im weiteren Sinn	
– **Wahrnehmungsebene:** Positionierung, Bewertung, Name, App-Beschreibung (Store) – **Psychologische Ziele:** (subjektive) Qualitätswahrnehmung, Zufriedenheit – **Verhaltensziele:** App-Download, positive Mundpropaganda	
2. Direkte Anreize (innerhalb der App): Anreize zur Verhaltensänderung im engeren Sinn	
– **Wahrnehmungsebene:** Ausgestaltung der App – **Psychologische Ziele:** Gesundheitsbewusstsein, Verhaltenssensibilisierung – **Verhaltensziele:** App-Nutzung, Verhaltensmodifikation	

» Abb. 1: Dimensionen der Anreizorientierung von Präventions-Apps. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Scherenberg 2008, S. 89.

» Unterschiedliche Formen von Anreizen

Im Rahmen präventiver Apps werden unterschiedliche Anreize verwendet, deren Wirksamkeit von der individuellen Bewertung der User abhängt. Anreize, die einen Motivationszustand auslösen können, sind immer situativ (Beckmann und Heckhausen 2018, S. 121). Die Wahrnehmung und Bewertung der User ist dabei nicht auf die motivationalen Anreizkomponenten und die inhaltliche Ausgestaltung von Präventions-Apps beschränkt. Vielmehr ist die ganzheitliche Anreizwirkung angefangen von der Suche nach der App im Store bis hin zur dauerhaften Nutzung der App entscheidend (siehe Abb. 1). Suchwörter, der Name, die App-Beschreibung inkl. Screenshots der Präventions-App sowie App-Bewertungen stellen indirekte Anreize dar, die den Download und die Nutzung der Apps fördern oder hemmen.

Diese Potenziale scheinen nicht ausgeschöpft, da eine Untersuchung der Verbraucherzentrale NRW offenbarte, dass aktuell wesentliche Informationen (z. B. Zweck, Zielgruppe, medizinische Hinweise, Informationsquellen) gar nicht oder nur unzureichend in Beschreibungen von Gesundheits-Apps integriert werden (Verbraucherzentrale NRW 2017,

S. 9). Vielfach fehlt den potenziellen Usern somit die Entscheidungsgrundlage zur Auswahl einer geeigneten Präventions-App.

Bekannte oder/und als kompetent eingestufte Akteure (z. B. Runtastic, Fitbit, Barmer GEK, BZgA) werden es – ungeachtet der App-Beschreibungen – leichter haben, einen Anreiz zum Download auszulösen. Anreizwirkungen können damit auch durch das Image und den Bekanntheitsgrad der jeweiligen Institution beeinflusst werden, das Interesse wecken und Vertrauen auslösen.

Die Abb. 1 (Seite 22) gibt einen zusammenfassenden Überblick über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Anreizsetzung außerhalb und innerhalb einer App, die zum Download, zur App-Nutzung und zur Verhaltensänderung anregen sollen.

Innerhalb von Präventions-Apps können direkte Anreize an erzielte Resultate (z. B. Anzahl Schritte) und an reine Verhaltensausführungen (z. B. Schrittaktivität) gekoppelt werden (Rheinberg 2004, S. 56). Die Koppelung mit sozialen Medien (z. B. integrierter App-Community, Facebook) ermöglicht es den Usern, erzielte Ergebnisse oder errungene Auszeichnungen der breiten Öffentlichkeit zu offenbaren und in den Vergleich und sozialen Kontakt mit anderen Usern zu treten (Rheinberg 2004, S. 55).

Motivformen, die beim Einsatz direkter Anreize im Rahmen von Präventions-Apps angesprochen werden, sind Anschluss-, Intimitäts-, Leistungs- und Machtmotive. Aufgrund der Bedeutung dieser direkten Anreize soll das Streben nach Effizienz (Leistungsmotiv), sozialer Wirksamkeit (Machtmotiv), sozialem Anschluss (Affiliationsmotiv) oder zwischenmenschlicher Nähe (Intimitätsmotiv) näher erläutert werden (Brunstein 2018, S. 270 ff.; Neyer und Asendorf 2018, S. 175):

- **Affiliationsmotiv (> Präferenz für soziale Interaktion):** Das Affiliationsmotiv oder Anschlussmotiv ist gekennzeichnet durch die Kontaktaufnahme und soziale Interaktion (z. B. offline: Quantified Self Meetups oder online: App-Communities) mit fremden oder wenig bekannten Usern, um eine wechselseitige positive Beziehung herzustellen oder Zurückweisung zu vermeiden.
- **Intimitätsmotiv (> Präferenz für Nähe und Vertrautheit mit anderen):** Das Intimitätsmotiv (oder Beziehungs-, Nähe- oder Begegnungsmotiv) kann als Untermotiv des Anschlussmotivs bezeichnet werden und wird angesprochen, wenn sich die Interaktion eher auf eng vertraute Personen bezieht, um sich gegenseitig zu ermutigen. Viele Gesundheits-Apps ermöglichen die gezielte Vernetzung mit Freunden oder Verwandten.
- **Leistungsmotiv (> Präferenz für Erfolg):** Beim Leistungsmotiv steht die Demonstration von persönlichen Leistungen im Vordergrund. Angeregt wird das Leistungsmotiv durch die Auseinandersetzung mit einem Tüchtigkeitsstab (z. B. Erreichung einer bestimmten Schrittzahl). Dabei zielen leistungsmotivierte App-User darauf ab, ihre Leistungsfähigkeit mit selbst- oder fremdgesetzten Gütestandards zu bewerten, um durch eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, die gute Bewertung der eigenen Leistung im Vergleich mit einem Gütemaßstab Stolz und Anerkennung zu erhalten (Brunstein und Heckhausen 2018, S. 145). Es kann sich dabei um den Vergleich mit anderen (sozialer Gütemaßstab), den Vergleich mit den eigenen Leistungen (individueller Gütemaßstab) oder den Vergleich mit objektiv festgesetzten Kriterien (absoluter Gütemaßstab) handeln (Frenzel und Stephens 2017, S. 29).
- **Machtmotiv (> Präferenz andere zu beeinflussen)**: Das Machtmotiv besteht darin, andere User zu kontrollieren, zu beeindrucken oder zu beeinflussen. Das personalisierte Machtmotiv zielt im Vergleich zum sozialisierten Machtmotiv darauf ab, andere User zu übertreffen oder Ansehen zu erlangen (z. B. Erstplatzierung bei einem Wettbewerb). Beim sozialisierten Machtmotiv

hingegen stehen keine egoistischen, sondern soziale Beweggründe zum Wohle der Gemeinschaft bei der Ausübung der Macht im Vordergrund (z. B. Trainings- und Ernährungstipps) (McClelland 1987, S. 298).

Nicht immer lassen sich die Motive trennscharf voneinander abgrenzen, da bei den Usern mitunter mehrere implizite und damit weitgehend unbewusste Motive angesprochen werden. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Motiven verdeutlicht, dass die Intensität der Motivation, die Richtung sowie die Dauer des Nutzungs-Verhaltens von der engen Verknüpfung zwischen Motiven und Anreizen bestimmt wird (vgl. Puca und Schüler 2017, S. 225).

Dabei können die eingesetzten materiellen und immateriellen Anreize innerhalb von Präventions-Apps sehr vielfältig sein (siehe Tab. 2), angefangen von direkten monetären Anreizen bis hin zu verbalen gesundheitlichen Leistungs- und Unterstützungsanreizen zur Steigerung der eigenen Gesundheitskompetenz. Nicht selten werden Anreize in Form von spielerischen Design-Elementen integriert, die in Nicht-Spielkontexten unter dem Begriff Gamification zusammengefasst werden (Deterding u. a. 2011, S. 9). Die Tab. 2 veranschaulicht, wie unterschiedlich diese Anreizformen sind.

Darüber, welche Anreizformen bei welchen Nutzergruppen eine hohe Wirksamkeit versprechen, fehlen bisher empirische Studien. Beim sogenannten »Communal Self-Tracking«, bei dem App-Nutzer ihre gesammelten Daten und Erfahrungen mit anderen teilen (Lupton 2016, S. 130 f.), können mehrere der genannten Motive befriedigt werden. Nicht allein Feedbacks innerhalb von App-Communities, sondern auch anderer teilnahme-, tätigkeits- oder leistungsabhängige Anreizformen (z. B. Abzeichen, Gratulationen) stellen Rückmeldungen dar, die das eigene Kompetenzerleben steigern können. Dabei wird beim Gamification zwischen drei unterschiedlichen Formen kompetenzunterstützender Feedbacks unterschieden (Rigby und Ryan 2011, S. 23 ff.; Sailer 2016, S. 116 ff.):

- Granulare Kompetenzfeedbacks stellen unmittelbare positive Rückmeldungen dar, die eins-zu-eins mit dem Verhalten der User verbunden sind (z. B. aktuelle Schrittzahlerreichung).
- Nachhaltige Kompetenzfeedbacks beziehen sich nicht nur auf ein Ereignis, sondern auf eine ganze Zeitspanne, in der ein Gesundheitsverhalten erfolgreich wird (z. B. Gewichtsabnahme, Schrittanzahl innerhalb einer Woche).
- Kumulative Kompetenzfeedbacks stellen Rückmeldungen dar, die permanente Veränderungen zeigen, indem sie mehrere, zusammengefasste Verhaltensweisen sichtbar machen. Derartige Rückmeldungen bleiben auch nach einem Abbruch und einer erneuten Nutzung der App sichtbar (z. B. Auszeichnungen).

App-Communities sprechen das Anschlussmotiv an, wenn die soziale Interaktion ermöglicht und die Zugehörigkeit zu Gleichgesinnten erleichtert wird. Das Kompetenzerleben und die Selbstwirksamkeit wird vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen, eigener Befindlichkeiten, stellvertretender Erfahrungen und Überredung anderer Teilnehmender situationsspezifisch gesteigert (Bandura 1997, S. 3 f.). Immaterielle Anreize in Form von für Dritte sichtbare Auszeichnungen können als soziale Anreize fungieren und so andere App-Nutzer aktivieren und motivieren. Haben User das Gefühl, durch App-Communities effizienter (im Sinne der Selbstoptimierung) zu werden, wird das Leistungsmotiv angesprochen. Sofern User eine (z. B. sportliche) Überlegenheit demonstrieren können und geteilte Auszeichnungen Prestigeobjekte darstellen, wird das Machtmotiv angesprochen. Diese Beispiele verdeutlichen, dass mit ein und derselben Anreizform je nach Persönlichkeits- und Motivstruktur unterschiedliche Motive angesprochen werden können (Felser 2015, S. 102).

Mögliche Anreizformen innerhalb von Präventions-Apps

Anreizform	Beispiele für Anreize	Praxisbeispiele
1.) Extrinsische Anreize		
1.1) Materielle Anreize		
Direkte materielle Gesundheitsanreize	Geld- und Sachprämien, Bonuspunkte mit monetärem Gegenwert	Koppelung mit GKV-Bonusprogrammen
Indirekte materielle Gesundheitsanreize	Gesundheitsgutscheine, soziale Spenden	Spenden pro gelaufene Kilometer
1.2) Immaterielle Anreize		
Verbale gesundheitliche Leistungsanreize	Abzeichen, Auszeichnungen, Statuslevelerreichung, Leistungsgraphen	Auszeichnungen für Schrittanzahl, nicht gerauchte Zigaretten (Meilensteine)
Verbale gesundheitliche Unterstützungsanreize	Verhaltensintervention, Bewegungserinnerungen, gesundheitliche Gratulationen	Servicemanagement, Beschwerdemanagement, Kompetenz
Institutionelle Vertrauensanreize	Image/Glaubwürdigkeit der Institution	Videos, Status: Lungenregeneration, Durchblutung, Minimierung des Krebsrisiko
2.) Intrinsische Anreize		
Das Verhalten bzw. die Handlung selbst	Selbststeuerung, Spaß und Vergnügen, Identifikation mit der Gruppe	Wohlbefinden, Lebensqualität, Eigenverantwortung, Stolz etc.

» Tab. 2: Mögliche Anreizformen innerhalb von Präventions-Apps. Quelle: Eigene Darstellung.

Zwar stehen zielgruppenspezifische Studien im Rahmen von Präventions-Apps noch aus, dennoch kann vermutet werden, dass bisherige Erkenntnisse aus der Motivforschung auch auf Apps übertragbar sind. So sind Anschlussmotive (und damit gegenseitige verbale Unterstützungsleistungen) bei Frauen ausgeprägter als bei Männern. Macht- und Anschlussmotive korrelieren bei Frauen negativ, da sich beide Motive für Frauen (im Vergleich zu Männern) widersprechen (Schultheiss und Brunstein 2001, S. 82). Ein stärker ausgeprägtes Machtmotiv bei Männern kann biologisch erklärt werden, da der Testosteronspiegel bei Männern höher ist als bei Frauen. Bei Frauen sorgt hingegen ein höhere Oxytocin-Spiegel für höhere Bindungswerte (Montag 2016, S. 44 f.). Insbesondere gesellige User haben

ein starkes Bedürfnis nach sozialem Anschluss und keine Angst vor Zurückweisung. Schüchterne Personen befinden sich oft in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt, da sie einerseits Anschluss suchen, aber sich andererseits vor Zurückweisung fürchten (Asendorpf 1989, S. 33 f.).

Die Betrachtung der unterschiedlichen Merkmale verdeutlicht die Komplexität, die mit der Auswahl von Anreizen verbunden ist, da von ihnen unterschiedliche psychologische Effekte ausgehen können.

» Psychologische Wirkungen von Anreizen

In der (neo-)klassischen ökonomischen Theorie – insbesondere nach dem Modell des sogenannten homo oeconomicus – ist Motivation primär extern begründet (Frey u. a. 2001, S. 564; Frey 1997, S. 27). Dieses ökonomische Menschenbild berücksichtigt nicht das menschliche Verhalten mit all seinen Facetten und Bedürfnissen (Falk 2001, S. 22). Die Unterstellung, dass Menschen nur durch extrinsische Anreize zu beeinflussen sind, greift zu kurz. Denn gerade bei der Überwindung fest verankerter Verhaltensweisen und der Übernahme von Eigenverantwortung ist intrinsische Motivation (z. B. Einsicht, Freude an der Handlung selbst) unerlässlich. Psychologische Wirkungen, die von motivationalen Anreizen innerhalb von Präventions-Apps ausgehen können, sind vielschichtig und sollen daher näher beleuchtet werden:

– Präventionsdilemma: Damit Präventions-Apps und deren Anreize ihr Potenzial überhaupt entfalten können, gilt es insbesondere bisher unempfängliche Risikogruppen zu erreichen. Die Gründe für diese klassische Herausforderung von Präventionsinterventionen sind vielschichtig und können sich auf alle genannten Dimensionen der Anreizorientierung beziehen. Verfehlen Präventions-Apps ihre eigentliche Zielgruppe, kann von einer geringen Wirksamkeit gesprochen werden. Daher sollten bei der Entwicklung und Gestaltung von Präventions-Apps die Bedürfnisse, Motive und Ängste vulnerabler Zielgruppen berücksichtigt werden, um Selbstselektions- und Mitnahmeeffekte zu vermeiden.
– Selbstselektionseffekt: Werden Präventions-Apps oder einzelne Anreizkomponenten nicht genutzt, kann dies am Willen oder einer zu hohen leistungsorientierten Ausrichtung liegen. Sind die User durch ihr Verhalten nicht in der Lage, von fremdgesteuerten Anreizen zu profitieren (z. B. Ranglistenpositionierung, Schrittzahlerreichung), kann dies dazu führen, dass sie die Aktivitäten erst gar nicht ausführen oder die Handlung abgebrochen wird. Handlungsziele sollten daher nicht pauschal (z. B. 10.000 Schritte), sondern individuell bzw. zielgruppenspezifisch (z. B. je nach Alter und dem aktuellen Aktivitätsniveau) differenziert angesetzt werden. Denn während für Kinder rund 10.000 Schritte (Mädchen: 10.000 bis 14.000 Schritte; Jungen: 12.000 bis 16.000 Schritte) empfohlen werden (Tudor-Locke u. a. 2011, S. 14), liegt die Spannweite bei Senioren (50+) je nach gesundheitlicher Vorbelastung bei 2.000 bis 9.000 Schritte (ebd.). Bei Erwachsenen variiert die Schrittrange abhängig vom aktuellen Aktivitätsniveau zwischen 1.800 bis 8.800 Schritten (Inaktive: weniger als 5.000 Schritte; wenig Aktive: 5.000 bis 7.500 Schritte; mäßig Aktive: 7.500 bis 10.000 Schritte, Aktive: 10.000 bis 12.500 Schritte; sehr Aktive mehr als 12.500 Schritte) (Tudor-Locke 2004, S. 1 f.). Werden Handlungsziele zu hoch angesetzt, können Frustrationserlebnisse entstehen, die weitere Verhaltensänderung behindern.

- Mitnahmeeffekt: Eng mit dem Präventionsdilemma und dem Selbstselektionseffekt verknüpft ist der Mitnahmeeffekt. Denn ändern User ihre gewohnten Verhaltensweisen nicht, da sie ohnehin ein gesundheitsbewusstes Verhalten aufweisen und damit nur eine Belohnung erhalten bzw. ihr Machtmotiv befriedigen möchten, kann von einem Mitnahmeeffekt gesprochen werden. Dieser Effekt trifft oft auf sozioökonomisch besser gestellte Menschen zu, die sich ohnehin gesünder ernähren, nicht rauchen und Sport betreiben. So auch bei Gesundheits-Apps, denn unter den 55 Millionen sportlich aktiven App-Nutzern befinden sich nur 16 Millionen sportlich aktive Übergewichtige (Bitkom und Deloitte 2017, S. 17).
- Korrumpierungseffekt: Anreize können als Feedback oder als Kontrolle wahrgenommen werden (Beckmann und Kossak 2018, S. 621). Auch Präventions-Apps können als kontrollierend oder unterstützend empfunden werden und intrinsische Motivation zerstören oder fördern. Bleiben externe Anreize (bzw. Auszeichnungen, hohe Platzierungen im Rankings) aus, besteht die Gefahr, dass Handlungsziele entfallen, da die intrinsische Motivation zerstört wurde. Diese verborgenen Kosten der Belohnung (hidden cost of rewards) entstehen, wenn die User eine Beeinträchtigung in ihrer Selbstbestimmung erfahren (Frey 1997, S. 23 f.). Die User fühlen sich kontrolliert und nicht mehr selbst verantwortlich. Ist die Handlung attraktiv, so zeigen positive Anreize eher unterstützende Wirkungseffekte. Die intrinsische Motivation wird verstärkt, da externe Anreize als unterstützend wahrgenommen werden (Ryan und Deci 2006, S. 1560). Der Korrumpierungseffekt tritt auf, wenn die Tätigkeit interessant ist, materielle statt verbale Belohnungen integriert werden und die Belohnung erwartet wird (Cameron u. a. 2001, S. 21).
- Enttäuschungseffekt: Anreize die nicht der erwarteten Höhe entsprechen, als (zu) geringfügig wahrgenommen werden oder nicht zum zugesagten Zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden, können dazu führen, dass die Aktivierung eingestellt bzw. erst gar nicht ausgeführt wird (Roth und Ryba 2016, S. 210). Begründet wird dieses Verhalten mit dem Phänomen der Verlustaversion (loss aversion), da sich Menschen am Referenzpunkt orientieren (bzw. an bereits erhaltene Anreize) und damit subjektiv niedrig eingestufte Anreize stärker wahrgenommen werden als hohe Anreize (Tversky und Kahneman 1986, S. 308).
- Sättigungs- und Abnutzungseffekt: Gerade bei vielfach errungenen Anreizen (z. B. Auszeichnungen) kann ein weiterer Effekt die Motivwirkung negativ beeinflussen, da kein zusätzlicher Nutzen erkannt bzw. das persönliche Bedürfnis bereits befriedigt wurde. Durch die Gewöhnung tritt ein Sättigungs- und Abnutzungseffekt ein. Automatisierte Anreize müssen permanent erhöht oder verändert werden. Die so erzeugte positive Abweichung sorgt für einen Überraschungseffekt, der dazu beiträgt, dass sich der Anreiz nicht abnutzt. Die Abweichung und damit der positive Überraschungseffekt sorgt für eine starke impulsartige Aktivierung der Neurone und macht einen erheblichen Teil der Freude aus (Roth und Ryba 2016, S. 210).
- Netzwerkeffekt bzw. Feedbackeffekt: Je mehr User einer App und damit einer Community innerhalb einer Präventions-App beitreten und sich gegenseitig ermutigen, desto größer ist der Netzwerkeffekt (Laudon u. a. 2010, S. 599). Erst ab einer bestimmten Nutzerzahl, der kritischen Masse, können App-Communities einen relevanten positiven Nutzen entfalten (Wendt 2012, S. 69). Dabei können allein die positiv geteilten Erfahrungen Nichtteilnehmer ermutigen, sich an der Diskussion zu beteiligen (Kiefer und Steininger 2014, S. 160).

» Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass extrinsische und intrinsische Motivation oft zusammen auftreten und auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen angeordnet werden können (Frey 1997, S. 21). Jeder intrinsischen Motivation (z. B. Freude und Spaß am Sport) liegt immer auch ein extrinsisches Motiv (z. B. Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Gewichtskontrolle oder -abnahme, Reduktion des Erkrankungsrisikos) zugrunde. Externe Anreize können als positive Verstärker fungieren, allerdings sollte die intrinsische Motivation, die aus dem Verhalten selbst (z. B. gesteigerte Lebensqualität) entsteht, den Idealzustand nachhaltiger Verhaltensänderung darstellen (Frey 1997, S. 564). Dabei ergibt sich intrinsische Motivation aus der Freude am Gelingen, der Selbstbestätigung, im Gefühl der Verwirklichung der eigenen Fähigkeiten. Intrinsische Motivation stellt an sich eine Belohnungsart dar, die im Vergleich zur extrinsischen Motivation keine Sättigung erfährt und deren Wirkung höher ist. Dies setzt voraus, dass sich kein anhaltender Misserfolg bei der gesundheitlichen Verhaltensumstellung einstellt (Roth und Ryba 2016, S. 216).

Da Anreize ein latentes Motiv aktivieren und Erwartungen auslösen, ist es wesentlich, dass alle drei Komponenten beachtet werden. Denn liegt nur einer der drei genannten Komponenten bei Null, liegt auch die resultierende Motivation bei Null (Beckmann und Kossak 2018, S. 617).

Entscheidend für eine hohe Motivation und Motivausprägung sind äußere Anregungsbedingungen. Präventions-Apps sollten einen stärkeren Fokus auf die Steigerung der Selbstregulationsfähigkeiten (z. B. positive Selbstmotivierung, Selbstaktivierung, Entscheidungsfähigkeit) legen, um dauerhaft erfolgreich zu sein (ebd., S. 634). Folglich stellen gerade extrinsische Anreize zur Aktivierung der intrinsischen Motivation in Form von gesundheitlichen Unterstützungsanreizen ein probates Mittel zur Veränderung fest verankerter Verhaltensweisen dar.

Aktuell werden im Kontext von Präventions-Apps in erster Linie qualitäts-, wirksamkeits- und datenschutzbezogene Aspekte thematisiert. Da motivationsspezifische Anreizkomponenten (innerhalb wie außerhalb von Präventions-Apps) einen wesentlichen Einfluss auf die Wirksamkeit ausüben, wäre eine intensivere Auseinandersetzung mit den positiven und negativen Motivationswirkungen unterschiedlicher Nutzergruppen mit dem Fokus präventiver Bemühungen wünschenswert. Eine besondere Bedeutung sollte dabei der Frage beigemessen werden, welchen Beitrag Präventions-Apps und deren unterschiedliche motivationale Anreizkomponenten zur Verminderung von sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten – ungeachtet ökonomischer Interessen unterschiedlicher Anbieter – kurz-, mittel- und langfristig (im Vergleich zu klassischen Präventionsinterventionen) leisten können.

Literatur

Asendorpf, J. B. (1989): Soziale Gehemmtheit und ihre Entwicklung. Berlin.

Bandura, A. (1997): Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura, A. (Hg.): Self-efficacy in changing societies. Cambridge, S. 1–45.

Beckmann, J.; Heckhausen, H. (2018): Motivation durch Erwartung und Anreiz. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, S. 119–162.

Beckmann, J.; Kossak, T. N. (2018): Motivation und Volition im Sport. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, S. 615–639.

Bitkom (2017): Fast jeder Zweite nutzt Gesundheits-Apps. Pressemeldung vom 5. Mai 2017. Online verfügbar unter www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Fast-jeder-Zweite-nutzt-Gesundheits-Apps.html [Zugriff am 01.04.2018].

Brunstein, J. C. (2018): Implizite und explizite Motive. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, S. 269–295.

Brunstein, J. C.; Heckhausen, H. (2018): Leistungsmotivation. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, S. 163–221.

Deterding, S.; Dixon, D.; Khaled, R.; Nacke, L. E. (2011): From game design elements to game-fulness: defining »gamification«. In: MindTrek: Proceedings, New York, S. 9–15.

DiClement, R.; Salazar, L.; Crosby, R.; Wingood, G. (2007): Interventionsstrategien. In: Kerr, J.; Weitkunat, R.; Moretti, M. (Hg.): ABC der Verhaltensänderung (Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung). München, S. 206–219.

Ehlers, U. D. (2011): Qualität im E-Learning aus Lernersicht (Medienbildung und Gesellschaft). 2. Auflage, Wiesbaden.

EPatient Survey (2017): Pressemitteilung zum 6. EPatient Survey 2017 in der Schweiz am 5. Mai 2017. Online verfügbar unter https://www.epatient-rsd.com/survey [Zugriff am 01.04.2018].

Ernsting, C.; Dombrowski, S. U.; Oedekoven, M.; O´Sullivan, J. L.; Kanzler, M.; Kuhlmey, A.; Gellert, P. (2017): Using smartphones and health apps to change and manage health behaviors: a population-based survey. In: J Med Internet Res 19(4):e101.

Falk, A. (2001): Homo Oeconomicus versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein neues wirtschaftspolitisches Leitbild? Working Paper No. 79. Institute for Empirical Research in Economics University of Zurich. Online verfügbar unter https://doi.org/10.3929/ethz-a-004374014 [Zugriff am 01.04.2018].

Felser, G. (2015): Werbe- und Konsumentenpsychologie. 4. Auflage, Berlin und Heidelberg.

Frenzel, A. C.; Stephens E. J. (2017): Emotionen. In: Götz, T.; Frenzel, A. C.; Dresel, M.; Pekrun, R. (Hg.): Emotion, Motivation und selbstreguliertes Lernen. 2. Auflage, Stuttgart, S. 16–142.

Frey, B. (1997): Markt und Motivation: Wie ökonomische Anreize die (Arbeits-) Moral verdrängen. München.

Frey, B.; Ostloh, M.; Benz, M. (2001): Grenzen variabler Leistungslöhne: Die Rolle intrinsischer Motivation. In: Jost, P. J. (Hg.): Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaftslehre. Stuttgart, S. 561–579.

GfK – Gesellschaft für Konsumforschung (2016): Health and fitness tracking – Global GfK survey. Online verfügbar unter www.gfk.com/leadmin/user_upload/country_one_pager/NL/ documents/ Global-GfK-survey_Health-Fitness-Monitoring_2016.pdf [Zugriff am 01.04.2018].

Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (2018): Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, S. 1–11.

Kiefer, M. L.; Steininger, C. (2014): Medienökonomie. 3. Auflage, München.

Kleinbeck, U. (2006): Handlungsziele. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 3. Auflage, Heidelberg, S. 255–276.

Koch, W.; Frees, B. (2017): Kern-Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2017. Online verfügbar unter www.ard-zdf-onlinestudie.de/files/2017/Artikel/Kern-Ergebnisse_ARDZDF-Onlinestudie_2017.pdf [Zugriff am 01.04.2018].

Laudon, K. C.; Laudon, J. P.; Schoder, D. (2010): Wirtschaftsinformatik – Eine Einführung. 2. Auflage, München.

Lupton, D. (2016): The quantified self. Corydon.

McClelland, D. C. (1987): Human motivation. 2. Auflage, Cambridge.

McMillan, B.; Conner, M. (2007): Motivierung zur persönlichen Verhaltensänderung. In: Kerr, J.; Weitkunat, R.; Moretti, M. (Hg.): ABC der Verhaltensänderung (Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung). München, S. 237–252.

Montag, C. (2016): Persönlichkeit – Auf der Suche nach unserer Individualität. Berlin und Heidelberg.

Neyer, F. J.; Asendorf, J. B. (2018): Psychologie der Persönlichkeit. 6. Auflage, Wiesbaden.

Puca, R. M.; Schüler, J. (2017): Motivation. In: Müsseler, J.; Rieger, M. (Hg.): Allgemeine Psychologie. Berlin und Heidelberg, S. 223–249.

Rheinberg, F. (2004): Motivationsdiagnostik. Göttingen.

Rheinberg, F.; Engeser, S. (2018): Intrinsische Motivation und Flow-Erleben. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, S. 423–450.

Rigby, C.; Ryan, R. (2011): Glued to games: how video games draw us in and hold us spell-bound. Santa Barbara.

von Rosenstiel, L. (2003): Motivation managen – Psychologische Erkenntnisse ganz praxisnah. Weinheim und Basel.

Roth, G.; Ryba, A. (2016): Coaching, Beratung und Gehirn – Neurobiologische Grundlagen wirksamer Veränderungskonzepte. Stuttgart.

Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2006): Self-Regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination and will? In: Journal of Personality, Vol. 74 (2006-12) Nr. 6, S. 1557–1585.

Sailer, M. (2016): Die Wirkung von Gamification auf Motivation und Leistung. Wiesbaden.

Schanz, G. (1991): Motivationale Grundlagen der Gestaltung von Anreizsystemen. In: Schanz, G. (Hg.): Handbuch Anreizsysteme in Wirtschaft und Verwaltung. Stuttgart, S. 3–30.

Scherenberg, V.; Greiner, W. (2008): Präventive Bonusprogramme – Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas. Bern.

Schultheiss, O. C.; Brunstein, J. C. (2001): Assessment of implicit motives with a research version of the TAT: picture profiles, gender differences, and relations to other personality mea-sures. In: Journal of Personality an Social Psychology 88(1), S. 174–188.

Scientia-Mobile (2017): Mobile overview report Q1 2017. Online verfügbar unter www.scientiamobile.com/page/wp-content/uploads/2017/05/MOVR-Q1-2017-Final.pdf [Zugriff am 01.04.2018].

Tudor-Locke, C.; Bassett, D. R. (2004): How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. In: Sports medicine, Jahrgang 34, Nr. 1, S. 1–8.

Tudor-Locke, C.; Craig, C. L.; Aoyagi, Y.; Bell, R. C.; Croteau, K. A.; De Bourdeaudhuij, I.; Ewald, B.; Gardner, A. W.; Hatano, Y.; Lutes, L. D.; Matsudo, S. M.; Ramirez-Marrero, F. A.; Rogers, L. Q.; Rowe, D. A.; Schmidt, M. D.; Tully, M. A.; Blair, S. N. (2011): How many steps/day are enough? For older adults and special populations. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2011, 8:80. Online verfügbar unter www.ijbnpa.org/content/8/1/80 [Zugriff am 01.04.2018].

Tversky, A.; Kahneman, D. (1986): Rational choice and the framing of descisions. In: Journal of Business, Band 59(4), part 2, S. 251–278.

Verbraucherzentrale NRW (2017): Gesundheits-Apps – Produktinformationen von kostenlosen Gesundheits-Apps zum gesundheitlichen Nutzen. Online verfügbar unter https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/2018-03/1%20Marktcheck_Health-Apps%20-%20END.pdf [Zugriff am 01.04.2018].

Weitkunat, R.; Moretti, M. (2007): Gesundheit und Verhalten. In: Kerr, J.; Weitkunat, R.; Moretti, M. (Hg.): ABC der Verhaltensänderung (Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung). München, S. 17–29.

Wendt, S. (2012): Strategisches Portfoliomanagement in dynamischen Technologiemärkten. Wiesbaden.

Yahoo (2016): The App Lifecycle. Online verfügbar unter https://s.yimg.com/ge/b2b/App_Replacement_Study.pdf [Zugriff am 01.04.2018].

01.3
Ein Portal für Alle und Alles?

Klaus Koch

Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung eines umfassenden Konzepts für ein »nationales Gesundheitsportal« beauftragt. Das Portal soll für die Bürgerinnen und Bürger zum zentralen deutschen Internetangebot für Informationen rund um Fragen zur Gesundheit werden. Zudem soll es einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung leisten. Dem Konzept liegt der Ansatz zugrunde, dass sich die an Evidenz orientierten Anbieter von Informationen zu Gesundheitsfragen – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und als »Content-Partner« ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform bereitstellen.

Die Nutzung »Neuer Medien« ist in allen Bereichen des Alltags für viele Menschen zur Normalität geworden. Das gilt auch für Fragen zur Gesundheit. Nach den zur Verfügung stehenden Umfragen nutzt längst eine Mehrheit der Deutschen das Internet zur Recherche nach Antworten auf Gesundheitsfragen (Statistisches Bundesamt 2016; Baumann und Czerwinski 2015; Koch 2017; Eurostat o. J.). Oft ist ein Arztbesuch der Anlass, sich vorab Informationen zu beschaffen, nicht selten soll »Dr. Web« aber auch den Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten erübrigen. Diese virtuelle Beratung ist rund um die Uhr möglich, und auch unangenehme Themen lassen sich im Internet anonym recherchieren.

Nach einer Analyse des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer Ersatzkasse ist für etwa 80 % der Nutzerinnen und Nutzer immer oder meist eine Suchmaschine Startpunkt der Recherche (Baumann und Czerwinski 2015). Und für etwa 40 % sind die ersten Treffer ausreichend. Sie betrachten nur die erste Trefferseite mit zehn Treffern, die in der Regel von Anzeigen meist kommerzieller Anbieter eingerahmt sind.

Die Qualität der Informationen im Internet wird praktisch von Beginn des Internets an untersucht. Dabei fällt die Qualitätsbewertung generell umso schlechter aus, je genauer sie stattfindet. Im

Vordergrund stehen dabei meist »Verständlichkeit« und inhaltliche »Richtigkeit«. Eine erste systematische Analyse von Eysenbach u. a. (2002) fasst 85 Studien zusammen, die in Summe etwa 6.000 englischsprachige Internet-Sites bewertet hatten. 70 % der Studien bezeichneten die Qualität als »problematisch«. Seitdem haben weitere Studien vor allem einzelne Krankheitsgebiete untersucht. Hirsch u. a. (2017) haben zum Beispiel 54 von kommerziellen Suchmaschinen wie Google vorn auf Trefferlisten präsentierte englischsprachige Websites zum Thema »Endometriose« untersucht. Die Qualität wurde in den vier Dimensionen »Glaubwürdigkeit«, »Richtigkeit«, »Transparenz« und »Lesbarkeit« bewertet. Im Ergebnis wurde nur etwa ein Viertel der Sites als »hohe Qualität« eingestuft.

Vergleichbare Untersuchungen gibt es zu deutschsprachigen onkologischen Websites (Herth u. a. 2016; Liebl u. a. 2015; Kuenzel u. a. 2017). Liebl u .a. (2015) haben die Qualität von 77 Websites mit Informationen zu Krebserkrankungen untersucht. Sie fanden eine deutliche Diskrepanz zwischen der Sichtbarkeit in Suchmaschinen und der Qualität: Die Toptreffer bei Google, vor allem kommerzielle Informationsportale, wiesen im Durchschnitt eine schlechtere Qualität auf als schlechter platzierte Angebote von nicht-kommerziellen Angeboten. Liebl u. a. befürchten, dass Patienten wegen falscher Internetinformationen falsche Entscheidungen treffen. Zu einer fast identischen Schlussfolgerung kamen Herth u. a. (2016) bei der Bewertung von bei Google hochplatzierten Internetauftritten zur Ernährung bei Krebs.

Ursache dieser Qualitätsprobleme kommerzieller Suchmaschinen ist, dass echte inhaltliche Qualitätsanforderungen wie die Evidenzbasierung bei der Rangfolge der Treffer keine Rolle spielen (Fahy u. a. 2014; Allam u. a. 2014): Gutes und Schlechtes, Evidenzbasiertes und auf Behauptungen Beruhendes liegen häufig nur einen Klick auseinander. Verlässliche Angebote werden so überlagert von nutzlosen oder sogar schädlichen Informationen, die bis zur Scharlatanerie reichen.

Die Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz in Deutschland weisen darauf hin, dass viele Ratsuchende sich überfordert fühlen, im Dschungel der Angebote verlässliche Gesundheitsinformationen zu finden, auszuwählen und zu bewerten (Zschorlich u. a. 2015). Angesichts der kaum mehr zu überschauenden Fülle der im Internet verfügbaren Informationen haben daher selbst überdurchschnittlich erfahrene Nutzerinnen und Nutzer Schwierigkeiten, die guten und verlässlichen gesundheitsbezogenen Informationen herauszufiltern. Gerade in den Dimensionen »finden« und »bewerten« von Gesundheitsinformationen fällt die Selbsteinschätzung der Kompetenzen niedriger aus. Schaeffer u. a. (2015) folgern, »dass die Suche und Beurteilung von Gesundheitsinformationen am schwersten fällt und (…) Unterstützung (…) wünschenswert ist«.

Beispiele aus europäischen Staaten wie Großbritannien, Österreich oder Dänemark zeigen, dass öffentliche Gesundheitsportale, die ergänzend zu kommerziellen Suchmaschinen qualitätsgesicherte und zugleich allgemein verständliche Informationen zu zahlreichen Gesundheitsthemen bieten, dem wachsenden Interesse an schnell zugänglichen, zuverlässigen und »zentral« abrufbaren Informationen entgegenkommen können. Voraussetzung ist jedoch, dass auch ein öffentliches Gesundheitsportal konsequent auf Nutzerbedürfnisse ausgerichtet ist und mit den technischen Entwicklungen des Internets Schritt hält.

» Auftrag

Unter Einbeziehung geeigneter Anbieter von Gesundheitsinformationen soll ein Konzept für ein nationales Gesundheitsportal erstellt werden. Das Portal soll unter anderem

– ausschließlich Informationen enthalten, die qualitätsgesichert, nicht-kommerziell und werbefrei sind,
– seine Inhalte so zur Verfügung stellen, dass Bürgerinnen und Bürger sie nach eigenen Vorstellungen für Gespräche und gemeinsame Entscheidungen mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Beratern ihrer Wahl nutzen können,
– im Hinblick auf Verständlichkeit auch für Menschen mit unterschiedlichen Anforderungen an Breite und Tiefe der Inhalte geeignet und akzeptabel sein,
– die Information und Beratung von Menschen unterstützen, die selbst nicht das Internet nutzen (wollen) und z. B. eine persönliche Beratung bevorzugen (indem durch das Portal den in der Beratung tätigen Personen und Organisationen unterstützende Materialien zur Verfügung gestellt werden).

Mögliche Module sind:

a. Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen
b. Evidenzbasierte Präventionsangebote
c. Navigator zu persönlichen bzw. telefonischen Beratungsangeboten
d. Navigator zu Kliniken, Ärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Angeboten der Gesundheitsversorgung
e. Navigator bzw. Erläuterungen der Strukturen des deutschen Gesundheitswesens
f. Navigator zu laufenden klinischen Studien
g. Ggf. Bewertung aktueller Pressemeldungen

Der Konzepterstellung soll grundsätzlich die Annahme zugrunde liegen, dass kein Anbieter in Deutschland allein in der Lage wäre, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu sämtlichen wichtigen gesundheitsbezogenen Themenbereichen anzubieten. Daher erscheint es sinnvoll, dass sich die an Evidenz orientierten Anbieter – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform bereitstellen. Hierbei sollte im Rahmen der Konzepterstellung die Qualität der Methoden und Prozesse zur Erstellung und ggf. auch der angebotenen Gesundheitsinformationen in einem gemeinsam von den Anbietern zu entwickelnden Akkreditierungsverfahren überprüft und dargelegt werden.

Für alle Module des Portals ist daher im Rahmen der Konzepterstellung zu ermitteln, unter welchen Bedingungen jeweils geeignete Kooperationspartner zu einer zukünftigen Mitarbeit am Portal bereit wären. So soll ermittelt werden, ob eine qualitativ und quantitativ ausreichende Kooperationsgruppe für die inhaltliche Füllung des Portals zur Verfügung stünde.

» Vorgehen

Zur Erhebung der grundsätzlichen Einschätzung der Machbarkeit wurde im Rahmen einer Fragebogen-unterstützten Befragung ein breiter Verteiler von Institutionen im Gesundheitswesen angeschrieben und um Einschätzung und Bereitschaft zur Beteiligung am (Konzept zum) nationalen Gesundheitsportal gebeten; zudem war der Fragebogen offen zugänglich auf der Website des IQWiG bereitgestellt.

Portal-übergreifende Anforderungen, Maßnahmen und Empfehlungen

Dem Konzept liegt der Ansatz zugrunde, dass sich die an Evidenz orientierten Anbieter von Informationen zu Gesundheitsfragen – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und als »Content-Partner« ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform bereitstellen.

Koordiniert wird dieser Prozess durch einen Träger des Portals, dem auch weitgehend eigenständig die redaktionelle und technische Betreuung des Portals obliegt. Entscheidend für eine Akzeptanz des Portals ist unter anderem, dass der Träger sich beim Auf- und Ausbau des Portals in erster Linie an Nutzerbedürfnissen orientiert. Dazu ist die frühzeitige Einbeziehung der Zielgruppen nötig. Gleichzeitig erfordert der Aufbau und Betrieb des Portals aber auch von den Content-Partnern die Bereitschaft, bei der Einbindung ihrer Inhalte in das Portal den Nutzerbedürfnissen Priorität zu geben.

Voraussetzung für die Beteiligung der Content-Partner am Portal ist ein Akkreditierungsverfahren. Dazu entwickelt der Portal-Träger anfangs (in Phase 1 der Umsetzung, siehe Seite 37) eigenständig ein Verfahren, das für eine erste Auswahl von Content-Partnern geeignet ist. Die Weiterentwicklung des Akkreditierungsverfahrens wird dann vom Träger mit wissenschaftlicher Unterstützung und unter Einbeziehung der akkreditierten Content-Partner vorgenommen. In diesem weiterentwickelten Verfahren sollen die Content-Partner ihre Methoden und Prozesse zur Erstellung der von ihnen angebotenen Informationen veröffentlichen, sodass die Umsetzung der Anforderungen überprüft werden kann.

Für den Träger und die Entwicklung der Akkreditierung werden die im Folgenden beschriebenen Eckpunkte vorgeschlagen.

Generelle Anforderungen an den Portal-Träger

Die Unabhängigkeit des Portals setzt voraus, dass der Träger keine kommerziellen Interessen hat und gemeinnützig ist. Maßstab für seine Tätigkeit sind die Anforderungen, die sich aus dem Auftrag des BMG zur nutzerorientierten, neutralen, objektiven und umfassenden Information der Bevölkerung ergeben. Um diese Ziele zu erreichen, muss der Träger wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet sein. In der Umsetzung dieser Grundsätze sollte der Träger in transparente Beratungs- und Beteiligungsstrukturen eingebunden sein, dennoch aber inhaltlich und politisch unabhängig sein.

Alle Inhalte des Portals sind kostenlos zugänglich.

Anforderungen an die Content-Partner

Aus den Anforderungen an den Portal-Träger ergeben sich weitgehend identische grundsätzliche Anforderungen an die Content-Partner. Auch sie müssen den Zielen und Anforderungen des Portals verpflichtet sein, und das von ihnen bereitgestellte Angebot muss frei von kommerziellen Interessen sein. Es bietet sich an, für eine Akkreditierung der Content-Partner drei Ebenen der Prüfung vorzusehen.

Ebene 1: Generelle Anforderungen
Der Portal-Träger definiert an den zum Beispiel per Satzung festgelegten eigenen Zielen und Grundsätzen ausgerichtete Anforderungen (z. B. an Transparenz, Neutralität, Ausrichtung an Nutzerbedürfnissen, Qualitätssicherung), mit denen sich Kandidaten für eine Partnerschaft vollumfänglich

einverstanden erklären müssen, bevor eine weitergehende Prüfung der Eignung beginnen kann.

Ebene 2: Transparenz-Anforderungen
Pflichtangaben über den Herausgeber eines Informationsangebots im Internet sind durch rechtliche Vorgaben geregelt, die jeder Content-Partner erfüllen muss.

Um Transparenz zu schaffen, sind jedoch weitergehende Angaben nötig. Kandidaten für eine Content-Partnerschaft müssen in ihren Angeboten transparente Angaben über Verfasser und Herausgeber und ihre Finanzierung aufweisen. Grundlage für die Ableitung der Anforderungen sollten die für Internetangebote in Deutschland vom Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e. V. (afgis) entwickelten Transparenzkriterien sein (Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem 2014) sowie der HONcode der Health On the Net Foundation (HON) (Stiftung Health On the Net 2017).

Ebene 3: Modulspezifische Anforderungen
In Abhängigkeit von den Inhalten und Zielen eines Moduls sind von den Content-Partnern für jedes Modul angepasste Qualitätsanforderungen einzuhalten. Bestehende Vorarbeiten und Grundlagen für die Definition dieser Anforderungen sind in den jeweiligen Modulkapiteln beschrieben.

Grundsätzlich sind die Content-Partner dazu verpflichtet, eine Beschreibung der Umsetzung der drei Ebenen der Qualitätsanforderungen zu veröffentlichen, z. B. als Methodenpapier. Jeder Content-Partner erhält mit der Akkreditierung auf der Portal-Website einen öffentlich zugänglichen Datenbankeintrag, in dem seine Angaben einzusehen sind. Damit sind die Angaben grundsätzlich für jeden transparent und überprüfbar.

Kontrolle der Akkreditierungsvoraussetzungen
Der Träger installiert einen formalen Prozess zur Prüfung von Zweifeln oder Verstößen gegen die Akkreditierungs-Voraussetzungen. Sofern Verstöße festgestellt werden, kann das im Extremfall zum Entzug der Akkreditierung führen.

Zum Start des Portals ist die Entscheidung zu treffen, wie hoch die Qualitätsanforderungen anfangs liegen sollen. Angesichts der zum Start des Portals zu erwartenden Heterogenität ist zu empfehlen, mit Augenmaß zu beginnen, die Anforderungen dann aber schrittweise hochzusetzen. Für die Anhebung der Qualitätsanforderungen definiert der Portal-Träger einen festen Zeitplan. Der Träger vereinbart vertraglich mit jedem Content-Partner, dass seine Partnerschaft unter dem Vorbehalt steht, dass diese Anhebung zukünftig nachvollzogen wird.

Der Portal-Träger hat ein Interesse daran, dass möglichst viele Partner diese Entwicklung der Qualitätsanforderungen mitgehen. Das unterstützt der Träger durch ein Qualifizierungsprogramm, in dem sich Content-Partner zum Beispiel zu Einzelheiten der Anforderungen und der Umsetzung beraten und schulen lassen können. Details des Qualifizierungsprogramms und Eingangsvoraussetzungen werden vom Träger entwickelt, die Kosten werden vom Portal-Träger getragen.

Phasen der Umsetzung

Für die Umsetzung wird ein stufenweiser Auf- und Ausbau des Portals vorgeschlagen. Dieses Vorgehen erlaubt einerseits eine frühzeitige Sichtbarkeit erster Resultate. Es gestattet andererseits eine sukzessive Erweiterung des Angebots.

Phase 0: Vorarbeiten, Vorbereitung
Aufsetzend auf dem politischen Willen, ein Portal zu etablieren, müssen die Finanzierung geklärt und der Träger gefunden bzw. gegründet werden. Eine

Angliederung an eine bestehende Organisation oder eine Neugründung wird geprüft. Eine an die Aufgaben angepasste Gremienstruktur wird etabliert.

Phase 1: Ausbau der Strukturen des Portal-Trägers
Zu den ersten Aufgaben des Trägers gehören:
- Aufbau der Kernorganisation, des Personals und der Verwaltung
- Aufsetzen der vertraglichen Rahmenbedingungen
- Vorbereitung des Akkreditierungsverfahrens (Gründung der Gremien, Festlegung des Vorgehens zur Erarbeitung der Anforderungen, Zeitplan)
- Vorbereitung der Phase 2
  - Definition der Anforderungen an Partner der Phase 2
  - Entwicklung der Verträge
  - Identifikation geeigneter Partner

Phase 2: Nationales Gesundheitsportal als Suchmaschine
Um eine erste Fassung des Portals so schnell wie möglich und sinnvoll zu realisieren, bietet sich die Entwicklung und Konfiguration einer Suchmaschine für das Portal und deren Veröffentlichung als erste Ausbaustufe an. Diese Suchmaschine erfasst nur die Inhalte akkreditierter Content-Partner und liefert den Nutzerinnen und Nutzern dem Stand der Technik entsprechende Trefferlisten. Die Treffer verweisen auf die externen Angebote der Partner.

Vorbereitungen für Phase 3
In Phase 2 beginnen bereits die Vorbereitungen für Phase 3. Der Portal-Träger entwickelt innerhalb der vorgesehenen Gremien auf wissenschaftlicher Grundlage und unter Beteiligung akkreditierter Content-Partner die Konkretisierung der modulbezogenen Akkreditierungsanforderungen (Ebene 3) und erstellt einen Prüfkatalog.

Zudem wird eine inhaltliche Struktur der einzelnen Module entwickelt und ein Feinkonzept für die Integration der ausgewählten Inhalte der Content-Partner erstellt.

Phase 3: Integration erster Module des nationalen Gesundheitsportals
Die Suchmaschine wird (ggf. schrittweise) ergänzt durch inhaltliche Module. Das Portal stellt so selbst Informationen zur Verfügung und verknüpft die Inhalte der Module sinnvoll miteinander.

Alle in den bisherigen Phasen beteiligten Content-Partner müssen für die Beteiligung an Phase 3 des Portals eine Neuakkreditierung durchlaufen.

Phase 4: Betrieb und Weiterentwicklung des Portals
Aufbauend auf den Ergebnissen der kontinuierlichen Evaluation des Portals, der technischen Entwicklung und ggf. der Veränderungen des Nutzerverhalten wird das Portal laufend weiterentwickelt und an die veränderlichen Erfordernisse angepasst.

Konzeption der Module des Portals

In Gesundheitsfragen gibt es ein breites Informationsbedürfnis, das individuell sehr unterschiedlich sein kann und je nach Anlass variiert. Die im Folgenden beschriebenen Module decken unterschiedliche und einander ergänzende Informationsbedürfnisse ab. Die Auswahl und Abgrenzung der Module sollte den wichtigsten Anliegen der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen. Der Aufbau des Portals muss darüber hinaus erlauben, die Module ggf. zu einem späteren Zeitpunkt bedarfsgerecht anzupassen und um weitere Module zu ergänzen.

Modul: Evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Der primäre Zweck des Moduls besteht darin, Menschen bei der Suche, Auswahl und Bewertung von Informationen zu unterstützen, indem nach objektiven Qualitätsaspekten ausgewählte, bereits bestehende Informationsangebote so zusammengeführt werden, dass sie dem Informationsverhalten und den -bedürfnissen der Ratsuchenden entsprechen.

Gleichzeitig kann das Portal die Nutzerinnen und Nutzer beim Aufbau von Kompetenzen unterstützen. Das Portal wird dazu die verwendeten Qualitätsanforderungen und deren Bedeutung in verständlicher Weise und in geeigneten Formaten beschreiben und so auch das Bewusstsein für die Bedeutung von Qualität schärfen.

Qualitätsanforderungen

Im Bereich Gesundheitsinformationen gibt es verschiedene Vorarbeiten, die ein geeigneter Startpunkt für die Entwicklung von Qualitätsanforderungen dieses Moduls sind. Dazu gehören HONcode der Health On the Net Foundation (HON: www.hon.ch/home1_de.html), das afgis-Qualitätslogo des Aktionsforums Gesundheitsinformationssystem e. V. (afgis: www.afgis.de) und die »Gute Praxis Gesundheitsinformation« (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2010). Zu Einzelheiten siehe Seite 39.

Die Anforderungen der Guten Praxis Gesundheitsinformation (GPGI) haben das Potenzial, Grundlage der Akkreditierung der Content-Partner für dieses Modul zu werden. Dazu ist jedoch vorher eine Operationalisierung der GPGI nötig, um die Bewertung der Erfüllung oder Nichterfüllung einer Anforderung zu ermöglichen.

Einschätzung der Machbarkeit

Die Befragung hat eine ausreichende Tiefe und Breite von Angeboten ergeben, die nach einer ersten Sichtung eine akzeptable Basis für den Start des Portals darstellen können. Für den Start des Portals ist es sinnvoll, die für eine Beteiligung notwendigen Mindeststandards mit Augenmaß festzulegen, und dann im Dialog mit den Beteiligten das Niveau im Laufe einer definierten Frist anzuheben und zu vereinheitlichen. Unter dieser Voraussetzung gibt es für den Start des Portals einen ausreichenden Pool an Kandidaten angemessener Qualität.

Modul: Evidenzbasierte Prävention

Dieses Modul ist in Teilen eine Ausgliederung aus dem Modul Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Grundsätzlich gelten für die Darstellung des Wissenstands zu Präventionsmaßnahmen dieselben Anforderungen wie an andere Gesundheitsinformationen.

Für das nationale Gesundheitsportal ist es aus mehreren Gründen sinnvoll, Informationen zur Prävention in einem eigenen Bereich zu sammeln und herauszuheben. Online-Präventionsinformationen werden von einer großen Bandbreite an Akteuren aus Forschung und Praxis angeboten. Der »Wegweiser Gesundheitsförderung« der BZgA (www.wegweiser.bzga.de) listet zu diversen Präventionsthemen die relevanten Akteure aus Deutschland auf und verlinkt auf deren Websites, wo sich dann entsprechende Informationen (meist als Internetsseiten oder als Flyer zum Download, selten als Videos) befinden. Auch das bereits abgeschlossene Projekt KNP-Netzwerk (Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung: www.knp-forschung.de) und der Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) bieten auf ihren Websites umfangreiche Praxis- und Projektdatenbanken aus

dem Präventionsbereich an. Diese Plattformen richten sich jedoch nicht an die Allgemeinbevölkerung, sondern an Fachleute.

Allerdings fehlt derzeit in Deutschland eine zentrale Orientierungshilfe: Hauptzweck des Moduls ist es, das unübersichtliche Feld der Prävention für Bürgerinnen und Bürger zu strukturieren und so einen gezielten Zugang zu qualitätsgesicherten Informationen und Angeboten zu ermöglichen.

Inhaltliche Breite und Tiefe

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass es zum Thema Prävention ein breites Angebot gibt. Es besteht zum einen aus (vor allem schriftlichen) Informationen, zum anderen auch aus Verzeichnissen von (lokalen) Präventionsangeboten.

Einen ersten Entwurf der Struktur des Moduls hat die BZgA vorgeschlagen. Der Fokus liegt auf der Verhaltensprävention, da hier die Einflussmöglichkeiten einzelner Bürgerinnen und Bürger definitionsgemäß am größten sind. Pro Thema wird ein wissenschaftlich fundierter und praxisbezogener Kurzbeitrag geboten. Um zielgruppenspezifisch direkt auf die wichtigsten Präventionsthemen hinzuweisen, wird eine interaktive Suchhilfe entwickelt. Diese Hilfe soll nach Eingabe von Alter, Geschlecht und besonderen Merkmalen (z. B. Raucher bzw. Nichtraucher) zugeordnete Präventionsthemen (Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen, alters- und geschlechtsspezifische Präventionsanliegen) herausfiltern und anbieten (siehe: https://healthfinder.gov).

Qualitätsanforderungen

Die Qualitätsanforderungen für das Modul Evidenzbasierte Prävention unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den Qualitätsanforderungen, die an das gesamte nationale Gesundheitsportal sowie an das Modul Evidenzbasierte Gesundheitsinformation zu stellen sind.

Modul: Navigator zu persönlichen bzw. telefonischen Beratungsangeboten

Das Angebot an Beratung im Gesundheitswesen weist eine große Zahl von Anbietern mit unterschiedlichen Interessen auf: Neben den Beratungsangeboten staatlicher Organisationen, den Leistungserbringern und Leistungsträgern des Gesundheitswesens, den Verbänden des Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen sowie anderen unabhängigen Akteuren existiert eine Reihe kommerzieller Unternehmen unterschiedlicher Branchen.

Ein Portal mit qualitätsgesicherten und verständlichen Informationen ist bereits eine wichtige Unterstützung für Menschen, die Schwierigkeiten haben, Gesundheitsinformationen zu finden oder zu bewerten. Allerdings wird es für bestimmte Gruppen in Ergänzung zur Informations- und Aufklärungsarbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie anderer Gesundheitsberufe weiterhin einen zusätzlichen Bedarf an Angeboten zur persönlichen Unterstützung geben.

Auf der Suche nach Beratungsstellen stehen Ratsuchende vor der Herausforderung, sich in einer komplexen Beratungslandschaft zu orientieren und ein für ihre Bedürfnisse passendes qualitativ hochwertiges Angebot zu finden.

Ein wichtiges Ziel besteht daher darin, allen Betroffenen einen niederschwelligen Zugang zu zielgruppengerechten, unabhängigen und qualitätsgesicherten Informations-, Beratungs- und Hilfsangeboten zu ermöglichen.

Inhaltliche Breite und Tiefe

Neben einer Vielzahl an Beratungsangeboten für ratsuchende Patientinnen und Patienten zu Fragen rund um das Thema Gesundheit ohne thematischen Schwerpunkt (z. B. die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, die Beratungsstellen der

unabhängigen Patientenberatungen, der Verbraucherzentralen, der Krankenkassen sowie die Gesundheitsberatungsangebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) existieren Beratungsangebote mit indikationsspezifischem Schwerpunkt (wie z. B. der Krebsinformationsdienst, Infodienst Krebs, SE-Atlas – Versorgungsatlas für Menschen mit seltenen Erkrankungen und ZIPSE – Zentrales Informationsportal über seltene Erkrankungen).

Qualitätsanforderungen

Patienten-Beratungsstellen haben die Aufgabe, Patientinnen und Patienten wie andere Ratsuchende qualitätsgesichert in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen zu beraten. Um dies zu gewährleisten, müssen für die Beratung geschulte Expertinnen und Experten wie beispielsweise Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachkräfte, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder Sozialversicherungsfachangestellte zur Verfügung stehen.

Für die Patientenberatung existiert bisher noch kein ausreichend bewährter und anerkannter Qualitätsstandard. Als Grundlage für die Definition von Qualitätsanforderungen an Beratungsangebote gibt es bereits eine Reihe von Vorarbeiten – beispielsweise vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Dazu gehören auch Praxisleitfäden und Lehrbücher für Patientenberatung (Schmidt-Kaehler 2007), die Material- und Methodensammlung der Universität Bielefeld zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz (Schmidt-Kaehler u. a. 2017) sowie eine Reihe von Publikationen aus dem europäischen Ausland (Agency for Healthcare Research and Quality 2015; Institute for Healthcare Improvement, National Patient Safety Foundation; NHS Education for Scotland 2017; Dierks u. a. 2004; Always use Teach-back!; Motivational Interviewing Network of Trainers. Motivational interviewing resources; Health Quality & Safety Commission New Zealand 2014).

Modul: Navigator zu Kliniken, Ärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Angeboten der Gesundheitsversorgung

Das Angebot an Leistungserbringern im Gesundheitswesen umfasst eine große Zahl von Anbietern mit unterschiedlichen Interessen, Qualifikationen und Spezialisierungen. Die Such- und Bewertungsangebote in diesem Segment sind ähnlich zahlreich und vielfältig. Beiden gemeinsam ist, dass die Qualität und die Eignung der Angebote in jeder Hinsicht nicht immer gleich hoch sind und die Unterscheidung nicht immer leichtfällt.

Dieses Modul soll Ratsuchende auf dem Weg zu einem geeigneten, den eigenen Bedürfnissen entsprechenden, qualitativ hochwertigen Versorgungsangebot unterstützen.

Neben der Vielzahl an Angeboten ohne thematischen Schwerpunkt (z. B. die Suchangebote der Kammern und Verbände, der Krankenkassen, Behörden sowie der Weißen Liste und der Stiftung Gesundheit) existieren Navigatoren mit indikationsspezifischem Schwerpunkt (z. B. Krebsinformationsdienst, Psychenet, ZIPSE – Zentrales Informationsportal über seltene Erkrankungen).

Qualitätsanforderungen

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Auftrag der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Standards für gute Bewertungsportale entwickelt. Der im Dezember 2009 erstmals veröffentlichte und 2011 überarbeitete Kriterienkatalog umfasst 40 Qualitätskriterien (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011).

Modul: Navigator zu laufenden klinischen Studien

In diesem Modul werden Navigatoren zu laufenden klinischen Studien betrachtet, die vor allem Patientinnen und Patienten Zugang zu geeigneten klinischen Studien ermöglichen. Zu diesem Zweck sind Studienregister eingerichtet worden, in die alle relevanten Informationen eingepflegt werden und die (zumindest teilweise) öffentlich zugänglich sind.

Die verfügbaren Studienregister sind jedoch wenig benutzerfreundlich und richten sich vor allem an medizinisches und wissenschaftliches Personal. Für Laien sind diese Informationen oft nicht verständlich. Derzeit ist es für Patientinnen und Patienten deshalb sehr schwierig zu ermitteln, ob geeignete Studien existieren und wo diese durchgeführt werden.

Um allen Patientinnen und Patienten Zugang zu geeigneten klinischen Studien zu geben, müssen Studienregister mit allen relevanten Informationen öffentlich zugänglich (möglichst an einer Stelle), zielgruppengerecht und von wirtschaftlichen Interessen unabhängig gestaltet sein. Als Ergebnis einer Suche sollten Ratsuchende nicht nur eine Übersicht über offene Studien (in ihrer Umgebung) erhalten. Zu jeder Studie sollten alle relevanten Informationen wie die Studienziele, Ansprechpartner und die Voraussetzungen für eine Teilnahme, aber auch Informationen zu den Risiken der Teilnahme enthalten sein.

Das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS: www.drks.de) ist das von der WHO anerkannte Primärregister für Deutschland. Es ist für die Registrierung aller in Deutschland durchgeführten patientenorientierten klinischen Studien zuständig. Das Register arbeitet eng mit der WHO zusammen, insbesondere mit der International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP: www.who.int/ictrp/en).

Zum aktuellen Zeitpunkt sind über 5.800 Studien bzw. Forschungsvorhaben im DRKS registriert. Der Zugang zum DRKS ist für alle Nutzerinnen und Nutzer kostenlos (www.dimdi.de).

Modul: Navigator bzw. Erläuterungen der Strukturen des deutschen Gesundheitswesens

In Deutschland gibt es ein dichtes Netz von leicht zugänglichen Behandlungsangeboten. Sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden, ist trotzdem nicht immer einfach. Das deutsche Gesundheitswesen ist durch eine Vielzahl von Organisationen und Aufgaben auf Bundes-, Länder- und regionaler Ebene gekennzeichnet.

Das Modul soll einen Überblick und gleichzeitig eine praktische Orientierungshilfe geben. Um eine echte Orientierungshilfe zu sein, bietet es sich an, das Modul primär aus Sicht konkreter Fragen und Anliegen zu gestalten, die Bürgerinnen und Bürger haben.

Qualitätsanforderungen

Für dieses Modul gelten die allgemeinen portalweiten Anforderungen z. B. an Verständlichkeit. Die Informationen dieses Moduls erfordern Recherchen nach geeigneten Quellen. Da sich gesetzliche Grundlagen ändern können, besteht auch für dieses Modul ein Bedarf für eine geeignete Aktualitätsprüfung.

» Eckpunkte von Aktivitäten zur Bekanntmachung des Portals

Ziel ist der Aufbau einer nachhaltigen kommunikativen Infrastruktur rund um das nationale Gesundheitsportal. Diese Infrastruktur setzt die Bereitschaft aller relevanten Akteure im Gesund-

heitswesen voraus, als Multiplikatoren der über das Portal verfügbaren Informationen zu dienen und in ihre Arbeit und ihr Beratungs- und Informationsangebot einzufügen.

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass eine aktive und umfassende Strategie zur Bekanntmachung des Portals nötig ist. Dazu benötigt der Träger externe Beratung und ausreichende finanzielle Ressourcen. Das Feinkonzept wird vom Träger zusammen mit der externen Beratung entwickelt und umgesetzt.

» Eckpunkte einer Evaluation des Portals

Aufgrund des Anspruchs des Portals, in seinen verschiedenen Modulen die Bedürfnisse einer möglichst breiten Bevölkerungsgruppe zu befriedigen, ist bereits in der Aufbauphase die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Konzepts zur nachhaltigen und kontinuierlichen Qualitätssicherung und Evaluation nötig.

Voraussetzung für die Evaluation ist eine Definition der Ziele des Portals und der zentralen Zielgruppen. Dazu ist ein Verständnis der Informations- bzw. Unterstützungsbedarfe sowie des damit verbundenen Informationsverhaltens der verschiedenen Zielgruppen erforderlich.

Je nach Ziel und Zielgruppe sind Kenngrößen der Evaluation zu operationalisieren und geeignete quantitative oder qualitative Instrumente und Methoden zur Erhebung dieser Kenngrößen einzusetzen. Für einige Kenngrößen empfiehlt sich die Beauftragung externer und vom Träger unabhängiger wissenschaftlicher Institutionen im Sinne einer Begleitforschung.

Die Ergebnisse der Evaluation müssen zur Anpassung und Weiterentwicklung des Portals genutzt werden. Zudem müssen sie den beteiligten Partnern zur Verfügung gestellt und zusammenfassend veröffentlicht werden.

» Chancen und Risiken

Der Erfolg des Portals wird unter anderem von der Antwort auf die folgenden Fragen abhängen:

– Gelingt es, den Portal-Träger so zu gestalten, dass er den auf der Seite 35 genannten Eigenschaften entspricht?
– Wird die Finanzierung nachhaltig gesichert?
– Wird es möglich sein, die relevanten Content-Partner in ausreichender Anzahl zu gewinnen?
– Wird ein ausreichender Fokus auf zielgruppengerechte Umsetzung gelegt?
– Werden ausreichende Maßnahmen zur Bekanntmachung des Angebots ergriffen, um das Portal den relevanten Zielgruppen bekannt zu machen? Stehen auch für diese Maßnahmen genügend Ressourcen zur Verfügung?

Erleichtern könnte diesen Prozess, dass ein zentrales Portal auch für die am Auf- und Ausbau beteiligten Content-Partner einen direkten Nutzen hat.

Im Erfolgsfall werden die Angebote der beteiligten Organisationen durch das Portal sichtbarer, besser auffindbar und in einen sinnvollen Rahmen eingebettet (beispielsweise durch Veröffentlichung der Namen der Content-Partner auf dem Portal selbst sowie im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Kennzeichnung der Autorenschaft des Contents und der damit einhergehenden Verbesserung des Rankings bei gängigen Suchmaschinen).

Literatur und Internetquellen

Agency for Healthcare Research and Quality (2015): AHRQ health literacy universal precautions toolkit: AHRQ Publication no. 15-0023-EF. Online verfügbar unter www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthlittoolkit2_3.pdf [Zugriff am 05.10.2017].

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem: Internetseite www.afgis.de [Zugriff am 01.09.2017].

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (2014): Transparenzkriterien. Online verfügbar unter www.afgis.de/qualitaetslogo/transparenzkriterien [Zugriff am 01.09.2017].

Allam, A.; Schulz, P. J.; Nakamoto, K. (2014): The impact of search engine selection and sorting criteria on vaccination beliefs and attitudes: two experiments manipulating google output. In: J Med Internet Res 2014; 16(4), S. e100.

Always use teach-back!: Internetseite www.teachbacktraining.org [Zugriff am 22.09.2017].

Baumann, E.; Czerwinski, F. (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung Neuer Medien zur Information und zum Austausch über Informationen aus dem Internet. In: Böcken, J.; Braun, B.; Meierjürgen, R. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2015. Gütersloh, S. 57–79.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Gute Praxis Bewertungsportale – Qualitätsanforderungen für Arztbewertungsportale. Online verfügbar unter www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/gute-praxis-bewertungsportale.pdf [Zugriff am 22.09.2017].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Wegweiser Gesundheitsförderung. Internetseite www.wegweiser.bzga.de [Zugriff am 22.09.2017].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung. Internetseite www.knp-forschung.de [Zugriff am 22.09.2017].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Internetseite www.dimdi.de [Zugriff am 01.09.2017].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Deutsches Register Klinischer Studien. Internetseite www.drks.de [Zugriff am 01.09.2017].

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2010): Die »Gute Praxis Gesundheitsinformation«. In: Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2010; 104(1), S. 66–68.

Dierks, M.-L.; Lang, B.; Maienborn, A.; Martin, S.; Moroff, J.; Sänger, S. u. a. (2004): Curriculum Patientenberatung: Informationen, Recherchieren, Bewerten, Vermitteln. Online verfügbar unter www.patienten-information.de/patientenbeteiligung-selbsthilfe/curriculum.pdf [Zugriff am 05.10.2017].

Eurostat: Personen, die das Internet zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen genutzt haben: Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tin00101&language=de&toolbox=data [Zugriff am 27.09.2017].

Eysenbach, G.; Powell, J.; Kuss, O. (2002): Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. In: JAMA 2002; 287(20), S. 2691–2700.

Fahy, E.; Hardikar, R.; Fox, A.; Mackay, S. (2014): Quality of patient health information on the internet: reviewing a complex and evolving landscape. In: Australas Med J 2014; 7(1), S. 24–28.

Health Quality & Safety Commission New Zealand (2014): Three steps to better health literacy: a guide for health professionals. Online verfügbar unter www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/health-literacy-booklet-3-steps-Dec-2014.pdf [Zugriff am 22.09.2017].

Herth, N.; Kuenzel, U.; Liebl, P.; Keinki, C.; Zell, J.; Huebner, J. (2016): Internet information for patients on cancer diets: an analysis of German websites. In: Oncol Res Treat 2016; 39(5), S. 273–281.

Hirsch, M.; Aggarwal, S.; Barker, C.; Davis, C. J.; Duffy, J. M. N. (2017): Googling endometriosis: a systematic review of information available on the Internet. In: Am J Obstet Gynecol 2017; 216(5), S. 451–458.e1.

Institute for Healthcare Improvement, National Patient Safety Foundation: Ask me 3: good questions for your good health. Online verfügbar unter www.npsf.org/?page=askme3 [Zugriff am 22.09.2017].

Koch, K. (2017): Informationen aus dem Internet. In: Public Health Forum 2017; 25(1), S. 57–59.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [Zugriff am 22.09.2017].

Kuenzel, U.; Monga Sindeu, T.; Schroth, S.; Huebner, J.; Herth, N. (2017): Evaluation of the quality of online information for patients with rare cancers: thyroid cancer. In: J Cancer Educ 24.01.2017 [Epub ahead of print].

Liebl, P.; Seilacher, E.; Koester, M. J.; Stellamanns, J.; Zell, J.; Hubner, J. (2015): What cancer patients find in the internet: the visibility of evidence-based patient information; analysis of information on german websites. In: Oncol Res Treat 2015; 38(5), S. 212–218.

Motivational Interviewing Network of Trainers: Motivational interviewing resources. Online verfügbar unter www.motivationalinterviewing.org/motivational-interviewing-resources [Zugriff am 22.09.2017].

NHS Education for Scotland (2017): The health literacy place: chunk and check. Online verfügbar unter www.healthliteracyplace.org.uk/tools-and-techniques/techniques/chunk-and-check [Zugriff am 22.09.2017].

Schmidt-Kaehler, S. (2007): Praxisleitfaden Patientenberatung: Planung, Umsetzung und Evaluation. Gütersloh.

Schmidt-Kaehler, S.; Vogt, D.; Berens, E. M.; Horn, A.; Schaeffer, D. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Online verfügbar unter www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf [Zugriff am 05.10.2017].

Statistisches Bundesamt (2016): 40 Millionen Menschen in Deutschland informieren sich im Internet über Gesundheitsthemen. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16_14_p002pdf.pdf?_blob=publicationFile [Zugriff am 05.10.2017].

Stiftung Health On the Net: Internetseite www.hon.ch/home1_de.html [Zugriff am 01.09.2017].

Stiftung Health On the Net (2017): Qualität und Vertrauenswürdigkeit von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet. Online verfügbar unter www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor_de.html [Zugriff am 01.09.2017].

U.S. Department of health and human dervices: Health finder. Internetseite https://healthfinder.gov [Zugriff am 21.09.2017].

World Health Organization: International clinical trials registry platform. Online verfügbar unter www.who.int/ictrp/en [Zugriff am 01.09.2017].

Zschorlich, B.; Gechter, D.; Janßen, I. M.; Swinehart, T.; Wiegard, B.; Koch, K. (2015): Gesundheitsinformationen im Internet: Wer sucht was, wann und wie? In: Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2015; 109(2), S. 144–152.

01.4
Zielgruppenkommunikation auf Augenhöhe – Wie flexibel können Behörden sein?

Tobias Knobloch

Technologie durchzieht heute unsere Lebenswelt wie ein Rhizom den Boden, auf dem Unkraut wächst (vgl. Sloterdijk 2014, S. 473). Dieser Vergleich mag gewagt erscheinen, aber er ist keineswegs despektierlich gemeint. Man muss einfach zur Kenntnis nehmen, dass wir beispielsweise die kleinen Geräte in jeder Fraus und jeder Manns Tasche, eigentlich eine Mischung aus Wanze und Prothese, kaum noch als einen nicht zu uns gehörenden, künstlichen Teil wahrnehmen. Wenn man Mobiltelefone und Smartphones zusammenzählt, dann gibt es von diesen Geräten in etwa so viele wie erwachsene Menschen auf der Erde (ca. 5 Milliarden).

Zwischen fünfzig und hundert Mal blicken wir in unseren Breiten täglich auf unser Smartphone. Damit sind wir einerseits schon ganz Teil des Informationsprozessierungsvorgangs der in uns eingedrungenen Maschinen geworden (vgl. Harari 2016). Andererseits sind wir – und das ist für das hier vorliegende Thema relevant – ganz in Kommunikation aufgegangen. Wir leben Kommunikation, sind lebendige Kommunikatoren. Es könnte daher kaum treffender sein, als wenn der bekannte deutsche Psychologe und Kommunikationsforscher Friedemann Schulz von Thun, in einem langen Interview mit Bernard Pörksen auf sein Lebenswerk zurückblickend, dem Ganzen die Überschrift »Kommunikation als Lebenskunst« (Pörksen und Schulz von Thun 2016) gibt.

Wenn man also, wie in diesem Beitrag, nach der Flexibilität des Kommunikationsangebotes von jemandem oder von Institutionen fragt, dann ist das schon fast eine Praeteritio nach dem Muster Ich möchte Sie gar nicht mit der Geschichte des Herrn X langweilen, der erst seine Partei verraten und dann seine Frau verlassen hat. Kommunikation muss in einer Zeit, da dieses Phänomen nahezu ubiquitär ist, notgedrungen flexibel sein.

Nun lautet die Frage im Titel meines Beitrags allerdings »Wie flexibel können Behörden sein?«. Und das sehr zu Recht, denn Behörden sind keine Privatpersonen und keine beliebigen Institutionen, sondern Körperschaften des öffentlichen Rechts, deren Zweck es ist, unser Zusammenleben zu organisieren. Mit ihrer funktionalen Ausdifferenzierung mögen sich eine ganze Reihe sehr unterschiedlicher Kommunikationszwecke und damit auch unterschiedlich flexible Kommunikationsformen verbinden lassen (vgl. Luhmann 1987), aber es gibt grundsätzlich eine Grenze, die an anderer Stelle liegt als die kommunikativen Grenzen von Privatpersonen und Unternehmen. Das Gebiet auszuloten, in dem die Grenzen der Möglichkeiten von Kommunikation überhaupt und der behördlichen Kommunikation im Speziellen liegen, ist Gegenstand dieses Beitrags.

Kurze Geschichte des technologischen und kommunikativen Wandels

Die heutigen elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten sind eine unmittelbare Folge der Entwicklung des Internet, das in den letzten zehn Jahren vollständig mobil geworden ist. Das heißt, dass sämtliche Dienste nicht nur stationär, sondern auch über mobile Endgeräte abrufbar sind, manche sogar ausschließlich darüber. Diese Entwicklung ist vergleichsweise jung, doch das Netz selbst ist nicht viel älter.

Der Internet-Vorläufer Arpanet datiert auf das Jahr 1969 (Kalifornien), das erste Mobilfunktnetz gab es 1979 in Japan, und das World Wide Web in der heute freilich viel weiter entwickelten Form entstand Ende der 1980er Jahre. Bereits zehn Jahre später platzte eine Hype-Blase um das sogenannte Web 1.0, das Netz der Online-Präsenzen und des Online-Handels. Erst danach traten heute dominierende Player wie Google und Facebook auf den Plan, die Ära des sogenannten Web 2.0 begann.

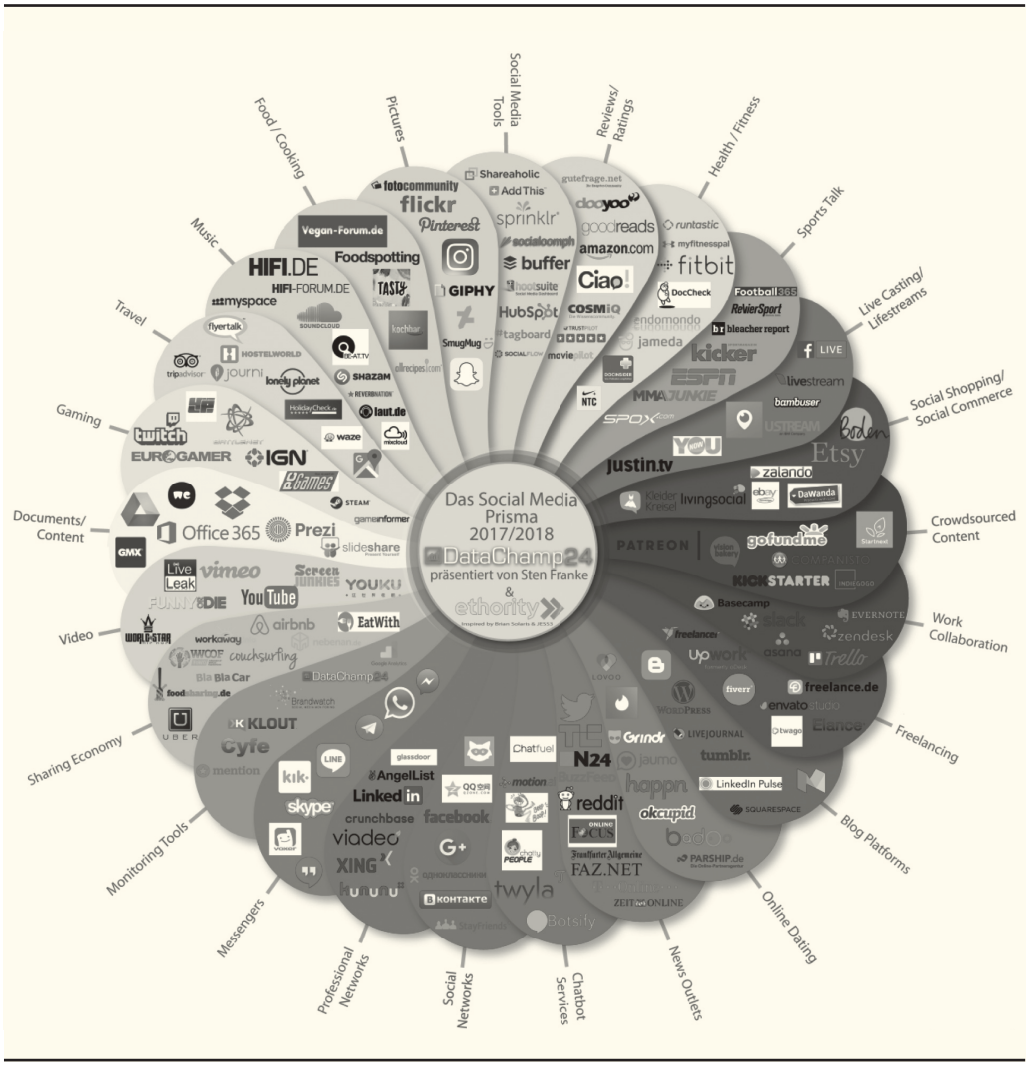
Was kurz nach der Jahrtausendwende seinen Anfang nahm, ist heute sehr ausdifferenziert und sehr groß. Nahezu alles, was heute im (mobilen) Internet passiert, verfügt über essentielle Komponenten der Kommunikation und des sozialen Austauschs und wird zu erheblichen Teilen darüber monetarisiert. Das Social Media-Prisma, das in unterschiedlicher Aktualität von verschiedenen Anbietern kursiert (die auf Seite 48 abgebildete Version stammt vom Hamburger Unternehmen ethority), bietet einen guten Überblick darüber.

Ein Beispiel aus diesem Spektrum mag die Bedeutung des technisch vermittelten sozialen Austauschs heutzutage illustrieren: Selbst das Geschäftsmodell des Fitness-Trackers fitbit (im Prisma oben rechts, auf ein Uhr etwa), das auf die individuelle Selbstvermessung des einzelnen Menschen abzielt, basiert ganz wesentlich auf dem Prinzip des Austauschs dieser Messergebnisse innerhalb einer Community Gleichgesinnter (vgl. Bernard 2017, S. 103–113).

Heute geht es darum, möglichst alles zu vermessen und alle Daten immer und überall verfügbar zu haben, um sie austauschen, auswerten und sich selbst oder sein Unternehmen darstellen zu können. Der israelische Philosoph Yuval Harari spricht daher auch ganz treffend vom »Dataismus« als einer neuen, beinahe religiösen Weltanschauung (vgl. Harari 2016, S. 497–537). Unsere Bewegungen im Netz und unser Austausch auf den sozialen Plattformen erzeugt eine Datenmenge, die mittlerweile die Basis für eine ungeheure wirtschaftliche Potenz der dahinterstehenden Unternehmen ist (vgl. Knobloch 2017).

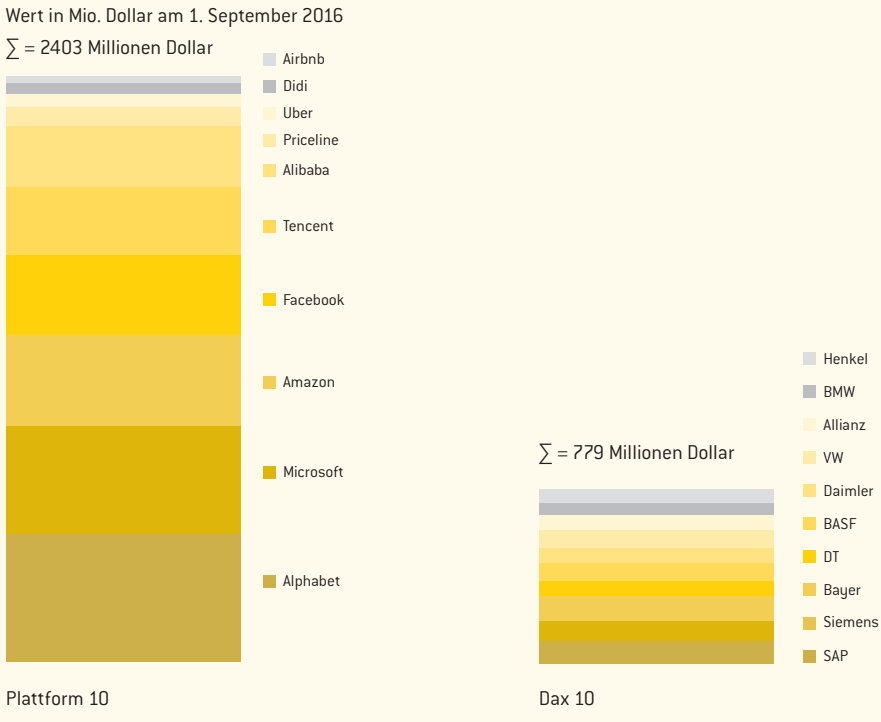
Interessant ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die neuen ökonomischen Kräfteverhältnisse: Die zehn größten Internet-Plattformen sind mehr als drei Mal so viel wert wie die zehn größten deutschen Unternehmen im Dax (Abb. 2, Seite 49). Die Kapitalisierung jedes der vier größten Plattform-Unternehmen übersteigt für sich jeweils die Höhe des Bundeshaushalts.

Im Zuge der Enthüllungen von Online-Manipulationsversuchen des Wählerverhaltens bei der jüngsten US-Präsidentschaftswahl ist die große Macht von US-Technologiekonzernen selbst in ihrem Mutterland nicht unhinterfragt geblieben. An der oben skizzierten Grundströmung des Auswertens, Teilens und (Selbst-)Darstellens wird das aber zunächst nichts ändern. Die Megatrends Augmented Reality, Kryptowährungen und Künstliche Intelligenz (vgl. Evans 2017) werden diese Bewegung eher noch verstärken. Dadurch wird sich digitale Kommunikation über entsprechende Dienste und Geräte noch tiefer und größtenteils unbemerkt in unser Leben einschreiben.



» Abb. 1: Social Media Prisma. Quelle: ethority, https://ethority.de/social-media-prisma (CC by SA)

Was wir heute im Kern mit dem Stichwort Social Media ansprechen, ist also erstens ein recht junges Phänomen, zweitens eingebettet in eine längerfristige technologische Entwicklung und drittens wirklich allumfassend – was man zum Beispiel daran ablesen kann, dass selbst Bereinigungsprogramme für den Speicher von Laptops inzwischen eine Funktion für das Teilen der Ergebnisse erfolgter Säuberungen bereithalten. Kein Datum scheint heute mehr sicher vor der Aufzeichnung



» Abb. 2: Top-10 Plattform-Unternehmen vs. Top-10 Dax-Unternehmen. Quelle: Schmidt 2017

und Dissemination im Netz. Keine Information ist trivial genug, um nicht irgendwie aufgezeichnet, irgendwo aufbewahrt und mehr oder weniger gezielt verbreitet zu werden.

Für die private Kommunikation bringt diese Entwicklung eine Fülle an Veränderungen mit sich, die eines Teils für jeden von uns sehr manifest und anderen Teils in ihrem Ausmaß noch gar nicht absehbar sind. Für die professionelle Kommunikation, für Werbung, Marketing, privatwirtschaftliche und politische PR hat das natürlich einschneidende Folgen. Waren in früheren Zeiten ausschließlich Journalisten Gatekeeper für öffentlichkeitswirksame Informationen, so füllen diese Rolle inzwischen auch zahlreiche andere Personenkreise aus, namentlich Blogger, YouTuber, Twitter-Sternchen, Instagram-Stars und andere digitale Avantgardisten. Unter den Torwächtern befindet sich nach wie vor auch mancher Journalist, jedoch kaum noch einer, der nicht zumindest auch im digitalen Geschäft ist. Neu ist, dass es nicht mehr ausreicht, über eine Pressestelle zu einigen wenigen Personen Kontakt

zu halten und diese kontinuierlich mit Informationen versorgen. Die Influencer-Landschaft ändert sich ständig, diese muss man im Auge behalten, und an die Kontaktinformationen kommt man nicht über die Gelben Seiten.

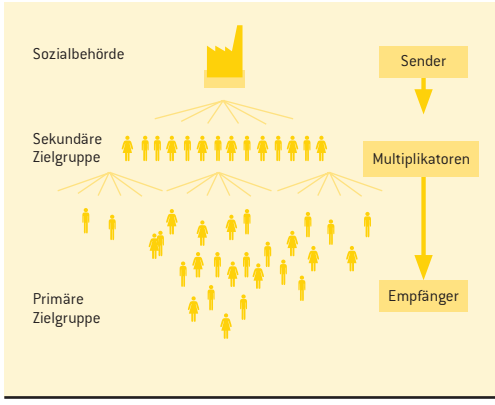
Der vielleicht einschneidendste Wandel ist der des Kommunikationsmodells selbst: Das Megaphon-Modell hat ausgedient, gefragt ist das Netzwerkmodell der Kommunikation (Abb. 3). Große Kampagnen werden abgelöst von stetigen kleinen Akten der Informationsverbreitung im Netzwerk Gleichgesinnter bzw. ähnlich Interessierter.

Das ist natürlich viel aufwändiger und schwieriger zu kontrollieren als die große Zentralkampagne früherer Tage. Natürlich kann man auch heute einen Tag lang die Startseite von Spiegel Online kaufen oder eine halbseitige Anzeige in der BILD-Zeitung schalten. Auch schadet es überhaupt nicht, in der Tagesschau genannt zu werden. Nur reicht das alleine nicht, und es garantiert geradezu, die Zielgruppe der Digital Natives auszuschließen, denn junge Menschen beziehen ihre Informationen nahezu nicht mehr aus klassischen Medien und deren Online-Ablegern.

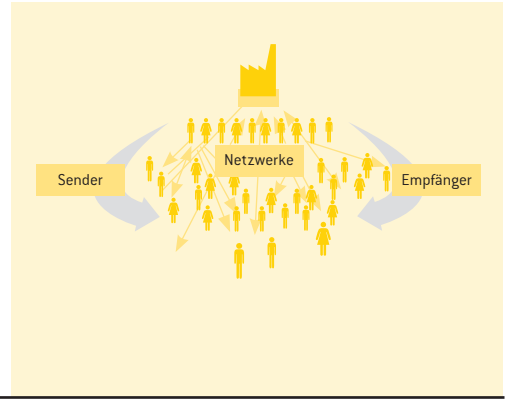
Die Herausforderung besteht mit anderen Worten darin, dass einerseits alte Kanäle weiter bespielt werden müssen, um bestimmte Bevölkerungsschichten zu erreichen, dass aber andererseits neue Kanäle und ihre Gatekeeper ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Möchte ich beispielsweise eine Kampagne machen, die sich an sehr junge Frauen wendet, dann wird mir die BILD-Zeitung nicht weiterhelfen, Spiegel Online und Facebook aber auch nicht. YouTube, Instagram, WhatsApp und gegebenenfalls Snapchat wären hier eher das Mittel der Wahl. Die Verbreitung von Botschaften findet heute eher in Gesprächen und über Spaß als durch Marketing und PR alten Musters statt. Sich darauf einzustellen fällt Behörden naturgemäß viel schwerer als wirtschaftlichen oder anderen privaten Akteuren.

Sender-Empfänger-Modell vs. Dialog-Netzwerke-Modell

Sender-Empänger-Modell



Dialog-Netzwerke-Modell



» Abb. 3: Sender-Empfänger-Modell vs. Dialog-Netzwerke-Modell. Quelle: Sammer 2014, S. 13

Spezifische Schwierigkeiten für öffentliche Institutionen in der heutigen Online-Kommunikationswelt

Die prinzipiellen Hürden, mit denen öffentliche Institutionen zu kämpfen haben, betreffen den Kern ihres Daseinszwecks, denn ihre Strukturen sind auf Beständigkeit, Verlässlichkeit, Nachvollziehbarkeit der Entscheidungswege und auf ein gewisses Beharrungsvermögen ausgelegt. All dies geht vor Spontaneität, Geschwindigkeit und Authentizität – Werte, die in der gegenwärtigen Online-Kommunikationswelt wichtig sind.

Daraus leiten sich eine Reihe grundsätzlicher Fragen ab: Kann der Staat überhaupt adäquat als Netzwerkakteur auftreten? Lässt sich eine Behörde im Netz als Marke positionieren? Können Behördenmitarbeiter als Markenbotschafter in Erscheinung treten? Verträgt sich die Maßgabe, immer online und reaktionsschnell zu sein, mit Arbeitszeiten, Dienstplänen, Hierarchien und Freigabeprozessen? Es ist nicht geradezu so, dass diese Fragen unbeantwortbar wären und dass es dafür keine Lösungen gäbe. Zahlreiche erfolgreiche soziale Online-Kommunikationskanäle öffentlicher Institutionen zeigen, dass es geht. Dabei kann auch die Not in selbstironischer Weise erfolgreich zur Tugend gemacht werden, wie etwa der Start des Bundesministeriums des Innern (BMI) auf Twitter zeigt (Abb. 4).

Abb. 4: Der erste Tweet des BMI. Quelle: www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2016/12/jahresrueckblick-twitter.html

Das Innenministerium ist aufgrund seiner Zuständigkeiten und seiner Kultur vielleicht der Innbegriff der Behörde. Das impliziert geradezu Verspätung infolge eines intensiven Genauigkeitsanspruchs. Die weitere Arbeit des Social Media-Teams des BMI beweist ebenso wie die der Social Media-Redaktion des Bundespresseamts (auf Facebook und YouTube »Die Bundesregierung«), dass es dennoch funktionieren kann, exakte Prüfung, Vorsicht und Genauigkeit mit Spontaneität, Authentizität und Humor zu verbinden. Aber natürlich ist das ein schmaler Grat, der einen manchmal abwirft und in Shitstorm-Gefilde bringt.

Es besteht aus gutem Grund ein Unterschied in der potentiellen Tragweite dessen, was ein Regierungssprecher in sozialen Medien von sich gibt, und dem, was ein Konzernkommunikator dort verlautbart. In letzterem Falle wird schlechtenfalls ein privates Unternehmen geschädigt, in ersterem ein Land in eine Regierungskrise gestürzt. Wenn man die Art, wie Akteure der verschiedenen Sektoren sich Online-Medien zunutze machen (oder auch nicht), bewerten möchte, muss man diesen Unterschied fairer Weise in Rechnung stellen. Die Leistungen, die öffentliche Institutionen jetzt schon vielfach in der Welt der Online-Kommunikation erbringen, erscheinen dann schlagartig in einem positiveren Licht.

Dennoch lassen sich über Institutionengrenzen hinweg bei Behörden strukturelle Hürden für eine zeitgemäße Online-Netzwerkkommunikation ausmachen. Allein sich diese zu vergegenwärtigen und sie klar beim Namen zu nennen, dürfte nicht schaden. Doch es lassen sich mit einem gewissen Erfahrungshintergrund auch einige Hinweise darauf formulieren, wie man diese Hürden wenigstens teilweise überwinden könnte. Beides wird sich in dieser Reihenfolge anschließen.

Zuvor ein kurzer biographischer Zwischenruf, um die folgenden Überlegungen zu fundieren: Als ich ab Sommer 2011 im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung für den Ausbau der Online-Kommunikation in Social Media zuständig wurde, habe ich zusammen mit der damals mit dem Ministerium in einem Rahmenvertrag stehenden Agentur den »Stammtisch 2.0« ins Leben gerufen. Dieser wurde zu einem regelmäßigen Austauschformat für Bundesbehörden rund um sämtliche Fragen des Einsatzes zeitgemäßer Online-Tools. Aus dem daraus geschöpften Hintergrundwissen und den Beobachtungen, die ich heute anstelle, leiten sich die folgenden Gedanken ab.

» Die großen Showstopper für Behörden …

Aus Kommunikationssicht fehlt Behörden oft eine klare Identität. Dazu gehört oft, dass kein Bewusstsein für die eigene Marke ausgeprägt ist. Beispiel: Jedem ist klar, was HARIBO ist und wofür es steht. Wenigen dürfte in gleicher Weise auf Anhieb klar sein, was das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ist, wofür es zuständig ist und für was es steht.

Behörden sind ihre Kommunikationsziele meist nicht so klar wie Stars oder Unternehmen, die Produkte oder Dienstleistungen verkaufen wollen. Das Ziel der Unternehmenskommunikation von HARIBO ist es, dass die Menschen Weingummi toll finden und kaufen; was aber will die Stadtverwaltung von Wolfsburg mit ihrer Kommunikation erreichen – außer natürlich die Stadt in einem guten Licht erscheinen zu lassen?

Behördenkommunikation folgt in erster Linie Ressourcen und personellen Möglichkeiten; selten wird anhand klarer Ziele eine Gesamtstrategie zum Erreichen dieser kommunikativen Ziele entwickelt.

Sinnvolle Maßnahmen lassen sich jedoch nur aus einer solchen Strategie ableiten.

Behörden verfügen vielfach an den falschen Stellen über Ressourcen, was dazu führt, dass sie an der hier in Rede stehenden Stelle fehlen; das betrifft finanzielle Mittel ebenso wie den Zugang zu professionellen Dienstleistungen und Personal. Außerdem passen behördliche Strukturen und Hierarchien selten auf Anhieb gut zu den Herausforderungen des Digitalzeitalters.

Sich solcher Schwächen bewusst zu sein, ist der erste Schritt in Richtung Erfolg. Ebenso lohnt es sich, um eigene Stärken zu wissen, um sie in Wert setzen und für die Vermarktung einsetzen zu können. Beides ist in Behörden unterausgeprägt, weil sie sich nicht in einem kompetitiven Umfeld behaupten müssen. Aus Unkenntnis der eigenen Stärken und Schwächen kann jedoch keine überzeugende Kommunikation resultieren.

An der Spitze von Behörden stehen vielfach noch Personen, die in der Welt der Printmedien und des öffentlich-rechtlichen Rundfunks sozialisiert wurden. Ihnen fällt es oft schwer, die Notwendigkeit bzw. Chance zu sehen, einen Twitter-Kanal oder eine Instagram-Präsenz zu eröffnen. Das wiederum resultiert in einer fehlenden Unterstützung für in der Hierarchie unter ihnen stehende Kolleginnen und Kollegen, die solche Chancen erkennen und ergreifen wollen.

Die Bereitschaft zu Verantwortungsübernahme und Risiko ist in Behörden allerdings grundsätzlich nicht stark ausgeprägt. Das hat etwas mit starren Hierarchien zu tun, aber es liegt auch daran, dass das System Charaktere nach ihrer Risikoaversion selektiert. Es gilt nicht: »Wer nichts wagt, der nichts gewinnt.«, sondern: »Wer etwas wagt, der kann verlieren.« Agilität ist in Behörden auch im Jahr 2018 weitgehend ein Fremdwort, hoch lebe nach wie vor der Vorgang. Solange die vorgesehene Form eingehalten wird, ist das Ergebnis zweitrangig. Das passt nicht gut zu einer experimentellen Herangehensweise, die nötig wäre, um in einer stark diversifizierten Kommunikationslandschaft (vgl. das Social Media-Prisma auf Seite 48) den richtigen Mix an Kanälen und Ansätzen für digitale Kommunikation zu finden.

Behörden können und dürfen nicht alles, was private Akteure dürfen. Sie müssen anders dokumentieren, haben andere Anforderungen an IT-Sicherheit, es gibt relativ starre Arbeitszeiten und Arbeitsplatzbeschreibungen, und sie sind beim Mitteleinsatz an das Vergaberecht für öffentliche Institutionen gebunden. All das nimmt Flexibilität und stärkt Beharrungskräfte – oft zu Ungunsten zeitgemäßer Kommunikationsansätze.

» … und wie man sie beseitigt

Es folgen einige (in diesem Kontext notwendig unvollständige) Gedanken dazu, wie Behörden die skizzierten Hindernisse auf dem Weg zu einer zeitgemäßen und effektiven Online-Kommunikation wenigstens zum Teil überwinden können.

Markenbewusstsein und Identität

Markenbewusstsein lässt sich u. a. dadurch erzeugen, dass man diese Fragen stellt und beantwortet: Was ist unser Auftrag/Existenzzweck? Wer sind wir, wofür stehen wir, was ist der Anspruch an unsere Arbeit, was treibt uns an? Was für Menschen arbeiten hier und warum? Was würde fehlen, wenn es uns nicht gäbe? Was können wir besonders gut, was ist unser Alleinstellungsmerkmal? Sich an diesen Fragen abzuarbeiten, muss auf der Ebene der Führungskräfte beginnen. Sowohl hier als auch auf den Ebenen darunter ist es unbedingt sinnvoll,

die Antworten in einem sogenannten Elevator-Pitch zu verdichten und diesen in simulierten und echten Situationen einzuüben.

Klare Kommunikationsziele

Zu klaren Kommunikationszielen kommt man, indem man die berühmten vier W-Fragen stellt: Was wollen wir durch Kommunikation erreichen? Warum wollen das erreichen? Wen wollen wir durch Kommunikation erreichen? Wie wollen/können wir diese Menschen erreichen? Alle in irgendeiner Weise mit Kommunikation betrauten Arbeitseinheiten müssen diese Fragen regelmäßig abseits des Tagesgeschäfts bearbeiten und die Ergebnisse mit der Leitung der jeweiligen Institution besprechen. Was man Corporate Communications nennt, das beginnt mit einer Selbstvergewisserung, weshalb es auch so wichtig ist, mit der Identität und dem Markenkern (siehe oben) zu beginnen.

Kommunikationsstrategie

Aus der Identität der Institution, ihrem Auftrag, ihrem Markenkern und den Zielen, die sich für die Kommunikation selbst setzt, ist die Kommunikationsstrategie abzuleiten. Als Teil dessen sind Zielgruppen zu definieren und zu analysieren, dazu passende Kanäle auszuwählen sowie Instrumente und Maßnahmen festzulegen. Ferner sollte unbedingt ein Monitoring vorgesehen werden, um den Grad der Zielerreichung erfassen und gegebenenfalls nachjustieren zu können. Dabei sollte man sich von geeigneten technischen Tools, die es mittlerweile in großer Zahl gibt, unterstützen lassen.

Apropos unterstützen: Den Prozess der Strategieentwicklung sollten Kommunikationsprofis begleiten oder mindestens evaluieren. Denn wenn das danebengeht, dann sind ziemlich sicher alle danach in die Kommunikation investierten Ressourcen vergeudet.

Ressourcen und Strukturen

Ohne Ressourcen kann keine Organisation professionell kommunizieren. Auch das ist ein Teil des Leitungsbekenntnisses, das unbedingt gebraucht wird. Aber es gilt auch: Mit knappen Ressourcen lässt sich arbeiten, mit schlechten Strukturen nicht. Beides muss zu den Kommunikationszielen passen. Eine Bündelung von Ressourcen ist meistens wesentlich zielführender als Diversifizierung zu betreiben. Große Hebel müssen identifiziert und genutzt werden. Und gerne noch einmal: Die eigenen Kommunikationsbemühungen zu monitoren ist ein Muss – so viel Zeit und Geld muss sein.

Eigene Stärken und Schwächen kennen

Stärken sollten grundsätzlich in Wert gesetzt werden. Schwächen müssen zumindest gekannt werden, oft ist es aber zu aufwändig, sie (ganz) auszumerzen. Häufige Behördenstärken sind vollständige Informationen, klare Zuständigkeiten und ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit. Von potentiellen Schwächen war hier schon vielfach die Rede. Um sie kennen und ihre Auswirkungen auf Qualität und Effekt der Kommunikation minimieren zu können, sollten regelmäßige SWOT-Analysen (Strength Weaknesses Opportunities Threats) durchgeführt werden.

Bekenntnis der Behördenleitung

Ein klares Bekenntnis der Leitung einer Organisation zu den Chancen und Zielen einer zeitgemäßen, zielgruppenadäquaten Kommunikation und zu allen entsprechenden Maßnahmen, die diese Chancen realisieren helfen, ist eine unerlässliche Voraussetzung. Wie oben erwähnt, liegt an dieser Stelle häufig ein Bildungs- und Informationsdefizit vor.

Trotzdem hat die Leitung hier eine Bringschuld, was den Willen zur Modernisierung der Kommunikation und den Vertrauensvorschuss für die Mitarbeiter angeht. Letztere haben allerdings auch eine Holschuld, sie müssen Akzeptanz und Unterstützung für entsprechende Maßnahmen auch aktiv einwerben.

Für diesen Transfer braucht es Austauschformate, die es vielfach noch nicht gibt oder die weiterentwickelt werden müssen. Ein schönes Beispiel für ein institutionalisiertes Format ist das sogenannte Reverse-Mentoring-Programm »jung.digital. innovativ«, das Werner Bruns an der RFH Köln für die digitale Fortbildung von Führungskräften in Unternehmen entwickelt hat (vgl. METIS 2017). Hier zeigen Schüler und Auszubildende den Älteren, wie die digitale Kultur funktioniert.

Behördenkultur

Behördenkultur ist ganz anders, aber sie lässt sich nicht um neuer Kommunikationsformen willen ohne weiteres ändern, man muss also mit ihr leben und das Beste daraus machen. Diese Kultur beruht meist auf Fehlervermeidung, Risikoaversion, streng hierarchischer Ordnung, langen Entscheidungswegen und akribischer Dokumentation. Die Vermittlung dieser Kultur nach außen und manchmal sogar eine gewisse Selbstironie können helfen, die Kommunikationsziele zu erreichen, und mögen bisweilen sogar eines von mehreren Kommunikationszielen selbst sein.

Ein echtes Problem stellt in Zeiten digitaler Kommunikation allerdings die in aller Regel fehlende Geschwindigkeit von Behörden dar. Hier gilt es einige, mit den organisationalen Restriktionen gerade noch zu vereinbarenden Abkürzungen einzubauen, um mit den Erfordernissen Schritt zu halten.

Verwaltungsspezifische Hürden

Letztgenanntes betrifft auch und gerade verwaltungsspezifische Strukturen, die einen kreativen Umgang erfordern, wenn man als Behörde ernsthaft im Zeitalter der Digitalkommunikation ankommen möchte. Das beginnt bei Arbeitszeiten und Arbeitsplatzbeschreibungen, geht über IT-Infrastruktur und -Sicherheit, Vertragsklauseln und Dokumentationspflichten, Mittelbindung und Vergaberecht und endet bei Haftungsfragen (keine vollständige Auflistung).

Hier lohnt es sich unbedingt, andere Behörden, die schon einen oder mehrere Schritte weiter sind, zu konsultieren und sie nach ihren Erfahrungen im Umgang mit den typischen behördlichen Strukturproblemen zu befragen. Kein Fall ist wie der andere, erst recht nicht über Gebietskörperschaftsgrenzen hinweg (eine Kommune hat andere Möglichkeiten und Restriktionen als eine Bundesbehörde), aber es gibt doch in vielen Bereichen und auf vielen Ebenen hinreichende Ähnlichkeiten für einen Erfahrungstransfer, wie sich in der Zeit, in der ich den »Stammtisch 2.0« organisiert habe, immer wieder gezeigt hat.

» Allgemeine Empfehlungen an Behörden für die Online-Kommunikation

Oben ist von einer Analyse der Stärken und Schwächen die Rede gewesen. Es gibt einen oft anzutreffenden Sachverhalt, der für die Entwicklung der digitalen Kommunikation regelmäßig als Schwäche angesprochen wird, der aber in Wahrheit meistens eine Stärke ist oder sich doch wenigstens so wen-

den lässt. Die Rede ist von großen, auf Vollständigkeit der Informationen ausgelegte Websites, die viele Behörden betreiben. Natürlich kann man diese statischen, aufwändig zu aktualisierenden, zu pflegenden und zu administrierenden Gebilde als Klotz am Bein auffassen. Aber man kann es auch anders betrachten und darum bemüht sein, die (häufige) thematische Vielfalt und die inhaltliche Tiefe als Stärke auszuspielen.

Das kann dann gelingen, wenn man die Zentralwebsite zum Dreh- und Angelpunkt für sämtliche digitale Kommunikationsmaßnahmen macht (und diese auch mit der Offline-Kommunikation verzahnt). Wenn man schon über eine so große Website verfügt und diese vielleicht auch braucht, um dem gesetzlichen Auftrag zu genügen – warum sie dann nicht als »Mutterschiff« betrachten, um das herum man kleine, wendige Schnellboote positioniert.

Ein Beispiel dafür sind die thematischen Sonderseiten des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (vgl. BMZ 2017a). Technisch handelt es sich um sogenannte Web-Apps, d. h. Websites im auto-responsive Design, die wie Apps gestaltet sind. Die Seiten werden also im Browser aufgerufen, fühlen sich für den Nutzer aber wie Apps an. Der Vorteil sind ein überschaubarer Entwicklungsaufwand, eine einfache redaktionelle Pflege mit Bordmitteln, Nutzerfreundlichkeit, eine zeitgemäße Anmutung, die Einbettung in die Hauptwebsite und eine breite Abdeckung digitaler Endgeräte.

Als Merkposten zusammengefasst lautet diese Empfehlung: Keine (weiteren) Website-Satelliten einrichten, sondern bei Bedarf responsiv gestaltete Microsites.

Ein weiterer allgemeiner, wenn auch ganz anders gelagerter Punkt betrifft die Notwendigkeit zum Geschichtenerzählen. Das bedeutet nicht, dass Behörden nun ins fiktionale Genre wechseln sollen, sondern dass sie ihre zu kommunizierenden Inhalte, wo immer es geht, in berührende Erzählformate gießen. Das macht es angesichts des gewaltigen Aufmerksamkeitswettstreits im Internet wahrscheinlicher, dass ihre Inhalte Rezipienten finden, dass sie erinnert und weiterverbreitet werden.

Auch hier kann das Bundesentwicklungsministerium mit seinen »Bildergeschichten« als Beispiel angeführt werden (vgl. BMZ 2017b). Hier werden Anstrengungen, welche die staatliche Entwicklungszusammenarbeit unternimmt, anschaulich und exemplarisch vor Augen geführt. Durch die hochwertigen Fotografien, anhand derer die Geschichten erzählt werden, hat der Betrachter ein immersives Erlebnis und kommt den Ländern, denen das Engagement gilt, näher, als wenn bloß ein Faktentext und dazu in keinerlei Verbindung stehenden Fotos gezeigt würden.

Wenn es konkret um den Auf- oder Ausbau von Social Media-Präsenzen geht, lassen sich ohne weitere Eingrenzung auf bestimmte Typen von Behörden oder sogar Einzelfälle lediglich sehr allgemeine Empfehlungen aussprechen:

– Schaffen Sie ein Social Media-Dach, das als thematisches Bindeglied, zur Markenbildung und als Single-Point-of-Entry zu allen anderen Online-Angeboten fungiert. Aus welchen Kanälen dieses Dach »gezimmert« wird, ist damit nicht gesagt. Das kann ein Twitter-Kanal ebenso sein wie ein YouTube-Channel oder eine Mischung aus mehreren Präsenzen.
– Statten Sie dieses Dach entsprechend der Größe und Bedeutung der Behörde mit Ressourcen aus. Das klingt trivial. Was damit gemeint ist, ist dies: Verfügte das Bundesministerium des Innern beispielsweise nicht über genug Ressourcen für eine professionelle redaktionelle Betreuung seines Twitter-Kanals, sollte es besser gar nicht in sozialen Medien präsent sein.

– Nehmen Sie sich Zeit für die Ermittlung von Kommunikationszielen, Strategien und geeigneten Kanälen. Es ist besser, nach einem Jahr Planungsvorlauf einen guten Start hinzulegen als schon nach einem Monat mit einer mittelmäßigen Präsenz zu starten.
– Bündeln Sie Ressourcen. Besser ist ein sehr gut bespielter Twitter-Kanal als zwei stiefmütterlich behandelte Präsenzen.
– Setzen Sie auf das mobile Internet und auf Bewegtbild (letzteres, falls es die Ressourcen zulassen), damit machen Sie sicher nichts falsch.
– Denken Sie Online und Offline immer von Anfang an zusammen.

» Mut zur Zukunft

Kehren wir zum Anfang der Gedankenführung zurück und schließen den Kreis. Der Mega-Trend unserer Zeit heißt Digitalisierung. Digitalisierung funktioniert vor allem über Netzwerke. »Netzwerke können Menschen mit Wissen vernetzen, Menschen mit Dingen, Dinge mit Dingen und Menschen mit Menschen.« (Onaran 2017) Aus eben diesem Grund sind Social-Networks ja so groß geworden.

Aus der Geschichte der Entwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft wissen wir, dass auf wilde, brutale Entwicklungsphasen in der Regel zähmende, Regeln setzende Phasen folgen (vgl. Wilkens 2015, S. 136 ff.). Vieles spricht dafür, dass wir uns gerade in einer dieser ruhigen Konsolidierungsphasen befinden. Das Bundeskartellamt etwa führt ein Verfahren gegen Facebook wegen Ausnutzung seiner Marktmacht. Konkret geht es um den Austausch von Nutzerdaten über die Grenzen der Anwendungen Facebook, Instagram und Whatsapp hinweg (vgl. Kartellamt 2017). Und auch im Mutterland von Big Tech formiert sich inzwischen politischer Widerstand gegen die Giganten (vgl. Smith 2017). Aber das ist nur eine kurze Verschnaufpause, die eigentlich gar keine ist, denn parallel entwickeln sich maschinelles Lernen und die Sensor-gestützte Vernetzung von Geräten so rasant, dass wir unsere Welt schon in ein paar Jahren nicht mehr wiedererkennen werden (das selbstfahrende Auto lässt grüßen).

In einer solchen Situation müssen wir, wenn wir nicht mit fliegenden Fahnen untergehen oder sämtlich zu Berufszynikern werden wollen, Lust auf Zukunft haben und gestalten wollen. Wir alle – auch diejenigen, die in Behörden arbeiten und dort für (digitale) Kommunikation zuständig sind – müssen uns die Frage stellen, in was für einer Gesellschaft der Zukunft wir leben wollen. Dass diese Gesellschaft über eine digitale DNA verfügen wird, ist bereits klar. Vieles andere ist noch formbar.

Wie wir miteinander kommunizieren wollen, ist ein Teilaspekt jener großen Zukunftsfrage – und nicht der unwichtigste. Behörden sollten sich mit dem Selbstverständnis an der Beantwortung dieser Frage beteiligen, dass auch sie durch ihre diesbezüglichen Entscheidungen die Kommunikationskultur der Zukunft mitprägen. Dabei müssen sie nicht zwangsläufig jeden Entwicklungsschritt mitgehen, sie können auch welche überspringen (in der Innovationstheorie heißt das auch »Leapfrogging«) und der statischen Website gleich die den Rat Suchenden freundlich aufnehmende KI folgen lassen. Wäre das nicht ein gutes Thema für die nächste Austauschrunde der Kommunikationsverantwortlichen in Ihrer Behörde?

» Literatur und Quellen

Bernard, A. (2017): Komplizen des Erkennungsdienstes. Das Selbst in der digitalen Kultur. Frankfurt am Main.

BMZ (2017a): »Sonderseiten zu ausgewählten Themen«, Unterbereich der Mediathek von www.bmz.de. Online verfügbar unter www.bmz.de/de/mediathek/webapps/index.html [Zugriff am 12.12.2017].

BMZ (2017b): »Fotodokumentationen«, Unterbereich der Mediathek von www.bmz.de. Online verfügbar unter www.bmz.de/de/mediathek/foto-dokumentationen/index.html [Zugriff am 12.12.2017].

Evans, B. (2017): Ten year futures. Presentation at andreessen horowitz's annual tech summit conference 2017. Online verfügbar unter www.ben-evans.com/benedictevans/2017/11/29/presentation-ten-year-futures [Zugriff am 12.12.2017].

Harari, Y. N. (2016): Homo Deus. München.

Kartellamt (2017): Vorläufige Einschätzung im Facebook-Verfahren: Das Sammeln und Verwerten von Daten aus Drittquellen außerhalb der Facebook Website ist missbräuchlich. Meldung vom 19.12.2017. Online verfügbar unter www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilungen/2017/19_12_2017_Facebook.html [Zugriff am 12.12.2017].

Knobloch, T. (2017): Allmachtsmittel Daten. Forum Wirtschaftsethik am 01.09.2017. Online verfügbar unter www.forum-wirtschaftsethik.de/allmachtsmittel-daten [Zugriff am 12.12.2017].

Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main.

METIS (2017): METIS ausgezeichnet vom Stifterverband. Meldung vom 15.12.2017. Online verfügbar unter www.rfh-koeln.de/aktuelles/meldungen/2017/metis_ausgezeichnet_vom_stifterverband/index_ger.html [Zugriff am 12.12.2017].

Onaran, T. (2017): Warum die Digitalisierung Vorbilder braucht. Bilanz am 23.11.2017. Online verfügbar unter www.welt.de/wirtschaft/bilanz/article170861564/Warum-die-Digitalisierung-Vorbilder-braucht.html [Zugriff am 12.12.2017].

Pörksen, B.; Schulz von Thun, F. (2016): Kommunikation als Lebenskunst. Heidelberg.

Sammer, P. (2014): Storytelling. Die Zukunft von PR und Marketing. Heidelberg.

Schmidt, H. (2017): Plattformen als Gamechanger in der digitalen Ökonomie. Vortrag. Online verfügbar unter https://de.slideshare.net/HolgerSchmidt/plattformen-als-gamechanger-in-der-digitalen-konomie [Zugriff am 12.12.2017].

Sloterdijk, P. (2014): Die schrecklichen Kinder der Neuzeit. Frankfurt am Main.

Smith, B. (2017): There is blood in the water in Silicon Valley. BuzzFeed am 13.9.2017. Online verfügbar unter www.buzzfeed.com/bensmith/theres-blood-in-the-water-in-silicon-valley [Zugriff am 12.12.2017].

Wilkens, A. (2015): Analog ist das neue Bio. Berlin.

01.5 Die Zukunft der Gesundheitskommunikation: BZgA 2030 – Ein fiktives Szenario

Johannes Wimmer

Eine wesentliche Aufgabe der BZgA ist die Prävention – ein Thema, das auch mir sehr wichtig ist. Darüber mag man sich wundern, weil Ärzte ja umso weniger Patientinnen und Patienten haben, je besser die Prävention ist. Doch wenn wir über Prävention im Kontext neuer Medien und damit auch über Kommunikation nachdenken, verweist uns das auf den Kern dessen, was den ärztlichen Ethos eigentlich ausmacht: Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, das Gespräch miteinander – nicht die mit Hilfe von technischen Geräten durchgeführte Behandlung. Mit Letzterem wollen und müssen wir uns trotzdem beschäftigen, weil neue technische Möglichkeiten das Gesundheitswesen immer mehr prägen (werden).

Mit solchen Entwicklungen – wie beispielsweise Gesundheit-Apps – beschäftigen sich viele Ärztinnen und Ärzte allerdings nicht gerne, weil Apps und die mit ihnen verbundene Arbeit bisher nicht vergütet wird. Das betrifft auch Online- und Videosprechstunden, die vor noch gar nicht so langer Zeit als wichtiger Trend ausgemacht wurden. Aktuelle Zahlen der Krankenversicherer zeigen aber, dass solche Angebote (noch) kaum genutzt werden (DAK 2018).

Wir haben daher weniger ein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem, was den Einsatz neuer und digitaler Möglichkeiten im Gesundheitswesen betrifft. Ich möchte das an einigen Trends deutlich machen.

Trend 1: Dr. Google

Gesundheitsinformation findet inzwischen weitgehend online statt. Wer ein gesundheitliches Problem, einen Arztbesuch vor sich oder eine Diagnose bekommen hat, informiert sich im Internet: 73 Prozent der Deutschen haben schon mal Online nach Informationen zu einer Krankheit gesucht (KKH 2017). Pro Jahr wird mehr als 41 Millionen Mal von Suchmaschinen auf Gesundheitsratgeber-Seiten verwiesen. Das führt aber nicht immer zum gewünschten Ergebnis: Hat jemand Kopfschmerzen, landet er oder sie nach drei Klicks im Internet beim Thema Krebs und bei extrem seltenen Tumorarten. Ein anderes Beispiel aus meiner Arbeit: Jemand hatte sich selbst über eine Internetrecherche die

Diagnose »Rocky Mountain Spotted Fever« gestellt und kam damit zu mir in die Notaufnahme – ohne zu wissen, dass man dieses Fieber nur bekommen kann, wenn man in den Rocky Mountains gewesen ist und sich über eine spezielle Zecke infiziert hat.

Ähnliche Wissenslücken sind uns im Zusammenhang mit der Verschreibung von Antibiotika seit längerem bekannt. Man weiß aus Studien, dass Ärztinnen und Ärzte oft Antibiotika verschreiben, auch wenn sie nicht indiziert sind (TKK 2017). Die Ursache liegt hier darin, dass Patientinnen und Patienten dies fordern, häufig weil sie Informationen aus dem Internet gewonnen haben, die sie in der Auffassung bestärken, ein Antibiotikum nötig zu haben. Viele Ärztinnen und Ärzte geben dieser Forderung schließlich nach und schreiben ein Rezept aus, was deutlich weniger Zeit erfordert als ein zehnminütiges Aufklärungsgespräch über Antibiotika. Denn: Das Wartezimmer ist voll, und die nächsten Patienten warten bereits. Gravierend für die Behandler ist allerdings: Wer aufklärt und kein Antibiotikum verschreibt, riskiert eine schlechte Bewertung z. B. bei einem der Online-Dienste für Arztempfehlungen wie www.jameda.de. und läuft Gefahr, Patientinnen und Patienten zu verlieren.

Mit anderen Worten: Viele Patientinnen und Patienten, die sich über das Internet informiert haben, muss man als Ärztin oder Arzt häufig erst einmal mit großem Aufwand wieder einfangen, d. h., der zeitliche Aufwand für die Arzt-Patienten-Kommunikation erhöht sich wesentlich.

» Trend 2: Apps und Wearables

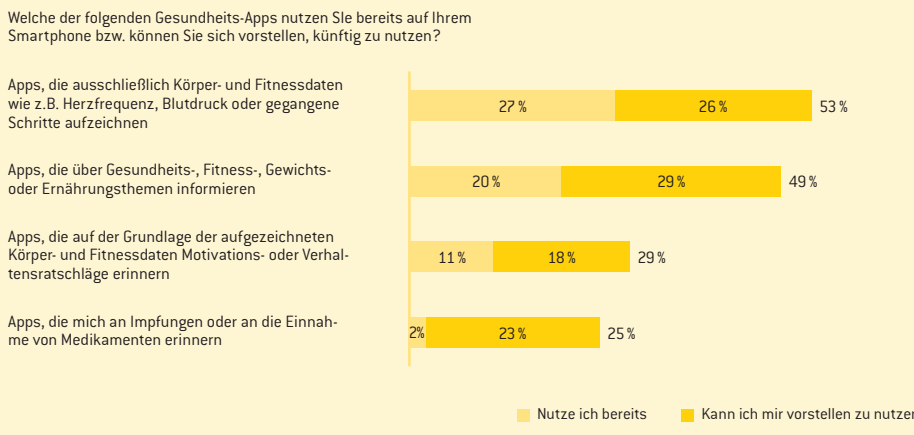
Gesundheits-Apps für das Smartphone beispielsweise zur Messung des Blutdrucks, als Kalorienzähler oder als Diätberater erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Über ihre tatsächliche Nutzung und Verbreitung ist jedoch wenig bekannt. Die meisten kostenlosen oder kostenpflichtigen Apps werden von Tüftlern und Unternehmen für neue digitale Technologien entwickelt. Allein im App-Store von Apple in den USA gab es 2016 mehr als 100.000 Apps, die sich mit Lebensqualität, Fitness und Gesundheit beschäftigen (Beerheide 2016). Das Nutzungsverhalten bzw. die Wünsche an Apps in Deutschland zeigt die folgende Abbildung 1.

Der Trend geht inzwischen zu Wearables, mit denen man den ganzen Körper vermessen kann. Was dann mit den Ergebnissen gemacht wird, bleibt den Anwendern meist selbst überlassen. Von einer Nutzung der Daten, d. h. einer Auswertung und Analyse im Rahmen einer ärztlichen Konsultation darf man vermutlich nicht ausgehen, weil diese Leistungen nicht vergütet werden.

Gesundheits-Apps oder Wearables schaffen so gesehen noch keinen zusätzlichen Gesundheitsnutzen für die Anwenderinnen und Anwender, wenn über die reine Selbstvermessung hinaus wichtige Erläuterungen über gesundheitliche Verhaltenshinweisen fehlen.

Zusammen mit dem Team von »MedServation« haben wir deswegen Erklärvideos für Apps entwickelt, die z. B. den Blutdruck messen und mit anderen Parametern wie Alter, Geschlecht und Gewicht kombiniert werden. Darin wird beschrieben, wie es zu einem hohen oder niedrigen Blutdruck kommt, und was man dagegen machen kann. Die App sucht ausgehend von individuellen Parametern das dazu passende Video. Die Erklärungen finden also den Anwender oder die Anwenderin, und diese müssen nicht das zu ihrer Situation passende Video finden. Das beschreibt einen notwendigen Paradigmenwechsel in der Kommunikation: Die Information muss auf die Menschen zugehen und nicht darauf warten, dass sie z. B. auf einem Internetportal gesucht und gefunden wird.

Fast jeder Zweite nutzt Gesundheits-Apps



» Abb. 1: Welche Gesundheits-App nutzen Sie bereits auf Ihrem Smartphone bzw. können Sie sich vorstellen zukünftig zu nutzen? Quelle: bitkom 2017

» Trend 3: Online-Coaching

Unter Online-Coaching versteht man eine persönliche Beratung, die flexibel von zu Hause oder von unterwegs mit einem Laptop oder mobilen Endgerät (z. B. Smartphone) durchgeführt wird. Auch im Gesundheitsbereich ist dies ein Trend, der ebenfalls von den Krankenkassen, z. B. bei der DAK (www.dak.de/dak/gesundheit/online-coachings-1097246.html), der Techniker Krankenkasse (https://ecoach.tk.de) oder der Kaufmännischen Krankenkasse (www.kkh.de/versicherte/a-z/online-stresscoach) aufgegriffen wird. Basierend auf den eingegebenen Daten wird ein individuell zugeschnittenes Programm zusammengestellt, das Informationen, Anregungen und Ratschläge für das jeweilige Gesundheitsthema bereitstellt und so das Erreichen eines definierten Gesundheitszieles ermöglicht. Themen, zu denen Coaching angeboten werden, sind z. B. Stressreduktion, Work-Life-Balance, Coaching für pflegende Angehörige, Rauchentwöhnung oder gesunde Ernährung.

Viele Angebote für Online-Coaching – nicht nur von Krankenkassen – werden zum Thema seelische Gesundheit gemacht. Leider sind sie meist sehr textlastig. Hinzu kommt, dass die Algorithmen, die dahinterstehen, zwar komplex, aber bei weitem nicht ausgereift sind. Zur Überbrückung bis zu einem Behandlungstermin bei einem seelischen Problem erscheinen einzelne Angebote dennoch hilfreich. Sie können vor allem in Zeiten genutzt werden, zu denen die Therapeuten oder Psychiater nicht direkt erreichbar sind. Ob das Online-Coaching später bei der Behandlung auch tatsächlich ausgewertet und genutzt wird, ist allerdings fraglich.

Auch beim Online-Coaching stellt sich die Frage, ob weitgehend standardisierte Programme ausrei-

chen, oder ob sie mit anderen Angeboten kombiniert werden sollten. Wie dies aussehen kann, kann man am Beispiel von zwei Online-Coachings sehen, die wir entwickelt und mit Erklärvideos ergänzt haben:

– Tinnitracks (www.tinnitracks.com/de) ist ein Programm, das es erlaubt, kritische Frequenzbereiche aus der Musik auf der Basis einer neurowissenschaftlich fundierten Tinnitus-Therapie zuverlässig herauszufiltern. Außerdem überprüft die App das Therapie-Potenzial der Musikdateien. Die so »bearbeitete« Musik hat bei regelmäßigem Hören nachweislich einen positiven Effekt auf das Hörerlebnis. Diese Tinnitus-Therapie auf Rezept wird von verschiedenen Krankenkassen angeboten.
– Das zertifizierte Online-Coaching »Das Leben wieder genießen« (www.novego.de) ist für Menschen in schwierigen und psychisch belastenden Lebenssituationen gedacht. Es ist ein therapeutisches Unterstützungsprogramm, das auf individuelle Situationen und persönliche Bedürfnisse zugeschnitten ist. Der Nutzen von Videos in diesem Zusammenhang besteht darin, dass sich darüber nicht nur mehr Inhalte, sondern auch eine direkte Ansprache vermitteln lässt. So treten der Presenter und der Zuschauer in eine Art »parasoziale« Beziehung, welche Grundzüge eines unmittelbaren Gesprächs darlegt.

Beide Programme sind bereits als Medizinprodukte zertifiziert worden, weitere Angebote werden folgen.

» Trend 4: Prävention mittels der Analyse von Nutzungsverhalten

Bei der Analyse des Nutzerverhaltens sind Google und Facebook Vorreiter: Insbesondere Facebook kennt das Verhalten und die Vorlieben seiner Nutzer. Ein banales Beispiel: Ein Freund von mir hat vor einigen Jahren nach einem Spoiler für sein Auto gesucht und bekommt bis heute auf seinem Facebook-Account immer wieder Werbung für Tuning-Angebote. Man sollte daher genau überlegen, welche persönlichen Informationen man über soziale Medien verbreiten möchte.

Die Analyse von Nutzerverhalten hat inzwischen auch den Gesundheitsbereich erreicht. So gibt es z. B. Programme, die erwiesenermaßen auf Grundlage der Nutzung von Internet-Angeboten (Holmes 2017), der Verwendung bestimmter Begriffe oder anhand von Online-Bildern erkennen können, ob jemand in eine Depression gleitet. In einer Studie (Reece und Danforth 2017) wurden Begriffe, die mit einer Depression korrelieren, festgelegt und mit ihrer Verwendung bei Facebook abgeglichen. Auch hier konnte man einen Zusammenhang nachweisen.

Ob eine solche Analyse den Betroffenen von einer Depression helfen kann, ist eher zweifelhaft. Schließlich fehlt demjenigen, der in eine Depression gleitet, in der Regel der Antrieb, sich Hilfe zu holen. Denkbar wäre es aber in Zukunft, betroffenen Personen ein Video mit Hilfestellungen anzubieten – ähnlich wie dies bereits bei den zuvor erwähnten Web-Angeboten geschieht. Vielleicht erkennt ein Algorithmus irgendwann auch die Vorzeichen einer Depression am Gesichtsausdruck des Nutzers. Eine entsprechende Anwendung kann ihn dann an die Einnahme der Medikamente erinnern oder automatisch einen Termin mit seinem Therapeuten vereinbaren.

Trend 5: Chatbots

Chatbots sind textbasierte Dialogsysteme, die im Rahmen der Mensch-Maschine-Kommunikation mit Nutzern in Austausch treten. Die Einsatzmöglichkeiten sind sehr vielfältig und werden zunehmend auch im Gesundheitsbereich genutzt.

Im Herbst 2016 launchte beispielsweise die chinesische Suchmaschine Baidu den Chatbot »Melody«, der auf Basis seiner bestehenden »Doctor«-App Fragen von Patientinnen und Patienten beantwortet. Die App funktioniert so, dass sie für verschiedene Diagnosen Informationen aus digitalisierten Fachbüchern, Studien und medizinischen Foren zusammenträgt und einem Arzt Textbausteine vorschlägt, die er dann bearbeiten kann. Mit »Melody« wird Künstliche Intelligenz (KI) genutzt, d. h. eine Technik eingesetzt, die auf bestimmte Schlüsselworte in der Frage reagiert, mit jedem neuen Chat hinzulernt und so die Antworten immer weiter verfeinert (Eckmann 2017).

Chatbots füllen inzwischen eine Lücke, die insbesondere im Versorgungsbereich schon immer Probleme bereitet hat: Sie bedienen den Wunsch nach einem Ansprechpartner bei einer 24/7-Erreichbarkeit. Immerhin jeder vierte Bundesbürger kann sich vorstellen, Chatbots zu nutzen, wie eine repräsentative Befragung im Auftrag des Digitalverbands Bitkom kürzlich ergeben hat (Bitkom 2017a). Zwar können solche Anwendungen den persönlichen Kontakt nicht ganz ersetzen, sind aber die nächstbeste Alternative und markieren einen weiteren Schritt in Richtung Telemedizin.

Ein weiteres Beispiel für die Nutzung von KI ist »Florence – Your health assistant« (www.florence.chat), die als »persönliche Gesundheitsassistentin« gleich drei verschiedene Leistungsanforderungen bedienen kann: data tracking, medication-reminder und provider search.

Die Entwicklung der KI schreitet so rasch voran, dass es abzusehen ist, dass mit einer Gesichtserkennung ausgestatte Chatbots bald in der Lage sein werden, uns je nach Gemütszustand ein dazu passendes Video anzubieten (vgl. Harari 2017).

Trend 6: Beacons

Beacons sind kleine Sender, die in einem bestimmten Radius Informationen per Bluetooth übermitteln. Im Handel werden bereits Beacons eingesetzt, um Besucher im Laden zu lokalisieren und ortsabhängige Angebote auf das jeweilige Endgerät zu schicken. So finden sich zum Beispiel Beacons im Flughafen Hamburg im Einsatz, die die verbrachte Zeit in verschiedenen Geschäften messen und mit Prämien belohnen.

Die Einsatzmöglichkeiten von Beacons im Gesundheitsbereich stehen noch am Anfang. Sie sind aber bereits jetzt dafür geeignet, z. B. zu erfahren, wo sich jemand im Krankenhaus aufhält oder wohin er sich bewegt. Das ist beispielsweise für die Lokalisierung von Demenzkranken sinnvoll. Beacons können daher auch im privaten Umfeld sinnvoll genutzt werden.

Trend 7: Online-Sprechstunde

In England gibt es seit einiger Zeit erfolgversprechende Versuche für eine sinnvolle Online-Sprechstunde: Man muss eine Reihe von Fragen beantworten, ein Algorithmus filtert die Antworten und leitet sie an eine Ärztin oder einen Arzt weiter. Erst dann wird entschieden, ob eine Online-Sprech-

stunde sinnvoll ist. Es handelt sich also um eine Art Diagnose-Tool, mit dem vorgefiltert werden kann. Entweder man bekommt den Hinweis, zu einem niedergelassenen Arzt zu gehen, oder einen Termin für eine Online-Sprechstunde, die bezüglich der Antworten auf die Fragen bereits gut vorbereitet ist.

Seit dem 1. Juli 2017 ist die Online-Videosprechstunde auch in Deutschland eine kassenärztliche Regelleistung und steht den Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV o. J.) haben zwar Indikations- und Facharztvorgaben gemacht, grundsätzlich können aber jetzt viele niedergelassene Ärzte die Online-Videosprechstunde anbieten. Die Nutzung webbasierter Informationsangebote und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich erfährt damit einen weiteren Schub.

» Trend 8: Video-Content

Mit Texten allein als Form der Vermittlung von Wissen kann man Gesundheitsverhalten nicht wirksam beeinflussen. Deutlich effektiver sind Videos, die einfach und unterhaltsam gesundheitliche Sachverhalte erklären. Hier liegt der Vorteil darin, dass neben der Vermittlung wesentlicher Informationen eine »parasoziale Interaktion« hergestellt wird, jemand zu einer Entscheidung befähigt bzw. motiviert werden kann, etwas zu tun.

Auf meinem YouTube-Kanal erkläre ich medizinisches Wissen so, dass möglichst jeder es versteht, beispielsweise zu den Themen »Fernsehen im Schlafzimmer der Kinder«, »Familienstreit an Weihnachten«, »Wadenkrämpfe vorbeugen« oder »Worauf muss ich beim Schlaf achten?«. Mit mehr als 115.000 Aufrufen wurde das Video zum Thema »Der perfekte Stuhlgang« am häufigsten aufgerufen.

Inzwischen sind unsere Videos nicht nur auf meinem eigenen Kanal bei YouTube zu finden, sondern auch auf den Websites von Krankenkassen oder über ihre Profile bei Facebook. Alle Videos können kostenlos genutzt werden und sind auf den Websites der Krankenkassen auch für Nicht-Mitglieder einsehbar.

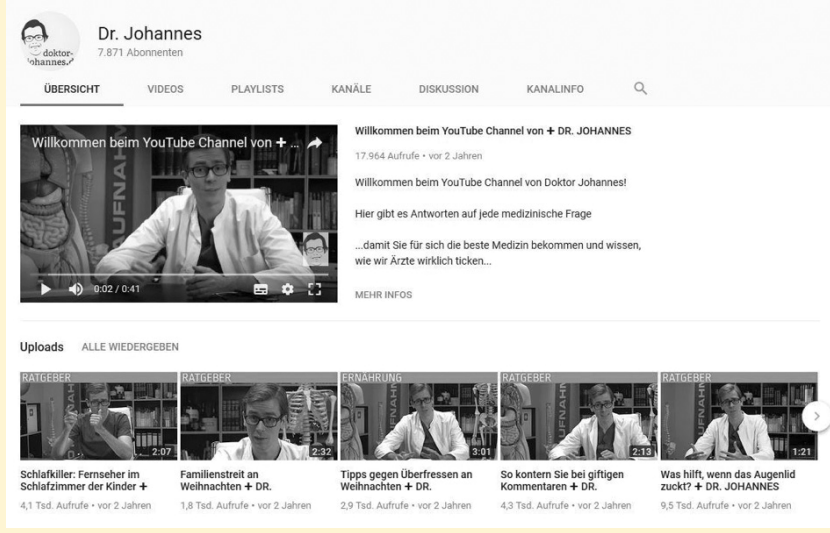
In Deutschland sind solche Erklärvideos noch nicht sehr weit verbreitet. In den USA machen inzwischen fast jeder Arzt, jede Krankenschwester und jeder Physiotherapeut eigene Videos. Videos zu Gesundheitsthemen stehen dort bei YouTube bereits an dritter Stelle. Neben der Versorgung sind solche Bewegtbilder besonders für die Vermittlung von Gesundheitsthemen in der Prävention gut geeignet.

» Trend 9: Social Media

Social Media sind trotz ihrer verbreiteten Verwendung zu Ausspielung von Inhalten lediglich ein Kanal von vielen möglichen Distributionskanälen. Das bedeutet, dass hier Inhalte dargestellt werden können, welche man sonst auf Homepages oder Plattformen findet, diese auch eine hohe Reichweite erlangen können, sie dabei aber nicht für sich alleine stehen.

Als Beispiel ist hier Facebook anzuführen, wo Videos ausgespielt werden können und eine hohe Interaktionsrate haben, jedoch nach einiger Zeit nur mit großer Mühe wiedergefunden werden können (vergleichbar mit einer Kampagne). Dennoch zeigen sich auch hier erste Entwicklungen von Implementierungen von Chatbots und anderen interaktiven Möglichkeiten.

Social Media sind also wichtig für die Reichweite, aber nicht als alleinige Kanäle zu empfehlen.



» Abb. 2: YouTube-Kanal von Dr. Johannes

» Trend 10: Influencer-Marketing

Ein Influencer ist per definitionem eine Person, die aufgrund ihrer starken Präsenz in den Sozialen Medien hohes Ansehen genießt. Influencer werden auch als Meinungsführer bezeichnet, da sie durch ihre hohe Followerzahl bzw. ihre Reichweite ihre Fans für Produkte begeistern können. Im Unterschied zu dieser engen Definition sind Influencer aus meiner Perspektive sehr viel mehr Personen, ob es die Verkäuferin an der Fleischtheke ist, die eine Wurst empfiehlt, ein Arzt, der zu einer bestimmten Behandlung rät oder ein YouTube-Star, der ein Schönheitsprodukt bewirbt. Die Motivationen sind ganz unterschiedlich: Manche wollen seriöse Informationen verbreiten, andere möchten Ruhm und Ehre im Internet oder nur ihren Spaß, andere möchten als Influencer Geld verdienen.

Einzelne Influencer haben eine größere Reichweite bzw. einen größeren Einfluss und damit auch eine größere Relevanz als andere. Die Frage ist, welche Zielgruppe man erreichen möchte. Mit meiner Sendung beim Norddeutschen Rundfunk bin ich ein Influencer hauptsächlich für Menschen ab 60 Jahren, bei Facebook ist meine größte Zielgruppe zwischen 25 und 45 Jahre alt und in der Mehrzahl weiblich. Reichweite und Relevanz eines Influencers sind also abhängig vom Kanal, in dem er sich bewegt, und von der Zielgruppe, die damit erreicht werden soll.

Die Werbewirtschaft hat die Bedeutung eines differenzierten Influencer-Marketings längst erkannt und dazu erfolgreiche Konzepte entwickelt (Rice 2016). Der große Vorteil dieser Art von Marketing ist es, dass Influencer die Fähigkeit besitzen, die Werbebotschaften glaubwürdig und authentisch

zu vermitteln und so bei ihren Followern durch die persönliche Nähe auf größere Akzeptanz stoßen.

Allerdings bedarf es einer sorgfältigen Auswahl der jeweiligen Influencer und eine analytische Unterscheidung der Typen (Liebhaber, Kritiker und Experten), deren Einsatz für die jeweiligen Themen bzw. Botschaften geplant wird. Um dies letztlich gut entscheiden zu können, ist eine intensive Kenntnis der Zielgruppen, ihrer Einstellungen und Vorlieben erforderlich. An dieser Stelle konvergiert ein profundes Wissen des Nutzerverhaltens mit der hier angesprochenen Strategie des Influencer-Marketings.

» Präventionsmedizin der Zukunft

Bei den vorgestellten Trends sollte deutlich geworden sein: Prävention hat nur eine Zukunft, wenn es einen Paradigmenwechsel vom passiven zum aktiven Agieren gibt. Selbstverständlich müssen klassische Instrumente der Gesundheitsinformation weiterhin genutzt werden, gleichzeitig aber sollte man intensiv darüber nachdenken, wie man auf die Menschen zugehen kann, und nicht darauf warten, dass sie zu uns kommen. Die entscheidende Frage ist, wie Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen interessant gemacht werden kann, wenn noch nichts weh tut, wenn man beispielsweise seinen hohen Blutdruck noch gar nicht spürt.

Nach meiner Überzeugung ist das erstens mit Belohnung möglich. Damit meine ich keine finanzielle Belohnung. Denn die Erfahrungen der Krankenkassen damit zeigen, dass Geld alleine kein Anreiz für Prävention oder gesundheitsförderliches Verhalten ist. Eine wichtige Form der Belohnung sind der Spaßfaktor und das Spielerische, neudeutsch auch »Gamification« genannt: Spielerisch kommt man in kleinen Schritten bei dem voran, was man sich vorgenommen hat.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist Emotionalität, also die Menschen auf ihrem Weg zu einem gesunden Leben emotional »an die Hand zu nehmen«. Die Beispiele auf Seite 67 zeigen exemplarisch, dass emotionale Botschaften ankommen (können). Die Frage bei solchen Beispielen ist allerdings immer, wann sie die schmale Grenze zur Phrase überschreiten – was auch von der Zielgruppe abhängig ist.

Ein dritter Aspekt ist: Man muss den ganzheitlichen Menschen betrachten – von der Geburt bis zum Tod. Menschen nur punktuell anzusprechen, wenn sie ein gesundheitliches Problem haben, reicht heutzutage nicht mehr aus. Man muss Plattformen schaffen, auf denen sie ganzheitlich angesprochen werden und sich austauschen können – so, wie es beispielsweise Amazon, Apple oder Google heute schon machen. Hier suchen Menschen nach Lösungen, Produkten und Antworten. Da dies mit entsprechenden Verweildauern, Datengenerierung und letztlich auch der Möglichkeit die Menschen weiterzuleiten verbunden ist, zeigt sich hier das Bestreben der großen Player, möglichst umfassenden Traffic aufzubauen. Das wird nach meiner Überzeugung die Zukunft sein.

» Die Rolle der BZgA im Jahr 2030 – Ein fiktives Szenario

Wenn wir ein fiktives Szenario für die BZgA im Jahr 2030 entwerfen wollen, müssen wir wissen, woher die BZgA kommt. Auf der Website heißt es: »Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verfolgt das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unter-

» Abb. 3: #LittleThings campaign, Quelle: www.yourmentalhealth.ie/mind-yourself/good-mental-health/littlethings-campaign

stützen.« Die oberste Prämisse ist Prävention und die Förderung von Gesundheit. Zielgruppen sind »Jugendliche und erwachsene Bundesbürger, die gesundheitsbewusst leben wollen oder eine akute Fragestellung zu einem bestimmten Gesundheitsthema haben«.

Mit dem Präventionsgesetz wurden die Ziele weiter ausgeführt. Die Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach (BMG 2015) erläutert: »Mit dem Präventionsgesetz stärken wir die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld – in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz und im Pflegeheim.« Damit wird der Prävention im Setting eine besondere Rolle zugewiesen, die auch die BZgA in ihren Maßnahmen berücksichtigen muss.

Internetangebote der BZgA

Die Ziele und Aufgaben der BZgA sind damit grundsätzlich beschrieben und festgelegt. Schauen wir uns die Internetportale der BZgA daraufhin an und beginnen mit der »Dachseite«: Sie ist technisch in Ordnung, ihr Erscheinungsbild war viele Jahre der Standard und man findet auch heute detaillierte und aktuelle Gesundheitsinformationen zu zahlreichen Gesundheitsthemen. Aber: Repräsentiert die »Dachseite« erkennbar die Marke BZgA, und entspricht sie den aktuellen Anforderungen, d. h. gefällt sie?

Wenn wir uns in einem zweiten Schritt einzelne Themenportale der BZgA anschauen, stellen wir fest, dass sie alle unterschiedlich sind und nicht eindeutig als Angebote der BZgA erkennbar sind. Wenn sie zum Beispiel die drei Internetportale www.familienplanung.de, www.maennergesundheit.de und www.kenn-dein-limit.de vergleichen, werden sie im Erscheinungsbild wenig Gemeinsames finden, was im Rahmen der zielgruppenspezifischen Ansprache zunächst auch nicht verwunderlich ist. Es bleibt allerdings die Frage, wie mit dieser Strategie der diversifizierten Ansprache und Gestaltung eine themenübergreifende Markenbildung gelingen

kann, mit der sich die BZgA als deutlich sichtbare Quelle für zuverlässige Gesundheitsinformation in Szene setzen kann. Gerade diese Orientierungsfunktion wird in einer immer unübersichtlicher werdenden Informationslandschaft zunehmend bedeutsam.

Schauen wir uns weiterhin die Präsenz der BZgA bei YouTube und ihre Auffindbarkeit über Google an. YouTube findet (im Januar 2018) etwa 5.430 Videos bei der Suche nach dem Stichwort BZgA. Nicht alle sind von der BZgA selbst eingestellt worden, manche haben mit der BZgA nichts zu tun und in einigen werden Broschüren der BZgA als »ideologisch« kritisiert. Einen eigenen Videokanal der BZgA, mit dem garantiert wird, dass es sich um autorisierte Inhalte handelt, findet man bei YouTube nicht.

Findet man Informationen der BZgA über Google? Sucht man beispielsweise nach »Geschlechtskrankheiten«, wird als erstes das Portal des Deutschen Verlags für Gesundheitsinformation gelistet, es folgen auf der ersten Seite u. a. die Arztpraxis DrEd, die Apotheken-Umschau, www.dokteronline.com und www.onmeda.de. Um ein Angebot der BZgA zu finden, muss man lange blättern.

Geradezu problematisch sind die Google-Ergebnisse zur Frage »Säuglinge impfen?«. Bereits an vierter Stelle wird die Internetseite www.impfen-nein-danke.de mit der Frage »Wie gefährlich sind Baby-Impfungen wirklich?« angezeigt. Dort wird pseudowissenschaftlich erläutert, dass Impfen schädlich ist. Auch bei dieser Anfrage muss man lange bei Google blättern, bis man ein Angebot der BZgA findet.

Das zeigt: Die BZgA ist bei Google nicht allein, die Konkurrenz ist brutal und nicht immer seriös. Und wir wissen: Die meisten Menschen orientieren sich auf der ersten Seite der Treffer und blättern nicht weiter.

» Wohin sollte sich die BZgA entwickeln?

Ich formuliere im Folgenden ein zugegebenermaßen ehrgeiziges Ziel: Aus meiner Sicht sollte die BZgA die erste und wichtigste Anlaufstelle sein, wenn es um Gesundheitsthemen und Prävention geht, eine Art »digitaler Begleiter« für jeden Bürger und jede Bürgerin. Dafür benötigt man eine informative, attraktive und starke Plattform, eine Art »Mutterschiff«, von dem man zu allen Informationen und Angeboten der BZgA geführt wird. Für den »digitalen Begleiter 2030« sollten allerdings u. a. folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Seriosität sowie unterhaltsame und emotional gefärbte Ansprachen sind zu verbinden. Die BZgA ist als vertrauenswürdige und attraktive Präventions- und Gesundheitszentrale bekannt und anerkannt. Wie man Seriosität gewährleisten und gleichzeitig emotional, spielerisch und unterhaltsam informieren kann, zeigt ein Messenger-Bot auf der Internetseite der Bundeswehr (www.bundeswehrkarriere.de/bundeswehr-exclusive-mali/facebook-messenger-bot). Dort werden Abonnenten regelmäßig multimedial über den Bundeswehreinsatz in Mali informiert.
- Die BZgA sollte einen persönlichen Navigator einrichten, der als optimaler Ausgangspunkt für die Detailsuche genutzt werden kann. Mittlerweile ist das Angebot der BZgA so umfangreich, dass ein angelegtes Profil dabei helfen kann, an die jeweils gesuchten Informationen zu kommen.
- Der »digitale Begleiter« muss für alle – nicht nur für Digital Natives – intuitiv zu bedienen sein.
- Die Online-Angebote der BZgA sollten nicht zu textlastig (so viel Text wie notwendig, so wenig wie möglich) sein, ansprechenden und informativen Video-Content sowie gut aufbereitete Info-Grafiken bieten.

– Jede Nutzerin und jeder Nutzer kann sich ein persönliches Profil anlegen und bekommt auf sie bzw. ihn zugeschnittene Informationen.
– Die Online-Angebote der BZgA beantworten praxisbezogen alle relevanten Fragen zum Thema.
– Einfache und effektive digitale Tools bieten gute Unterstützung, beispielsweise Apps, von denen man zu anderen Inhalten und Informationen geleitet wird.

» BZgA 2030: Die Marke

Die Marke ist heutzutage das Herzstück erfolgreicher Kommunikation. Sie muss erkennbar sein und gepflegt werden. Mit Markennamen wie Amazon, Apple, Coca-Cola oder Google assoziiert jeder sofort ein bestimmtes Bild und damit verbundene Begriffe. Der Name BZgA als Marke verstanden, liefert im Ergebnis vermutlich eher ein diffuses Bild. Sie ist zwar in Fachkreisen anerkannt, und zahlreiche Zielgruppen profitieren von ihren Aktivitäten. Als Marke wird der Name jedoch bislang nicht wahrgenommen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist darin zu sehen, dass die BZgA ausschließlich über Themen kommuniziert, als Marke aber nicht beworben wird. Sie folgt damit ihrem Auftrag, über zentrale Gesundheitsthemen aufzuklären, und sich selbst dabei nicht in den Vordergrund zu spielen.

Mit den radikalen und schnellen Veränderungen der neuen Medien und angesichts der damit einhergehenden gewachsenen Konkurrenz öffentlicher, privater und wirtschaftlich orientierter Informationsanbieter hat die BZgA dabei die ehemals vorhandene Informationshohheit beim Thema Gesundheitskommunikation weitgehend verloren (vgl. BZgA 2015).

Neben der Themenkommunikation ist allerdings unter den veränderten Bedingungen heute auch die Entwicklung einer eigenen Marke BZgA und ihre Kommunikation notwendig. Diese Sichtweise erfordert zunächst eine genaue Beschreibung des Markenkerns, der mit »qualitätsgesicherter Gesundheitsinformation« zunächst noch unzureichend beschrieben wäre. Ich möchte daher im Folgenden einige Anregungen geben, die bei der Entwicklung einer »Marke BZgA« hilfreich sein können:

– Markenbildung ist ein langfristiger Prozess, im Zuge dessen die Einstellungen der handelnden Menschen in der BZgA verändert werden müssen.
– Markenbildung hat das Ziel, die Attraktivität und Bekanntheit zu steigern. Das kann nur erfolgreich sein, wenn die Marke konsequent und tagtäglich für alle Medien und von allen Mitarbeitenden »gelebt« wird.
– Der Erfolg einer Markenbildung hängt von der Konsequenz und der Durchsetzungsstärke der Leitung und ihrer Botschaften ab.
– Grundlage der Markenbildung ist eine Strategie, die eindeutige Ziele verfolgt.
– Eine Strategie zur Umsetzung der Marke muss aus dem Markenkern entwickelt werden, der präzise beschrieben werden muss.
– Das Corporate Design ist Bestandteil der Marke und beschreibt das grafische Erscheinungsbild des »Daches« BZgA und aller ihrer Medien.
– In der Markenstrategie muss detailliert festgelegt werden, in welchen Bereichen und zu welchem Zeitpunkt welche Maßnahmen für die Umsetzung notwendig sind, um die strategischen Ziele zu erreichen.

» BZgA 2030: Wo, wann, was?

In der folgenden Abbildung 4 stelle ich die Marke BZgA in den Mittelpunkt und gruppiere außen herum einige mögliche Aktivitäten in Form eines Netzwerkes.

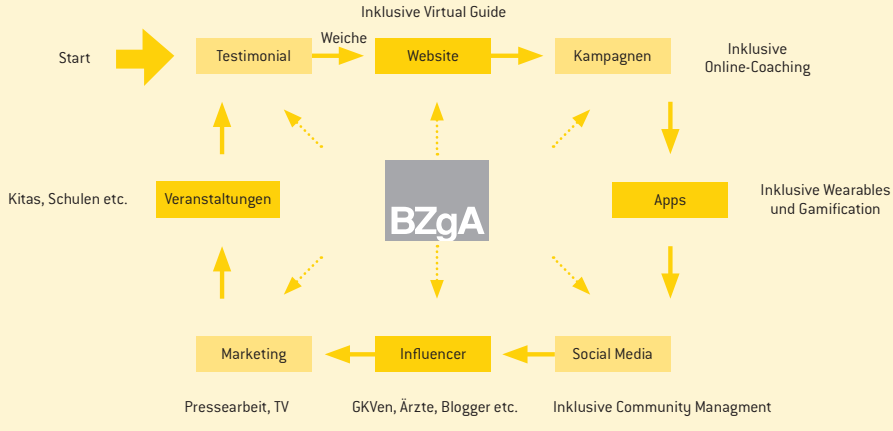
Im Mittelpunkt steht die Marke BZgA, von der aus viele verschiedene Kanäle und Aktivitäten gesteuert werden. Nicht alle müssen bei jedem Thema »bedient« werden. Manches ist nur für Plakate oder Broschüren geeignet, anderes besser in Veranstaltungen aufgehoben, manchmal reicht ein Video oder eine App. Es sollte aber immer darauf geachtet werden, dass eine Aktivität nicht alleine steht und folgende Fragen beantwortet werden:

– In welchem Verhältnis stehen die Aktivitäten zur Marke?
– Wie sind sie im Netzwerk verortet?
– Welche anderen Aktivitäten passen dazu?

Ein Beispiel: Zu einem Thema (z. B. Alkoholkonsum) wird eine App entwickelt, die spielerische Elemente (Stichwort: Gamification) nutzt. Darin werden mit Links auf ein Erklärvideo bei YouTube sowie auf zusätzliche Informationen auf einem Internetportal verwiesen. Das »Gesamtpaket« wird bei entsprechender inhaltlicher Passung von Influencern in sozialen Medien »beworben«. Eine solche Sichtweise führt dazu, die stets begrenzten Ressourcen und benötigten Qualifikationen zu sichten und gegebenenfalls neu zuzuordnen.

Dies bedeutet in der Konsequenz, dass die BZgA als Organisation insgesamt stärker an die neuen Herausforderungen und Aufgaben herangeführt werden muss. Denn die neue kommunikative

Die BZgA 2030: Wo, wann, was?



» Abb. 4: Die BZgA als »persönlicher Navigator« mit seinen Bestandteilen

Ausrichtung, bei der die digitalen Medien in der Markenkommunikation einen zentralen Platz einnehmen, bedingt einen Wandel in den Prozessen hin zu einer stärkeren Kooperation und Vernetzung der Fachbereiche der BZgA. Ein erster Schritt könnte die jüngst initiierte referatsübergreifende Arbeitsgruppe »Neue Medien« sein, die kreativ und ohne Denkverbote arbeiten sollte, alle Aktivitäten kennt und Steuerungsaufgaben übernehmen könnte.

Ein erstes Signal nach außen könnte ein eigener YouTube-Kanal sein oder eine »ideale« App, die allen Ansprüchen an Technik, Funktionalität, Design und Aktualisierung entspricht und sich mit Konkurrenzprodukten messen kann.

Diese und alle weiteren Schritte sollten bei der Entwicklung einer Marke BZgA und einer Strategie zur Realisierung und Umsetzung mitgedacht werden – auch wenn die Markenentwicklung unabhängig davon eine eigenständige Aufgabe ist.

Literatur und Quellen

Beerheide, R. (2016): Gesundheits-Apps: Viele Chancen, wenig Evidenz. In: Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/archiv/180500/gesundheits-apps-viele-chancen-wenig-evidenz [Zugriff am 01.11.2017].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015): Fischbach: »Wir stärken die Gesundheitsförderung in Deutschland«. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2015/2015-2-quartal/praeventionsgesetz-2-3-lesung.html [Zugriff am 01.11.2017].

Bitkom (2017): Fast jeder Zweite nutzt Gesundheits-Apps (Pressemeldung vom 05.05.2017). Online verfügbar unter www.bitkom.org/presse/presseinformation/fast-jeder-zweite-nutzt-gesundheits-apps.html [Zugriff am 01.11.2017].

Bitkom (2017a): Jeder Vierte will Chatbots nutzen (Pressemeldung vom 18.05.2017). Online verfügbar unter www.bitkom.org/presse/presseinformation/jeder-vierte-will-chatbots-nutzen.html [Zugriff am 01.11.2017].

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015): Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Ergebnisse aus einem Pilotprojekt der BZgA in den Themenfeldern Familienplanung und Sexualaufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 48. Online verfügbar unter www.bzga.de/pdf.php?id=bcdbbb3e01a216f21b6c188fc4919bd2 [Zugriff am 01.11.2017].

DAK (2018): DAK-Digitalisierungsreport 2018. Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/dak-digitalisierungsreport-2018-1959528.pdf [Zugriff am 02.02.2018].

Eckmann, S. (2017): Chatbots für Healthcare. Online verfügbar unter www.healthrelations.de/chatbots [Zugriff am 01.11.2017].

Harari, Y. N. (2017): Homo Deus – Eine Geschichte von morgen. München, 2. Auflage.

Holmes, L. (2017): Studie: Forscher können Menschen mit Depressionen an ihren Online-Bildern erkennen. Online verfügbar unter www.huffingtonpost.de/2017/08/09/depression-bilder-online-studie_n_17708124.html [Zugriff am 01.11.2017].

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.): Videosprechstunde: Telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten. Online verfügbar unter www.kbv.de/html/videosprechstunde.php [Zugriff am 10.01.2018].

KKH – Kaufmännische Krankenkasse (2017): Dr. Google ist ein gefragter Ratgeber. Online verfügbar unter www.kkh.de/presse/pressemeldungen/dr--google-ist-ein-gefragter-ratgeber [Zugriff am 02.02.2018].

Reece, A. G.; Danforth, C. M. (2017): Instagram photos reveal predictive markers of depression. Online verfügbar unter https://epjdatascience.springeropen.com/articles/10.1140/epjds/s13688-017-0110-z [Zugriff am 01.11.2017].

Rice, T. (2016): Influencer marketing handbook. History Ink Books.

Techniker Krankenkasse (2017): Gesundheitsreport 2017. Online verfügbar unter www.tk.de/tk/gesundheitsreport/934484 [Zugriff am 01.02.2018].

02

Diskurse

02.1

Forum 1: Innovationen ohne Qualitätsentwicklung? Gesundheits-Apps: Chancen, Risiken und Themenfelder

Moderation und Berichterstattung: Viviane Scherenberg

Hintergrund

Gesundheits-Apps sind aus dem Gesundheitsmarkt nicht mehr wegzudenken. Mehr als 100.000 Gesundheits-Apps gibt es bereits auf dem Markt. Den Nutzenden selbst fällt es angesichts fehlender Bewertungskriterien und aufgrund der Dynamik und Intransparenz des Marktes schwer, eine qualitative Auswahl vorzunehmen. Die zunehmende Verbreitung von Gesundheits-Apps bietet auch für die BZgA zahlreiche Potenziale, die mit dem aktuellen Marktgeschehen, qualitätsbezogenen und ethischen Aspekten sowie dem Nutzungsverhalten potenzieller Zielgruppen analysiert und reflektiert wurden.

Ziel

Ziel des Forums war es, die Chancen und Risiken zu diskutieren und anhand der Stärken der BZgA geeignete Themenfelder zu reflektieren. Ein besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, auf welche qualitätsbezogenen Aspekte vor, während und nach der Entwicklung von Gesundheits-Apps (Input-, Throughput-, Output-, Outcome-Qualität) Wert gelegt werden sollte, um einen potenziell hohen präventiven Nutzen zu erzielen.

» Leitfragen

– Welche Chancen und Risiken bietet die Entwicklung von Gesundheits-Apps für die BZgA?
– Welche präventiven Themenfelder sind für die BZgA aufgrund ihrer Rolle besonders relevant?
– Was ist bei der Entwicklung und Qualitätssicherung zu beachten?

» Diskussion und Arbeitsergebnisse

Die wichtigsten Diskussionspunkte und Ergebnisse werden im Folgendem zusammengefasst.

Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der BZgA

Zu Beginn wurden die Stärken und Schwächen der BZgA sowie die möglichen Chancen und Risiken auf dem App-Markt diskutiert, um auf dieser Basis ein Alleinstellungsmerkmal ableiten und damit Ideen für die eigene App-Entwicklung generieren zu können. Gesammelt wurden u. a. folgende Aspekte:

Stärken der BZgA: Als besondere interne Stärken wurden die Kernkompetenzen rund um das Themenfeld des gesetzlichen Auftrags der BZgA gesehen (z. B. Sexualaufklärung, Familienplanung, Organ-, Blut- und Plasmaspende, Suchtprävention). Diese werden als sehr vielfältig angesehen und tragen dazu bei, dass die BzgA bereits über einen breiten Fundus an qualifizierten und gesichterten Inhalten verfügt. Eine weitere Stärke liegt in der hohen Umsetzungskompetenz durch interne Expertinnen und Experten aus den unterschiedlichsten gesundheitlichen Fachgebieten.

Schwächen der BZgA: Als Schwäche wurde das (mitunter negativ) wahrgenommene Behördenimage genannt, das als praxisfern empfunden wird. Im Bereich der App-Entwicklung verfügt die BZgA bisher über wenig Erfahrungen sowie Kompetenzen im Bereich von App-Technik und -Design. Als eine weitere Schwäche wurden mangelnde interne Ressourcen für den Aufbau und die Pflege von Gesundheits-Apps genannt.

Chancen der BZgA: Als externe Chance wurden die hohe Glaubwürdigkeit und die Neutralität der BZgA genannt. Die hohe Wiedererkennung (und damit der Imagetransfer auf Apps) wird als Pluspunkt gesehen, da potenzielle Nutzerinnen und Nutzer Gesundheits-Apps der BZgA als qualitätsgesicherte Angebote ohne Kosten und Risiken (z. B. gegenüber weitverbreiteten Ängsten hinsichtlich der Themen Datenschutz und Datensicherheit) verbinden. Die klassischen BZgA-Themen bieten eine Nische auf dem aktuellen Markt der Gesundheits-Apps, daher kann sich für die BZgA eine Chance ergeben, hohe Aufmerksammkeit in der Öffentlichkeit durch eine »neue« digitale Strategie zu erzielen.

Risiken für die BZgA: Als Risiko nannten die Teilnehmenden den hohen Wettbewerb, die Unübersichtlichkeit des Marktes und die Anzahl bestehender Apps, der gegenüber sich eine BZgA-App erst behaupten muss. Der u. a. damit verbundene Akutalisierungsaufwand und damit die dauerhafte inhaltliche und technische Pflege, um auf dem Markt positiv wahrgenommen zu werden, wurde als weiteres Risiko gekannt. Als klassisches Risiko nannten die Teilnehmenden die Herausforderung, relevante Zielgruppen dauerhaft über dieses Medium zu erreichen (Stichwort: Präventionsdilemma).

Die Marke BZgA

Ausgehend von der Analyse der internen Stärken und Schwächen sowie externen Chancen und Risiken hat sich eine Diskussion über die »Marke BZgA« entwickelt. Die BZgA erscheint in der Öffentlichkeit als »Bauchladen« mit ganz unterschiedlichen Themen und Kampagnen. Manche sind in der Öffentlichkeit als BZgA-Projekt sehr gut sichtbar, andere weniger. Einerseits wissen viele Menschen, dass die Informationen der BZgA seriös, neutral und wissenschaftlich fundiert sind. Andererseits hat die BZgA mit Vorbehalten als »starre« Bundesbehörde zu kämpfen. Dabei muss unter einer gemeinsamen Dachmarke die Vielfalt der Themen und die Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen gesichert werden.

Eingewendet wurde, dass die BZgA als Marke aufmerksamkeitsstark ist und die Vielfalt nicht grundsätzlich im Widerspruch zur Themenkommunikation stehen muss. Eine erkennbare Marke birgt den Vorteil, dass die BZgA angesichts der wachsenden Konkurrenz an digitalen Gesundheitsinformationen sinnvoll und notwendig ist. Einigkeit herrschte, dass die BZgA selbst oft nicht als Marke, sondern in erster Linie »nur« über spezifische Kampagnen (z.B. »Gib Aids keine Chance«) wahrgenommen wird. Ziel müsste es daher nach der Meinung der Teilnehmenden sein, die BZgA zukünftig stärker als erste Anlaufstelle für Fragen rund um die Themen Gesundheit und/oder Prävention in der Öffentlichkeit zu positionieren.

Apps von der BZgA?

Für die App-Entwicklung werden gesundheitswissenschaftliche, didaktische, technische sowie gestalterische Kompetenzen benötigt. Maßstäbe, an denen sich Anbieter messen lassen müssen, sind bereits erfolgreiche Apps. Einen Einblick in das Marktgeschehen kann durch eine Analyse der App-Stores erfolgen. Hierbei sind Entscheidungskriterien für die Wahl und dauerhafte Nutzung ausschlaggebend. Für den Download entscheidend sind: Name, Beschreibung, Screenshots, Downloadzahl, Bewertungen sowie das daraus resultierende Ranking der App. Die Datensicherheit scheint bei der Wahl einer App (bisher) eher eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Die Verbraucherzentrale NRW (2017) hat eine Vielzahl von Gesundheits-Apps getestet und festgestellt, dass bei vielen Tracking-Apps Daten an eine Vielzahl von (auch kommerziellen) Drittanbietern weitergegeben werden. Datensicherheit und Unabhängigkeit könnten daher für die BZgA eine Chance auf dem App-Markt sein. Für die Qualität von Apps wurden für die weitere Ideengenerierung die sechs ethischen Kriterien von Marckmann und Strech (2010) vorgestellt:

1. Nutzerpotenzial: Grad der Zielerreichung; Nutzenrelevanz
2. Schadenspotenzial: Belastung und gesundheitliche Risiken
3. Selbstbestimmung: Förderung der Gesundheitskompetenz
4. Gerechtigkeit: Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen, Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten
5. Effizienz: Kosten-Nutzen-Verhältnis
6. Legitimation: Transparenz, Partizipation

Bei der App-Entwicklung sollten Einflüsse vor, während und nach dem Gestaltungsprozess und damit Effekte auf der Input-, Throughput- und

Ergebnisqualität maximal berücksichtigt werden (vgl. Scherenberg 2015). Daher orientierte sich die weitere Ideengenerierung grob an den folgenden Fragestellungen:

– Welche Bedürfnisse der Nutzer müssen berücksichtigt werden?
– Über welche technischen Ausstattungen verfügen die Zielgruppen?
– Welche interdisziplinären Expertinnen und Experten müssen bei der Entwicklung eingebunden werden?
– Welche Inhalte sollten vermittelt und wie laiengerecht dargestellt werden?
– Welche didaktischen Komponenten (Motivation, Anreize etc.) sollten integriert werden?
– Welche kurzfristigen (Erreichungsgrad) und langfristigen (Wissen, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus etc.) Wirkungen auf die Zielgruppe strebt die Gesundheits-App an?

» Ideen für Apps der BZgA

Auf Grundlage der Diskusssion und des Inputs wurden Ideen für mögliche Gesundheits-Apps der BZgA diskutiert. Dafür wurden folgende grundsätzliche Prämissen genannt:

– Die Voraussetzung für die Entscheidung über eine App ist eine Analyse des Marktes für Gesundheits-Apps und die Identifizierung von thematischen und qualitativen Lücken, die sich daraus für die BZgA ergeben.
– Eine App sollte nicht »für sich alleine stehen«, sondern in bestehende inhaltliche Themen und Angebote der BZgA eingebunden sein.
– Jede App sollte über einen erkennbaren (gesundheitlichen) Mehrwert verfügen, der z. B. über die reine Information oder Erinnerungsfunktion hinausgeht.
– Erfolgreiche und sinnvolle Apps zeichnen sich durch die Integration von »spielerischen Elemente« (Gamification) zur Unterstützung der eigentlichen Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung aus. Die didaktischen Elemente und Inhalte müssen an die individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer durch Qualifizierungsabfragen individualisierbar sein, die gesundheitsbezogene Motivation fördern und die Gesundheitskompetenz langfristig stärken.
– Es ist sinnvoll, die Daten einer App auch für andere Systeme (z. B. PC) und Zielgruppen (z. B. behandelnder Arzt) mit deren Einverständnis nutzbar zu machen, wie dies mit vielen Körper- und Fitness-Trackern bereits möglich ist.
– Apps müssen inhaltlich aktualisiert und technisch für unterschiedliche Endgeräte überprüft und mit neuen Funktionalitäten angereichert werden, um auf dem Markt langfristig bestehen zu können.

Zum Thema »Impfen« wurden beispielhaft die folgenden Ideen entwickelt:

Digitales Impfbuch für die Familie: Ein digitales Impfbuch muss über die reine Erinnerungsfunktion für den nächsten Impftermin hinausgehen und den Impfstatus der ganzen Familie einbinden, z. B. auch Reiseimpfungen der Erwachsenen oder den Impfstatus der Haustiere. Alle Beteiligten werden mit Bild und Informationen in der App vorgestellt. Zielsetzung ist die Erhöhung der Impfrate sowie Aufklärung und Empfehlungen für eine selbstständige Entscheidungsfindung zum Impfen. Das erfordert eine zielgenaue Einbindung der App in die entsprechenden Internetseiten und andere Informationen der BZgA.

Impfstatus eines Quartiers: In einer Art »Wettbewerb« besteht die Möglichkeit, den Impfstatus eines Quartiers, einer Einrichtung (Schule, Kita

etc.) oder eines Unternehmens abzubilden, um den persönlichen und gesellschaftlichen Nutzen (z. B. Darstellung und Erklärung der Herdenimmunität) einer Impfung sichtbar zu machen. Auf diese Weise könnten Zielgruppen spielerisch »gegeneinander antreten« und gezielt aufgeklärt werden. Für Impfungen werden Punkte vergeben und (verbal) »belohnt«. Wenn eine gewisse Impfquote erreicht ist, erfolgt eine Auszeichnung z. B. für das erfolgereichste Quartier oder das am besten geimpfte Unternehmen. Eine offizielle und öffentliche Wertschätzung durch die BZgA, den Bürgermeister etc. kann zusätzlich als Verstärker dienen. Voraussetzung ist, dass Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingebunden, Ängste von Impfgegnern sowie zentrale Empfehlungen (z. B. des Robert Koch-Institutes) berücksichtigt werden und die Stärkung der Gesundheitskompetenz (bisher wenig erreichter) spezifischer Risikogruppen (z.B. durch Übersetzung in anderen Sprachen) im Vordergrund steht.

Literatur und Quellen

Marckmann, G.; Strech, D. (2010): Konzeptionelle Grundlagen einer Public Health Ethik. In: Strech, D.; Marckmann, G. (Hg.): Public Health Ethik. Münster S. 43–66.

Verbraucherzentrale NRW e. V (2017): Marktwächter digitale Welt: Wearables, Fitness-Apps und der Datenschutz: Alles unter Kontrolle? Eine Untersuchung der Verbraucherzentralen. Online verfügbar unter www.marktwaechter.de/sites/default/files/downloads/mw-untersuchung_wearables_0.pdf [Zugriff am 27.12.2017].

Scherenberg, V. (2015): Qualitätsaspekte von Gesundheits-Apps: Wie lässt sich Qualität erkennen? In: Public Health Forum, Band 3, Heft 23, S. 144–146.

02.2
Forum 2: Marken- statt Themenkommunikation – Welche Marke(n) braucht das Land?

Moderation und Berichterstattung: Judith Schmitz

Hintergrund

Vor der Leitfrage »Welche Marke(n) braucht das Land?« wurde der Frage nachgegangen, ob und wie es eine nationale Gesundheitsmarke »für Alles und für Alle« geben kann. Welchen Mehrwert bietet dieses Konzept? Und wie zielt es auf die Informationsqualität in der Gesundheitskommunikation?

Ziel und Arbeitsweise

In Kleingruppen wurden zentrale Aussagen des Vortrags »Gesundheitsinformationen im Internet: Ein Portal für Alle und Alles?« von Dr. Klaus Koch (IQWiG) diskutiert und die Ergebnisse zusammengetragen.

Leitfragen

– Eine zentrale Gesundheitsmarke: Wofür kann sie stehen und welchen Mehrwert bietet sie? Konkret: Ob und wie können die unterschiedlichen Themen, Kampagnen und Internetportale der BZgA unter einer BZgA-Marke bzw. eines »Gesundheitsportals für Alle und Alles« zusammengebracht werden?
– Was zeichnet gute Qualität von Gesundheitsinformationen aus?
– Welche Ziele verfolgt ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« und wie kann es gelingen?

Diskussion und Arbeitsergebnisse

Eingangs wurde formuliert:
– Viele Aufgaben und Fragestellungen für ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« sowie die nach einer Dachmarke für die BZgA sind weitgehend identisch.

– Erfahrungen mit einem so anspruchsvollen Projekt wie ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« – bei der Vielfalt der bereits vorhandenen Gesundheitsangebote im deutschsprachigen Internet – gibt es nicht. Offen ist auch die Bereitschaft zur Zusammenarbeit der möglichen Beteiligten. Ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« ist deswegen ein Experiment mit (noch) offenem Ausgang.

Die wichtigsten Diskussionspunkte und Ergebnisse werden im Folgendem zusammengefasst.

Konzepte und Erreichbarkeit von Gesundheitsportalen

Die Internetportale der BZgA sind sehr unterschiedlich in der konzeptionellen Ausrichtung und der Gestaltung. Einige haben eher einen »lexikalischen Anspruch« und präsentieren das Wissen zu einem Thema mehr oder weniger umfassend. Bei anderen werden auch »kommunikative Instrumente« genutzt. Reine Informationen und Angebote zur Kommunikation müssen aber kein Widerspruch sein. Als kommunikative Angebote sind z. B. eine persönliche Beratung oder Verweise zu externen persönlichen Beratungsangeboten denkbar. Allein der Hinweis, dass es sie gibt, ist bereits eine Orientierungs- und Navigationshilfe für die Nutzerinnen und Nutzer. Die Realisierungsmöglichkeiten kommunikativer Angebote sind allerdings von den Ressourcen abhängig.

Entscheidend ist, dass seriöses Orientierungswissen vermittelt wird, auch angesichts der »Konkurrenz« von weniger seriösen Gesundheitsangeboten im Internet.

Für ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« sind sehr viele unterschiedliche »Module« notwendig. Dazu gehören auch persönliche Beratungsangebote von unterschiedlichen Akteuren. Ein Verweis auf andere Anbieter für persönliche Beratung kann ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« »entlasten«. Das Interesse regionaler und überregionaler Beratungsangebote daran ist sehr groß. Niemand weiß allerdings, welche und wie viele es gibt und von welche Qualität sie sind.

Entscheidend ist es, die Besucherinnen und Besucher mit ihrer konkreten Fragestellung abzuholen und zu den jeweils richtigen Informationen zu leiten. Ein Problem dabei: Die meisten kommen über Suchmaschinen auf eine bestimmte Seite des Portals und können sich dann nur mühsam über das gesamte Angebot orientieren. Das könnte man z. B. über eine intuitive Benutzerführung, Boxen mit Zusatzinformationen oder Verweisen zu verwandten Themen lösen. Eingewendet wurde aber auch, dass es legitim ist, wenn eine Frage ausreichend beantwortet wird und jemand das Portal dann wieder verlässt.

Ein weiteres Problem: Bei der Vielzahl der Gesundheitsangebote im Internet ist es selbst mit Suchmaschinenoptimierung schwierig, z. B. bei Google auf der ersten Seite gelistet zu werden. Trotz aller Bemühungen ist das nicht immer von Erfolg gekrönt.

Diskutiert wurde die Frage, ob sich die Inhalte eines Gesundheitsportals an den Ergebnissen von Suchmaschinen orientieren sollten. Die Tendenz: Eher nein. Notwendig ist ein Themenkatalog. Für die Auswahl der 200 Themen von www.gesundheitsinformation.de des IQWiG waren nicht die Ergebnisse von Suchmaschinen entscheidend. Es wurden nur solche Themen aufgenommen, von denen 1 % der Bevölkerung (1 % der Männer und 1 % der Frauen) im Jahr betroffen sind. Diese Grenze wurde »willkürlich« gesetzt. Für ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« müsste man ähnlich vorgehen und Themen festlegen.

Hingewiesen wurde auf die Notwendigkeit von Monitoring und Erfolgskontrolle von Internetportalen, die nicht nur quantitative Indikatoren

(Klickzahlen) berücksichtigen sollten. Qualitative Indikatoren sind jedoch noch nicht ausreichend entwickelt worden.

Zielgruppen und Kanäle

Die Zielgruppen für die verschiedenen Internetportale der BZgA sind sehr vielfältig und unterschiedlich, von Betroffenen eines Themas über die ganze Bevölkerung bis hin zu Fachleuten. Manche Internetportale der BZgA haben explizit die Aufgabe, sehr kleine Zielgruppen zu erreichen und anzusprechen. Die Frage ist, ob und wie man unterschiedliche Zielgruppen für einzelne Portale der BZgA bzw. mit einem »Gesundheitsportal für Alle und Alles« erreichen kann.

Denkbar ist eine Themen- und/oder Zielgruppenorientierung über unterschiedliche Kanäle. Das wurde am Beispiel der Kampagne über Sexuell Übertragbare Infektionen (STI) erläutert, deren Zielgruppen sehr spezifisch sind und deren Reichweite begrenzt ist. Für STI wurde eine Mehrkampagnenebene gewählt: Neben Plakaten gibt es ein Internetportal mit Informationen für die potentiell betroffenen Zielgruppen sowie spezifische Informationen für Fachkräfte (www.liebesleben.de), außerdem eine Kooperation mit der Aids-Hilfe. Eine solche Differenzierung bei der Ansprache von Zielgruppen ist notwendig und möglich – wurde festgestellt.

Was zeichnet ein gutes Internetportal aus?

Informationen bereitzustellen ist die Aufgabe, sie zielgruppenspezifisch aufzubereiten die Herausforderung. Informationen können noch so gut sein, wenn sie nicht ansprechend sind, erreichen sie die Zielgruppen nicht. Die Aufgabe der Informationsvermittlung bewegt sich zwischen den beiden Polen Sachlichkeit und Emotionalität: Mit einer emotionalen Ansprache können Informationen besser vermittelt werden; Fachleute muss man allerdings eher sachlich-informativ ansprechen. Die Art der Ansprache ist also abhängig von der Zielgruppe. Für alle gilt: Für alle Themen werden evidenzbasierte Sachinformationen benötigt. Darauf können ganz unterschiedliche Instrumente einer Kampagne aufbauen.

Die Erreichbarkeit ist auch abhängig vom Zugang der Zielgruppen: Jemanden zu erreichen, der nicht internetaffin ist, ist viel schwieriger als eine junge Zielgruppe, die schnell gelangweilt ist, wenn nicht sofort mehrere Info-Fenster aufgehen.

Internetportale der BZgA und eine gemeinsame Dachmarke

Die Hauptseite der BZgA ist sehr sachlich und nüchtern. Sie vermittelt den Eindruck einer ungeordneten und unsystematischen Sammlung. Ansprechend ist sie nicht. Ist es aber überhaupt möglich, das ganze Themenspektrum der BZgA auf einer Hauptseite abzubilden? Welche Schwerpunkte müssten gesetzt werden? Daran knüpfte die Frage an, welche Funktion die Hauptseite hat und wie sie als Einstieg und »Visitenkarte« der BZgA aussehen müsste. Notwendig ist eine eindeutige Struktur. Die Internetportale zu einzelnen Themen sollten als BZgA-Angebote identifizierbar sein. Das sollte eine Dachmarke BZgA leisten.

Die Diskussion über die Hauptseite der BZgA sollte aber auch nicht »überfrachtet« werden. Beispielsweise kommen nur etwa 3 % der Besucher des Portals www.gesundheitsinformation.de des IQWiG über die Startseite, alle anderen gelangen direkt auf einzelne Seiten. Das trifft auch für die Internetportale der BZgA zu.

Die mehr als 150 Internetportale der BZgA verfolgen ganz unterschiedliche Ziele und sprechen unterschiedliche Zielgruppen an. Sie sind individu-

ell gestaltet, und die redaktionellen Ressourcen sind unterschiedlich. Einige haben auch einen expliziten gesetzlichen Auftrag. Sie sind in vielen Jahren gewachsen, die Redaktionen identifizieren sich mit ihnen und sie haben etwas zu »verlieren«. Es ist deswegen nicht einfach, das »eigene« Portal in Frage zu stellen, ggf. in eine neue und andere Gesamtstruktur zu überführen und unter einer gemeinsamen Dachmarke einzuordnen. Um dafür Akzeptanz zu schaffen, müsste die Entwicklung einer BZgA-Dachmarke und die Einbindung der Internetportale schrittweise entwickelt und realisiert werden.

Offen bleibt die Frage, ob und wie die Internetportale vereinheitlicht und unter einer gemeinsamen Dachmarke/Eingangsseite als Klammer für alle Themen gefasst werden sollen und können. Gut wäre es, wenn die Aktivitäten, Kampagnen und Portale der BZgA auch mit der Marke BZgA identifiziert werden können. Bei einer gemeinsamen Dachmarke stellt sich die Frage, wie sich die verschiedenen Themen, Zielgruppen und Internetportale dort wiederfinden (können). Sie sollten die gemeinsame Marke BZgA repräsentieren.

Hinterfragt wurde, ob es für jedes Thema der BZgA eine eigenständige »Satelitenseite« geben muss. Als Alternative wurden Microsites zur Diskussion gestellt, die in einem gemeinsamen Redaktionssystem gepflegt werden, z. B. www.sti.bzga.de. An solchen Microsites mit einer an www.bzga.de abgelehnten Internetadresse würde deutlich werden, dass sie von der BZgA sind.

» Zusammengefasste Ergebnisse

Zum Abschluss waren die Teilnehmenden aufgefordert, zu folgenden Fragen ihre Meinung zu äußern:

- Gibt es einen Widerspruch zwischen einer sachlich-informativen und emotional-ansprechenden Ansprache? Eindeutig: Nein. Ein Internetportal muss sich ausgehend von den Zielgruppen zwischen den beiden Polen positionieren.
- Kann und soll es eine Dachmarke für die BZgA und eine entsprechende Strategie geben? Eindeutig: Ja.
- Ist ein »Gesundheitsportal für Alle und Alles« sinnvoll und möglich? Wenige Nein-Stimmen und sehr viele: Ja, aber schwierig.

02.3 Forum 3: Wandel ohne Alternativen? Was geht bei der Gesundheitsförderung in Sozialen Medien – und was nicht?

Moderation und Berichterstattung: Martin Salaschek

Hintergrund

Digital Natives (und immer mehr andere) befragen Google, YouTube oder ihre Social Media Crowd zu allen Arten von Gesundheitsthemen. Inhalte werden dann am häufigsten geklickt, wenn sie leicht verständlich, witzig und in weniger als einer Minute zu erfassen sind. Wer mit seinen Inhalten sichtbar sein will, muss außerdem aktiv zum User kommen, z. B. über ein großes Follower-Netzwerk. Wer das nicht hat, muss viel in Suchmaschinen-Optimierung und Werbung investieren – und konkurriert dort mit milliardenschweren Konzernen sowie weiteren spezialisierten kommerziellen Angeboten.

Ziel

Ziel des Forums war es, Möglichkeiten, Chancen und Grenzen von Social Media in der Gesundheitsförderung aufzuzeigen und mögliche »Leitplanken« für die BZgA zu diskutieren.

Leitfragen

- Welche traditionellen bzw. innovativen Maßnahmen der Gesundheitsförderung eignen sich für die Kommunikation in Social Media, welche nicht?
- Welche Stärken hat die BZgA schon jetzt in Sachen Social Media?
- Was steht einer erfolgreichen Implementation von Social Media entgegen?
- Welche neuen Wege werden in der BZgA gebraucht? Was ist zu tun?

Diskussion und Arbeitsergebnisse

Die wichtigsten Diskussionspunkte und Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

Was eignet sich für die Kommunikation über Social Media und was nicht?

Zunächst wurde diskutiert, ob komplexe Themen für Social Media weniger geeignet seien, da kurze Informationen und klare Botschaften zur Zielgruppenerreichung benötigt würden. Dagegen wurde eingewandt, dass auch komplexe Themen über Soziale Medien vermittelt werden können, wenn sie in einfacher Sprache und klarer Botschaften verpackt werden. Allerdings könnte die Umsetzung umso schwieriger werden, je komplexer die Zielgruppen, Interventionen und Ressorts sind.

Es wurde außerdem die Frage aufgeworfen, ob sich auch sensible Themen (etwa aus der sexuellen Aufklärung oder der Suchtprävention) für eine Platzierung in den Sozialen Medien eignen. Dazu wurde in der Gruppe die Haltung vertreten, dass es keine Themen gibt, die man kategorisch ausschließen muss. Es sei aber wichtig, sich genau zu überlegen, welche Aspekte eines sensiblen Themas sich für eine Platzierung in Social Media eignen und welcher Kanal der richtige dafür ist.

Bislang war eine weitere übliche These, dass Themen, die sich vor allem an ältere Menschen richten, für Social Media weniger geeignet seien. Denn zwar nutzen viele ältere Menschen das Internet, es sei aber fraglich, ob sie auch die Art des Austausches wünschen, wie sie in Social Media vielfach praktiziert wird. Belastbare Daten liegen zu dieser Frage kaum vor. Laut ARD-ZDF-Onlinestudie (Koch und Frees 2017) nutzen inzwischen 94,5 % der deutschsprachigen Bevölkerung ab 60 Jahren das Internet; dabei spielt Individualkommunikation (inkl. WhatsApp und anderer Messenger) neben der Informationssuche in dieser Altersgruppe die größte Rolle. Bei Online-Communitys wird in diesen Altersgruppen bisher allerdings fast ausschließlich Facebook genutzt, und zwar fast ausschließlich von 50- bis 69-Jährigen (22 % mindestens wöchentliche Nutzung im Vergleich zu 4 % bei über 70-Jährigen). Die Zahlen stagnierten zudem zuletzt.

Grundsätzlich eignen sich Themen, bei denen der Austausch im Mittelpunkt steht, für Social Media. Diskussionen in den Sozialen Medien zu moderieren, bindet aber Ressourcen, insbesondere wenn es sich um Themen mit hohem Konfliktpotenzial handelt. Allerdings ist die Angst, man würde mit bestimmten Themen einen Shitstorm nach dem anderen auslösen, oft unbegründet. Die Praxis zeigt, dass sich Vieles auch von alleine in der Community regelt, weil dort Menschen mit ganz unterschiedlichen Ansichten unterwegs sind. Aber natürlich müssen Ressourcen für das Community-Management eingeplant werden. Man sollte mehrmals täglich nachschauen, was gepostet wurde, manchmal auch öfter. Und man sollte immer auf die Community-Regeln verweisen und Falschinformationen korrigieren.

Twitter könnte sich gut für die Kommunikation mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eignen, beispielsweise für die Ankündigung neuer Materialien. YouTube eigne sich für eine breite Zielgruppe mit konkreten Fragestellungen.

Welche Stärken hat die BZgA schon jetzt in Sachen Social Media?

Die BZgA verfügt über eine große Themenvielfalt, und es gibt bereits eine ganze Reihe von Arbeitsgruppen und Social Media-Aktivitäten in den einzelnen Fachabteilungen, die laut Reichweitenmessung

gut angenommen werden. Es ist auch schon Vieles vorhanden, das für Social Media aufbereitet und ggf. gebündelt werden könnte, zum Beispiel viele Bewegtbilder, die sich für YouTube eignen.

In der Belegschaft gibt es zudem eine große Bereitschaft, beim Thema Social Media abteilungsübergreifend zusammenzuarbeiten.

Die Sozialen Medien haben – auch schon jetzt – außerdem einen großen Vorteil für die Evaluation: So liefern sie beispielsweise über das Tracking einfach und kostengünstig Daten und Zahlen zur Reichweite von Kampagnen.

» Was steht einer erfolgreichen Implementation von Social Media entgegen?

Typische behördliche Strukturen erschweren die Umsetzung und Weiterentwicklung von Social Media-Aktivitäten (vgl. auch Germann 2015):

– Die Abstimmungs- und Freigabestrukturen einer Behörde stehen der Geschwindigkeit und der dialogischen Struktur von Social Media entgegen.
– Es gibt im Haus keine ausgeprägte abteilungsübergreifende Kooperationskultur für innovative Entwicklungen.
– Es gibt auf Referats- oder Abteilungsebene schon viele Arbeitsgruppen, Know-how und auch Lösungen, die erarbeitet wurden; gleichzeitig stellt die Leitung strategische Überlegungen an – aber Strukturen und Gelegenheiten, um das »Unten« und das »Oben« zusammenzubringen, bilden sich erst seit kurzer Zeit aus.
– Es fehlt bislang eine übergreifende Organisationsstruktur für Social Media.

Ein weiteres wichtiges Problem, das immer wieder identifiziert wurde, ist ein Mangel an personellen Ressourcen mit Schwerpunkt Medienkompetenz in Sozialen Medien sowie an Manpower, um Social Media-Aktivitäten übergreifend zu verankern und zu betreuen.

Daneben wurde aber auch ein grundsätzlicher Einwand formuliert, der die Kompatibilität der Aufgaben und des Anspruchs der BZgA mit den Sozialen Medien in Frage stellt: Die BZgA zeichnet sich dadurch aus, dass jede Information, die sie nach außen gibt, sehr gründlich geprüft wird – über Recherche, aber auch dadurch, dass immer mehrere Menschen kontrollieren, was veröffentlicht wird. In den Sozialen Medien muss schnell reagiert und geliefert werden, was nicht dieselbe Gründlichkeit bei der Absicherung der Informationen zulässt. Social Media widerspricht insofern in gewisser Weise der bisherigen Arbeitskultur der BZgA.

» Welche neuen Wege werden in der BZgA gebraucht? Was ist zu tun?

Es braucht eine Gesamtkommunikationsstrategie der BZgA, die Social Media und die digitalen Medien insgesamt systematisch mitdenkt. Prinzipiell sollte »analog« und »digital« bzw. »offline« und »online« künftig immer zusammengedacht werden. Diese wechselseitige Verknüpfung ist auch wichtig für die BZgA als Marke. Dabei ist Wiedererkennbarkeit wichtig.

Innerhalb einer solchen Gesamtkommunikationsstrategie bedarf es eines Social Media-Konzepts, das auch Kompetenzen vorsieht, die nicht immer der hierarchischen Abstimmung bedürfen, sowie kürzere Kommunikationswege für die Beantwor-

tung bestimmter Fragen. Das heißt, es braucht Strukturen, die es erlauben, auch mal schnell zu reagieren. Um solche Ad-hoc-Reaktionen abzusichern, braucht es eine gute Rechtsberatung.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist eine Verbesserung und Intensivierung des Austausches zwischen den einzelnen Referaten und Abteilungen. Möglichkeiten hierfür wären beispielsweise Team-Räume (auch online) oder Think Tanks. Der Austausch müsste aber auch hierarchieübergreifend organisiert werden, nicht nur auf der Horizontalen, um das, was »unten« ganz praktisch passiert, und das, was »oben« strategisch geplant wird, zusammenzubringen.

Außerdem bräuchte es eine Organisationseinheit (»Dach-Struktur«) für Social Media, die die Aktivitäten bündelt und koordiniert. Diese zentrale Organisationseinheit wäre auch für die Dachmarkenkommunikation, die Gesamtstrategie und das Monitoring zuständig.

Nicht nur in der geforderten Gesamtkommunikationsstrategie der BZgA, sondern auch in der konkreten Kampagnenplanung sollten die Sozialen Medien von Anfang an mitgedacht werden, z. B. indem zu einem Plakat-Motiv auch passende Beiträge in verschiedenen Social Media-Kanälen platziert werden. Am Beginn jeder Kampagne muss aber immer eine sorgfältige Analyse stehen: Was ist das Thema? Wer ist die Zielgruppe? Was ist mein Ziel? Welche Kanäle eignen sich dafür? Die Botschaften müssen im Vorhinein immer genau geklärt werden, bevor man mit einem Thema in die Kommunikation über Social Media einsteigt. Es braucht aber auch Leute, die den Mut und die Kompetenz haben, auf »frechere« Weise über die Themen zu schreiben.

Fazit: Die BZgA muss akzeptieren, dass sie mit ihren guten Inhalten stärker als früher in Konkurrenz mit anderen Informationsanbietern steht und deshalb darüber nachdenken muss, wie sie ihre Inhalte künftig (besser) positionieren kann.

Literatur und Quellen

Germann, C. (2015): Der Staat bei Facebook: Warum Behörden heute »social« sein müssen. Online verfügbar unter https://allfacebook.de/fbmarketing/whitepaper-der-staat-bei-facebook [Zugriff am 11.03.2018].

Koch, W.; Frees, B. (2017): ARD/ZDF-Onlinestudie 2017: Neun von zehn Deutschen online. In: Media Perspektiven 09/2017, S. 434–446. Online verfügbar unter www.ard-zdf-onlinestudie.de/files/2017/Artikel/917_Koch_Frees.pdf [Zugriff am 11.03.2018].

03

Anhang

03.1 Referentinnen und Referenten, Berichterstatter und Berichterstatterinnen

PD Dr. Urs-Vito Albrecht ist stellvertretender Institutsleiter am Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik an der Medizinischen Hochschule Hannover und geschäftsführender Arzt der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover. Er leitet die multidisziplinäre Forschergruppe PLRI MedAppLab, die sich mit den ethisch-rechtlichen Rahmenbedingungen des medizinischen Einsatzes von Gesundheits-Apps auseinandersetzt. Zudem entwickelt die Gruppe zum gesamten Gesundheitsbereich eigene Anwendungen, die erfolgreich international eingesetzt werden. Albrecht ist als wissenschaftlicher Beirat in diversen nationalen und internationalen Verbänden tätig.

Dr. Tobias Knobloch leitet das Projekt »Algorithmen fürs Gemeinwohl« bei der Stiftung Neue Verantwortung. Zuvor war er stellvertretender Leiter des Referats für Öffentlichkeitsarbeit, digitale Kommunikation und Besucherdienst im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Dort hat er vier Jahre lang die Online-Kommunikation verantwortet, war für zahlreiche Digitalisierungsthemen verantwortlich und hat ein entwicklungspolitisches Open-Data-Portal aufgebaut. Von 2008 bis 2010 hat Tobias Knobloch ein Social-Software-Startup mitgegründet, selbstständig als Evaluationsgutachter gearbeitet und war an mehreren wissenschaftlichen Projekten beteiligt.

Nach dem 1. Staatsexamen in Latein und Philosophie für die Sekundarstufe II (Bochum) war er von 2005 bis 2008 Stipendiat im DFG-Graduiertenkolleg »Auf dem Weg in die Wissensgesellschaft« und hat über Computersimulationen promoviert (Bielefeld). Von 1999 bis 2004 war er, anfangs parallel zum Studium, Projektmanager in einer IT-Agentur.

Dr. rer. medic. Klaus Koch leitet das Ressort Gesundheitsinformation beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Biologiestudium in Bonn und Köln, Abschluss 1989 Diplom-Biologe; 1990 Stipendium »Wissenschaftsjournalismus« der Robert-Bosch-Stiftung, bis Ende 2005 freier Medizin- und Wissenschaftsjournalist (u. a. für Süddeutsche Zeitung, Deutsches Ärzteblatt) und Buchautor; 2006 Leitender Redakteur in der Institutsleitung des IQWiG, 2007 Promotion zur Bewertung von Methoden der Krebsfrüherkennung an der Universität zu Köln; von 2009 bis 2013 Mitglied im erweiterten Vorstand des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V., von 2011 bis 2015 stellvertretender Sprecher, von 2015 bis 2017 Sprecher im Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung des Netzwerks; April 2010 Stellvertretender Leiter des Ressorts Kommunikation; seit Mai 2011 Leiter des Ressorts Gesundheitsinformation. Seine Aufgaben im IQWiG sind die Weiterentwicklung von Konzepten und Methoden für evidenzbasierte Bürger- und Patienteninformationen, die Chefredaktion des Internetauftritts www.gesundheitsinformation.de (deutsch und englisch) sowie die Vertretung des Ressorts in Gremien und Öffentlichkeit.

Prof. Dr. Stefan Ludwigs lehrt seit 2005 an der Rheinischen Fachhochschule Köln die Fächer Medientheorie, Kommunikationsmanagement und Medienpsychologie. Seit 2006 leitet er den Studiengang Mediendesign. Seine Arbeitsschwerpunkte sind strategische Beratung, Untersuchungen und Gutachten im Bereich E-Learning und Kommunikation im Social Web. Vor seiner Lehrtätigkeit war er Managing Director der Internetagentur Pixelpark AG in Köln.

Dr. Guido Nöcker, Sozialwissenschaftler, ist Referatsleiter für Fortbildung, Qualifizierung und Hochschulkooperation in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Er ist verantwortlich für die »Werkstattgespräche mit Hochschulen«, für die Fachheftreihen »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung« und »Gesundheitsförderung Konkret« sowie für die »Leitbegriffe der Gesundheitsförderung«.

Dr. Martin Salaschek, Diplom-Psychologe, ist wissenschaftlicher Referent bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und koordiniert das BMBF-geförderte Forschungsprojekt CAHPOT (Community Access to Health Promotion via Online Tools). 2009 Abschluss als Diplom-Psychologe an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 2014 dort Promotion in der Bildungspsychologie. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Evaluation/Qualitätssicherung und Online-Forschung im Bereich Gesundheitsförderung.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH, ist seit 2009 als Autorin und Dozentin an der APOLLON Hochschule tätig und übernahm 2011 als Dekanin den Fachbereich Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen dieser Tätigkeit ist sie verantwortlich für die Bachelor-Studiengänge Präventionsmanagement, Angewandte Psychologie und Gesundheitstourismus. Die Gesundheitswissenschaftlerin hat ihren Forschungsschwerpunkt u. a. im Bereich Präventions-Apps und Präventionsmarketing.

Judith Schmitz arbeitet seit 2016 als Referentin Kommunikation und Medien in der Abteilung »Unterstützung der Krankenkassen bei Leistungen zur

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten« der BZgA. Zu ihren Aufgaben zählen die Entwicklung und Umsetzung einer bundesweiten Kommunikationsstrategie für das GKV-Bündnis für Gesundheit und die Mitarbeit beim Aufbau von www.gkv-buendnis.de. Zuvor betreute sie als PR-Beraterin die BZgA und begleitete unter anderem den Launch der Marke Liebesleben. Parallel absolvierte sie erfolgreich eine Ausbildung zum Personal- und Business-Coach. Von 2000 bis 2013 war sie als Pressesprecherin und Leiterin Unternehmenskommunikation des Kölner Telekommunikationsanbieters NetCologne tätig.

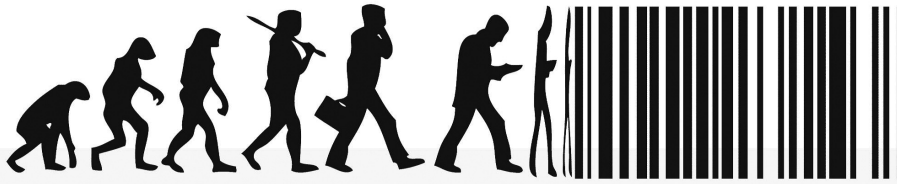
Dr. med. Johannes Wimmer ist in den deutschsprachigen Medien bekannt als TV- und Video-Arzt. Er arbeitet als Arzt in einem deutschen Krankenhaus und hält Fachvorträge auf medizinischen und gesundheitspolitischen Kongressen zum Thema verbesserte Patientenkommunikation. Vorher war er als Head of Digital Patient Communication am CVderm des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf tätig. Er absolvierte sein Medizinstudium an der Philipps-Universität in Marburg und der Universität Lübeck. Sein praktisches Jahr führte ihn u. a. in die USA und nach China. Er gründete die Beratungsagentur MedServation und entwickelte das Video-Portal Dr. Johannes.

50 Jahre BZgA

Werkstattgespräch

Digitalisierung als Treiber von Wandel

Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen



16. November 2017

#WSTG17

Werkstattgespräch 2017
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149-161 • 50935 Köln

03.2 Tagungsprogramm

TAGUNGSTHEMA: DIGITALISIERUNG ALS TREIBER VON WANDEL CHANCEN UND BARRIEREN MODERNER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION UND IHRER ORGANISATIONEN

Digitale Technologien gewinnen vermehrt Einfluss auf zentrale Bereiche der Gesundheitskommunikation. Sie stoßen Veränderungsprozesse in der Kommunikation mit Zielgruppen sowie innerhalb der Organisationen selbst an, die sich dieser neuen, digitalen Kommunikationsmittel bedienen. Während wir uns bereits daran gewöhnen, dass Politiker twittern und Ministerien und Verwaltungen sich den Fragen und Problemen ihrer Bürger auch über soziale Netzwerkseiten nähern und versuchen, Fans und Follower zu generieren, vollzieht sich der digitale Wandel im Gesundheitssektor überraschend langsam.

Bereits 2010 hat die Bundeszentrale das Thema »Web 2.0 und Social Media« in einem Werkstattgespräch erstmalig aufgegriffen und dabei Medien für die Kommunikation mit den Zielgruppen in den Blick genommen.

Auch beim Werkstattgespräch 2017 wird ein Akzent auf den aktuellen Entwicklungen und Anforderungen der digitalen Kommunikationsmedien liegen. Die Themen digitale Markenbildung und Gesundheits-Apps stehen dabei für einen Wandel in der Kommunikationsstrategie und ihren Anwendungen.

Als weiterer thematischer Schwerpunkt soll die Frage des institutionellen Wandels in den Blick genommen werden, der sich immer deutlicher als Folge von sowie als Voraussetzung für gelingende Kommunikation erweist.

ERÖFFNUNG

9:45 Begrüßung und Eröffnung
Dr. Heidrun M. Thaiss, Leiterin der BZgA

Einführung
Dr. Guido Nöcker, Prof. Dr. Stefan Ludwigs

I. VORTRÄGE

KOMMUNIKATION IM WANDEL

10:15 Vom Sinn und Unsinn digitaler Gesundheits-Apps/CHARISMHA-Studie
PD Dr. Urs-Vito Albrecht, MHH, Hannover

11:15 Gesundheitsinformationen im Internet: Ein Portal für Alle und Alles?
Dr. Klaus Koch, IQWIG, Köln

12:15 Mittagspause

ORGANISATION IM WANDEL

13:00 Zielgruppenkommunikation auf Augenhöhe. Wie flexibel können Behörden sein?
Dr. Tobias Knobloch, Stiftung Neue Verantwortung, Berlin

II. FOREN

14:00 Forum 1: Innovationen ohne Qualitätsentwicklung?
Moderation: Prof. Dr. Viviane Scherenberg
Forum 2: Marken- statt Themenkommunikation?
Moderation: Judith Schmitz
Forum 3: Wandel ohne Alternative?
Moderation: Dr. Martin Salaschek

15:15 Pause

III. ABSCHLUSS

15:30 Forenberichte

15:50 Die Zukunft der Gesundheitskommunikation. BZgA 2030: Ein fiktives Szenario
Dr. Johannes Wimmer, UKE, Hamburg

16:50 Resümee

17:00 Ende der Veranstaltung

LEITFRAGEN

- Welche Bedeutung werden Apps und Gesundheitsinformationen für die (neue) Gesundheitskompetenz in Zukunft haben?
- Ist staatliche Aufklärung notwendiger als je zuvor, weil das Informationsangebot im Internet zunehmend unüberschaubarer wird?
- Ist Markenbildung eine Voraussetzung für oder gar Alternative zu einem zentralen Gesundheitsportal für Alle und Alles?
- Welchen Stellenwert haben digitale Instrumente in der Zielgruppenkommunikation (zentrales Kommunikationsmedium vs. additives Element)?
- Wie kann die Forderung nach Kommunikation mit Nutzern auf Augenhöhe als institutionelle Herausforderung gemeistert werden?