

Wangler, Julian et al.

Research Report

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management II

ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 16

Provided in Cooperation with:

FOM Hochschule für Oekonomie & Management, ifgs Institut für Gesundheit & Soziales

Suggested Citation: Wangler, Julian et al. (2019) : Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management II, ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 16, MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/230703>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

*Band
16*

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Beiträge zu Gesundheitswissenschaften
und -management II*

~

Julian Wangler / Michael Jansky / Christian Heidl /
Sebastian Müller / Natalie Heckel / Jürgen Zerth

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

**Julian Wangler / Michael Jansky / Christian Heidl / Sebastian Müller /
Natalie Heckel / Jürgen Zerth**

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management II

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 16

Essen 2019

ISSN (Print) 2367-3176 ISSN (eBook) 2569-5274

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2019 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-
namen, Handelsnamen, Warenbe-
zeichnungen usw. in diesem Werk
berechtigt auch ohne besondere
Kennzeichnung nicht zu der Annah-
me, dass solche Namen im Sinne
der Warenzeichen- und Marken-
schutz-Gesetzgebung als frei zu
betrachten wären und daher von
jedermann benutzt werden dürfen.
Oft handelt es sich um gesetzlich
geschützte eingetragene Waren-
zeichen, auch wenn sie nicht als
solche gekennzeichnet sind.

***Beiträge zu Gesundheitswissenschaften
und -management II***

Beitrag I:

***Akzeptanz digitalisierter Pflegeassistenz
Eine sozialwissenschaftliche Perspektive am
Fallbeispiel Dehydrationsmanagement***

von Christian Heidl, Sebastian Müller
Natalie Heckel und Jürgen Zerth

Beitrag II:

***Zwischen Empowerment und Cyberchondrie
Eine empirische Studie zum ambivalenten
Wirkungspotenzial von Gesundheitsportalen***

von Julian Wangler und Michael Jansky

Vorwort

Die Transfertagung „eHealth & Society“ ist seit dem Jahr der Gründung des ifgs Institut für Gesundheit & Soziales an der FOM Hochschule (2016) in kurzer Zeit zu einer festen Veranstaltungsgröße für den Hochschulbereich „Gesundheit & Soziales“ geworden, insbesondere für das veranstaltende FOM Hochschulzentrum in München. Die Fragestellung der zweiten Tagung im Jahr 2017 stand unter der provokanten und immer noch aktuellen Fragestellung: „Warum kommt die Digitalisierung nicht im Gesundheitswesen an?“ Deren Beantwortung erscheint – immer noch – nicht gelingen zu wollen, obwohl das eHealth-Gesetz I mittlerweile greift und sich ein Folgegesetz im Erstellungsprozess befindet. Zwar steht der Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen auf der Agenda aller Parteien des Deutschen Bundestages, dennoch kennzeichnen vor allem Umsetzungsprobleme und Insellösungen den Alltag in vielen Praxisfeldern der gesundheitlichen Versorgung. In diesem Zusammenhang war noch im Heft 1/2018 des Deutschen Ärzteblatts zu lesen: „Von einem Krankenhaus 4.0 in der Fläche sind wir noch weit entfernt, denn allzu häufig werden Arbeitsabläufe und Prozesse durch IT nur unzureichend unterstützt. Dies hat eine kürzlich vorgestellte Anwenderstudie zur Zufriedenheit mit klinischen IT-Systemen ergeben, für die mehr als 2.300 Ärzte und Pflegekräfte befragt wurden. Danach sind mehr als ein Drittel der klinisch tätigen Ärzte unzufrieden mit der Nutzerfreundlichkeit ihres Krankenhausinformationssystems.“ Auch in der Folge wollte die Kritik im Fachmedium nicht nachlassen.

Derweil sind Lösungen, wie sie von Heidl et al. auf der eHealth & Society vorgestellt und im ersten Beitrag dieses Bandes beschrieben werden, für eine rasche Dissemination in der Fläche prädestiniert. Hierbei handelt es sich um wichtige pflegerische Entlastungsfunktionen, die die Digitalisierung hinsichtlich von Monitoringaufgaben übernehmen kann. Im konkreten Fallbeispiel handelt es sich um das Exsikkose-Management im stationären Setting. Auf der Basis von 10 Leitfadengestützten Experteninterviews kommen die Autoren zum Ergebnis, dass sensorgestützte Assistenzsysteme in der Pflege zu einer verbesserten Versorgungskontinuität beitragen können. Dies betrifft sowohl die intra- als auch die intersektorale Arbeitsteilung.

Der zweite Beitrag dieses Bandes befasst sich im Kontext von Digitalisierung mit einer weiteren zunehmend wichtigen Komponente, den elektronischen Gesundheitsportalen. Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes wurden zuvor ebenfalls auf der „eHealth & Society“ vorgetragen. Im Jahr 2016 wurden die Ergebnisse des „Health Literacy-Surveys Germany“ (HLS-GE) publiziert, der zu Tage trug, dass mehr als 50% der Deutschen eine „nicht ausreichende“ oder gar eine „mangelhafte“ Gesundheitskompetenz aufweisen. Daher erscheint es für die Aktiven des Fachgebiets Public Health wichtig zu wissen, wie es um die Bekanntheit von Gesundheitsportalen bestellt ist, welche Motive Nutzer aufweisen, oder aber auch, ob derartige Informationsquellen zu Verhaltensänderungen führen können. Diesen und weiteren Fragen gingen Wangler und Jansky nach. Die Autoren kamen bei der zugrunde liegenden Umfrage (N=234) zu beachtenswerten Ergebnissen, die im zweiten Beitrag ausgeführt werden.

München, im Februar 2019

Prof. Dr. habil. Manfred Cassens

Wissenschaftlicher Direktor des ifgs Institut für Gesundheit & Soziales

Inhalt

Vorwort.....	II
--------------	----

Beitrag I: Akzeptanz digitalisierter Pflegeassistenten

1	Veränderte Arbeitsteilung als Kernherausforderung – Einfluss der Digitalisierung.....	2
2	Pflege- und organisationstheoretische Einordnung des Dehydrationsmanagements	5
3	Eine akzeptanztheoretische Betrachtung	9
4	Zusammenfassung	18
	Literatur	19

Beitrag II: Zwischen Empowerment und Cyberchondrie

1	Einleitung und Zusammenfassung.....	26
2	Hintergrund	27
3	Fragestellung und Methodik	32
4	Ergebnisse	33
5	Diskussion	43
	Literatur	47

Beitrag I
Akzeptanz digitalisierter Pflegeassistenz

Eine sozialwissenschaftliche Perspektive am
Fallbeispiel Dehydrationsmanagement

Christian Heidl, Sebastian Müller, Natalie Heckel und Jürgen Zerth

Prof. Dr. Jürgen Zerth

Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften
Forschungsinstitut IDC

E-Mail: juergen.zerth@wlh-fuerth.de

Beitrag beim Symposium eHealth & Society im Februar 2017

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Zusammenfassung	1
1 Veränderte Arbeitsteilung als Kernherausforderung – Einfluss der Digitalisierung	2
2 Pflege- und organisationstheoretische Einordnung des Dehydrationsmanagements.....	5
2.1 Pflege als Teil einer Teamproduktion.....	5
2.2 Sensorgestützte Produkt- Dienstleistung als Prozessverstetigung	6
3 Eine akzeptanztheoretische Betrachtung.....	9
3.1 Pflegeprozess und Akzeptanzperspektiven.....	9
3.2 Eine akzeptanztheoretische Rekonstruktion – Projekt SeLe.....	11
3.2.1 Theoretische Grundlagen	11
3.2.2 Qualitatives Befragungsdesign und Ergebnisse	13
3.3 Organisationstheoretische und soziale Implikationen.....	15
4 Zusammenfassung	18
Literatur	19
Internetquellen	22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Informationskontinuität führt zur Versorgungskontinuität.....	3
Abbildung 2: Prozessbetrachtung Dehydrationsmanagement	7
Abbildung 3: Nutzer-, Nutznießer- und Nachfragerrollen.....	10
Abbildung 4: Adaptiertes Akzeptanzmodell.....	12
Abbildung 5: Wahrgenommener Nutzen	14
Abbildung 6: Wahrgenommene Benutzbarkeit.....	14
Abbildung 7: Wahrgenommene soziale Implikationen.....	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitative Vorstudie zur Einstellungsakzeptanz SeLe	13
Tabelle 2: Beförderungs- und Hemmnisfaktoren.....	17

Zusammenfassung

Digitalisierungsentwicklungen in der Pflege verknüpfen sich mit der Frage, inwiefern technologische Entwicklungen, beispielsweise Sensorlösungen, den Pflegeprozess und den Pflegeerfolg beeinflussen können. Beispielsweise ist bei der Implementierung eines sensorgestützten Pflegeassistentensystems in die Pflegepraxis die organisatorische und personelle Passung vorzunehmen. In dieser Hinsicht ist die Differenzierung der am Workflow orientierten Stakeholderrollen in Nutzer, Nutznießer, Nachfrager und/oder Kostenträger notwendig. Vor dem Hintergrund der Stakeholderrollen lassen sich handlungsorientierte Akzeptanzkriterien im Sinne des wahrgenommenen Nutzens und der wahrgenommenen Benutzbarkeit ableiten, deren Prädiktionsmaß in eine erweiterte organisationstheoretischen Diskussion eingebettet werden muss (Beziehungsebene der Arbeitsteilung). Die Stakeholderrollen werden anhand definierter pflegerischer Setting-Strukturen analysiert und daraus Heuristiken hinsichtlich der genannten Handlungsrollen abgeleitet. Dabei wird die jeweilige Handlungsrolle gemäß einem adaptierten TAM-Modell herausgearbeitet und an die Stakeholderposition angepasst, die als Beschreibung der Opportunitätskostenstruktur dient. Als methodische Herangehensweise dienen zwölf leitfadengestützte Experteninterviews in unterschiedlichen Settings eines Dehydrationsmanagements.

1 Veränderte Arbeitsteilung als Kernherausforderung – Einfluss der Digitalisierung

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen lassen sich wie folgt kurz zusammenfassen: Gesundheitssysteme stehen vor allem vor der Frage, wie die durch den demographischen Entwicklungsprozess veränderten Ansprüche an medizinische und pflegerische Versorgung langfristig finanziert werden sollen und die dazu notwendigen institutionellen Regelungen gefasst werden müssen. Neben der institutionellen Verortung der Kostenträgerverantwortung ist insbesondere die Frage nach der systematischen Bewertung von Innovationsprozessen infolge des medizinisch-technischen Fortschritts eine Aufgabe, die es zu lösen gilt. Damit unmittelbar verknüpft sind organisatorische Fragen des Zusammenwirkens unterschiedlicher Leistungsorganisationen sowie das Zusammenspiel der involvierten medizinisch-pflegerischen Professionen (vgl. etwa Breyer 2015 oder auch Cutler 2010). Gerade durch die Zunahme sogenannter chronischer Erkrankungen (und auch Multimorbidität) gerät der zeitliche Verlauf einer Gesundheits- und Krankheitsentwicklung in den Betrachtungsfokus (vgl. Gensichen et al. 2010 oder Gerlach et al. 2011). Hierbei erfordert das Zusammenwirken von pflegerischer und auch organisatorischer Gestaltung von Versorgungsverläufen sowohl einen Blick auf intrasektorale Arbeitsteilung innerhalb von Gesundheitsorganisationen als auch die intersektorale Arbeitsteilung zwischen Versorgungseinrichtungen. Das Bild einer prozessorientierten Dienstleistung kann hier angeführt werden (vgl. Picot et al. 2012, S. 464). Insbesondere im Hinblick auf die für chronische Krankheiten übliche multi-professionelle Herangehensweise lässt sich spiegelbildlich ein wachsender Bedeutungsgewinn inter- und intraprofessioneller Arbeitsteilung ableiten. Diese Entwicklungen gehen einher mit einer Digitalisierungsentwicklung, die in erster Linie am Management von Informationskontinuitäten ansetzt, die letztendlich zu effektiveren und effizienteren Versorgungskontinuitäten führen soll (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Informationskontinuität führt zur Versorgungskontinuität



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Zerth/Kirchner-Culca (2016), S. 130.

Beispielhaft für die Frage von Arbeitsteilungseffekten im Kontext von Informations- und Versorgungskontinuitäten lassen sich Monitoringaufgaben in der Pflegeüberwachung nennen. Ein exemplarischer Fall stellt in dieser Hinsicht die Gestaltung eines Dehydrationsmanagements dar. Die Überwachung des Exsikkose-Status von betroffenen Patienten, insbesondere in Pflegekontexten, korrespondiert mit einer Prävalenz von Dehydration für ältere Erwachsene zwischen fünf und zehn Prozent und kann sich bei Risikopatienten schnell (binnen kürzester Zeit) auf Werte von fast 50 Prozent erhöhen (vgl. ähnlich Wolff et al. 2015, auch Xiao et al. 2004). Aus Praxisstudien lässt sich ableiten, dass Patienten, die von einem Pflegeheim in ein Krankenhaus eingeliefert worden sind, eine deutlich höhere Prävalenz an Hyponatriämien im Vergleich zu Patienten aufweisen, die aus der ambulanten Versorgung stammen (vgl. etwa Bischoff 2012). Somit kann das

Dehydrationsmanagement als mustergültiges Phänomen von intra- wie intersektoraler Arbeitsteilung betrachtet werden, da beispielsweise neben den unterschiedlichen medizinisch-pflegerischen Professionen vor allem auch pflegende Angehörige oder Patienten selbst in das Management eingebunden sind und das effektive Zusammenwirken insbesondere beim Wechsel zwischen unterschiedlichen Versorgungssetting relevant wird.

Das Effektivitätspotenzial einer Digitalisierungslösung im Dehydrationsmanagement setzt an der Verstetigung der Informationskontinuität an, die selbst wieder Vorbedingung für eine verbesserte Versorgungskontinuität ist. Im öffentlich geförderten Projekt „Sensoren für eine bessere Lebensqualität“ (SeLe) (BMBF-Projekt: 16SV7479) wurde vor diesem Hintergrund die folgende Frage diskutiert: Welche motivations- und organisationstheoretischen Beförderungs- und Hemmnisfaktoren für eine mögliche erfolgreiche Implementierung eines funktionierenden sensorgestützten Dehydrationsmanagements könnten vorliegen, wenn die Annahme gilt, dass technologisch ein sensorgestütztes System eine hinreichende Prädiktionswirkung für ein Dehydrationsmanagement entfalten kann? Vor diesem Hintergrund können in der nachfolgenden Untersuchung anhand methodischer Ansätze aus der Akzeptanzliteratur sowie der organisationsökonomischen Literatur Hinweise für Umsetzungsschritte von pflegerelevanten organisationswirksamen Innovationshypothesen abgeleitet werden.

2 Pflege- und organisationstheoretische Einordnung des Dehydrationsmanagements

2.1 Pflege als Teil einer Teamproduktion

Sensorgestützte Lösungen – im Projekt „SeLe“ wird eine Produkt-Dienstleistungslösung eines sensorgestützten Dehydrationsmanagements entwickelt – setzen daran an, den Ablaufprozess sowie die Aufbauorganisation etwa des Dehydrationsmanagements zu beeinflussen, um im Idealfall eine effektivere und effizientere Lösung zu erreichen. Bei der Beschreibung des Pflegeprozesses eines Dehydrationsmanagements ist die Bezugnahme auf eine vornehmlich prozessorientierte Dienstleistungsproduktion wahrzunehmen, die den kapazitätsseitigen Input (Kapazitätsvorhaltung) mit dem Wertschöpfungsbeitrag des Patienten als externen Faktor der Dienstleistungsproduktion verknüpft. Pflegeleistungen stellen sich in diesem Sinne nach Stabell und Fjeldstad nicht als Wertkettenprozess, d. h. sequentiell aufgebauten Handlungsschritten dar, sondern lassen sich eher als ein Wertshop im Hinblick auf die Wertschöpfungskonfiguration beschreiben (vgl. Stabell und Fjeldstad 1998).

Ein Wertshop ist im Gegensatz zu einer Wertkettenlogik durch das Zusammenwirken zyklischer, iterativer, tendenziell un stetiger Abläufe gekennzeichnet. Hier lassen sich Analogien zu Pflegeprozessmodellen, etwa im Sinne von Fiechter und Meier aufführen (vgl. Fiechter und Meier 1981). Das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier rekurriert auf einen Prozess, in dem prozessual zunächst Informationen über den Gepflegten gesammelt werden müssen, um sowohl dessen Versorgungsnotwendigkeiten als auch die persönlichen Ressourcen adäquat zu erkennen. Im Anschluss daran werden (individualisierte) Pflegeziele festgelegt und die daran anknüpfenden Maßnahmen abgeleitet, durchgeführt und evaluiert. Aus Sicht der handelnden Stakeholder in einem Pflegeprozess „Dehydrationsmanagement“ ist es daher notwendig, einzuschätzen, ob mit einer Monitoring-Technologie die

- externen nicht-steuernden Prozessinformationen im Vergleich zu den
- externen steuernden Prozessinformationen sich verändern und

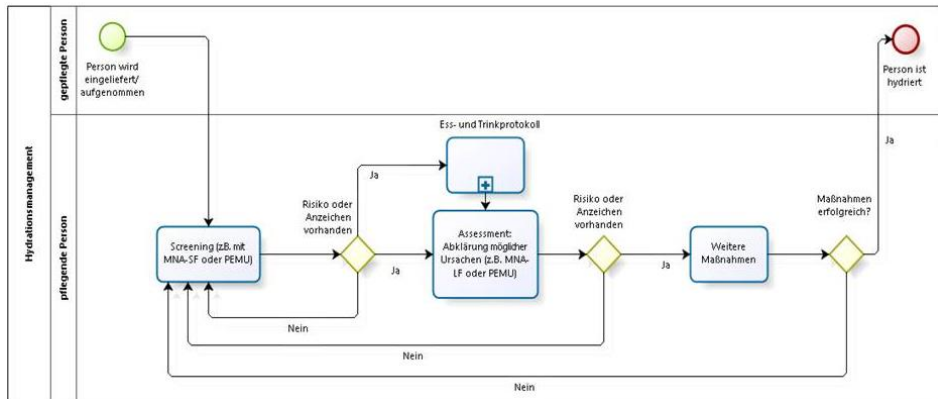
dadurch die Einbindungsintensität und -tiefe des externen Faktors Patient anders interpretiert werden muss. Mit der Einbindungsintensität wird die Integrationsnotwendigkeit einer Dienstleistung adressiert und somit die Gestaltungsoptionen der

Leistungserbringer verändert bzw. alternativ gestaltet (vgl. analog Fließ 2006, S. 38). Eine personenorientierte Dienstleistung zeichnet sich idealtypisch als Teamproduktion aus, deren Zusammenspiel aber in (1) die vorbereitende Phase, die vor allem durch den Dienstleisterteilnehmer geprägt ist, die (2) eigentliche Teamproduktion und die (3) nachbereitende Phase durch den Dienstleistungsnehmer unterschieden werden kann (vgl. exemplarisch Grönroos und Ojasalo 2004 oder auch Weiß et al. 2014).

2.2 Sensorgestützte Produkt- Dienstleistung als Prozessverstärkung

Eine personenorientierte Dienstleistung umfasst die Verbindung von Leistungsvorhaltung und Mitwirkung des externen Faktors, im vorliegenden Fall die Information über und die Mitwirkung des Patienten am individuellen Versorgungsprozess. In dieser Hinsicht bietet eine sensorgestützte Technologie nun einen möglichen Änderungsimpuls für die Gestaltung der (1) autonomen Dienstleistung durch den Pflegenden, (2) der unmittelbaren Teamproduktion zwischen Gepflegten und Pflegenden wie auch (3) der Einbindung der heteronomen Dienstleistung durch den Gepflegten selbst (Adhärenz). Ein Blick auf einen Standardprozess des Exsikkose-Managements im stationären Kontext soll diese Überlegung veranschaulichen.

Abbildung 2: Prozessbetrachtung Dehydrationsmanagement



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Expertenstandard – Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (DNQP 2010).

Eine pflegebedürftige Person wird im Status quo zunächst nach einem Standardprotokoll, etwa nach dem Multi-Nutritional-Assessment (MNA-SF), hinsichtlich des Exsikkoserisikos eingeordnet (Screening). Bei vorhandenen Anzeichen eines Flüssigkeitsmangels wird die Person dann im Hinblick auf die zusätzlichen personen- und umweltabhängigen Informationen in ein Pflegeassessment überführt.

Als eine Form der darauffolgenden Verlaufsprotokolle werden Ess- und Trinkprotokolle zum Monitoring herangezogen. Sollte eine sensorgestützte Lösung technisch implementierbar sein, würde diese nun die Prozessinformation verändern können, da die unterschiedlichen Ausprägungen der Teamproduktion nun im Sinne einer Informationskontinuität enger aneinander geknüpft werden können. Informationsbrüche, die etwa durch die Abstände der Kontrolle der Trinkprotokolle oder durch die versetzten persönlichen Kontrollen durch die Pflegekräfte vorliegen, können nun in ein kontinuierliches Monitoring überführt werden. Diese Veränderung der Prozess- oder Ablauforganisation hat nun u. U. direkte Auswirkungen auf die Aufbauorganisation:

Durch die personenbezogene Monitoring-Lösung wird eine von der Pflegeperson entkoppelte Informationslösung generiert. In dieser Hinsicht orientiert sich aus Sicht der Prozessplanung die unmittelbare Teamproduktionsnotwendigkeit – Pflegekräfte kontrollieren nach festen Zeitintervallen (z. B. alle zwei/vier Stunden) den Exsikkosestatus – nicht nur ausschließlich an ein Routineprotokoll, sondern die vorgelagerte Monitoringlösung bietet Raum für eine bedarfs- statt einer kapazitätsorientierten Pflegenotwendigkeit.

Hier werden die unmittelbaren Rückwirkungen auf die kapazitive Planung deutlich. Aufbauorganisatorisch lässt sich – die Effektivität der technologischen Lösung vorausgesetzt – ein Gestaltungsspielraum für die Pflegeplanung gewinnen. Bei gegebenen Kapazitäten könnte somit ein gewonnener Freiraum für zusätzliche Pflegeleistungen bei gleicher Intensität genutzt werden. Es wäre auch eine Intensitätserhöhung möglich oder ein Abbau der Kapazität bei gleicher Intensität. Der potenzielle Nutzen lässt somit ambivalente Wirkungsszenarien offen (vgl. exemplarisch Schneider et al. 2016, S. 216 ff.).

3 Eine akzeptanztheoretische Betrachtung

3.1 Pflegeprozess und Akzeptanzperspektiven

Die geschilderten Auswirkungen bei der Einführung einer sensorgestützten Produkt-Dienstleistungsidee in die Ablauf- und Aufbauorganisation verändern die Prozessinformation für die Handlungsbeteiligten im Dienstleistungsprozess und werfen somit den Blick auf das Zusammenspiel zwischen Technik und den Handelnden und zwischen den Handelnden selbst. Welche Implikationen hinsichtlich der Wirkungsbeziehung aus der Einführung der Pflegetechnologie sind relevant? Der Blick auf eine Akzeptanzdefinition im weiteren Sinne, etwa nach Kollmann oder nach Jasperson et al., würde sowohl die Akzeptanzwirkung auf den Nutzer als auch die Prozesse und die Organisation bzw. die Unternehmen einbeziehen (vgl. Kollmann 1998 oder auch Jasperson et al. 2005).

Übertragen auf die Pflegeumgebung des Exsikkose-Monitorings müsste die Nutzerrolle mit der Prozesssicht verknüpft werden. Die unmittelbaren Nutzer der Technologie wären im stationären Pflegekontext die Pflegekräfte, im ambulanten Setting eher die pflegenden Angehörigen oder im Sinne des Selbstmanagements die gepflegte Person selbst. Als Nutznießer eines verbesserten Pflegeprozesses fungiert am Ende die gepflegte Person selbst, die von den Auswirkungen der Organisationstechnologie profitieren würde, u. U. jedoch auch das unmittelbare familiäre Umfeld. Davon zu trennen ist die Auswirkung auf die Organisation, etwa die Pflegeeinrichtung bzw. die Frage, wer in einem regulierten Gesundheitssystem die Nachfragerrolle ausübt (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Nutzer-, Nutznießer- und Nachfragerrollen

Nutzer (Prozess)	Nutznießer (Impact)	Nachfrager (Zahlungsbereitschaft)	Kostenträger
Pflegende Angehörige (ambulante Pflege)	Gepflegte Personen/ Angehörige (Entlastungseffekt)	Gepflegte Personen/ Angehörige	Finanzierung über den zweiten Gesundheitsmarkt
Pflegepersonal (stationäre Pflege)	Gepflegte Personen/ Professionelle Pflegekräfte	Pflegeeinrichtungen	Pflegehilfsmittel/ mögliche Refinanzierung über Kapazitätseffekt (Pflegeplanung)

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein Blick auf die Nutzer- und die Nutznießerrolle zeigt beispielsweise, dass sowohl der Gepflegte als auch die Pflegenden – formale wie informelle Pflege – in beiden Kategorien auftauchen können. Im Sinne einer Teamproduktion in der Pflege sind neben den direkten Wirkungen auf die gepflegte Person be- und entlastende Aspekte der Pflegedurchführung unmittelbar mitzudenken. Wie bereits beschrieben, würde durch den Digitalisierungseffekt der Monitoring-Prozess im Dehydrationsmanagement verändert, im Idealfall verbessert, und somit würde eine effektivere Prozessinformation für die Dienstleistungsakteure vorliegen und zwar für den Gepflegten wie für den Pflegenden.

Eine kurze Beschreibung des Dienstleistungsprozesses im Status quo hilft zum besseren Verständnis: Die Dienstleistungsqualität ohne Digitalisierungsimpuls baut darauf auf, dass die Informationserhebung im Personal durchgeführten Dienstleistungsprozess stattfindet, d. h. im augenscheinlichen wirksamen Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und Gepflegten etwa am Bett (vgl. nochmals Abbildung 2). Die Sensorlösung hätte nun das Potenzial, sowohl der Pflegeperson als auch dem Gepflegten ein unmittelbares und gleichzeitig vorhandenes Outcomemaß zu liefern. Insofern liegt sowohl für die pflegende Person als auch für den Nutznießer eine kontinuierliche Qualitätsinformation vor. Darüber hinaus lassen sich auch prädiktive Informationen im Hinblick auf die Pflegeplanung ableiten.

Inwiefern dieses Anwachsen an Information ent- oder belastende Konsequenzen für die Pflegeakteure hat, ist somit ein weiterer Baustein etwa der Einstellungsakzeptanz gegenüber Technologien innerhalb des Pflegeprozesses. So wäre beispielsweise in weiteren Untersuchungen zu eruieren, ob ständig mitlaufende Aufgaben wie die Kontrolle, die Protokollierung und die Auswertung der Trinkmenge von Bewohnern als Stressor wahrgenommen werden (vgl. Schneider et al. 2016, S. 218 f.).

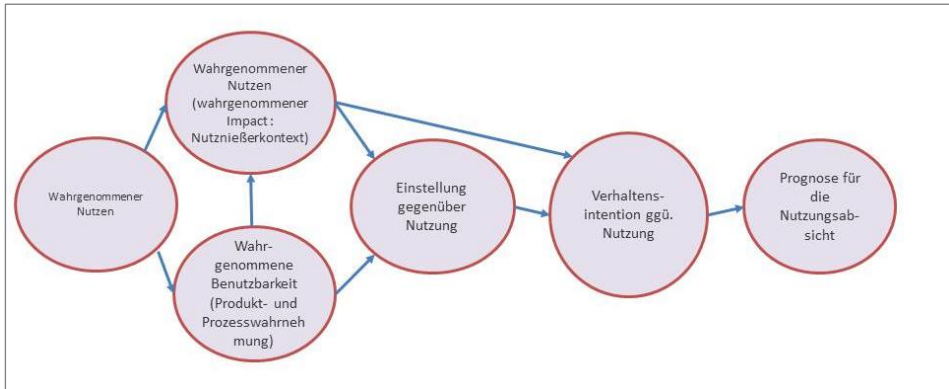
3.2 Eine akzeptanztheoretische Rekonstruktion – Projekt SeLe

3.2.1 Theoretische Grundlagen

Im Projekt SeLe wurde die Idee einer Erfassung der Einstellungsakzeptanz als Grundlage für die Prognose einer Organisationsakzeptanz thematisiert. Fensli et al. beschreiben überblicksartig die nutzerseitige Akzeptanz von sensorgestützten Technologien und weisen auf die prozess- und produktseitigen Perspektiven der Nutzung hin (vgl. Fensli et al. 2008). Auch wenn die Perspektive bei Fensli et al. aus Sicht des Endkunden/Patienten beschrieben wird, kann im Sinne der oben skizzierten Teamproduktionsannahme ohne Einschränkung der Allgemeinheit die Produkt-, Prozessperspektive zunächst aus Sicht der Primärnutzer, d. h. der Pflegekräfte geschildert werden. Eine Bezugnahme zu standardisierten Formen der Akzeptanzbewertung könnte an dieser Stelle als Orientierungsmaß hilfreich sein.

Gemäß den Aussagen des Technology Acceptance Models (TAM), das in die Theorien geplanten Verhaltens eingeordnet werden kann (vgl. Wilhelm 2012, S. 20 ff.), liegt ein wesentlicher Schlüssel für die Verhaltensintention in der Auseinandersetzung mit der Einstellungsakzeptanz gegenüber einer (neuartigen) Technologie. Ohne auf erweiterte Strategien der Nutzer- und Systemakzeptanz eingehen zu können – exemplarisch etwa dargelegt in UTAUT-Ansätzen (vgl. Wilhelm 2012, S. 27 ff.) – lässt sich dennoch eine Verhaltensintention des Pflegenden und somit eine Prognose für die Nutzungsabsicht von den Perspektiven „wahrgenommener Nutzen“ und „wahrgenommene Einfachheit der Nutzung“ bzw. „wahrgenommene Benutzbarkeit“ ableiten (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Adaptiertes Akzeptanzmodell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Davis (1989) oder Wilhelm (2012).

Im Hinblick auf die Produkt-Dienstleistungsumgebung einer Sensortechnologie in der Pflege spiegelt sich der wahrgenommene Nutzen in einer Erwartung der Ergebnis- oder Outcomebewertung wider, was beispielsweise sowohl die Produktivitätsperspektive der Pflegekraft als auch die erwartete Verbesserung des Outcomes beim Nutznießer einschließt. Die wahrgenommene Benutzbarkeit im Sinne einer wahrgenommenen Einfachheit und Verständlichkeit der Benutzung setzt an der unmittelbaren Produktebene an, die in den Dienstleistungsprozess eingeordnet werden muss.

3.2.2 Qualitatives Befragungsdesign und Ergebnisse

Im Sinne einer Vorerhebung wurde im SeLe-Projekt nach einem qualitativen Studiendesign vorgegangen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Qualitative Vorstudie zur Einstellungsakzeptanz SeLe

Studienart	Qualitatives Studiendesign, interpretativer Ansatz
Sampling	12 Experten aus unterschiedlichen Settings der Pflege
Datenerhebung	Leitfadengestütztes Experteninterview
Datenauswertung	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008)

Quelle: Eigene Darstellung.

Die befragten Experten waren die jeweiligen Stakeholder in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten. Darunter waren sowohl Einrichtungsleitungen bzw. Geschäftsführer*innen und Qualitätsmanagementbeauftragte als auch Pflegedienstleitungen und Pflegekräfte (darunter Altenpflegekräfte sowie Pflegekräfte, im Einsatz bei Wachkomapatienten) von zwei Pflegeheimen in Nürnberg, einem Pflegeheim in Düsseldorf und einem ambulanten Dienst in Nürnberg.

Der Fragenkatalog richtete sich nach dem in Abbildung 4 dargestellten Akzeptanzmodell in Anlehnung an TAM sowie den Expertenstandard für Ernährung (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010).

Im Hinblick auf die beiden Akzeptanzkategorien (1) wahrgenommener Nutzen sowie (2) wahrgenommene Benutzbarkeit lassen sich folgende Ergebnisse ableiten, die im Sinne des qualitativen Vorgehens zunächst explorativen Charakter einnehmen.

Abbildung 5: Wahrgenommener Nutzen

- Höhere Versorgungsqualität / Zeitersparnis:
 - „Ja ich mein wenn es jetzt mal gut tut, wenn es für den Bewohner von Vorteil ist um die Lebensqualität zu erhöhen, warum nicht. So sehe ich das persönlich.“ (Interview 3 – PDL, Absatz 112)
 - „Ich denke wir könnten das Personal dann einsetzen für die Betreuung, für die wirkliche ressourcen-orientierte Pflege, die wir einfach zeitlich nicht haben“ (Interview 3 – PDL, Absatz 66)
- Erleichterung des Pflegealltags:
 - „Auf jeden Fall die Arbeit erleichtern.“ (Interview 8 – Pflegekraft [Intensiv-Wachkoma], Absatz 10)
 - „Aber ich denke mal wäre für uns eine Unterstützung. Für uns sicherlich eine Sache, teilweise zum Erleichtern.“ (Interview 3 – PDL, Absatz 78)
- Reduzierung des Dokumentationsaufwandes:
 - „Wenn man sich den Schreibkram dadurch spart“ (Interview 12 – Pflegekraft, Absatz 19)
- Prozesskosten:
 - „Also auf die Personalplanung kann ich mir jetzt nicht vorstellen.“ (Interview 4 – Leitung, Absatz 82)
 - „[...] nicht vorstellen dass es Einfluss auf die Ressource hat“ (Interview 9 – QM/PDL, Absatz 42)

Quelle: Eigene Erhebung.

Abbildung 6: Wahrgenommene Benutzbarkeit

- Notwendigkeit „objektiver“ Daten:
 - „Pflegefachkräften schon einen Sicherheit geben. Also würde Sicherheit produzieren so zu sagen. Ist ihre Einschätzung die sie eigentlich nur aus der visuellen Wahrnehmung, der Trinkmengenwahrnehmung, der Veränderung der Haut oder der Augen und so weiter wahrnehmen“ (Interview 4 – Leitung, Absatz 57)
 - „Sicher, weil das Problem ist, woher erkenne ich eine Exsikkose. Wann ist jemand exsikiert?“ (Interview 3 – PDL, Absatz 40)
 - „Ja, ich denk halt ,also wir haben halt sehr viele Bewohner die in ihrem Leben nie die eineinhalb Liter getrunken haben am Tag. Also einfach auch biographisch gesehen,“ (Interview 11 – PDL Absatz 28)
- Design/technische Eigenschaften:
 - „Was könnte es noch/ja/ in eine Uhr oder ähnliches. In Sachen einbauen quasi/ oder Sachen bauen die ähnlich aussehen wie die Gerätschaften die schon da sind.“ (Interview 12 – Pflegekraft, Absatz 30)
 - „widerstandsfähig beim Waschen und so weiter“ (Interview 9 – QM/PDL, Absatz 42)
 - „dann müsste es wirklich flach sein“ (Interview 9 – QM/PDL, Absatz 52)

Quelle: Eigene Erhebung.

Die Dimension (1) „wahrgenommener Nutzen“ zeigt folgende Kernergebnisse:

- Behandlungsqualität: „verfügbare“ Zeit der Pflegenden als relevanter Faktor; Befähigungsaspekt der Gepflegten (Selbstmanagement)
- Prozesskosten/-geschwindigkeit: geringere Einschätzungen hinsichtlich der Prozesseffekte; Notwendigkeit einer Testevaluation im Feld wahrscheinlich relevant

Bei der Dimension (2) „wahrgenommene Benutzbarkeit“ standen folgende Ergebnisse im Vordergrund:

- Bauliche Eigenschaften: „flach“ und „waschbar“; sollte nicht „fremd“ wirken
- Technische Eigenschaften: Bedeutung für die Prädiktionsfähigkeit (Verlässlichkeit der Daten im Sinne von im Vergleich zu Beobachtungsdaten im regulären Design. Weiterhin sollen im Sinne der Datensparsamkeit nur die Daten erhoben werden, die dem effektiven Pflegeprozess dienlich sind. in dem Sinne, dass nur Daten im Hinblick auf einen effektiven Outcome erhoben werden sollen).

3.3 Organisationstheoretische und soziale Implikationen

Die bisherigen ersten Ergebnisse zur Einstellungsakzeptanz weisen auf die Bedeutung der Integrationsfähigkeit der Technologie in den arbeitsteiligen Prozess der Pflege hin. Hierbei spielt die Beförderungsperspektive (Befähigung zur Technologie) eine wesentliche Rolle. In der Befragung der Musterstakeholder wurde die Antizipation bezüglich der erwarteten Implikationen auf den Pflegeprozess befragt und daraus ergeben sich Hinweise sowohl zur Veränderung der Selbstwirksamkeit der Gepflegten wie der Pflegenden als (Anmerkungen) auch zur glaubwürdigen Verlässlichkeit der Produkt-Dienstleistung im Organisationskontext.

Abbildung 7: Wahrgenommene soziale Implikationen

- Akzeptanz beim Pflegepersonal:
 - „nimmt es vielleicht sogar die Fachlichkeit? Verlassen sich dann die Pflegekräfte darauf dass dieses Gerät der/ mir schon sagt wann der Bewohner dehydriert ist und schauen gar nicht mehr wirklich //mhm// und das wäre ja wahrscheinlich genau das Gegenteil was man zum Beispiel mit der SISS erreichen will, die Fachlichkeit zu stärken, nimmt das vielleicht die Fachlichkeit“ (Interview 9 – QM/PDL, Absatz 29)
- Soziale Implikationen:
 - „Also sie müssten sich auch überlegen gibt es so zu sagen auch noch eine sozialpolitische Differenzierung. Das heißt wenn es sich jemand leisten kann und der andere der es sich nicht leisten kann. Habe ich da eine Ungleichbehandlung? Ist es dann nur eine Frage des Geldes der Einsatz jetzt von Technik, dass jemand nicht zu Schaden kommt.“ (Interview 4 – Leitung, Absatz 84)
 - „[...] fände es schlimm, wenn wir irgendwo dann hinkommen, dass wir nur noch auf einen Menschen oder eine Versorgung reagieren, wenn uns ein Instrument sagt es ist jetzt soweit.“ (Interview 5 – PDL, Absatz 64)
 - „Weiß ich nicht ob ich mich da drauf verlassen will, weil ich meine der /das Trinken das Ganze ist ja auch wieder persönlicher Kontakt, wo ich auch wieder viel über den Menschen erfahre.“ (Interview 11 – PDL Absatz 77)

Quelle: Eigene Erhebung.

An dieser Stelle lässt sich eine Analogie zu den Beförderungs- und Hemmniseffekten aus der Digitalisierungsliteratur herstellen. Dranove et al. zeigen exemplarisch am Beispiel der Implementierung von Patienten- oder Fallakten, dass die organisationstheoretischen und letztendlich gesundheitsökonomischen Effekte weniger in unmittelbarer Konsequenz der Produkt- Dienstleistungsumgebung zu erwarten sind, sondern in der Komplementarität einer verbesserten Prozess- und Organisationsumgebung wirksam werden (vgl. Tabelle 2) (vgl. Dranove et al. 2014).

Tabelle 2: Beförderungs- und Hemmnisfaktoren

Beförderungs- und Hemmnisfaktoren	Erläuterung
Kosten der Adoption der Informations-technologie in ein definiertes Organisationsmodell	Adoptionsstrategien erzeugen Folgekosten in Prozessstandards
Ko-Investitionskosten werden unterschätzt	Anpassungskosten der Organisationsveränderung sind relevant
Bedeutung nicht-monetärer Anpassungskosten	Akzeptanzbedingungen der relevanten „handelnden“ Stakeholder im Prozessfluss
Netzwerkeffekte und Komplementaritäten	Anpassungskosten an technische und organisatorische Standards werden unterschätzt

Quelle: Eigene Darstellung nach Dranove 2014, S. 247-249.

Die vorläufigen Ergebnisse aus der Akzeptanzanalyse zeigen für das Dehydrationsmanagement das Potenzial für eine verbesserte Monitoringlösung: (1) Einerseits ist das Potenzial einer durch ein standardisiertes Monitoring verbesserten Prozessinformation hervorzuheben. Somit liegt im Idealfall ein kapazitivwirksamer Effekt auf die Pflegeplanung vor. (2) Andererseits entwickelt sich die Chance für eine individualisiertere, anlassgebundene Pflege.

Im Sinne der Dienstleistungsproduktionslogik gilt es, Planungs- und Durchführungs-komponenten zu unterscheiden (vgl. Schneider et al. 2016, S. 216). Soweit die zielgerichtete Information zum richtigen Zeitpunkt (Ablauforganisation) mit der adäquaten Planung der Kapazitäten verknüpft werden kann (Aufbauorganisation), können grundsätzlich Freiräume bei gleicher Kapazität entstehen. Daraus erwächst das Potenzial, individualisierte Leistungen in der Pflege zu nutzen, da ein kontinuierliches Monitoring die Informationskontinuität erhöhen kann und somit nur bei Anlässen eine persönliche Kontrolle noch erforderlich sein würde (vgl. Schneider et al. 2016, S. 218). Weitere Forschung insbesondere im Hinblick auf die Beförderung technischer, personeller und letztendlich organisatorischer Effektivität von Produkt-Dienstleistungs-Innovationen ist im Sinne eines „Readiness-Levels“ erforderlich (vgl. beispielsweise Kamprath/Röglinger 2011).

4 Zusammenfassung

Sensorgestützte Assistenzsysteme in der Pflege können zu einer verbesserten Versorgungskontinuität im Sinne inter- und intrasektoraler Arbeitsteilung beitragen. Der Ansatzpunkt der Digitalisierungswirkung liegt im Schließen der Informationslücken (Informationskontinuität). Diese Veränderung der Prozessinformation ist im Lichte der Organisationstauglichkeit, insbesondere der Organisationsakzeptanz, zu betrachten. In der vorliegenden Untersuchung wurde ein projektiertes Dehydrationsmanagementsystem im Hinblick auf akzeptanzförderliche und -hinderliche Aspekte aus Sicht der handelnden Stakeholder „Pfleger“ untersucht. Handlungstreibende Elemente sind dabei das Verhältnis zwischen den wahrgenommenen Nutzen- und Kostenpotenzialen für den Gepflegten und die Pflegenden sowie die unmittelbare Prozesstauglichkeit (wahrgenommene Benutzbarkeit).

Literatur

- Bischoff, S.C. (2012): Flüssigkeitsaufnahme von Senioren – Eine kritische Bestandsaufnahme aktuellen Wissens und etablierter Empfehlungen (Teil 1). Aktuelle Ernährungsmedizin 37 (02), S. 81-90.
- Breyer, F. (2015): Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen. Perspektiven der Wirtschaftspolitik 16 (3), S. 215–230.
- Davis, F. D. (1989): Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. MIS Quarterly 13 (3), p. 318-340.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2010): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.
- Dranove, D. / Forman, C. / Goldfarb, A. / Greenstein, S. (2014): The Trillion Dollar Conundrum: Complementarities and Health Information Technology. American Economic Journal: Economic Policy 6 (4), p. 239-270.
- Fensli, R. / Pedersen, P. E. / Gundersen, T. / Hejlesen, O. (2008): Sensor Acceptance Model – Measuring Patient Acceptance of Wearable Sensors. Methods of Information in Medicine 47, p. 89-95.
- Fiechter, V. / Meier, M. (1981): Pflegeplanung. Recom Verlag: Basel.
- Fließ, S. (2006): Prozessorganisation in Dienstleistungsunternehmen. Kohlhammer: Stuttgart.
- Gensichen, J., Muth, C., Butzlaff, M., Rosemann, T., Raspe, H., Müller, H., de Cornejo, G., Beyer, M., Härter, M., Müller, U., Angermann, C., Gerlach, F., Wagner, E. (2010). Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 100: 365-374.

- Gerlach, M., Beyer, M., Erler, A. (2011). Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens – Zukunftskonzepte des Sachverständigenrates. In: Günster C, Klose J und Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Krankheiten, Schattauer-Verlag, Stuttgart: 29-40.
- Grönroos, C., Ojasalo, K. (2004). Service Productivity. Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services. *Journal of Business Research*, 57(4): 414-423.
- Jasperson, J., Carter, P.E., Zmud, R.W. (2005). A comprehensive conceptualization of post-adoptive behaviors associated with information technology enabled work systems. *MIS Quarterly* 29 (3): 525-557.
- Kamprath, N., Röglinger, M. (2011). Ökonomische Planung von Prozessverbesserungsmaßnahmen – Ein modelltheoretischer Ansatz auf Grundlage CMMI-basierter Prozessreifegradmodelle, Universität Augsburg Diskussionspapier WI-312.
- Kleinaltenkamp, M. (1997). Integrativität als Kern einer umfassenden Leistungslehre, in: Backhaus K, Günter B, Kleinaltenkamp M, Plinke W, Raffee H (Hrsg): Marktleistung und Wettbewerb: Strategische und operative Perspektiven, Gabler-Verlag, Wiesbaden: 83-115.
- Kollmann, T. (1998). Akzeptanz innovativer Nutzungsgüter und –systeme: Konsequenzen für die Einführung von Telekommunikations- und Multimediasystemen, Bd. 239: Neue betriebswirtschaftliche Forschung, Gabler-Verlag, Wiesbaden.
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Picot, A., Dietl, H., Franck, E., Fiedler, M., Royer, M. (2012). Organisation. Theorie und Praxis aus ökonomischer Sicht. 6. Auflage, Schäffer Poeschel, Stuttgart.

- Schneider, M., Besser, J., Zerth, J. (2016). Individualisierung durch Digitalisierung am Beispiel der stationären Pflegeversorgung – Organisations- und informationsökonomische Aspekte, in: Pfannstiel M, Da-Cruz P, Mehlich H (Hrsg.) Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Impulse für das Management, Springer-Verlag, Wiesbaden: 205-226.
- Stabel, C., Fjeldstad, Ø. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops and networks. *Strategic Management Journal*, Vol. 19, Nr. 5: 413-437.
- Weiß, P., Platz, S., Crezelius, S., Große, C., Hogreve, J., Albrecht, K., Zolnowski, A. (2014). Methoden und Instrumente zur Messung und Verbesserung der Produktivität industrieller Dienstleistungen in KMU, in: Möller, K., Schultze, W. (Hrsg.) Produktivität von Dienstleistungen, Springer Verlag, Heidelberg: 1-51.
- Wilhelm, D. B. (2012). Nutzerakzeptanz von webbasierten Anwendungen. Modell zur Akzeptanzmessung und Identifikation von Verbesserungspotenzialen, Springer Gabler, Wiesbaden.
- Wolff, A., Stuckler, D., McKee, M. (2015). Are patients admitted to hospitals from care homes dehydrated? A retrospective analysis of hypernatraemia and in-hospital mortality. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(7): 259–265.
- Xiao, H., Barber, J., Campbell, E. S. (2004). Economic burden of dehydration among hospitalized elderly patients. *American journal of health-system pharmacy: AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 61(23): 2534–2540.
- Zerth, J., Kirchner-Culca, S. (2016) Akzeptanz des bundeseinheitlichen Medikationsplanes: Eine Betrachtung aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Duisburg, F. (Hrsg): e-Health 2016, Solingen: 129-135.

Internetquellen

Cutler, D. (2010). Where are the health care entrepreneurs? The failure of organizational Innovation in health care. Working Paper 16030. NBERWorking Paper Series. <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:5345877>. (Zugegriffen am 24.02.2016.)

Beitrag II
Zwischen Empowerment und Cyberchondrie

Eine empirische Studie zum ambivalenten
Wirkungspotenzial von Gesundheitsportalen

Julian Wangler, Michael Jansky

Dr. Julian Wangler

Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie

E-Mail: Julian.Wangler@unimedizin-mainz.de

Beitrag beim Symposium eHealth & Society im Februar 2017

Inhalt

Tabellenverzeichnis	XXV
1 Einleitung und Zusammenfassung	26
2 Hintergrund	27
2.1 Chancen und Risiken von Gesundheitsportalen.....	27
2.2 Cyberchondrie.....	29
2.3 Prädiktoren von Wirkungspotenzialen.....	30
2.4 Wirkungspotenziale von Gesundheitsportalen	31
3 Fragestellung und Methodik	32
4 Ergebnisse.....	33
4.1 Bekanntheit von Gesundheitsportalen	34
4.2 Erwartungen an Gesundheitsportale.....	35
4.3 Nutzungsmotive	36
4.4 Vertrauenszuschreibung.....	37
4.5 Informationsprüfung	38
4.6 Veränderungen des Gesundheitshandelns	39
4.7 Selbstcharakterisierung und Verunsicherung.....	40
4.8 Zusammenhänge zwischen Motiven und Wirkungen	41
5 Diskussion	43
5. 1 Zusammenfassung.....	43
5.2 Methodenkritik.....	43
5.3 Schlussfolgerung.....	44
Literatur	47
Internetquellen	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Chancen und Risiken von Gesundheitsportalen	28
Tabelle 2: Bekanntheit von Gesundheitsportalen.....	34
Tabelle 3: Erwartungen an Gesundheitsportale	35
Tabelle 4: Motive der Nutzung von Gesundheitsportalen	36
Tabelle 5: Vertrauenszuschreibung hinsichtlich des am häufigsten genutzten Gesundheitsportals	37
Tabelle 6: Vertrauenszuschreibung hinsichtlich des am häufigsten genutzten Gesundheitsportals	38
Tabelle 7: Subjektiv eingeschätzte Verhaltensänderungen seit der Nutzung von Gesundheitsportalen.....	39
Tabelle 8: Ausgewählte Selbstcharakterisierungsaussagen.....	40

1 Einleitung und Zusammenfassung

Gesundheitsportale, auf denen sich Informationen zu Krankheiten, Symptomen und Therapieformen finden sowie Experten konsultieren lassen, werden inzwischen von einer Vielzahl von Patienten selbstverständlich genutzt. Doch liegen bislang kaum Erkenntnisse vor, welche Wirkungen solche Dienste auf das Gesundheitshandeln entfalten können. Der vorliegende Beitrag präsentiert Ergebnisse einer Online-Befragung von 234 Nutzern großer Gesundheitsportale. Abhängig von Nutzungsmotiven und Erwartungen der Befragten zeigt sich nicht nur, dass Gesundheitsportalen ein beachtliches Vertrauen entgegengebracht wird, sondern ihre regelmäßige Nutzung gravierende Folgen für das Arzt-Patient-Verhältnis hat. Die Auswirkungen reichen von einem kompetenteren, reflektierteren und kritischeren Umgang mit Ärzten bis hin zu einem häufigeren Arztwechsel oder sogar einer gänzlichen Abkehr von Ärzten. Ein Verlust des Informations- und Einflussmonopols der Ärzte zeichnet sich ab. Zudem bekunden viele Befragte nach Online-Recherchen auf Gesundheitsportalen oftmals desorientiert zu sein. Es gibt Hinweise darauf, dass eine intensive Nutzung von Gesundheitsportalen mit einem überdurchschnittlich hohen Grad an Unsicherheit, Nervosität und latenter Angst vor Erkrankungen korrespondiert. Im Lichte der Resultate der Befragung ergeben sich neue Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung. Auch sollte darüber nachgedacht werden, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Transparenz von Gesundheitsportalen zu ergreifen.

2 Hintergrund

Für viele Patienten und Verbraucher hat das Internet bei Fragen zu Gesundheit und Krankheit inzwischen große Bedeutung erlangt (Cassidy / Baker 2016). Den Daten des Eurobarometers zufolge hat jeder zweite Deutsche schon gesundheitsbezogene Online-Recherchen durchgeführt (Europäische Kommission 2014). Die Möglichkeiten, Auskünfte zu Gesundheitsthemen, Krankheiten und/oder Therapieformen einzuholen, sind dabei im Internet äußerst vielfältig. Neben allgemeinen Suchmaschinenrecherchen machen Internetnutzer insbesondere von Gesundheitsportalen Gebrauch (Eichenberg 2012). Letztere stehen im Fokus dieses Beitrags.

2.1 Chancen und Risiken von Gesundheitsportalen

Charakteristisch für Gesundheitsportale ist, dass sie nicht nur Informationen über spezifische Gesundheitsthemen aufbereiten, sondern auch zum Austausch mit Nutzern und/oder Experten einladen (Health-Community). Im Zuge eines fortschreitenden Konzentrationsprozesses auf eine überschaubare Zahl von Anbietern vereinen solche Webplattformen mittlerweile große, heterogene und beständige Nutzerkreise auf sich. An der Spitze steht NetDoktor mit mehr als 2,6 Millionen angemeldeten Nutzern und monatlich über 5,6 Millionen Seitenaufrufen (Baumann / Link 2016).

Angesichts der verbreiteten Inanspruchnahme von Gesundheitsportalen wird immer wieder darüber diskutiert, inwiefern sie zu mehr Aufgeklärtheit, Souveränität und Mündigkeit von Patienten beitragen oder womöglich einen gegenteiligen Effekt haben. Nach wie vor bestehen kontroverse Positionen hinsichtlich der Potenziale und Risiken solcher Webseiten (vgl. Tabelle 1). Als Vorzug wird oft angeführt, dass Gesundheitsportale aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit und anschaulicher Informationsaufbereitung den Wissensstand von Patienten erhöhen können. Darüber hinaus können Gesundheitsportale dazu beitragen, dass Patienten mehr auf sich achten und eine entsprechende Eigenverantwortung übernehmen (Empowerment). Die Anonymität im Internet wird durchaus als Chance für eine erhöhte Bereitschaft zur Selbstöffnung gesehen, wenn es etwa darum geht, medizinische Online-Beratungen in Anspruch zu nehmen (Baumann / Czerwinski 2015). Auch ist denkbar, dass das Arzt-Patient-Verhältnis profitiert: Indem ein Arztbesuch mithilfe von Gesundheitsseiten vorbereitet wird, kann der Patient dem Arzt womöglich besser folgen, stellt mehr Fragen, fühlt sich subjektiv selbstbestimmter und erlebt den Arzt-

besuch als konstruktiver (Baumann / Link 2016). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung wird hierdurch erleichtert. In Summe der genannten Aspekte ist es möglich, dass Gesundheitsportale einen Beitrag zur Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung leisten.

Tabelle 1: Chancen und Risiken von Gesundheitsportalen

Chancen	Risiken
Erhöhter Wissensstand von Patienten	Qualität und Transparenz von Informationen teils fragwürdig
Verbesserte Selbstwahrnehmung von Patienten	Selektion von korrekten und fehlerhaften Informationen für Laien schwierig
Übernahme von mehr Eigenverantwortung (Empowerment)	Einfluss von Pharmaunternehmen
Selbstöffnung	Betreiber von Gesundheitsportalen oft nicht ersichtlich
Erleichterte Kommunikation und Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient	Vermehrte Arztbesuche durch falsche Informationen und/oder Verunsicherung
Verbesserung der Früherkennung, Prävention und Krankheitsbewältigung	Schädigung des Arzt-Patient-Verhältnisses aufgrund von abweichenden Informationen
	Risiko von Selbstdiagnose und -therapie

Quelle: Eigene Darstellung.

Kritiker hingegen äußern Zweifel an diesen positiven Potenzialen. Sie bemängeln die (Quellen-)Transparenz und Qualität von auf Gesundheitsportalen bereitgestellten Informationen (Döring 2014). Für einen Laien gestaltet sich die Unterscheidung korrekter von fehlerhaften Auskünften und Ratschlägen als äußerst schwierig. Dies werde zusätzlich dadurch erschwert, dass auf Gesundheitsportalen häufig keine neutralen Informationen bereitgestellt werden, sondern Pharmaunternehmen einen direkten oder indirekten Einfluss ausübten. Hinzu kommt, dass die Betreiber solcher Webplattformen oft nicht ersichtlich sind (Huh / DeLorme / Reid 2005). Eine weitere mögliche Negativfolge der regelmäßigen Recherche auf Gesundheitsportalen kann in einer Beeinträchtigung des Arzt-Patient-

Verhältnisses bestehen. Zum einen ist denkbar, dass Patienten den Arzt vermehrt aufsuchen, da sie durch im Internet gefundene Informationen von falschen Annahmen ausgehen oder verwirrt bzw. verunsichert sind (Sethuram / Weerakody 2010). Zum anderen können Unterschiede zwischen den Therapieempfehlungen des Arztes und Behandlungsempfehlungen im Internet zu einem Vertrauensverlust führen. Dieses Szenario birgt die Gefahr, dass Patienten ihre Diagnose, Therapie und Medikation in die eigene Hand nehmen. Tatsächlich belegen Untersuchungen, dass zwischen 10 und 16 Prozent der Patienten Behandlungsempfehlungen aufgrund von Informationen aus dem Internet zurückgewiesen oder eigenmächtig abgeändert haben (Eastin / Guinsler 2006). Ein fehlerhaftes Gesundheitshandeln mit womöglich fatalen Konsequenzen kann hiervon die Folge sein (Baker / Wagner / Singer / Bundorf 2003).

2.2 Cyberchondrie

Als Extremfall einer Negativwirkung von internetbasierten Gesundheitsinformationen wird das Phänomen der Cyberchondrie angeführt. Eine Cyberchondrie definiert sich als extreme Aufmerksamkeit oder sogar Angststörung in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand, die sich als Folge widersprüchlicher oder falscher Informationen im Internet ohne ärztliche Abklärung festsetzen kann (Y-youGov 2015). Als besonders problematisch bei dieser Störung wird in der einschlägigen Literatur beschrieben, dass sie tendenziell die Arzt-Patient-Bindung zugunsten einer vermehrten Aufnahmebereitschaft und zur Kenntnisnahme von gesundheitsbezogenen Webinhalten schwächt (White / Horvitz 2009). Vielfach werden derart gesundheitsängstliche Patienten als nicht mehr zugänglich für ärztlichen Rat beschrieben, selbst wenn sie Ärzte aufgrund akuter Verunsicherung zeitweilig verstärkt aufsuchen sollten (Bleichhardt / Hiller 2007).

Eine der wenigen bislang im deutschsprachigen Raum durchgeführten Studien zum Thema Gesundheitsangst stammt von Eichenberg (Eichenberg 2012). Den Ergebnissen der Online-Befragung zufolge liegt der Anteil gesundheitsängstlicher Personen unter Nutzern gesundheitsbezogener Internetangebote höher als in der durchschnittlichen Bevölkerung. Die Studie ergab, dass solche gesundheitsängstlichen Personen signifikant häufiger nach Symptomen und/oder Beschwerden suchen als nicht-hypochondrische Personen und folglich bei ihnen die Nutzungsintensität von Gesundheitsangeboten im Internet merklich höher liegt. Ein weiterer wichtiger Befund ist, dass hypochondrisch veranlagte Personen vielen Quellen der Online-Gesundheitsinformation eine erheblich höhere

Glaubwürdigkeit unterstellen als die übrigen Befragten. Nicht zuletzt bekunden gesundheitsängstliche Personen auffallend häufig, dass sie Online-Beratungen, aber vor allem den Austausch mit anderen Nutzern bzw. Betroffenen als lindernd bei Unsicherheiten oder Ängsten empfinden.

2.3 Prädiktoren von Wirkungspotenzialen

Jenseits erster Explorationen von Gesundheitsängsten im Zusammenhang mit der Online-Recherche fehlt es an Studien, die einen konkreten Einfluss von Gesundheitsangeboten im Internet auf das Gesundheitsverhalten empirisch nachzuweisen versuchen. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge schwer eindeutig nachzuweisen sind und von komplexen Bedingungsgefügen ausgegangen werden muss (z. B. moderierender Effekt von Gesundheitsangst auf den Zusammenhang zwischen Internetrecherchen und gesundheitsbezogenem Verhalten). Als gesichert gilt, dass bestimmte Prädiktoren vorhanden sein müssen, damit sich entsprechende Wirkungspotenziale entfalten können. So ist davon auszugehen, dass mögliche Wirkungen stark mit den Motiven der Zuwendung zu Gesundheitsangeboten im Internet zusammenhängen. Powell et al. (2011) sowie Baumann und Czerwinski (2015) tragen vier Motivkategorien zusammen:

- Bedürfnis nach Rückversicherung, z. B. indem eine zweite Meinung eingeholt wird
- Wunsch nach ergänzenden Informationen zur Vertiefung vorhandenen Wissens
- Veränderung der Patientenrolle, indem der Patient durch Informationssuche Mit- und Eigenverantwortung übernimmt
- Persönlicher Meinungs- und Erfahrungsaustausch mit anderen Personen

Ein weiterer relevanter Prädiktor ist die Vertrauenszuschreibung durch den einzelnen Nutzer. Wie bereits in der Studie von Eichenberg (2012) festgestellt, macht es einen Unterschied, ob ein Online-Gesundheitsangebot lediglich mit kritischer Distanz und womöglich in Konkurrenz zu anderen Angeboten genutzt wird oder ob die Unterstellung von Glaubwürdigkeit so weit reicht, dass keine konkurrierenden Angebote mehr hinzugezogen werden. Ebenfalls von großer Bedeutung sind Merkmale der Persönlichkeit. Ähnlich wie im Fall der klassischen

Chondrie ist davon auszugehen, dass bestimmte Persönlichkeitsprädispositionen (Beschäftigung mit eigenem Körper, Krankheitsangst, Hypersensibilität etc.) als Prädiktoren an der Entstehung einer Cyberchondrie beteiligt sind.

2.4 Wirkungspotenziale von Gesundheitsportalen

Vor dem Hintergrund der Studienlage, aber insbesondere der dargestellten theoretischen Erwägungen ist vorstellbar, dass gerade Gesundheitsportale längerfristige Effekte auf das Gesundheitshandeln von Patienten haben können. Im Unterschied zu speziellen Online-Gesundheitsdiensten decken Gesundheitsportale heute ein breites Spektrum an Themen und konsultierbaren Angeboten ab. Dem entsprechend erfolgt die Zuwendung aufgrund unterschiedlichster Nutzungsmotive. Darüber hinaus führt der in vielen Gesundheitsportalen groß geschriebene Aspekt der Health-Community zumindest bei einem Teil der Nutzer zur Herausbildung eines ‚harten Kerns‘, der regelmäßig solche Seiten aufsucht. Die Bindekraft wird dadurch verstärkt, dass auf solchen Webseiten oftmals ein intensiver Austausch von Nutzern und/oder (sogenannten) medizinischen Experten erfolgt. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Aspekt ist, dass Befragungen gezeigt haben, dass bei regelmäßigen Nutzern von Gesundheitsportalen das Spektrum an konkurrierenden Quellen zur Gesundheitsinformation oft geringer ausfällt als bei anderen Gruppen – oft gibt es ein ‚Lieblingsportal‘, dem entsprechend großes Vertrauen entgegengebracht wird.

3 Fragestellung und Methodik

Zwischen dem 13. Oktober 2016 und 5. Januar 2017 führte die Abteilung Allgemeinmedizin des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie an der Universitätsmedizin Mainz eine Nutzerbefragung auf mehreren großen Gesundheitsportalen durch. Folgende Fragen standen im Mittelpunkt:

- Welche Motive bewegen Patienten dazu, Gesundheitsportale zu nutzen?
- Wie wirkt sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsportalen auf das Arzt-Patient-Verhältnis aus?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Nutzungsmotiven und Wirkungen?
- Welche Handlungsempfehlungen an Hausärzte lassen sich aus den Antworten ableiten?

Der Fragebogen wurde von den Autoren weitgehend eigenständig erarbeitet. Dabei stützten sie sich auf die bereits angesprochenen Nutzungsmotive und Wirkungsannahmen zu internetbasierter Gesundheitskommunikation. Die Befragung wurde mit dem Tool Lime Survey realisiert und in den Foren folgender Anbieter geschaltet: NetDoktor Community, Onmeda, Frag-Dich-gesund, Esando, Sanego, Med.de, Med1.de, Gesundheit.de, Mein-Gesundheitsforum.de, Platin-netz, Silversurfer. Um Anonymität zu gewährleisten, wurde nicht erhoben, über welches Portal die Befragten rekrutiert wurden. Die Daten wurden mittels SPSS 23.0 für Windows ausgewertet. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein T-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz. Bei mehr als zwei Gruppen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Es wurden zwei Signifikanzniveaus überprüft (Mittelwert-Differenz auf dem Niveau $p < .05$ und $p < .001$). Im Folgenden werden ausgewählte Befunde präsentiert.

4 Ergebnisse

In die Auswertung eingegangen sind 234 vollständig ausgefüllte Fragebögen. Soziodemografisch lässt sich die Stichprobe wie folgt beschreiben:

- Geschlecht: 50 % männlich, 50 % weiblich
- Durchschnittsalter: 53 Jahre (Minimum: 28, Maximum: 76)
- Bildungsabschluss: Hauptschule 12 %, Realschule 26 %, (Fach)Abitur oder höher 37 %, Sonstiges 8 %, k. A. 17 %

Eine Abfrage zu Beginn hat ergeben, dass 58 Prozent der Befragten nach eigener Angabe ein oder mehrere Gesundheitsportale im Internet häufig nutzen, weitere 34 Prozent gelegentlich (selten: 8 Prozent). Dieser hohe Anteil von regelmäßigen bzw. Intensivnutzern wird bei der späteren Einordnung der Ergebnisse entsprechend zu berücksichtigen sein.

4.1 Bekanntheit von Gesundheitsportalen

Tabelle 2: Bekanntheit von Gesundheitsportalen

(Fragewortlaut: Welche der folgenden Gesundheitsportale kennen Sie?)

Aussage	Gesamt (N=234)
Jameda.de	78,7 %
NetDoktor.de	76,0 %
Apotheken-Umschau.de	67,9 %
Onmeda.de	61,5 %
Paradisi.de	25,9 %
Arzt-Auskunft.de	20,7 %
Weisse-Liste.de	12,1 %
Lifeline.de	11,8 %
Gesundheit.de	9,5 %
Imedo.de	8,6 %
Qualimedic.de	7,8 %
Gesundheitsinformation.de	7,8 %
Patienten-information.de	6,0 %
<i>[Weitere 10 Portale abgefragt]</i>	

Quelle: Eigene Dateien.

Zwar wurde die Befragung, wie dargestellt, nur in bestimmten Portalen geschaltet. Dennoch sollten auch über das Kerninteresse der Untersuchung hinausgehende Befunde generiert werden. So wurde zunächst nach der Bekanntheit gängiger Gesundheitsportale gefragt. Was bei der Betrachtung der Antworten auffällt, ist eine deutliche Konzentration auf wenige Anbieter, vor allem auf das Arztbewertungsportal Jameda sowie die Gesundheits- und Ratgeberplattformen NetDoktor und Onmeda (vgl. Tabelle 2). Nimmt man aktuelle Forschungsliteratur im Feld Gesundheitskommunikation oder Expertisen zur Hand, liegt diese Konzentration im Trend und nimmt kontinuierlich zu (Baumann / Link 2016).

4.2 Erwartungen an Gesundheitsportale

Tabelle 3: Erwartungen an Gesundheitsportale

(Fragewortlaut: Was ist Ihnen bei einem Gesundheitsportal wichtig? Ausgewählte Items, Antwortkategorien [Sehr wichtig]/[Eher wichtig] zusammengefasst)

Aussage	Gesamt (N=234)
Umfassende und tiefgehende Informationen zu verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsthemen	82,0 %
Dass die Informationen aus glaubwürdiger Quelle stammen, vertrauenswürdig sind	80,3 %
Dass möglichst aktuelle Informationen bereitgestellt werden (z. B. neueste Forschungsergebnisse)	78,6 %
Unterstützung bei der Auswahl von Ärzten, Krankenhäusern etc.	71,8 %
Dass man sich mit anderen Nutzern über Gesundheit und Krankheit austauschen kann	70,9 %
Dass man sich an Experten wenden kann, die einen beraten	65,4 %
Dass man Fragen zu Gesundheit und Krankheit schnell und unbürokratisch stellen kann	65,1 %
Dass klar erkennbar ist, welcher Anbieter hinter dem Gesundheitsportal steht	51,2 %
Schutz der persönlichen Daten und Krankengeschichte	46,5 %
Dass der Anbieter des Gesundheitsportals finanziell unabhängig ist	20,5 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Relativ zu Anfang des Fragebogens wurden die Nutzer gebeten, anzugeben, was ihnen bei einem Gesundheitsportal wichtig ist. Es zeigt sich, dass die Befragten in erster Linie Wert auf schnelle, verlässliche Informationen legen. Auch sollen Gesundheitsportale auch bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern helfen. Die Möglichkeit des Austausches mit anderen Nutzern oder medizinischen Experten wird ebenfalls geschätzt. Auffällig ist, dass der Transparenz des Anbieters sowie dem Schutz persönlicher Daten bzw. der Krankengeschichte kaum Priorität eingeräumt wird (vgl. Tabelle 3).

4.3 Nutzungsmotive

Tabelle 4: Motive der Nutzung von Gesundheitsportalen

(Fragewortlaut: Aus welchen Gründen nutzen Sie Gesundheitsportale?)

Aussage	Gesamt (N=234)	Männlich (n=117)	Weiblich (n=117)
Um schnell Auskünfte über Krankheiten zu bekommen	76,1 %	72,6 %	79,6 %
Um gezielt nach Informationen zu auftretenden Symptomen zu suchen	70,1 %	65,0 %	75,2 %
Um mich mit anderen Personen über ihre Erfahrungen und Ansichten auszutauschen	55,1 %	40,2 %***	70,1 %***
Um mich auf einen Arztbesuch vorzubereiten	49,1 %	38,5 %*	59,8 %*
Um mich über Medikamente/Therapien zu informieren	45,3 %	52,1 %	38,5 %
Um gezielt nach mehr Informationen zu einer vom Arzt diagnostizierten Krankheit zu suchen	42,7 %	38,5 %	47,0 %
Um nach allgemeinen Informationen zu suchen, wie man gesund bleibt (Ernährung, Wellness, Beauty, Vorsorge etc.)	35,0 %	19,7 %***	50,4 %***
Um Rat von Experten zu erhalten (z. B. Einholen einer zweiten Meinung)	35,5 %	35,0 %	35,9 %
Weil mir die Auskunft des Arztes oft nicht ausreicht	32,1 %	34,2 %	29,9 %
Um einen Arztbesuch zu vermeiden	31,2 %	41,0 %***	21,4 %***
Um Fachausdrücke zu verstehen, die der Arzt verwendet	28,2 %	26,5 %	29,9 %
Um mich über Ärzte, Kliniken oder andere Einrichtungen zu informieren	24,8 %	24,8 %	24,8%
Um Bewertungen oder Feedback abzugeben	21,8 %	19,7 %	23,9%
Bei Fragen der Kostenerstattung durch die Krankenkassen, Zuschüsse, Abrechnung etc.	15,0 %	16,2 %	13,7 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Signifikanz: * p < .05 *** p < .001

Warum werden Gesundheitsportale von den Befragten tatsächlich genutzt? Analog zur Erwartungsabfrage (vgl. Tabelle 3) zeigt sich, dass die schnelle, gezielte Informationssuche nach Symptomen, Krankheiten, Medikamenten und Therapien die wichtigsten Motive sind (vgl. Tabelle 4). Auch der Austausch mit anderen Nutzern sowie die Vor- und Nachbereitung von Arztbesuchen sind Anlässe, solche Portale zu nutzen. Die Suche nach Ärzten, Kliniken und medizinischen Einrichtungen spielt praktisch bei den Befragten keine so große Rolle. Hochsignifikante Unterschiede fallen zwischen den Geschlechtern auf. So sind Frauen erheblich interessierter an einem Austausch mit anderen Nutzern als Männer (70 zu 40 Prozent) und widmen sich stärker der Gesundheitsvorsorge (50 zu 20 Prozent). Frauen bereiten sich mithilfe von Gesundheitsportalen häufiger auf Arztbesuche vor (60 zu 39 Prozent). Männer hingegen geben in weit höherem Maße an, Gesundheitsportale zu nutzen, um einen Arztbesuch zu vermeiden (41 zu 21 Prozent).

4.4 Vertrauenszuschreibung

Tabelle 5: Vertrauenszuschreibung hinsichtlich des am häufigsten genutzten Gesundheitsportals

(Fragewortlaut: Denken Sie jetzt an das Gesundheitsportal, das Sie am häufigsten nutzen. Was würden Sie sagen: Wie stark vertrauen Sie den medizinischen Informationen und Ratschlägen, die einem dort gegeben werden?)

Abstufung	Gesamt (N=234)	Männlich (n=117)	Weiblich (n=117)
Sehr stark	18,2 %	15,4 %	20,9 %
Eher stark	44,4 %	40,1 %	48,8 %
Weniger stark	10,7 %	9,5 %	12,0 %
Gar nicht	11,1 %	13,7 %	8,5 %
Keine Angabe	15,7 %	17,6 %	13,9 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Wie im theoretischen Hintergrund erwähnt, ist Vertrauen im Sinne eines Prädikators zentrale Voraussetzung für eine mögliche Wirkung von Gesundheitsportalen auf persönliche gesundheitsbezogene Einstellungen oder Verhaltensweisen. Daher wurde die Frage gestellt, wie stark man den medizinischen Ratschlägen auf dem Gesundheitsportal vertraut, das man am meisten nutzt. Fast Zweidrittel der Befragten geben an, den Informationen und Ratschlägen auf dem Gesundheitsportal ihrer Wahl sehr stark oder eher stark zu vertrauen. Die Gruppe derer, die Gesundheitsportale mit kritischer Distanz einsetzen, ist dagegen vergleichsweise klein (vgl. Tabelle 5).

4.5 Informationsprüfung

Tabelle 6: Vertrauenszuschreibung hinsichtlich des am häufigsten genutzten Gesundheitsportals

(Fragewortlaut: Denken Sie jetzt an das Gesundheitsportal, das Sie am häufigsten nutzen. Was würden Sie sagen: Wie stark vertrauen Sie den medizinischen Informationen und Ratschlägen, die einem dort gegeben werden?)

Abstufung	Gesamt (N=234)	Männlich (n=117)	Weiblich (n=117)
Ja, immer	6,0 %	8,5 %	3,4 %
Ja, meistens	22,6 %	23,1 %	22,2 %
Ja, gelegentlich	25,2 %	23,9 %	26,5 %
Nein, nie	19,7 %	12,0 %	27,4 %
Keine Angabe	26,5 %	32,5 %	20,5 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Rückschluss auf das hohe Vertrauen, das die Befragten den von ihnen favorisierten Gesundheitsportalen entgegenbringen, erlaubt eine andere Frage, die den Nutzern gestellt wurde. Bei ihr geht es um die Prüfung von Informationen bzw. Ratschlägen, die man auf Gesundheitsportalen erhalten hat. Es zeigt sich, dass ein Fünftel aller Befragten die auf solchen Webseiten bezogenen Informationen nach eigener Aussage niemals mittels anderer Internetquellen wie z. B. Wikipedia gegenprüft (vgl. Tabelle 6). Nur etwas mehr als ein Viertel tut dies meistens oder immer.

4.6 Veränderungen des Gesundheitshandelns

Tabelle 7: Subjektiv eingeschätzte Verhaltensänderungen seit der Nutzung von Gesundheitsportalen

(Fragewortlaut: Aufgrund der Nutzung von Gesundheitsportalen im Internet können sich einige Dinge verändern. Welchen Aussagen stimmen Sie zu? Bitte denken Sie dabei in erster Linie an Ihren Hausarzt. Ausgewählte Items, Antwortkategorien [Stimme voll und ganz zu]/[Stimme eher zu] zusammengefasst)

Aussage	Gesamt (N=234)	Männlich (n=117)	Weiblich (n=117)
Weil ich mich über Gesundheitsportale informiere, kann ich den Arzt jetzt besser verstehen (z. B. Fachbegriffe, Diagnosen, Therapien etc.).	66,6 %	64,2 %	69,2 %
Ich bin jetzt kritischer gegenüber Ärzten.	58,5 %	65,8 %*	51,3 %*
Ich kann jetzt besser mit Beschwerden und/oder Erkrankungen umgehen.	50,9 %	49,6 %	52,1 %
Ich stelle dem Arzt jetzt mehr Fragen.	50,8 %	50,4 %	51,2 %
Seitdem ich Gesundheitsportale im Internet nutze, bin ich gelegentlich verwirrt.	44,1 %	41,1 %	47,0 %
Der Rat meines Hausarztes ist für mich nicht mehr so wichtig wie früher, seit ich Gesundheitsportale nutze.	37,2 %	41,0 %	33,3 %
Ich gehe häufig nicht mehr zum Arzt, da mir die Informationen auf Gesundheitsportalen oft alles bieten, was ich brauche.	32,0 %	41,3 %***	22,8 %***
Ich wechsle meine Ärzte jetzt häufiger.	31,2 %	37,6 %*	24,7 %*

Quelle: Eigene Darstellung.

Signifikanz: * $p < .05$ *** $p < .001$

Die Nutzer wurden in der zweiten Hälfte des Fragebogens nach einer persönlichen Einschätzung gefragt, welche Veränderungen sich ergeben haben, seit sie Gesundheitsportale nutzen. Der Fokus der Fragestellung richtete sich auf das Verhältnis zum Hausarzt (vgl. Tabelle 7). Eine Mehrheit ist der Auffassung, nun ein besseres und kritischeres Verständnis für das Vorgehen des Arztes zu haben und diesem mehr Fragen zu stellen – dies bekunden je nach Item 51 bis 67 Prozent. Ein beträchtlicher Teil der Befragten ist allerdings auch der Meinung, der Rat des Hausarztes habe aufgrund der Nutzung von Gesundheitsportalen nun einen geringeren Stellenwert. Jeder Dritte bekundet infolge der Zuwendung zu Gesundheitswebseiten eine größere Wechselbereitschaft oder gar die häufigere Vermeidung von Arzt-besuchen. Vor allem unter den Männern ist der Unterschied enorm: Über 40 Prozent aller Männer geben an, jetzt häufiger Arztbesuche zu vermeiden, hingegen nur jede fünfte Frau. Ähnliches gilt für die Bereitschaft, den Arzt zu wechseln (38 zu 25 Prozent). Auffällig ist mit 44 Prozent die große Gruppe derer, die einräumen, seit der Nutzung von Gesundheitswebseiten gelegentlich verwirrter zu sein. Diese Befragten stehen offenbar durch einander widersprechende Ratschläge im Internet vor einem Entscheidungsdilemma.

4.7 Selbstcharakterisierung und Verunsicherung

Tabelle 8: Ausgewählte Selbstcharakterisierungsaussagen

(Fragewortlaut: Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie zu? Ausgewählte Items, Antwortkategorien [Stimme voll und ganz zu]/[Stimme eher zu] zusammengefasst)

Aussage	Gesamt (N=234)	Bin seit Nutzung verwirrter (n=103)
Ich bin jemand, der leicht nervös wird.	39,8 %	55,2 %
Manchmal mache ich mir Sorgen, ich könnte eine schlimme Krankheit haben.	55,1 %	71,0 %
Ich horche oft in mich hinein.	71,7 %	82,5 %
Mich bringt nichts so leicht aus der Ruhe.	37,6 %	28,4 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Dieser Befund lässt sich vertiefend betrachten, indem man einen Zusammenhang zu bestimmten Selbstcharakterisierungsaussagen herstellt, die den Befragten zu Beginn vorgelegt wurden. Es zeigt sich, dass diejenigen Personen, die gelegentliche Orientierungslosigkeit seit der Inanspruchnahme von Beratungsportalen bekunden, sich auffallend häufiger als nervös, besorgt und introspektiv einschätzen als der Durchschnitt aller Befragten (vgl. Tabelle 8). Zwar reichen die Daten nicht aus, um bereits von einer hypochondrischen Einstellung aufgrund vermehrter Nutzung von Gesundheitsseiten zu sprechen. Nichtsdestotrotz besteht offenbar eine Parallelität von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften und einer im Zuge von Online-Gesundheitsrecherchen bekundeten Verwirrung oder Verunsicherung.

4.8 Zusammenhänge zwischen Motiven und Wirkungen

Im Zuge der Auswertung fallen hochsignifikante Unterschiede ($*** p < .001$) zwischen verschiedenen Gruppen auf, die auf einen Zusammenhang zwischen Nutzungsmotiven (vgl. Tabelle 4) und Verhaltensänderungen (vgl. Tabelle 7) hindeuten:

- Befragte, die Gesundheitsportale nutzen, um sich mit anderen Nutzern auszutauschen, bekunden in weit höherem Maße, dass sie seit der Nutzung von Gesundheitsportalen kritischer gegenüber Ärzten sind (71 Prozent), als Personen mit anderen Nutzungsmotiven (44 Prozent).
- Befragte, die sich regelmäßig auf Gesundheitsportalen über Medikamente und Therapien informieren, stellen dem Arzt nach eigener Einschätzung mehr Fragen (61 Prozent) und können besser mit Beschwerden (62 Prozent) umgehen als Personen mit anderen Nutzungsmotiven (mehr Fragen: 42 Prozent, besser mit Beschwerden umgehen: 41 Prozent).
- Ähnlich können Befragte, die Gesundheitsportale nutzen, um sich auf einen Arztbesuch vorzubereiten, den Arzt besser verstehen (82 Prozent) und besser mit Beschwerden bzw. Erkrankungen umgehen (60 Prozent) als Befragte, die sich nicht entsprechend auf Arztbesuche vorbereiten (besser verstehen: 52 Prozent, besser mit Beschwerden umgehen: 41 Prozent).

- Befragte, die Gesundheitsportale nutzen, um Rat von medizinischen Experten zu erhalten, gehen deutlich häufiger nicht mehr zum Arzt als Nutzer mit anderen Motiven (41 Prozent zu 27 Prozent). Zudem wird der Hausarzt von Personen, die medizinischen Expertenrat über Gesundheitsportale in Anspruch nehmen, häufiger gewechselt (43 Prozent zu 24 Prozent); der hausärztliche Rat ist ihrer Meinung nach nicht mehr so wichtig wie früher (53 Prozent zu 29 Prozent).

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung

Wie die Ergebnisse der Befragung von Nutzern gängiger Gesundheitsportale nahelegen, kann die häufige Inanspruchnahme solcher Webseiten enorme Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis entfalten. Folgen können ein reflektierter und kritischerer Umgang mit Ärzten sein, aber auch ein häufigerer Arztwechsel oder eine gänzliche Abkehr von Ärzten. Je nach ausschlaggebenden Nutzungsmotiven tragen Gesundheitsportale offenbar dazu bei, dass sich bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der Patienten die Bindung zum Hausarzt abschwächt. In diesem Zusammenhang lässt sich von einem Verlust des Informations- und Einflussmonopols der Ärzte aufgrund von Konkurrenzangeboten aus dem Internet sprechen (PricewaterhouseCoopers 2015). Ein weiterer Befund ist die beträchtliche Zahl der Befragten, die einräumen, seit der Nutzung von Gesundheitsportalen verwirrt zu sein. Dies kann als Hinweis verstanden werden, dass die Online-Suche nach Symptomen, Krankheitsbildern und Therapieempfehlungen nicht zu unterschätzende Herausforderungen und Risiken für Patienten mit sich bringt. Die große Informationsflut im Internet, einander widersprechende Auskünfte sowie die schwer durchschaubaren Interessen von Anbietern sind nur einige Aspekte hiervon. Eine souveräne Einordnung dieser Angebote wird durch eine geringe Medien- und Gesundheitskompetenz zusätzlich erschwert.

5.2 Methodenkritik

Eine kritische Reflexion der durchgeführten Studie ist für die korrekte Einordnung der Ergebnisse unerlässlich. Mehrere methodische und inhaltliche Einschränkungen sind zu berücksichtigen:

- Die begrenzte Fallzahl und die selbstselektive Rekrutierung der Nutzer lassen keinen repräsentativen Anspruch der Ergebnisse zu.
- Befragt wurden Nutzer, die aufgrund ihres häufigen Aufenthalts auf Gesundheitsseiten eine Affinität zur Online-Recherche von Gesundheitsthemen haben. Entsprechend ist anzunehmen, dass Gesundheitsportale bei Personen mit niedrigerer Nutzungsintensität einen geringeren Einfluss auf das Gesundheitshandeln ausüben. Es stellt sich die Frage, inwiefern eine ‚kritische Schwelle‘ für Wirkungspotenziale existiert.

- Die Studie hat weniger das generelle Recherche-Verhalten von Verbrauchern im Internet in den Blick genommen (z. B. Einstieg über eine Suchmaschine) als vielmehr den ‚harten Kern‘ der Nutzer von Gesundheitsportal-Communities fokussiert. Die höchst bedeutsame Frage, wie Nutzer üblicherweise auf Gesundheitsseiten gelangen („Dr. Google“), ist damit nicht beantwortet worden.
- Es ist zu berücksichtigen, dass die subjektive Einschätzung der Nutzer zu möglichen Verhaltensänderungen seit der Nutzung von Gesundheitsportalen ermittelt wurde. Unbewusste Veränderungen können damit ebenso wenig erfasst werden wie mögliche Fehleinschätzungen.

Dennoch unterstreicht die Tatsache, dass eine soziodemografisch breit gestreute Stichprobe gewonnen werden konnte, die Aussagekraft der Befunde.

5.3 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse lassen erkennen, wie tiefgreifend sich die Arzt-Patient-Beziehung unter den Bedingungen der Digitalisierung verändert. Ärzte müssen heute damit rechnen, dass sich Patienten vor und nach dem Arztbesuch fortwährend Informationen aus dem Internet beschaffen, auch und insbesondere auf großen Gesundheits- und Ratgeberportalen. Diese Informationen sind in der Lage, positive, aber auch negative Wirkungen auszulösen. Die Ergebnisse der Befragung sind zumindest ein deutlicher Hinweis auf das Vorhandensein dieser Wirksamkeiten.

Die Studie hat verschiedene Befunde ermittelt, die einen Zusammenhang zum Phänomen der Cyberchondrie aufweisen. Diese Befunde bestätigen die wenigen existierenden Untersuchungen zum Thema, wonach die Recherche nach gesundheitsbezogenen Informationen bei einem Teil der Befragten unter bestimmten Voraussetzungen tatsächliche hypochondrische Ängste verstärken und negative Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten bzw. das Arzt-Patient-Verhältnis nach sich ziehen kann (Rossmann / Karnowski 2014). Auf der anderen Seite sollte nicht unterschätzt werden, dass ein erheblicher Teil der Patienten von leicht zugänglichen Gesundheitsinformationen im Internet profitiert – mit positiven Folgen etwa für die Compliance. Auch das zeigen die Resultate der vorgestellten Befragung. Folgestudien sollten verstärkt in den Blick nehmen, welche Bedingungsgefüge Cyberchondrie-Effekte auslösen und wie entsprechende Interaktionen von Gesundheitsängsten, Persönlichkeitsprädispositionen und anderen erklärenden Variablen anhand konkreter empirischer Befunde aussehen können. Vieles deutet darauf hin, dass insbesondere Gesundheitsportale durch ihre

hohe Bindungskraft aufgrund zahlreicher integrierter Angebote sowie Laien- und Expertenaustausch ein großes Verstärkungspotenzial bieten, wenn es um Gesundheitsängste geht. Insofern wäre zu fragen, welche Faktoren eines dysfunktionalen Umgangs solche Webplattformen begünstigen.

Viele Ärzte sind sich bereits darüber im Klaren, dass ihre Patienten sich kontinuierlich im Internet über Gesundheits- und Krankheitsthemen informieren. Bislang fehlt es jedoch an einer systematischen Adressierung dieses Rechercheverhaltens. Es sollte darüber nachgedacht werden, in der täglichen Sprechstunde aktiv internetbasierte Gesundheitsrecherchen des Patienten zu thematisieren. Einerseits können dadurch Potenziale und Risiken angesprochen und möglichen Negativfolgen vorgebeugt werden. Auf der anderen Seite lassen sich Gesundheitsrecherchen für die Förderung der Arzt-Patient-Beziehung nutzen, da der Arzt durch aktives Eingehen auf die Recherchen des Patienten seine Wertschätzung signalisiert. Folglich wäre zu erwägen, die Anamnese um die Dimension der (Online-)Informationssuche zu erweitern. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass gesundheitsängstliche oder durch widersprüchliche Informationen im Internet verunsicherte Patienten gegebenenfalls mehr Beratungszeit brauchen.

Angesichts der Wirkungen, die Gesundheitsportale auf das Gesundheitshandeln haben können wie auch angesichts des enormen Vertrauens, das ihnen entgegengebracht wird, erscheint es dringend geboten, dass Patienten sich ein realistisches Bild von den Möglichkeiten und Grenzen dieser Angebote machen können. Dies erfordert allerdings nach Ansicht der Autoren eine bessere Regulierung der Gesundheits- und Beratungsdienste im Internet:

- Um die Verlässlichkeit von Informationen und Empfehlungen einzuschätzen, muss der Patient wissen, welche Qualifikation ‚Redaktionen‘ bzw. medizinische Experten haben, deren Rat man über Gesundheitsportale in Anspruch nehmen kann. Eine solche Qualifikationsauskunft sollte entsprechend vorgeschrieben werden.
- Auch erscheint es ratsam, einheitliche Mindeststandards für bestimmte Leistungen wie z. B. den medizinischen Expertenrat vorzugeben und zu definieren, welche Leistungen eine Online-Beratung zu erbringen hat und wo ihre Grenzen liegen.

- Um zu verhindern, dass Nutzer zur Preisgabe unzweckmäßiger Daten verleitet werden, sollten klare datenschutzrechtliche Transparenzvorschriften gegenüber den Portalbetreibern durchgesetzt werden.
- Eine Offenlegung, welche Interessen der Anbieter eines Gesundheitsportals verfolgt und von welcher Seite er finanziert wird, erscheint erforderlich. Dies könnte in Form einer erweiterten Impressumspflicht erfolgen.

Literatur

- Baker, L. / Wagner, T. H. / Singer, S. / Bundorf, M. K. (2003): Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results from a National Survey. In: JAMA, Vol. 289, No. 18, pp. 2400-2406. doi:10.1001/jama.289.18.2400
- Baumann, E. / Link, E. (2016): Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer, F. / Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin / Heidelberg: Springer Vieweg, S. 385-406. doi.org/10.1007/978-3-662-49504-9_21
- Baumann, E. / Czerwinski, F. (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, J. / Braun, B. / Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 57-79.
- Bleichhardt, G. / Hiller, W. (2007): Hypochondriasis and health anxiety in the German population. In: British Journal of Health Psychology, Vol. 12, Issue 12, pp. 511-523. doi.org/10.1348/135910706X146034
- Cassidy, J. T. / Baker, J. F. (2016): Orthopaedic Patient Information on the World Wide Web: An Essential Review. J Bone Joint Surg Am, Vol 98, Issue 4, pp. 325-338. doi: 10.2106/JBJS.N.01189
- Döring, N. (2014): Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In: Hurrelmann, K. / Baumann, E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber, S. 286-305.
- Eastin, M. S. / Guinsler, N. M. (2006): Worried and Wired: Effects of Health Anxiety on Information-Seeking and Health Care Utilization Behaviors. In: CyberPsychology & Behavior, Vol 9, Issue 4, pp. 494-498. doi: 10.1089/cpb.2006.9.494
- Eichenberg, C. (2012): Gesundheitsängste und Internet. In: Hoefert, H. W. / Klotter, C. (Hrsg.): Gesundheitsängste. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 239-263.

- Huh, J. / DeLorme, D. E. / Reid, L. N. (2005): Factors affecting trust in on-line prescription drug information and impact of trust on behavior following exposure to DTC advertising. In: J Health Commun, Vol 10, Issue 8, pp. 711-731. doi: 10.1080/10810730500326716
- Powell, J. / Inglis, N. / Ronnie, J. / Large, S. (2011): The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. In: J Med Internet Res, Vol 13, No 1: e20. doi: 10.2196/jmir.1600
- Rossmann, C. / Karnowski V. (2014): eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil. In: Hurrelmann, K. / Baumann, E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber, S. 271-285.
- Sethuram, R. / Weerakkody, A. N. A. (2010): Health information on the Internet. J Obstet Gynaecol, Vol 30, Issue 2, pp. 119-121. doi: 10.3109/01443610903440927
- White, R. W. / Horvitz, E. (2009): Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. In: ACM Transactions on Information Systems (Microsoft Research Technical Report), Vol 27, Issue 4, pp.1-37. doi: 10.1145/1629096.1629101

Internetquellen

Europäische Kommission (2014): Europeans becoming enthusiastic users of online health information.

<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/europeans-becoming-enthusiastic-users-online-health-information>. (Abgerufen am 09.01.2017)

PricewaterhouseCoopers (2015). Konkurrenz aus dem Internet: Informationsmonopol der Hausärzte geht verloren. Healthcare-Barometer. http://www.pwc.de/de/pressemitteilungen/2015/konkurrenz-aus-dem-internet_informationsmonopol-der-hausaerzte-geht-verloren.html. (Abgerufen am 09.01.2017).

YouGov. (2015). Dr. Internet: Online-Diagnose statt Arztbesuch? Patientenbefragung im Auftrag der Siemens-Betriebskrankenkasse. https://www.sbk.org/uploads/media/pm-dr-internet-online-diagnose-statt-arztbesuch-sbk_150528.pdf. (Abgerufen am 09.01.2017)

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga

Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von Suchtprävention am Arbeitsplatz

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd

Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement und Wirtschaftlichkeit

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie

Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 5 (2016)

Lapczynska, Carmen / Siodlaczek, Claudia

Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirtschaftliche Faktoren

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger

Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David

Verbesserung der Therapietreue in Apotheken

Eine verhaltensökonomische Studie

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 11 (2018)

Boroch, Wilfried

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik.

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 12 (2018)

Furtmayr, Angelika

Die Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule seit Einführung des Präventionsgesetzes

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 13 (2018)

Dännhardt, Andy

Kohärenzgefühl berufsbegleitend Studierender am Einzelfallbeispiel
des FOM Hochschulzentrums München

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 14 (2019)

Kösters, Ines

Arteria Danubia - Gesundheitsregionen im Donauraum

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 15 (2019)

Lakasz, Andrea

Führungsaspekte in Universitätskliniken mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Ökonomie & Management

FOM Hochschule

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 52.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

ifgs

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de